LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

1868

PARIS

AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

8, RUE DE L'UNIVERSITÉ, 8

1868

N° 1. — JEUDI 2 ET SAMEDI 4 JANVIER 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 2 ET SAMEDI 4 JANVIER 1868. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 3 JANVIER 1868.

Séance de l'Académie de Médecine

L'année 1867, qui vient d'expirer, aura été une année fatale entre toutes par les pertes multipliées qu'a subies l'Académie parmi les plus éminents de ses membres. Mais elle aura été aussi une des plus laborieuses et une des plus fécondes en travaux originaux et en discussions utiles. Inaugurée par la belle discussion sur la mortalité des enfants nouveau-nés et sur le mouvement de la population en France, qui a eu un si grand retentissement au dehors, elle a vu s'engager et se dérouler successivement les questions de la syphilis vaccinale et de la vaccination animale, et le débat actuellement pendant sur l'un des sujets les plus vastes et les plus importants de la pathologie, la tuberculose. Ces questions sont de celles qui intéressent à la fois et les progrès de la science dont l'Académie est l'active et vigilante instigatrice, et les plus hauts problèmes d'économie et d'humanité qui rentrent également dans sa compétence, si bien définie, il y a un an, par M. Tardieu, dans son allocution présidentielle.

Nous avons souvent entendu faire à l'Académie ce reproche, de soulever une foule de questions sans en résoudre aucune. Nous n'avons pas mission de la défendre; mais, s'il en était besoin, nous rappellerions ce que disait à ce sujet son secrétaire perpétuel, dans l'une des séances solennelles : Les Académies n'inventent, ni n'enseignent; elles examinent, elles discutent, elles sanctionnent. On pourrait ajouter : elles ne décrètent, ni ne formulent ce que nous devons faire ou penser, elles encouragent et conseillent. C'est aux pouvoirs publics qui consultent l'Académie de mettre ses avis à profit dans l'intérêt de tous; à chacun, en particulier, de tirer, pour son usage, des résultats de ses examens et de ses discussions les enseignements, les applications et les conclusions qui en peuvent ressortir; à la presse médicale d'y aider par la reproduction fidèle de ses travaux et par l'inventaire quotidien le plus complet et le plus exact possible de tous les éléments d'instruction. — Si nos lecteurs, pour le dire en passant, jugent que nous n'avons pas été, à cet égard, trop au-dessous de notre tâche, nous nous tiendrons pour satisfait, en puisant toutefois, dans ce sentiment même, l'intention de mieux faire encore à l'avenir.

Pour en revenir à l'Académie, tout en rendant hommage à son zèle et en proclamant avec bonheur les éminents services qu'elle rend à la science et à l'humanité, nous ne voudrions pas cependant laisser échapper cette occasion de lui rappeler que l'on attend d'elle plus encore, — car on demande beaucoup à qui peut beaucoup. — Parmi les nombreuses questions qui lui ont été déférées, il en est qui touchent aux intérêts les plus chers de la société et de la population tout entière. Telle est, notamment, la question de la mortalité des nourrissons, celle qui est relative aux mesures à prendre pour assurer, sans préjudice pour la santé et la vie des enfants nouveau-nés, leur inscription sur les registres de l'état civil; telles sont encore les diverses propositions relatives à la recherche des moyens de prophylaxie ou d'extinction de certaines maladies contagieuses, etc., etc. Que font les commissions chargées de l'examen de ces diverses questions? C'est ce dont on ne se préoccupe généralement pas assez. Une fois la discussion publique close sur ces sujets, il semble que tout soit dit, et ce n'est que de ce moment, souvent, que l'Académie contracte les devoirs les plus impérieux. Espérons que le nouveau Bureau saura stimuler le zèle des commissions.

Un mot seulement sur la dernière séance. M. Briquet a pris la parole sur la tuberculose, non pour intervenir directement dans la discussion et apporter des éléments nouveaux au débat, ainsi qu'il l'a dit du reste lui-même, mais pour donner l'appui de son opinion personnelle aux objections que MM. Chauffard et Pidoux ont faites à la doctrine de M. Villemin, et pour faire incidemment quelques petites querelles de détail à ses deux savants collègues. La doctrine de M. Villemin n'a trouvé jusqu'à présent, comme on le voit, dans le sein de l'Académie, que des contradicteurs. Nous attendrons que de nouvelles opinions se soient manifestées pour résumer l'ensemble des objections et des critiques dont cette doctrine est en ce moment l'objet.

Dr BROCHIN.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. BOURDON.

Blennorrhagie. — Accidents articulaires. — Endocardite. — Accidents cérébraux. — Eruption cutanée. — Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. MEURIOT, interne des Hôpitaux.)

Le nommé L... R..., âgé de 24 ans, employé d'une maison de commerce, entre le 22 novembre 1866, à la maison municipale de santé au n° 18 du rez-de-chaussée, dans le service de M. le Dr Bourdon. Ce jeune homme est en proie à un délire violent, il s'agite, crie sans cesse. Il est dans le même état depuis vingt-quatre heures.

Voici les renseignements qu'il nous a été possible d'obtenir sur ce malade auprès des personnes qui l'accompagnaient. D'ailleurs, ce dernier est hors d'état de répondre aux questions qu'on lui adresse, il est originaire d'une république espagnole d'Amérique et ne parle que fort peu le français. Ce jeune homme, d'une constitution moyenne, a toujours eu une bonne santé et n'a jamais fait de maladies sérieuses. Une fois, dans un voyage qu'il faisait en Amérique, il contracta une légère ophthalmie, mais celle-ci fut de courte durée. Dans sa famille, il ne connaît pas de rhumatisants, ni de goutteux. Son père et sa mère, qui vivent encore, sont d'une excellente santé. Notre malade n'a ni hémorrhoïdes, ni varices; il n'est pas non plus sujet aux migraines, ni aux maux de gorge. Envoyé en France, il y mena une vie très-agitée : il passait souvent les nuits et faisait surtout des excès vénériens. Il y a deux mois, il contracta une blennorrhagie très-violente. Il la soigna mal, surtout pendant un voyage qu'il fut obligé de faire en Espagne. Il y a un mois, il revenait de ce pays; il eut froid en chemin de fer, la fièvre le prit, et il arriva à Paris se plaignant de douleurs dans les jointures et d'une transpiration abondante. Les articulations du cou-de-pied, les genoux et les coudes se prirent et devinrent manifestement tuméfiés, et douloureux. L'écoulement uréthral était tari et depuis il n'a plus reparu. Toutes les articulations furent successivement affectées; elles étaient très-gonflées, très-douloureuses, mais sans grande rougeur de la peau environnante.

Le malade fut traité par le sulfate de quinine, à la dose de 0,75 centigrammes par jour.

Il y a quarante-huit heures, la nuit, sans cause appréciable, le malade est pris de délire. Le lendemain, les articulations avaient cessé d'être douloureuses, mais le délire et l'agitation avaient augmenté.

Voici enfin l'état du malade, tel qu'il fut constaté au moment de son entrée à la maison de santé.

C'est un homme pâle dont la couleur noire de la barbe et de la chevelure fait encore ressortir davantage la blancheur mate du teint. Son délire est violent, il cherche à sortir sans cesse de son lit; il parle sans interruption. Au milieu de son langage, nous distinguons quelques mots qui nous permettent de reconnaître une tendance érotique à son délire. Le malade porte aussi constamment les mains aux parties génitales. Il ne se tait que lorsqu'on lui parle très-haut; il vous regarde alors d'un air étonné, et si on lui demande la langue, il vous la montre; mais, lorsqu'on cesse de lui parler, il recommence bientôt ses propos incohérents. La face n'est nullement congestionnée, mais, au contraire, comme nous l'avons déjà dit, d'une pâleur remarquable. Elle est couverte de sueurs. Rien aux conjonctives; les pupilles sont dilatées, toutes les deux également. Le malade n'accuse pas de céphalalgie. La peau est chaude et couverte de sueurs profuses. Le pouls est fort, vibrant, régulier et fréquent. Il bat 112 pulsations par minute.

La langue est humide et couverte d'un léger enduit saburral. Ni nausées, ni vomissements. Constipation. Soif vive.

Toutes les articulations sont saines, ni rougeur, ni gonflement, ni douleur. L'épaule droite seule présente de la douleur; et quand l'on fait exécuter des mouvements au membre supérieur droit, on arrache des cris au malade.

L'auscultation du cœur fait découvrir un bruit de souffle râpeux, ayant son maximum à la pointe. Pas de voussure précordiale. Submatité normale. Pas de frémissement cataire. Les battements du cœur sont nettement perçus par la main. Les poumons sont sains; la respiration est légèrement accélérée. Le malade ne tousse pas.

On applique des sinapismes sur les articulations qui ont été malades les dernières, c'est-à-dire l'épaule, le coude et le genou du côté droit, et le cou-de-pied du côté gauche.

Prescription : chiendent nitré, potion avec 0,05 centigr. d'extrait thébaïque.

Le 23, la nuit a été mauvaise. Toujours très-agité, le malade a cherché sans cesse à se lever. Ce matin, un peu moins d'excitation. Il est plus calme, mais il parle toujours avec incohérence. Il est plus difficile de fixer l'attention du malade qui montre sa langue avec peine. Il a bu beaucoup, il a uriné volontairement, pas de garde-robes. Ni albumine, ni sucre dans les urines. Rien de nouveau dans les articulations, l'épaule droite est toujours un peu douloureuse. La langue est humide; la peau chaude, toujours couverte de sueurs; le pouls fort, vibrant, à 104.

Vésicatoires autour des genoux et des cou-de-pieds. Sinapismes sur les autres articulations. 0,15 centigrammes de calomel en 15 paquets.

Le 24, toujours du délire, mais un peu moins d'agitation. Même prescription.

Le 25, le même état se continuant, M. Bourdon fait raser la tête du malade et fait appliquer un vésicatoire qui recouvre toute la tête. On continue le calomel à doses fractionnées.

Le 26, le malade va beaucoup mieux. La nuit, il a été assez calme; mais la fièvre est toujours la même. Pouls vibrant à 112. Le malade se plaint de palpitations. Même bruit de souffle cardiaque.

Le 27, le mieux se continue. Le malade est calme et tranquille. Le genou droit est tuméfié et douloureux. L'épanchement de l'articulation est assez considérable. Le cou-de-pied du côté gauche est aussi légèrement atteint. Toujours de la douleur dans l'épaule droite.

Le 28, ces mêmes articulations sont toujours prises. Le malade se plaint beaucoup de palpitations. Même état du cœur.

Prescription : vésicatoire sur la région précordiale. Potion avec 20 gouttes de teinture de digitale.

Le 29, le malade est mieux. Plus de délire. Moins de palpitations. Toujours de la fièvre. Pouls à 112. Les articulations précédemment prises continuent à être le siége de tuméfaction et de douleur.

Le malade se plaint d'une douleur en arrière de l'épaule droite. On constate à ce niveau une tache noirâtre, saillante, à peu près circulaire, des dimensions d'une pièce de 2 francs. Cette tache, rénitente et douloureuse, a tout à fait l'aspect d'une ecchymose qui s'est faite dans l'intérieur du derme. L'épiderme est soulevé par places au-dessus de cette tache par une petite quantité de sérosité noirâtre sans odeur. On trouve des taches analogues sur la face mastoïdienne du pavillon de l'oreille droite, près de son bord postérieur; sur le côté droit de la poitrine, un peu au-dessous du mamelon; sur le fourreau de la verge. On en retrouve une à la partie interne du coude droit, une autre au niveau du grand trochanter du même côté, et sur le même membre, deux au niveau du genou, une sur la face externe du talon et trois petites autour de la malléole interne.

Toutes ces taches ont une coloration noirâtre plus ou moins foncée. Leur forme est très-variable : mais la plupart sont circulaires ou elliptiques. Cette éruption semble constituée par une suffusion sanguine qui s'est produite dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans l'épaisseur du derme. Parfois même, au niveau de ces taches ecchymotiques, l'épiderme est soulevé par de la sérosité sanguinolente, comme nous l'avons déjà indiqué plus haut.

Cette éruption, lors de son apparition, nous parut devoir se rapprocher du purpura urticans que M. Cazenave assimile à l'urticaria tuberosa de Willan.

Prescription. Limonade sulfurique.

Les jours suivants, le malade se plaint beaucoup des points où l'on observe des ecchymoses. Celles-ci conservent les mêmes dimensions; quelques-unes ont pris une couleur plus foncée. Quelques gouttes de sérosité sanguinolente s'écoulent de ces plaques ecchymotiques sur lesquelles on retrouve l'épiderme soulevé et déchiré. Pas d'odeur. La pression, à leur niveau, réveille toujours une douleur qui paraît assez vive.

Rien de changé dans l'état des articulations malades. Toujours de la fièvre.

Le 2 décembre, le malade se plaignant de nouveau de palpitations et de douleurs au niveau du cœur, on applique un second vésicatoire sur la région précordiale. Le bruit de souffle est toujours le même. Un peu d'œdème autour des malléoles. Pouls toujours vibrant et fréquent, il bat à 112.

On continue la digitale.

Le 3, la sérosité du vésicatoire est limpide et claire. Le malade a vomi à plusieurs reprises.

Régime lacté.

Le 5, le malade a eu deux hémoptysies assez abondantes. Les vomissements continuent et deviennent bilieux. Toujours des palpitations. Les articulations du genou droit et tibio-tarsienne gauche sont toujours tuméfiées et douloureuses. Le genou gauche et le cou-de-pied du côté droit sont aussi légèrement douloureux; mais, dans ces deux articulations, il n'y a pas d'épanchement. Quant aux ecchymoses de la peau, les unes conservent le même aspect, les autres paraissent se transformer en eschares : cette terminaison s'observe surtout au niveau de l'épaule droite, du grand trochanter et du genou du même côté.

La peau est encore chaude et couverte de sueurs. Le pouls régulier bat 96 fois par minute.

L'œdème des malléoles a aussi un peu augmenté.

Le 7, toujours de la fièvre. 96 pulsations. Le malade se plaint d'une céphalalgie assez intense. Un peu de délire, mais un délire tranquille. Les vomissements continuent. On applique encore un vésicatoire sur le cœur. On supprime la digitale. On prescrit un lavement avec 1 gr. 25 centigr. de sulfate de quinine.

Le 8, la sérosité du vésicatoire est claire et transparente. Toujours des vomissements. Le délire persiste aussi. Pouls à 100. Le malade a eu un violent frisson qui a duré vingt minutes. On prescrit un lavement avec 3 grammes d'alcoolature d'aconit.

Les jours suivants, le délire continue, mais calme. Quelquefois aussi le malade cherche à se lever. Il a des frissons irréguliers, deux ou trois par jour, survenant à des époques irrégulières. Ces frissons ont une durée et une intensité très-variables. La peau est toujours chaude, mais le pouls est moins fréquent. 90 pulsations.

Même état du cœur et des articulations.

Le 11, le délire a cessé. Le malade a une légère épistaxis; la langue est humide; les vomissements persistent.

Le 15, le délire a reparu; les frissons reviennent, toujours irréguliers; vomissements; pouls à 84. Lavement avec 2 grammes de sulfate de quinine, qu'on continue les jours suivants.

Le 18, le malade a toujours plusieurs frissons par jour; les vomissements continuent; il survient de la diarrhée.

On remplace le sulfate de quinine par l'alcoolature d'aconit à la dose de 3 grammes en lavement.

Le 19, un peu de délire; vomissements; diarrhée; toujours des frissons.

Rien de changé dans l'état du cœur et des articulations. Pouls toujours peu vibrant, à 84.

Peau humide, mais moins chaude.

Il survient un gonflement œdémateux de tout le membre inférieur droit, et une rougeur diffuse au niveau du sacrum.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Les ecchymoses de la peau ont formé des eschares en plusieurs points. Celles-ci sont en voie de se détacher ou sont même tombées: cela s'observe sur presque toutes. Les trois taches qui entourent la malléole interne du membre droit et celle qui se trouve sur le côté externe du talon droit sont les seules qui soient encore à l'état de taches ecchymotiques, telles qu'elles se sont montrées. Il en est de même aussi pour l'ecchymose de la verge.

Au niveau du grand trochanter, du côté droit, il existe une plaie profonde et large comme la paume de la main, par suite de la chute de l'eschare; l'os est à nu; de même au niveau de la tubérosité du condyle interne du fémur du même côté.

Le 21, le malade meurt à dix heures du soir, au milieu d'un frisson.

Autopsie pratiquée trente-six heures après la mort.

Le cadavre est dans un bon état de conservation. Au niveau de toutes les ecchymoses cutanées, excepté pour celles qui sont autour de la malléole interne du côté droit, sur le talon du membre droit et sur la verge, on observe des plaies plus ou moins profondes. Il y a encore des eschares non complétement détachées, mais en voie d'élimination, sur le côté de la poitrine, derrière l'épaule droite, au bord interne du pied gauche et sur le côté externe du genou gauche. Les os sont dénudés au niveau de la tubérosité du condyle interne du fémur droit et du grand trochanter du même côté. Au sacrum, il existe un commencement d'eschare.

L'articulation du genou droit contient environ deux bonnes cuillerées de sérosité citrine. Les cartilages et les os sont sains. Il en est de même pour les articulations tibio-tarsiennes qui contiennent de la sérosité. Les autres articulations sont saines.

Le membre inférieur droit est œdématié totalement. Pas d'oblitération vasculaire.

Dans la poitrine, les plèvres pariétales sont intactes. Il existe de légères adhérences entre les lobes pulmonaires. Le poumon gauche est œdématié et présente un engouement bronchique très-prononcé, le tissu pulmonaire plongé dans l'eau, surnage parfaitement. Le poumon droit est sain. Pas de tubercules.

Le péricarde contient un verre de sérosité limpide. Le cœur est d'un volume normal. Le tissu en est mou et flasque. Peu de surcharge graisseuse. La valvule mitrale est couverte, principalement sur son bord libre, de petites végétations verruqueuses, pédiculées, les plus grosses du volume d'un grain de millet, les plus petites des dimensions d'une tête d'épingle. Quelques-unes sont groupées et forment un petit amas qui est facilement décomposable sous un filet d'eau, qui écarte les petites végétations qui le composent. Ces végétations sont très-adhérentes, solides et résistantes.

Sur la valvule tricuspide, on retrouve quelques-unes de ces végétations, mais elles sont infiniment moins nombreuses et beaucoup plus petites.

Les valvules sigmoïdes sont saines.

Le cœur gauche contient quelques caillots noirâtres, diffluents, sans adhérences.

L'examen microscopique constate que ces végétations sont constituées par une prolifération des éléments de l'endocarde, combinés à des dépôts fibrineux, où l'on retrouve la fibrine à l'état fibrillaire et granuleux, mélangée à quelques hématies et à des leucocytes nombreux.

La surface interne de l'estomac présente une petite ecchymose de peu d'étendue.

Le foie est sain. La vésicule pleine d'une bile noire et visqueuse.

La rate n'offre aucune altération.

Les reins sont pâles et montrent un commencement de dégénérescence graisseuse. Le tissu rénal est comme anémié et a par places un reflet jaunâtre.

Le canal de l'urèthre, sain dans toute son étendue, ne présente aucune altération.

Le cerveau est d'une pâleur remarquable. Quelques rares vaisseaux, à moitié remplis d'un sang rose tendre, sillonnent sa surface. Le tissu cérébral est résistant, exsangue. Pas la moindre trace de ramollissement de congestion en aucun point.

Dans aucun viscère, il n'a été observé d'infarctus.

En résumé, Messieurs, nous avons eu affaire à un homme qui, ayant contracté une blennorrhagie, a présenté successivement des accidents articulaires, des accidents cérébraux, une endocardite et une éruption cutanée, et a fini par succomber aux progrès de la fièvre hectique. Devons-nous rattacher tous ces différents phénomènes qu'a présentés notre malade, à l'affection première, c'est-à-dire à la blennorrhagie; devons-nous en faire dépendre tous les accidents, quelque insolite que paraisse leur réunion sur un même malade? Quelle que soit l'interprétation que l'on donne de l'action de la blennorrhagie dans ce cas, qu'on veuille la considérer comme exerçant une influence diathésique, ou comme déterminant une intoxication spéciale de l'économie, ou bien comme agissant par action reflexe, ou bien encore comme n'étant que l'occasion qui fait éclater les manifestations diverses d'une constitution arthrique; pour nous, il est impossible de ne pas prendre en compte cette blennorrhagie du début, et nous croyons, en effet, qu'elle seule a été la cause de tous les accidents. Mais nous n'avons pas la prétention de préciser ici le mécanisme de cette influence de la blennorrhagie; cela touche de trop près à une discussion pendante encore, et la question nous paraît trop brûlante. Nous voulons seulement reprendre l'histoire de notre malade pour en faire ressortir les points principaux, et, chemin faisant, chercher à soutenir notre opinion au sujet de la nature blennorrhagique de tous les accidents que nous avons observés.

Notre malade n'a aucun antécédent soit individuel, soit héréditaire, qui puisse dénoter chez lui la diathèse arthritique. Après avoir conservé pendant un mois un écoulement uréthral violent qu'il soignait mal, il se vit atteint brusquement, dans le cours d'un voyage, de douleurs articulaires. Dès lors, son écoulement se tarit et n'a plus reparu. Ce fait établit un rapport bien net entre la blennorrhagie et les accidents articulaires. Pendant tout un mois, il fut sous le coup de ces douleurs qui envahirent successivement toutes les jointures. La généralisation des accidents articulaires est-elle un argument contre l'idée d'un rhumatisme blennorrhagique? Ce dernier n'entraîne pas nécessairement la localisation des accidents sur une seule articulation. Notre excellent ami, M. H. Tixier (1), a réuni dans sa thèse 36 observations personnelles de rhumatisme blennorrhagique, dont 9 avec généralisation des accidents sans localisation spéciale. Dans ces observations, les accidents étaient erratiques et presque toutes les articulations étaient successivement prises. C'est là ce que nous avons observé chez notre malade. Le rhumatisme blennorrhagique et polyarticulaire 18 fois contre 10 d'après Rollet, et 27 fois contre 12 d'après M. Fournier. Ce dernier auteur insiste surtout sur ce caractère qu'a la blennorrhagie de ne pas sévir sur l'ensemble des articulations, si ce n'est par poussées successives. C'est encore là la marche que nous avons relevée dans le cas présent.

Ce n'est pas la première fois que l'on signale des troubles cérébraux comme accidents de la blennorrhagie. M. Ricord en a publié un exemple, et nous retrouvons une observation recueillie par notre collègue et ami M. Fontan, dans le service de M. Cazalis, et publiée dans la thèse de M. Tixier. Cette observation nous montre un homme de 38 ans, affecté de blennorrhagie, présentant des accidents articulaires qui viennent à s'amender subitement pour faire place à un délire violent. Ce délire violent ne céda qu'à l'application d'un large vésicatoire sur la tête; et ce fut alors que les articulations précédemment prises devinrent de nouveau malades. C'est là un des points de ressemblance entre cette observation et la nôtre: dans toutes les deux, l'alternance entre les accidents articulaires et les symptômes cérébraux a été très-nette. La même forme de délire a été observée par M. Fontan et par nous: dans les deux cas, les troubles cérébraux consistaient en de l'agitation, des divagations continuelles qui ne cessaient que lorsqu'on parlait au malade. Le délire avait tous les caractères d'un délire nerveux.

On pourra faire intervenir comme cause de ces accidents cérébraux, le sulfate de quinine. En effet, notre malade en a pris pendant un mois entier à la dose de 0,75 centigr. par jour. Mais MM. Trousseau, Briquet et Bourdon ont montré que les mêmes troubles cérébraux peuvent se montrer chez des individus qui n'ont nullement subi cette médication. De plus, suivant l'opinion de M. Bourdon, qui conclut d'après un grand nombre de faits: « Que tout ce qui affaiblit outre mesure un rhumatisant » ou trouble un peu violemment son système nerveux, prédis- » pose aux accidents cérébraux (2). » Pour admettre une influence du sulfate de quinine dans notre cas, il faudrait le regarder, à la dose de 0,75 centigr. par jour, comme un agent perturbateur. Du reste, dans les symptômes présentés par notre malade, il n'est aucun signe qui se rapproche du délire produit par l'intoxication quinique. D'ailleurs, l'alternance qui a existé entre les accidents articulaires et cérébraux, prouve bien que ces deux ordres d'accidents sont subordonnés l'un à l'autre.

L'on a constaté chez notre malade les signes d'une endocardite et l'on a retrouvé, à l'autopsie, une grande quantité de petites végétations verruqueuses au niveau des valvules mitrale et tricuspide. Des complications cardiaques dans le cours d'un rhumatisme blennorrhagique ont déjà été notées par Brandes, Lehmann et par MM. Ricord, en 1847, et Hervieux, dans la *Gazette médicale*, en 1858.

L'endocardite blennorrhagique, admise seulement comme possible par M. Fournier, a été observée par M. Lorain, et, tout dernièrement encore, par M. Empis, à l'hôpital de la Pitié. Ce dernier fait est signalé dans le rapport de M. Besnier sur les maladies régnantes de février 1867. Il est bien probable que c'est sur le compte de l'endocardite qu'il faut mettre la persistance de la fièvre chez notre malade; car, dans le rhumatisme blennorrhagique, la réaction est d'ordinaire peu intense et tombe rapidement. Chez notre malade, le pouls n'a jamais dépassé 112 pulsations; mais il est remarquable que l'état fébrile ait persisté si longtemps.

Nous arrivons enfin à l'étude de l'éruption cutanée que nous avions signalée. Cette éruption consistait en des taches ecchymotiques qui, au premier abord, firent penser à du purpura urticans. Ces ecchymoses cutanées formèrent eschare et se détachèrent en constituant des plaies quelquefois profondes, puisque quelques-unes atteignirent les os. Nous avons conservé la dénomination d'éruption cutanée, à cause de l'aspect qu'avait la lésion à son début, à cause de la manière brusque et rapide dont s'est faite l'apparition simultanée de toutes ces taches ecchymotiques à la surface du corps. En présence de la marche suivie par ces ecchymoses cutanées et de leur terminaison par la gangrène, il a été permis plus tard de se demander, en voyant les végétations verruqueuses de l'endocarde, si l'on n'avait pas eu affaire à des oblitérations par des embolies des capillaires de la peau. En observant les petites dimensions des végétations, on donnait quelque consistance à cette opinion. Mais ce qui a dû nous la faire rejeter, c'est l'absence d'infarctus viscéraux; c'est aussi la simultanéité dans l'apparition de toutes ces ecchymoses cutanées. Toute l'éruption s'est faite en une fois sur toute l'étendue de la surface du corps et ne s'est pas reproduite.

C'est la première fois que l'on signale dans le cours d'un rhumatisme dit blennorrhagique, une pareille complication. Mais la coïncidence du purpura avec des douleurs articulaires a été signalée depuis longtemps. Willis a parlé des douleurs propres au scorbut; les médecins du siècle dernier ont admis un rhumatisme scorbutique. J. Franck se demande ce qu'il y aurait d'étonnant à voir des hémorrhagies cutanées dans le cours des fièvres rhumatismales. MM. Rilliet et Barthez, admettant les idées de M. Dubois soutenues à ce sujet dans les Archives de 1833 et de 1835, publient un fait remarquable où l'autopsie a permis de reconnaître une hémorrhagie inter-articulaire. Mais la question a surtout été étudiée dans ces dernières années. Et les travaux récents de MM. Ferrand, Bucquoy, J. Worms, Blachez, Constantin Paul, et Perroud, sont venus par de nouvelles observations établir nettement l'existence d'un purpura rhumatismal.

A propos de la marche qu'a suivie l'éruption chez notre malade, il est intéressant de faire remarquer que la terminaison par gangrène n'a été observée que deux fois: dans une observation de M. J. Worms publiée dans la *Gazette hebdomadaire* en 1860, et dans une autre de M. le Dr Perroud publiée dans le *Journal de Médecine de Lyon* en décembre 1866. Dans ces deux observations, il n'a pas été signalé de complication cardiaque; du reste les deux malades ont guéri. Chez notre malade, des hémorrhagies, ce qui est assez rarement noté dans le rhumatisme hémorrhagique, ont dénoté une altération plus profonde du sang; et, bien qu'il ait été constaté à plusieurs reprises que jamais la sérosité des vésicatoires n'a été sanguinolente, il est plausible d'admettre que l'état du sang a été pour quelque chose dans l'issue funeste que nous avons observée, si toutefois il n'est pas préférable de mettre la mort sur le compte des progrès de l'endocardite, ou bien mieux encore sur le compte de la fièvre hectique déterminée par la suppuration abondante qui résultait des plaies formées par la chute des eschares.

Nous terminons en faisant remarquer que tous les symptômes présentés par notre malade ont déjà été observés dans le cours d'un rhumatisme blennorrhagique; un seul, l'éruption cutanée, n'a pas encore été signalé: nous ne pensons pas que ce soit là une raison suffisante pour refuser à notre observation le titre que nous lui avons donné, de rhumatisme blennorrhagique.

(1) Thèse inaugurale: « Considérations sur les accidents à forme rhumatismale de la blennorrhagie. » Paris, 1866.

(2) *Union médicale*, avril 1851.

OBSERVATION DE GANGRÈNE PAR EMBOLIE

Par le Dr Ch. NOBLET, aux Batignolles.

Si la gangrène par embolie a été observée consécutivement dans certains cas de choléra, l'observation suivante démontre qu'une embolie, au moment où elle va produire l'oblitération d'un tronc artériel important, peut déterminer des symptômes presque identiques à ceux du choléra sec.

Le dimanche 19 août 1866, Aimée P..., concierge, très-bien portante le matin, déjeune comme à l'habitude, et prend l'omnibus pour se rendre des Batignolles à la gare de Vincennes.

Au moment de monter en wagon, et avant de poser sur le marchepied le pied qu'elle a levé, elle ressent tout à coup de vives douleurs dans les deux jambes, qui s'engourdissent de

viennent froides et contractées. Pendant qu'on la ramène chez elle en voiture, elle sent que les douleurs se portent presque exclusivement dans la jambe gauche, où elles acquièrent une très-grande violence.

Les deux extrémités inférieures restent froides et contractées, le pied gauche principalement.

A ma première visite, trois heures environ après le début des accidents, je trouve la malade anxieuse, froide, sans fièvre ni frisson, se plaignant seulement de crampes très-douloureuses. Les deux pieds sont dans l'adduction, beaucoup plus prononcée à gauche qu'à droite, où les crampes excitent de moins vives douleurs.

Point de garderobes ni de vomissements. Pas de suffocation ni de douleur épigastrique. La poitrine est pleine de râles muqueux et sibilants : le pouls faible, irrégulier, intermittent et intercident. Les battements du cœur sont irréguliers; mais il est impossible de constater de souffle caractéristique.

Il n'y a pas d'augmentation dans l'étendue de la matité : état analogue à celui qu'on rencontre dans les palpitations nerveuses.

Un vomitif (sirop et poudre d'ipéca) est administré; une potion tonique après les vomissements. On pose un large vésicatoire volant en arrière de la poitrine.

Depuis le 19 août, les crampes douloureuses subissent de grandes variations dans leur intensité : elles disparaissent complétement dans la jambe droite, pour demeurer localisées au tiers inférieur du mollet gauche, dans le pied, et un peu vers le creux poplité; mais ce dernier point douloureux n'existe en réalité que deux ou trois jours. Une exploration attentive ne permet pas de sentir le moindre cordon le long du trajet des vaisseaux.

En même temps que le pied reste dans l'immobilité et l'adduction, on voit successivement rougir, prendre une teinte violacée, et noircir : 1° le dos du pied, 2° les malléoles à leur pourtour, 3° les orteils.

La sensibilité n'est conservée qu'en certains points seulement, très-irrégulièrement situés vers la ligne médio-tarsienne, la partie voisine des malléoles, et vers le bord externe du pied dans la plus grande portion de sa longueur.

Les accidents vont toujours en augmentant jusque dans la nuit du 26 au 27 août : un peu d'amélioration survient le 27 au matin. La malade souffre beaucoup du membre affecté. L'élimination se prépare lentement : la jambe devient un peu œdémateuse dans le cours de septembre. C'est alors que je consulte, sur la conduite à tenir, le Dr Siredey, médecin des hôpitaux, le Dr Chaillou, et le Dr Guieysse, qui vint examiner la malade.

Pas plus qu'au début des accidents, nous ne trouvons moyen de « préciser » la lésion du cœur.

La ligne de démarcation entre les parties saines et la portion mortifiée est au niveau de la ligne médio-tarsienne. Cette ligne représente le tracé suivi dans l'amputation de Chopart, dans laquelle le lambeau serait pris à la partie externe du pied au lieu de l'être à la région plantaire.

L'élimination marche lentement. A mesure que la suppuration s'établit, les douleurs diminuent dans le membre malade, mais l'oppression augmente. Le pus tend à refluer vers les gaînes tendineuses, et nécessite un mode de pansement attentif : Compression légère, charpie, mélange de poudre de quinquina et de charbon, grande propreté autour de la malade, alimentation tonique, vin de Bordeaux, vin de Xérès.

Tout se prépare parfaitement pour l'élimination du pied; il n'est plus retenu que par le ligament en Y de la face plantaire, et par les parties saines de la région externe. Les extrémités inférieures sont exemptes d'œdème.

Cependant, vers le milieu du mois d'octobre, malgré l'état excellent de la plaie, le malaise augmente, l'appétit diminue. La malade refuse le bouillon et le vin qu'elle avait pris jusqu'alors très-volontiers; et, tandis que les extrémités inférieures sont à peine œdématiées, les extrémités supérieures et la face s'infiltrent, principalement dans les parties déclives.

Les vomissements, qui avaient commencé dans les premiers jours d'octobre, augmentent de fréquence. Les battements de cœur deviennent de plus en plus irréguliers ; et la malade meurt le 28 octobre, à 8 heures du soir.

Le début des accidents me paraît devoir attirer l'attention dans l'observation de cette malade. L'état seul du pouls autorisait l'hypothèse d'une lésion du cœur ; mais il a fallu trois jours environ pour pouvoir poser « un diagnostic précis. »

Quant au traitement, il consiste en palliatifs et à savoir attendre. Mais, une fois la gangrène « bien limitée, » convient-il ou non de favoriser, par l'instrument tranchant, l'élimination de parties sphacélées encore solidement retenues par des tendons et des ligaments, et dont la présence occasionne une suppuration abondante, retarde le travail de la cicatrisation, et peut amener, ce qui eut lieu dans ce cas, une résorption fatale.

Pour une gangrène limitée aux orteils, mieux vaut s'abstenir, cela est hors de doute. Mais je ne me fusse pas permis de résoudre seul la question dans un cas de cette nature.

Cette femme présentait peu ou point d'antécédents héréditaires : son père était mort à 80 ans, avec une hémiplégie gauche datant de 8 ans ; sa mère était morte asthmatique à 68 ans.

Mariée à 20 ans, elle avait eu quatre enfants : le premier à 23 ans, le dernier à 34 ans. Les règles ont cessé vers 51 ans. Jamais elle n'avait fait de maladie grave.

Cependant, il y avait 8 ans, à la suite d'excès de travail et de refroidissements fréquents, elle avait été prise de bronchite, de dyspnée, de douleurs vagues dans les deux jambes; mais elle n'avait été obligée de garder le lit que quelques jours, et, tout en accusant de temps à autre quelques crampes et quelques vagues phénomènes nerveux, jamais elle n'avait été alitée depuis cette époque.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 décembre. Présidence de M. TARDIEU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux brochures par un médecin de Bordeaux, l'une sur la phthisie pulmonaire considérée comme cause de décès dans la ville de Bordeaux, l'autre sur la mortalité des nouveau-nés dans la même ville.

2° Un rapport de M. le docteur Cressant (de Guéret) sur une épidémie de dyssenterie.

3° Un rapport de M. le docteur Benoît de Sainte-Foix sur une épidémie de dyssenterie. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Théophile Roussel qui se présente comme candidat à la section des associés libres.

2° Deux manuscrits de M. le docteur Alphonse Bazin (de Saint-Brice) : l'un sur l'étang du Marchais étudié au point de vue des épidémies qui sévissent au village de Groslay (Seine-et-Oise); l'autre sur une épidémie de rougeole qui a régné en 1867.

3° Un mémoire de M. le docteur Vicherat (de Nemours) sur l'existence des microzoaires dans l'expectoration des malades atteints de rougeole (renvoyé à l'examen de MM. Vernois et Gubler).

M. **Larrey** présente 1° de la part de M. le docteur Alezeis une brochure sur la cause de mortalité dans les armées anglaises et françaises en Orient.

2° De la part de M. le docteur Paul Eve une brochure en anglais sur un certain nombre d'amputations et de résections opérées pendant la guerre des États-Unis.

M. **Broca** présente de la part de M. le docteur Dally, une édition française du célèbre ouvrage de Huxley, intitulé *de la place de l'homme dans la nature*. Ce n'est pas une simple traduction. M. Dally a presque doublé l'étendue de l'ouvrage, en y ajoutant de nombreuses notes où sont résumés les progrès récents de l'anthropologie préhistorique, et une importante introduction, où est exposée d'une manière complète la doctrine de la transformation des espèces.

Suite de la discussion sur la tuberculose.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la tuberculose. La parole est à M. Briquet.

M. Briquet commence par déclarer qu'il s'associe pleinement aux réfutations faites par MM. Chauffard et Pidoux, il annonce que son argumentation ne portera pas sur le sujet en discussion, mais uniquement sur la partie doctrinale des discours de MM. Chauffard et Pidoux.

Il faut, dit M. Briquet, dans chacun de ces messieurs, distinguer deux hommes bien différents l'un de l'autre, le clinicien et le théoricien. Au point de vue du clinicien, nous sommes complétement d'accord, ce n'est donc qu'au point de vue purement théorique que je prétends les critiquer.

Il est impossible de ne pas reconnaître, quelque opinion que l'on ait, que les lois qui président à la production et à la transformation des objets inanimés sont complétement différentes de celles qui s'appliquent à l'homme; tout le monde doit donc être vitaliste. Il est bien évident, en outre, que l'homme en bonne santé et l'homme malade constituent deux êtres bien distincts.

Il y a deux méthodes pour l'étude de l'homme, la méthode dite expérimentale, qui est due à Bacon, et la méthode que nous appellerons dogmatique. La méthode expérimentale procède par induction, elle ne s'appuie que sur des faits primitivement démontrés et n'embrasse le tout que quand elle a bien assis ses bases fondamentales. Elle repousse aussi toute hypothèse; en un mot, comme le dit son nom, elle ne s'appuie que sur l'expérience. La méthode dogmatique, au contraire, procède par affirmation et par voie d'hypothèse. Ceci me conduit à parler des théories nouvelles de l'école histologique allemande.

Le mot cellule n'est pas entendu de même par tous les histologistes. D'après les uns, d'après l'école de Virchow, par exemple, la cellule est une espèce d'alvéole contenant des granulations amorphes, des nucléoles.

Les autres histologistes n'admettent pas cette idée-là ; le mot cellule lui-même, ils l'acceptent plutôt par complaisance que par conviction. Or, M. Chauffard, après son remarquable parallèle entre ces deux méthodes, arrive à vouloir expliquer les effets de la tuberculisation par la loi de Virchow. Cette loi consiste à admettre le contact de deux vies bien distinctes, l'une forte, robuste; l'autre faible, incomplète et maladive. M. Briquet réfute cette théorie qu'il prétend ne pas être appliquable ici. Qu'a-t-on fait? On a injecté du tubercule, puis du pus, puis du pigment. Mais est-ce que le tubercule, le pus, le pigment sont des tissus ou des éléments de tissus? On a injecté du mercure, du soufre, un de mes anciens élèves, aujourd'hui médecin de la Salpêtrière, M. Voisin, a injecté du curare ; enfin M. Busignan, que personne n'a cité, a fait, en 1824, des expériences pour prouver que l'injection d'un corps irritant quelconque, dans les bronches, produisait du tubercule. Quelle conclusion tirer de tout cela? C'est que vous mettez en rapport un corps mort avec un corps vivant. Si donc on regarde le tubercule comme un corps mort, la théorie du contact des deux vies est fausse.

Il faut bien reconnaître que des effets semblables sont dus à des causes très-différentes. Il est évident que des corps morts produisent des tubercules; mais il est impossible de prouver que des corps vivants puissent aussi en produire. M. Briquet maintient donc que l'application de la loi de Virchow est fausse. Mais il est, suivant lui, une explication bien simple à donner de la tuberculisation. Chaque fois que des corps étrangers sont en contact avec nos tissus, ceux-ci lui répondent de manières bien différentes. Tantôt ces corps étrangers ne produisent rien, comme, par exemple, dans le tatouage ; tantôt ils ont des effets purement locaux, tantôt, enfin, des effets généraux. Mais la congestion produite par la présence de corps étrangers dans nos tissus n'est pas un contact de vies. Il suffit donc, pour expliquer la tuberculisation de comprendre une simple réaction entre corps hétérogènes. On sait ce qui se passe chez les ouvriers qui travaillent dans les poussières, tels que les aiguisiers, les tailleurs de pierres à fusil, les meuliers, etc. On s'explique ainsi facilement la marche et les progrès du tubercule dans certaines organisations exposées à des causes qui sollicitent ce progrès.

M. Briquet termine la critique du discours de M. Chauffard en disant qu'il est le premier à reconnaître la haute portée des argumentations du nouvel académicien, et qu'il ne doute pas que M. Chauffard ne prenne, à l'avenir, une part très-active aux discussions de l'Académie.

J'arrive, dit-il ensuite, à M. Pidoux.

M. Pidoux est en plein néologisme. Assertions risquées, mots nouveaux et mal définis, rien ne l'arrête et ne l'émeut. Qu'est-ce que ces termes d'homogénie et d'hétérogénie qu'il applique à l'histoire des maladies? Encore, s'il avait dit homogénésie, hétérogénésie, au moins eût-il été grammatical. M. Briquet adresse les mêmes reproches à M. Pidoux au sujet des mots nécrobiose et nécrobiotique. Et, à propos du mot régression, emprunté aux Allemands : Je ne comprends pas, dit-il, qu'on se serve de mots allemands quand on a des mots français à sa disposition. M. Boudet ne s'est-il pas servi, il y a trente ans, du mot rétrogradation pour exprimer la même chose?

Si des mots on passe aux idées, on trouvera la même obscurité, la même confusion. Ici, M. Briquet cite un passage du discours de M. Pidoux relatif à la relation du froid avec la pleurésie, pour montrer que ce sont des phrases au moins inutiles.

Arrivant enfin à l'histoire du tubercule, je demanderai à M. Pidoux, dit-il, s'il pense que le tubercule doive toujours, et fatalement, se terminer mal? N'a-t-il donc jamais vu le tubercule s'arrêter dans son évolution, rétrograder même quelquefois, ou tout au moins se transformer en matière inerte et inoffensive? M. Pidoux ne peut pas ignorer ces faits. Pourquoi donc n'en a-t-il pas tenu compte?

En résumé, dit M. Briquet en terminant, je n'ai eu l'intention d'apprendre rien de nouveau à l'Académie ; j'ai voulu seulement, en m'associant aux objections que MM. Pidoux et Chauffard ont faites au travail de M. Villemin, présenter à mon tour quelques observations critiques au sujet des discours de mes deux éminents collègues.

ÉLECTIONS.

L'Académie a procédé dans cette séance au renouvellement partiel des commissions permanentes. D'après le dépouillement du scrutin, feront partie des commissions permanentes, pour l'année 1868, les membres dont les noms suivent :

Commission des épidémies.

MM. Roger et Chauffard.

Commission des eaux minérales.

MM. Devergie et Chevallier.

Commission des remèdes secrets.

MM. Gobley et Vigla.

Commission de vaccine.

MM. Blot et Danyau.

Commission de publication.

MM. Louis, Hardy, Legouest, Laugier et Boudet.

M. Tardieu, avant de clore la séance et au moment de quitter le fauteuil de la présidence, remercie ses collègues de la bienveillance avec laquelle ils l'ont soutenu dans ses fonctions.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport sur les candidats au titre d'associé national.

M. le Dr Garrigou-Desarènes, à propos de la réclamation de M. le Dr Bonnafont, a adressé, dans la précédente séance, la lettre suivante :

« Monsieur le Président,

» Dans la séance de l'Académie du 3 décembre 1867, M. Bonnafont, à propos du traitement des polypes de l'oreille par le procédé de l'écrasement linéaire, conteste la priorité que je revendique de l'emploi de ce moyen, dont j'ai déterminé avec le plus grand soin, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 15 décembre 1866, le mode opératoire, insistant sur la nécessité absolue de fils très-résistants (fil de fer mou, d'un demi-millimètre).

» Il me sera permis de réfuter les assertions de M. Bonnafont en relevant dans son ouvrage de 1860 les faits sur lesquels il a fondé sans doute son appréciation.

» Le fait de la ligature par un fil de soie (1), procédé qui remonte à Fabrice de Hilden (2), et que M. Bonnafont assimile à la méthode de destruction instantanée et sans hémorrhagie ni arrachement par l'écrasement linéaire, tend seulement à détruire les polypes dans un temps plus ou moins long, aussi bien d'ailleurs que la constriction à l'aide d'un fil de platine employé par Fabrizy (3).

» Outre le caractère qui distingue essentiellement le procédé que j'ai proposé de ceux auxquels M. Bonnafont le compare, il importe de constater que la ligature de Fabrizy, si on voulait la faire servir à l'écrasement, serait d'un emploi impossible (4),

(1) Dans notre procédé, le fil étant de soie, etc. Bonnafont, p. 243, « Traité, » 1860.

(2) Cent. 3, obs. I, anno 1604.

(3) Comme nous, M. Fabrizy laisse quelquefois la ligature à demeure, où elle est fixée à l'aide de l'aplatissement de la sonde de plomb sur ces fils. « Loc. cit., » Bonnafont.

(4) Dans certains cas l'introduction des canules de Fabrizy, à cause de leur grosseur, est difficile ou impossible. « Loc. cit., » Bonnafont.

et que, par la ligature à l'aide d'un fil de soie, dont la manœuvre m'a toujours semblé horriblement difficile, l'on ne peut obtenir la section immédiate que des polypes mous et fongueux, contre lesquels la cautérisation donne les succès les mieux assurés (1).

» Veuillez agréer, Monsieur le Président, etc.

» Dr GARRIGOU-DESARÈNES. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A l'occasion du 1er janvier, M. le ministre de l'instruction publique vient de nommer ;

Officiers de l'instruction publique : M. Béchamp, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier (officier d'Académie du 29 décembre 1862); M. Laroche, médecin du lycée impérial d'Angers (officier d'Académie du 9 décembre 1850).

Officiers d'Académie : M. Denucé, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux (16 ans de services); M. Legrand du Saulle, chargé d'un cours libre à l'Ecole pratique de Paris, lauréat de l'Institut; M. Penquer, médecin du lycée impérial de Brest (26 ans de services).

— Par décrets du 28 décembre 1867, sont nommés médecins aides-majors de 1re classe :

MM. les médecins aides-majors de 2e classe, Faucon, Laederich, Barthélemy, Stieldorff, Lenoir, Evrard, Madamet, Joly, Raimond, Genaydet, Geniaux, Erambert, Semanne, Katz, Apté, Marchal, Coursères, Tremant, Beaugrand, Weber, Brachet, Joubin, Oberlin, Carayon, Nevière, Salomon, Comte, Berger, Senut, Thomas, Bellet, Reiser, Morin, Biscarrat, Alphant, Bourdais de la Moissonnière, Dogny, Thiébaut, Boudot, Maroy, Rivière, Frenot, Bouchardat, Roux, Cailliot, Jeanmaire, Verger, Verette, Deville et Godart.

(1) Voir Wilde, « Practical Observations on aural surgery, 1853, p. 415. »
Cramer, p. 157.
Triquet, « Traité des maladies des oreilles, » 1853, p. 310.
Toynbee, « On the Treatment of the polyps ear medical times, » 1852.

Par suite du décès de M. Foucher, M. Th. Trélat passe de l'hôpital Saint-Antoine à l'hôpital Saint-Louis.

— Par décret en date du 23 décembre 1867, M. Iglesias, docteur en médecine de la Faculté de Mexico, est autorisé à exercer la médecine en France.

— Par divers arrêtés ministériels :

M. le Dr A. Paquet est nommé chef des travaux anatomiques à l'Ecole de médecine de Lille.

M. le Dr Cassan est nommé médecin du Lycée impérial d'Albi.

M. le Dr Roussel est nommé médecin-adjoint au Lycée impérial de Metz.

— Par décision ministérielle en date du 30 décembre 1867, un concours pour un emploi de professeur agrégé (clinique médicale), près l'Ecole de médecine et de pharmacie militaire, s'ouvrira le 1er mai prochain au Val-de-Grâce.

— Un concours pour l'emploi de sage-femme professeur du cours d'accouchement, près l'hôpital civil d'Alger, s'ouvrira dans cette ville le mercredi 15 avril 1868.

Les demandes seront reçues jusqu'au 14 avril, à 4 h. du soir, à la préfecture d'Alger (1er bureau), où les intéressées trouveront tous les renseignements qui leur sont nécessaire.

— Dans le concours de l'internat, on a omis le 9e élève nommé qui est M. Culot. Le 11e est M. Picot; et le 12e est M. P. Blanquinque.

— La Société médico-psychologique de Paris vient d'être reconnue comme établissement d'utilité publique par décret impérial du 11 décembre dernier.

La Société médico-psychologique a constitué son bureau pour l'année 1868, comme il suit :

Président : M. Brochin;
Vice-Président : M. Constans;
Secrétaire Général : M. Loiseau;
Secrétaires : MM. Motet et Ach. Foville;
Trésorier-Archiviste : M. Legrand du Saulle.

— L'Académie des sciences morales et politiques vient de mettre au concours la question suivante : De la folie au point de vue philosophique. Nous ferons connaître plus tard le programme détaillé de la question.

— La Société micrographique tiendra sa prochaine séance le lundi 6 janvier, à deux heures, rue Christine, n° 2.

— M. Paul Bert, docteur ès sciences, ouvrira au Muséum d'histoire naturelle, le lundi 6 janvier, à deux heures et demie, son cours de *physiologie comparée*, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Il traitera de la *Physiologie comparée de la respiration*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le Dr Félix Roubaud, médecin aux eaux de Pougues : 4 fr. par la poste. — Sommaire : Législation médicale. — Législation pharmaceutique. — Législation des établissements hospitaliers et sanitaires. — Législation des eaux minérales naturelles et artificielles. — Etablissements et emplois médicaux et pharmaceutiques. — Administrations publiques. — Ministères. — Personnel des hôpitaux et des écoles. — Presse médicale et journaux spéciaux. — Liste des docteurs, officiers de santé et pharmaciens de Paris et de toutes les communes de France. — Statistique médicale. — Liste des cantons et chefs-lieux dépourvus de médecins et pharmaciens, etc., etc. — Un beau volume in-12 de 600 pages. — Adresser les demandes, avec leur montant, à M. E. SIMONNET, 1, rue Baillet, à Paris.

Manuel d'opérations chirurgicales, par le Dr Dubrueil. — 3e fascicule : Opérations qui se pratiquent sur l'appareil locomoteur ; amputations; désarticulations. — Paris, 1867, in-18 de 32 pages et 4 pl. (de pages 65 à 96 et pl. XIII à XVI); prix : 1 fr. 50. — En vente les fascicules 1 et 2. — Paris, 1867, F. Savy.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

(2005)— Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 6 JANVIER 1868.

Sociétés savantes et Hôpitaux

Académie des sciences. — Voici quelques extraits d'un travail important que M. P. Broca a communiqué sur les *odontômes;* tumeurs constituées par l'hypergénèse des tissus dentaires transitoires ou définitifs.

« Le résultat le plus général de mes recherches peut se résumer dans la proposition suivante : Toute tumeur formée d'un seul ou de plusieurs tissus dentaires, est due à la dentification d'une tumeur molle de même forme et de même volume, qui ne renfermait dans l'origine que des tissus odontogéniques, hypertrophiés; cette tumeur hypertrophique a joué, par rapport à la tumeur dentifiée, le rôle que joue le bulbe dentaire normal par rapport à la dent normale. Si les odontômes cémentaires de l'homme semblent au premier abord faire exception à la règle, c'est parce que le cément des dents humaines n'est pas produit par un organe spécial; mais chez les herbivores pachydermes, qui possèdent un organe du cément, l'hypertrophie de cet organe constitue toujours la première phase de la formation des odontômes cémentaires.

» L'anatomie pathologique et la pathologie m'ont conduit à prendre pour base de la classification des odontômes l'époque odontogénique où débute le travail d'hypergénèse qui leur donne naissance. Pour cela, j'ai d'abord divisé l'évolution normale des follicules dentaires en quatre périodes, savoir : 1° la période embryoplastique ; 2° la période odontoplastique ; 3° la période coronaire, et 4° la période radiculaire.

» 1° Pendant la période embryoplastique les organes générateurs de la dent, savoir : l'organe de l'ivoire et l'organe de l'émail, auxquels s'ajoute, chez les herbivores, l'organe du cément, ne possèdent encore que la structure commune des tissus embryoplastiques. Les odontômes nés pendant cette période, qui précède l'apparition des éléments odontogéniques proprement dits, n'ont aucune tendance à la dentification. Je les désigne sous le nom d'*odontomes embryoplastiques*. Ils peuvent rester indéfiniment à l'état fibro-plastique, ou passer à l'état fibreux. Ils ont été décrits par Dupuytren sous les noms de *corps fibreux enkystés* et de *corps fibro-celluleux enkystés* des mâchoires.

» 2° La période odontoplastique commence au moment où se développe, entre l'organe de l'émail et celui de l'ivoire, la couche odontogénique constituée par les deux rangées des cellules de l'émail et de l'ivoire, que sépare la membrane amorphe dite *préformative ;* elle finit au moment où débute, dans cette couche, la formation de l'ivoire. Les odontômes qui se forment pendant cette seconde période méritent le nom d'*odontômes odontoplastiques*, parce que la couche odontogénique dont ils sont revêtus, conservant en général sa propriété de dentification, tend presque toujours à les faire dentifier lorsque leur croissance est terminée. Cette dentification, toutefois, peut faire défaut lorsque la tumeur hypertrophique exerce sur la couche odontogénique une pression assez forte pour en déterminer l'atrophie. Dans ce dernier cas, l'odontôme, privé des éléments spéciaux de la dentification proprement dite, reste à l'état de tumeur molle, mais il peut encore devenir le siége d'un dépôt, quelquefois considérable, de *grains dentinaires*. Les deux variétés odontômes d'odontoplastiques non dentifiés, avec ou sans grains dentinaires, ont été décrites en 1860 par M. Robin.....

» 3° Dans la troisième période, ou *période coronaire*, qui correspond à la formation de la couronne, une ou plusieurs lamelles d'ivoire, connues sous le nom de *chapeaux de dentine*, apparaissent sur le sommet du bulbe, et ne tardent pas à constituer une coque qui se recouvre d'une couche d'émail, et qui s'étend progressivement à toute la surface du bulbe jusqu'à sa base. La partie vasculaire du bulbe, devenant ainsi bien distincte de la partie dentifiée, prend désormais le nom de *pulpe dentaire*. Les *odontômes coronaires*, qui naissent pendant cette troisième période, sont toujours plus ou moins dentifiées, puisqu'ils débutent à un moment où la dentification est déjà commencée. La partie de la couronne qui était déjà formée ne subit aucune altération, et se retrouve, parfaitement reconnaissable, en un point de la surface de la tumeur. Celle-ci, chez l'homme, est constituée par l'hypertrophie de la pulpe, et ne renferme, après la dentification, que de l'ivoire et de l'émail....

» Les odontômes coronaires dentinaires peuvent se présenter sous deux formes essentiellement distinctes : la forme diffuse et la forme circonscrite. Ceux qui sont *diffus* résultent de l'hypertrophie de toute la pulpe. Ils consistent en une tumeur relativement assez volumineuse, que surmonte la portion de couronne déjà formée avant leur apparition. Occupant toute la pulpe jusqu'à sa base, ils opposent un obstacle presque absolu à l'achèvement de la couronne, et par conséquent à la formation des racines. Ce caractère, du reste, leur est commun avec tous les odontômes dont j'ai déjà parlé.

» Il n'en est pas de même des odontômes coronaires *circonscrits*. Ils résultent d'une hypertrophie très-limitée, qui donne lieu seulement à une petite végétation latérale. Le développement de la couronne, perturbé au niveau de cette végétation, continue partout ailleurs. La couronne s'étend peu à peu jusqu'à la base de la pulpe ; après quoi, la racine se forme d'une manière à peu près normale, et l'évolution de la dent s'achève régulièrement, à cela près que l'existence d'une petite tumeur latérale, surmontant l'un des côtés de la couronne, peut rendre l'éruption un peu plus laborieuse. Ces tumeurs, décrites sous le nom de *tumeurs verruqueuses des dents* par des auteurs qui n'en soupçonnaient pas la nature, diffèrent des autres odontômes par leur forme aussi bien que par leur marche ; mais ces caractères distinctifs ne sont qu'accessoires ; ils dépendent du siége et non de la nature du travail pathologique.

» 4° A la quatrième et dernière période, ou *période radiculaire*, pendant laquelle se développent les racines des dents, correspond le groupe des *odontômes radiculaires*. C'est dans cette période, et dans cette période seulement, que le cément naît sur les dents humaines ; les odontômes radiculaires sont donc les seuls qui, chez l'homme, puissent, après dentification, renfermer du cément. En revanche, ils ne peuvent plus renfermer d'émail, l'organe de l'émail ne dépassant pas le niveau de la couronne.

Société de médecine de Strasbourg. Encore un fait semblable à celui dont nous avons si souvent parlé dans ces derniers temps.

M. le professeur agrégé Boeckel vient de rapporter à la Société de médecine de Strasbourg une nouvelle observation de section complète du nerf médian : « Immédiatement après l'accident, il a pu s'assurer, dit-il, *que les doigts n'avaient pas perdu toute sensibilité, et que le bout central du médian était sensible.* »

Malheureusement il s'agissait d'un enfant de cinq ans et demi, et il fallut le chloroformer pour étudier la plaie, qu'il s'était faite en tombant sur un tranchet.

Voici le résultat de ce premier examen, pratiqué le 4 octobre 1867.

A un centimètre et demi au-dessus du poignet droit, il existe une large et profonde solution de continuité transversale sur la face palmaire de l'avant-bras, à bords un peu dentelés, et qui s'étend depuis le bord externe du radius jusqu'au tendon du cubital antérieur. L'écartement des deux lèvres est au moins de deux centimètres. Après avoir débarrassé la plaie des caillots qui l'obstruent, on découvre sans peine les deux bouts de l'artère radiale largement écartés, et on les lie. Puis on constate que les tendons du grand palmaire, du long fléchisseur du pouce, des fléchisseurs superficiels et profonds des deuxième, troisième et quatrième doigts, ainsi que le nerf médian, sont complétement divisés. On voit l'artère cubitale intacte battre dans l'angle interne de la plaie ; par contre une petite branche musculaire réclame encore la ligature.

La plupart des tendons sont coupés au point de jonction des fibres tendineuses avec le corps du muscle.

M. Boeckel ne réunit ni le nerf médian ni les tendons profonds. Il se borne à fixer les tendons fléchisseurs aux muscles correspondants par des points de suture qui se détachent dès le second jour.

Les doigts et le poignet sont maintenus dans la flexion forcée pendant trois semaines.

A cette époque, M. Hergott, qui avait pris le service, procéda au redressement graduel des doigts fléchis, il l'obtint sans peine et en quelques jours.

Deux mois après la blessure on constate que la main et les doigts ont repris tous leurs mouvements ; sauf l'index, dont la phalangette ne se fléchit qu'à un faible degré, et le pouce, dont la phalangette ne s'étend pas encore entièrement.

L'enfant, qui sait écrire, le peut de nouveau, tout aussi bien qu'avant l'accident.

Sous le rapport de la sensibilité, on constate qu'elle est normale sur toute la face palmaire de la main et des doigts, à l'exception de l'index, où elle reste obtuse. Partout ailleurs l'enfant perçoit deux sensations distinctes lorsqu'on le touche avec une pince dont les branches soient écartées d'un centimètre.

Ainsi, non-seulement la sensibilité aurait entièrement persisté, ou serait revenue à son état normal en peu de temps ; mais la section du nerf médian n'aurait eu, cette fois, pour résultat, persistant au bout de deux mois, la paralysie d'aucun des muscles de la région thénar animés par ce nerf.

Suivant M. Boeckel, la régénération du nerf médian se serait faite de la manière la plus rapide, en l'absence de toute suture.

Hôpitaux. — Nous pouvons annoncer maintenant comme accomplie la guérison de cet Italien qui fut traité par la compression digitale pour un énorme anévrysme du creux poplité. La poche enflammée, gangrenée, se vida, par deux ouvertures, des caillots qu'elle renfermait, sans qu'il se produisît aucune hémorrhagie, comme on avait pu le craindre d'abord. La cavité centrale est aujourd'hui complétement comblée, et les plaies extérieures elles-mêmes sont à peu près cicatrisées.

— Un autre malade, dans le même service à l'hôpital des Cliniques, était entré pour une constriction des mâchoires, qui datait déjà de plusieurs semaines et permettait un écartement d'un centimètre tout au plus. M. Jarjavay fit un diagnostic par élimination.

On divise habituellement les constrictions permanentes des mâchoires en trois grandes catégories : selon que l'obstacle à l'écartement siége dans l'articulation temporo-maxillaire, ou dans les tissus circonvoisins autres que les muscles, ou enfin dans les muscles élévateurs eux-mêmes. On peut trouver dans la thèse de concours de M. Berrutz des observations et des détails sur chacune de ces espèces.

Or, ici les articulations n'étaient point compromises, car les mouvements de latéralité de la mâchoire inférieure étaient parfaitement libres.

Il n'y avait pas eu d'affection antérieure de nature à laisser des brides cicatricielles sur quelque point des parois buccales.

Restait donc la supposition d'un raccourcissement actif ou passif de tel ou tel muscle élévateur.

Le pronostic devait être très-différent, selon que ce raccourcissement pouvait dépendre d'une contracture, ou une rétraction des fibres musculaires : selon que le tissu des muscles pouvait avoir, ou non, conservé ses propriétés physiologiques ; mais les premières indications étaient les mêmes dans l'un et l'autre cas : tenter d'abord d'écarter les mâchoires directement à l'aide d'un appareil composé de deux plaques prises par un écrou.

Le résultat graduellement obtenu par ce moyen est très-satisfaisant. Le malade peut ouvrir la bouche assez largement pour manger comme tout le monde. Nous aurons à en reparler au sujet de l'étiologie de la constriction des mâchoires.

— Les cas de *friture*, suivant l'expression de Gerdy, c'est-à-dire de brûlure produite par le froid, ne sont pas très-communs. On peut, en ce moment, dans le service de M. le professeur Jarjavay, en observer un parfaitement net, dont nous donnerons l'observation soit en entier, soit par extraits.

— Nous dirons bientôt quelques mots d'un cas de déchirure centrale du périnée qui s'est produit dans le service de M. le professeur Depaul.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BERGERON.

Gangrène de l'oreille et paralysie généralisée consécutives à la rougeole. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. BOURDILLAT, interne des Hôpitaux.)

Un enfant âgé de 3 ans, d'une assez belle apparence, quoique placé jusque-là dans des conditions hygiéniques mauvaises, entre le 23 août 1867, dans le service de M. Bergeron, pour une rougeole en voie d'éruption. — Au moment de l'entrée, l'exanthème confluent à la face commence à envahir les membres et le tronc; les muqueuses nasale et oculaire sont enflammées, la poitrine est le siége de râles sibilants nombreux, enfin l'intestin fournit une sécrétion exagérée. Le pouls est à 108, la peau chaude, la toux fréquente, l'appétit nul.

Les jours suivants, la maladie parcourt ses diverses phases, sans rien offrir de particulier.

Le 1er septembre on constate dans le sillon auriculaire droit une gangrène superficielle, qui a eu pour point de départ une ulcération consécutive à l'impétigo. La mortification occupe l'étendue d'une pièce de deux francs ; elle s'étend d'une part à la peau du pavillon, de l'autre aux téguments de la région pariétale. Les préparations de quinquina sont données à l'intérieur, la plaie est pansée avec l'onguent styrax et cautérisée de temps en temps avec le nitrate d'argent.

Sous l'influence de ce traitement, l'élimination de l'eschare et la réparation se font avec rapidité, et, vers le milieu de septembre, la cicatrisation est à peu près complète. L'état général est bon, l'appétit est revenu et l'enfant n'est gardé dans nos salles que pour y compléter la guérison d'un impétigo du cuir chevelu. Les forces se rétablissent, il est vrai, avec lenteur, l'enfant est paresseux et il préfère rester assis ; mais cet état est attribué à l'épuisement qui suit toutes les maladies aiguës.

Vers le 5 octobre, la paralysie commence à s'accentuer nettement : la contractilité musculaire diminue aux membres inférieurs et supérieurs ; la déglutition s'exécute mal et la voix devient nasonnée. M. Bergeron prescrit l'électricité, le quinquina, le café et les toniques de toutes sortes. La paralysie s'arrête sous l'influence de cette médication, et, le 14 octobre, on constate une amélioraton sensible dans les forces du malade. Mais le lendemain une aggravation notable se manifeste dans les accidents. Les mouvements deviennent plus difficiles, l'enfant laisse pencher sa tête par l'insuffisance des muscles extenseurs, la voix est plus nasonnée, la toux est paralytique, la déglutition est devenue difficile, et, à plusieurs reprises le passage des aliments dans la trachée a failli entraîner la mort.

Le 16 octobre, la paralysie continue ses progrès ; elle envahit les muscules respiratoires et le diaphragme lui-même ne se contracte plus qu'imparfaitement. Les poumons semblent avoir perdu leur contractilité propre et les mucosités bronchiques qui s'amassent dans les tuyaux de l'arbre aérien entravent notablement l'hématose. Le sphincter se paralyse à son tour. La face est pâle, le pouls qui jusque-là était resté calme, s'élève à 136 pulsations et l'on compte 52 inspirations par minute. La sensibilité paraît cependant intacte et il n'existe pas de trouble de la vue. On a recours avec énergie à l'électricité, aux injections hypodermiques de strychnine, aux bains sinapisés, en un mot, aux excitants les plus actifs de la thérapeutique. L'enfant qui paraissait sur le point de succomber, se réveille de sa torpeur. Mais bientôt la respiration s'embarrasse de nouveau, le poumon s'engoue, et à la visite du soir on découvre à droite une vaste pneumonie développée depuis le matin sous l'influence sans cesse croissante de la gêne qu'éprouve l'acte mécanique de la respiration. L'enfant meurt dans la nuit avec tous les symptômes d'une asphyxie lente.

A l'autopsie on constate à droite l'existence d'une pneumonie du second degré. Le poumon est envahi, dans la plus grande partie de son étendue, par l'hépatisation rouge. Le lobe moyen seul se laisse insuffler en quelques points, qui d'ailleurs sont déjà le siége d'une congestion très-marquée. Le poumon gauche est hyperémié. On trouve dans son épaisseur des noyaux de pneumonie au second degré. Les bronches sont remplies de mucosités. Leurs plèvres ne renferment pas de sérosité ni de fausses membranes.

Le cœur et le péricarde sont sains. Le foie et les reins sont volumineux ; leurs vaisseaux sont distendus par le sang.

Les centres nerveux sont fortement congestionnés. Les sinus et les vaisseaux des circonvolutions sont rendus proéminents par cette réplétion sanguine exagérée. On trouve un peu de sérosité à la surface et dans les ventricules. La masse cérébrale paraît augmentée de volume ; le tissu en est mou, à la coupe il offre un piqueté rouge. Sa mollesse est telle en certains points que nous avons pensé un moment à l'existence d'un ramollissement aigu ; mais l'examen microscopique pratiqué quelques heures plus tard par M. Ranvier a démontré l'intégrité des éléments nerveux.

Comme les autres viscères, la moelle offre une injection très-vive, qu'il faut sans doute rattacher comme celle des autres organes à l'asphyxie qui a précédé la mort.

Cette observation est digne d'intérêt parce qu'elle renferme deux complications dont l'une est fort rare à la suite de la rougeole. Elle nous montre en effet un exemple de ces paralysies dites essentielles, qui surviennent parfois dans la convalescence des maladies aiguës, notamment de la diphtérie, et qui depuis dix ans ont attiré si vivement l'attention des observateurs. Dans le savant mémoire qu'il a publié en 1861 dans les Archives de médecine, M. Gubler ne cite qu'un seul cas de paralysie généralisée consécutive à la rougeole. Cette observation dont on a voulu vainement diminuer la valeur, est due à M. Liégard (de Caen), qui l'a publié en 1859, dans la *Gazette des hôpitaux*.

M. Imbert Gourbeyre (de Clermont), a rappelé depuis lors, dans un mémoire publié en 1863 dans la *Gazette médicale*, que des paralysies partielles avaient été vues par d'autres observateurs à la suite de la rougeole, et il cite à l'appui de son opinion des faits empruntés à Nebelius, à James Lucas, à Frank, à Baxter, à Baterman et à Abercrombie.

Cette variété de paralysie paraît donc aujourd'hui devoir être mise hors de toute contestation, que d'ailleurs on en fasse à tort une espèce nosolique à part, ou qu'on la confonde avec les autres paralysies, dites essentielles de l'enfance, dans un grand cadre de maladies unies dans leur nature quoique distinctes dans leurs causes.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Note sur le rôle des matières dites extractives dans les maladies (1)

Par le Dr P. CHALVET.

Depuis deux ans j'ai profité de toutes les occasions pour étudier comparativement les matières extractives dans le sang et dans les urines des fiévreux, des albuminuriques et des cholériques. Pour la fièvre éphémère, j'ai analysé le sang de jeunes chiens prématurément alimentés, afin de simuler expérimentalement la fièvre gastrique. Je ne donnerai qu'un tableau synoptique, en quelque sorte, des principaux résultats obtenus.

Fièvre typhoïde. Voici une analyse type de cette maladie :

Urée..............	30 gr. pour 1000 gr. d'urine.		
Matières extractives.	21 gr.	id.	id.
Matières extractives.	13 gr. pour 1000 gr. de sang.		

Ces chiffres, dans la fièvre typhoïde, sont sujets à des variations que je vais indiquer en citant deux analyses fournies par le même malade, qui mourut deux jours après la seconde, avec des symptômes ataxiques :

L'urée tomba de..........	32 à 15 gr. pour 1000 gr.	
Les matières extractives de.	23 à 17	id.

Dans le sang les matières extractives *montèrent* de 19 à 25 gr. pour 1000.

C'est l'étude comparée de ces deux analyses et d'autres cas semblables, qui m'a fait admettre que l'urée est un diurétique naturel : dans cette observation l'urée ne s'accumulait pas dans le sang, et les matières extractives étaient en raison inverse dans les urines et dans le sang.

Les deux analyses qui suivent me portent à croire que l'alcool favorise l'élimination des matières extractives du sang par les urines.

Le 2 octobre dernier, j'eus à donner des soins à une malade atteinte de fièvre *dite* puerpérale, sortie la veille de la Maternité. Je fis une saignée de 15 grammes sur une veine superficielle de l'avant-bras, et je trouvai :

Matières extractives...	13.60 pour 1000 gr. de sang.		
Urée.................	38 » pour 1000 gr. d'urine.		
Matières extractives...	23.15	id.	id.

La malade rendait environ 700 grammes d'urine en vingt-quatre heures.

Je la soumis à un traitement alcoolique à haute dose (cognac, vin de Malaga); les signes de l'infection purulente suivaient lentement leur marche progressive. Le 4, l'analyse des urines donne le tableau suivant :

Urée...............	24 gr. pour 1000 gr. d'urine.		
Matières extractives.	18 gr.	id.	id.

L'alcool fut maintenu à haute dose et les symptômes adynamiques s'étaient manifestement amendés. Le 7 au soir, j'avais la modification suivante sur le tableau des urines :

Urée..............	16.40 pour 1000 gr.	
Matières extractives.	20,75	id.

Cette marche inverse du chiffre des matières extractives et de l'urée est tellement conforme aux deux actions physiologiques connues de l'alcool, et si manifestement en désaccord avec ce qui se passe le plus habituellement, que je me crois autorisé à admettre, jusqu'à preuve du contraire, que, dans le cas présent, les alcooliques ont agi comme diurétiques dans la véritable acception du mot. La malade rendait à peu près la même quantité d'urine en vingt-quatre heures : elle ne mourut que le 13 après des améliorations et des aggravations successives.

Variole. — J'ai toujours étudié jusqu'ici des varioles modifiées, mais le nombre de mes analyses est considérable. Dans trois cas j'ai fait l'analyse complète des urines et pris la température pendant toute la durée de la maladie. Je n'ai jamais pu me procurer du sang. Malgré cette lacune, l'analyse des urines est remarquable. Je vais donner deux tableaux de moyennes du jour de l'éruption et du jour de la convalescence confirmée.

Jour de l'éruption :

Urée...............	48.00 gr. pour 100 gr. d'urine.		
Matières extractives.	29.70	id.	id.

La quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures était de 380 grammes.

Veille du jour de la sortie :

Urée..............	6.20 pour 1000 gr.	
Matières extractives.	7.12	id.

La quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures était de 1800 grammes.

En comparant les analyses d'urine des varioleux, on remarque que, si l'on tient compte de la quantité de ce liquide rendu en vingt-quatre heures, l'urée et les matières extractives sont à peine augmentées, tandis que ces produits sont bien *au-dessous* de la moyenne physiologique dans la convalescence. C'est à la diaphorèse et à l'élimination par l'*exanthème* qu'il convient de demander l'explication de ce fait. L'état des urines pendant la convalescence prouve cependant que le malade s'est fortement dénourri pendant la fièvre.

Je ne saurais mieux comparer ces urines qu'à celles des femmes qui allaitent. Les urines des femmes en couches sont très-intéressantes au point de vue des recherches qui nous occupent en ce moment. Je regrette de ne pas avoir pu compléter des recherches que j'avais commencées dans le service de M. Empis, 1863, mais je reviendrai ailleurs sur ces recherches.

Rougeole et scarlatine. Dans ces deux fièvres, l'urée et les matières extractives augmentent considérablement dans les urines. J'ai pu rechercher les matières extractives du sang dans un cas de rougeole grave. J'avais fait appliquer deux sangsues à la base des poumons, à un enfant de cinq ans pris d'une congestion pulmonaire formidable le jour où devait se faire l'éruption morbilleuse. Une des piqûres donnait une si grande quantité de sang, que je fus appelé pour arrêter l'hémorrhagie. Je profitai de l'occasion pour recueillir 3 grammes de ce liquide qui coulait goutte à goutte. Ce sang épuisé par l'alcool absolu donna 11.45 gr. de matières extractives pour 1000 gr. de sang.

L'éruption se fit régulièrement, et malgré cela, l'énanthème pulmonaire fit courir de graves dangers à l'enfant.

Albuminurie. J'ai fait une dizaine d'analyses de ces urines pour contrôler les différentes théories de l'urémie. Ces analyses ont porté tantôt sur des maladies de Bright primitives, tantôt sur des dégénérescences rénales consécutives à des cirrhoses et à des lésions cardiaques. J'ai déjà formulé mes résultats à ce sujet. Je donnerai comme type le tableau suivant :

Urée...............	12 » gr. pour 1000 gr. d'urine.		
Matières extractives.	21.99	id.	id.
Albumine...........	10.35	id.	id.
Matières extractives.	18.66 pour 1000 gr. de sang.		
Urée environ........	0.12	id.	id.

Cette analyse, faite le lendemain d'une attaque d'encéphalopathie urémique (service de M. Sée), représente une moyenne, excepté pour l'albumine généralement plus abondante. Chez un autre malade (service de M. Sée), j'ai trouvé 31 grammes d'albumine pendant l'attaque. Le malade précédent avait 12 grammes d'albumine et 7,80 d'urée pendant le coma.

Choléra. — Les éléments du tableau qui suit ont été pris dans le service de M. Gubler (1866). Le sang fut retiré avec des ventouses chez un cholérique qui délirait.

Urée des traces impondérables dans les urines;
Matières extractives....... 14 gr. pour 1,000.

Dans le sang :

Urée..............	3,60 pour 1,000 gr. de sang;	défibriné
Matières extractives.	19,80 id.	id.

Quand la fonction rénale se rétablit chez ces malades, l'urée et les matières extractives abondent bientôt dans les urines. J'ai trouvé dans la période de *réaction* 28,60 gr. d'urée, 22 gr. de matières extractives pour 1,000 gr. d'urine, le malade rendant 700 gr. de ce liquide par jour.

Fièvre éphémère. — J'ai voulu m'assurer si ces matières augmentent dans les fièvres à courte durée, comme la synoque simple se répétant aux changements des saisons, et à la suite de troubles digestifs (fièvres gastriques). J'ai toujours trouvé dans ces cas un excès d'urée et d'extractifs dans les urines. N'ayant pu me procurer du sang de ces malades, j'ai suppléé à cette analyse clinique par les expériences suivantes, qui ont une certaine valeur au point de vue de l'alimentation prématurée des nouveau-nés.

Le 19 juillet (1867), je saigne un jeune chien allaité par la mère. Je trouve 8,66 pour 1,000 de matières extractives.

Ce même jour, je sèvre un second chien de la même portée et je le nourris avec du lait de vache additionné de fécule. L'animal buvait très-bien, et cependant, dès le second jour, il fut pris de fièvre, le poil se hérissa et le 24 il avait déjà maigri. L'analyse du sang me donna 17 pour 1,000 de matières extractives. A l'autopsie, les ganglions mésentériques étaient rouges et tuméfiés.

J'ai répété cette expérience sur deux portées successives de jeunes chiens, dans un autre but, mais toujours les troubles digestifs ont amené la fièvre et un excès d'extractifs dans le sang. Si j'ajoute que ces accidents cessent lorsque le jeune animal est rendu à la mère, j'aurai donné une explication rationnelle de l'influence de la diététique et de la tempérance sur la fièvre consécutive aux excès de table et aux mauvaises digestions.

Matières extractives dans le sang normal. — On se procure plus facilement du sang physiologique que du sang pathologique pour les analyses. Je donnerai seulement le résultat de deux saignées des analyses pour servir de terme de comparaison. La première de ces saignées fut pratiquée à la demande du malade, qui était pléthorique. Elle a donné 4,90 de matières extractives pour 1,000 gr. de sang.

La seconde fut faite à un apoplectique. Le poul était petit, battait 120 fois par minute, la face était violacée, le coma complet depuis dix heures que l'attaque avait eu lieu. Saignée de 300 grammes, mort six heures après.

(1) Fin. (Voir notre numéro du 31 décembre.)

Errata importants du précédent article :

Première colonne, lisez Bird et Beale, au lieu de Biard et Belle.

Deuxième colonne au renvoi (1), lisez M. Jaccoud... accepte fermement la théorie de Frérichs, au lieu de les théories de Wilson et de Frérichs.

Troisième colonne, lisez les *exanthèmes* et les *énanthèmes* dans les fièvres éruptives, au lieu de les exanthèmes et les exanthèmes, etc. — Dans le renvoi (1) lisez l'*énanthème* et l'uropoïèse, au lieu de l'exanthème, etc. — Lisez matières extractives 20,40 au lieu de 2.040...

Les urines obtenues par le cathétérisme donnèrent :

Urée	24 gr. pour 1,000 gr. d'urine;		
Matières extractives	18,50 gr.	id.	id.

Dans le sang 6 gr. de ces matières pour 1,000 gr.

Cette analyse faite au début de la fièvre nous permet d'assister, pour ainsi dire, au commencement des altérations humorales.

Je ferai observer, en terminant cet exposé de faits, qu'il faut toujours opérer de la même manière et avec le même échantillon d'alcool, pour avoir des résultats comparables : cette condition est plus indispensable que l'exactitude absolue des analyses.

Ces quelques emprunts faits à mes analyses tendent à prouver que toutes les fois que les fonctions de l'organisme sont troublées, il existe une altération matérielle appréciable des liquides de l'économie. Le terme de maladie *sine materia* ne saurait être rigoureusement exact dans aucun cas, pas même peut-être dans les névroses.

La constatation d'un excès de matières extractives dans le sang et dans les urines n'est certainement pas une découverte nouvelle. J'ai déjà dit que Schattin (1853), Reuling (1854), Hoppe (1854), Oppler (1861), Perls et Zalesky (1864) autant de travaux que les publications de M. Jaccoud surtout ont vulgarisés en France, avaient successivement édifié une nouvelle théorie de l'urémie basée sur la rétention dans le sang et dans les tissus de produits azotés insuffisamment éliminés par les reins.

Le Dr W. Rommelaere vient de publier sur le même sujet (*De la pathogénie des symptômes urémiques*), une étude fort remarquable que je dois à l'obligeance de M. Charcot d'avoir pu consulter au moment où je terminais cette note.

Je suis heureux de constater que ce laborieux analyste, qui croit aussi à la théorie des matières extractives, est arrivé aux mêmes conclusions que moi, relativement aux autres théories urémiques qui occupent encore tant de place dans quelques livres classiques.

La réfutation de l'ammoniémie de Frerichs, avec la variante de Treitz, est conduite avec un tel luxe de soins scientifiques dans le travail de M. le Dr Rommelaere, que l'on peut croire cette question définitivement résolue. Du reste, deux expérimentateurs qu'on ne peut suspecter, MM. Kühne et Strauch avaient déjà démontré l'absence du carbonate d'ammoniaque dans le sang des urémiques.

Je ne prétends pas dire que le fait avancé par Treitz, c'est-à-dire la formation de sels ammoniacaux dans le tube digestif et leur passage dans le sang par absorption, soit un fait inexact; je suis, au contraire, persuadé qu'un grand nombre d'infections, légères ou graves, peuvent se faire par le mélange au sang de matières ayant subi la fermentation putride dans les cavités de l'organisme; je conteste seulement le fait général au point de vue de la pathogénie de l'urémie. J'admets cette *autotoxémie*, et j'en ai parlé dans mon mémoire sur les désinfectants à propos de la désinfection interne.

De nombreuses analyses de matières fécales me font supposer que la dyspepsie, l'état de malaise, les frissons erratiques qui tourmentent les personnes habituellement constipées, peuvent être attribués à l'absorption incessante de principes septiques provenant de la décomposition des matières trop longtemps retenues dans le gros intestin.

La grande différence qui existe entre les remarquables travaux que je viens de citer et la théorie que je cherche à exposer en ce moment, est que j'applique par l'analyse, à toute la pathologie, pour ainsi dire, des faits qu'on s'efforce à tort, selon moi, de restreindre à l'albuminurie.

Pour bien exprimer ma pensée, quelques détails de physiologie histologique sont ici nécessaires.

Les travaux successifs de Wirchow, de Cl. Bernard, ont démontré que les éléments anatomiques vivent et se renouvellent avec une complète indépendance de l'ensemble, que chaque espèce d'élément joue un rôle spécial dans l'accomplissement des fonctions de l'organisme, fonctions qui ne sont que l'expression collective des forces élaborées dans les divers milieux histologiques.

Ces milieux, pour fonctionner, ont besoin d'opérer des échanges avec le monde extérieur, comme toute machine en activité.

D'après les lois de la physique biologique (cours de M. le professeur Gavarret), on comprend le mécanisme de ces échanges à travers les membranes anhystes qui limitent pareillement les cavités des vrais capillaires et les éléments anatomiques. Le sang porte aux éléments des tissus, les matériaux nécessaires à leur nutrition, et reçoit en même temps, pour les transmettre au monde extérieur, par un courant inverse, les produits de la dénutrition ou déchets organiques.

Les déchets sont éliminés par les émonctoires, formés par des appareils destinés à conserver au sang toujours la même composition.

Mais le sang n'est pas un simple milieu où s'opèrent les échanges nutritifs; il est, de plus, le principal agent excitateur qui met en activité régulière les éléments histologiques.

Les diverses espèces d'éléments sont alimentés et excités d'une manière spéciale; mais il est difficile de bien comprendre par quel artifice d'organisation sont spécialisés les échanges et les excitations. Ces phénomènes sont-ils dus à la disposition atomique de l'enveloppe ou à la composition moléculaire du contenu? Cela nous importe peu pour le moment, bien que la constatation de ce fait soit d'une grande importance en thérapeutique et en pathologie expérimentale pour concevoir les actions électives des médicaments (1) et interpréter les résultats des inoculations morbides. Il nous suffit de savoir que les excitations inconscientes qui font fonctionner les organes naissent directement du conflit du sang avec les éléments histologiques.

En effet, lorsque la circulation est arrêtée, comme dans la syncope, toutes les fonctions cessent progressivement; mais les éléments continuent à vivre pendant un temps plus ou moins long, en vertu de leur réserve nutritive : si la syncope se prolonge, l'activité des éléments cesse, et la mort apparente de l'ensemble devient réelle par la réalité de la mort des parties constituantes.

Le sang vient-il à être modifié dans sa composition au lieu d'être interrompu dans son cours, la vie persiste, mais les fonctions qui la traduisent sont troublées.

Les principes susceptibles de modifier la composition ou la crase du sang peuvent provenir de quatre sources :

1° De la métamorphose morbide de quelques-uns des principes constituants du sang;

2° De la dénutrition des tissus (Métamorphose régressive ou histolyse), sous forme d'urée, d'acide urique, d'acide lactique, d'acide oxalique, de créatine, de créatinine, de cholestérine, de leucine, d'oléine, de margarine, de matières grasses phosphorées, etc., etc. Ces divers principes prédominent ou existent à l'exclusion les uns des autres, suivant l'espèce des tissus qui subissent la dénutrition ou la nature du processus morbide;

3° D'un état intermédiaire du *pabulum* nutritif et de celui du tissu qui doit l'assimiler;

4° De la pénétration directe dans l'économie des principes morbigènes capables de changer les propriétés physiologiques du sang.

La première de ces sources est la moins probable. Cependant M. le professeur Ch. Robin admet que les principes septiques modifient les principes coagulables du sang, et changent ainsi la crase de ce liquide. Il nous semble qu'il est plus conforme aux faits d'admettre que ces principes troublent les fonctions en modifiant les propriétés excitantes du sang, et les matières extractives proviennent dès lors de la dénutrition des tissus, comme dans le second cas. Lorsque le miasme paludéen pénètre dans l'économie, il ne trouble pas de suite les fonctions; il commence par se faire une dénutrition très-active, attendu que l'urée et les matières extractives ont atteint leur maximum de concentration dans les urines quand le frisson commence. Après l'accès de fièvre, l'urée est progressivement descendue de 30 à 15 grammes par 1,000.

L'urée ne se produit pas aux dépends des éléments du sang; la formation de déchets a donc précédé les troubles fonctionnels, et ces déchets, que l'accès de fièvre élimine rapidement par les divers émonctoires, proviennent certainement de la désassimilation des tissus.

La formation préalable d'un grand excès d'urée explique jusqu'à un certain point le *jugement* brusque des fièvres intermittentes.

Je ne prétends pas dire par là qu'une production exagérée de ce corps soit toujours un bien; il en est ainsi dans les cas morbides, quand sa formation s'arrête aux limites nécessaires pour favoriser l'expulsion des matières extractives, mais elle peut être un mal, et produire tous les dangers de l'*autophagie*, quand les combustions organiques dépassent ces limites.

La seconde source des principes qui modifient la crase du sang n'est pas contestable. Cependant, je dois ajouter que la désassimilation physiologique n'est pas toujours le point de départ de ces produits. Les nécrobioses interstitielles qui s'opèrent au centre des altérations organiques ou autour de corps toxiques désoxydants (phosphore), abandonnent au sang des principes généralement stéatosés, qu'on peut accuser de produire cette série de troubles fonctionnels qui commencent par la fièvre rémittente symptomatique, et se terminent par la cachexie. Parfois la marche de ces empoisonnements est plus rapide et donne de suite le spectacle de l'état typhoïde, comme on l'observe dans la *cholémie* et la cholestérémie (ictère grave, dernière période des dégénérescences du foie), au moment où la stéatose phosphorée est un fait accompli (Fritz, Ranvier et Verliac), et parfois, quand le caillot obturateur d'une phlébite subit certaines régressions et se mélange peu à peu à la masse du sang. C'est par des faits de cette nature que l'on a cherché à expliquer l'adynamie dans l'endocardite ulcéreuse et les états typhoïdes consécutifs, aux divers ramollissements, et surtout à la nécrobiose cérébrale.

Les hématologistes (Becquerel et Rodier) ont noté une augmentation de ces matières dans le sang des cancéreux, des tuberculeux à la période où commence la dégénérescence graisseuse et le ramollissement de ces nosorganies. C'est à ce moment que se manifestent, en effet, les phénomènes généraux, et nous avons l'explication naturelle de cette généralisation des accidents par notre théorie.

Lorsque la *toxémie* n'a pas été portée trop loin, c'est-à-dire que les solides et les liquides de l'organisme n'ont pas subi d'irréparables désordres, comme dans la cachexie complète, l'ablation du tissu dégénéré suffit pour ramener temporairement la santé, comme on l'observe à la suite de l'opération des cancers.

(1) M. le professeur Sée, dans son cours de thérapeutique, a classé les médicaments d'après leur action sur les éléments histologiques.

Si parfois ces nosorganies demeurent indéfiniment localisées, il faut en chercher la cause dans leur mode de nutrition qui les préserve de la dégénérescence (tumeurs fibreuses, squirrhe ligneux) ou dans une modification des tissus environnants formant une sorte de barrière entre le torrent circulatoire et le produit morbide (cancers à longue durée du col de l'utérus, masses tuberculeuses enkystées).

La troisième source de la *toxémie* demande aussi quelques développements pour être bien comprise. Lorsque les peptones de la digestion ne sont pas en trop grand excès et qu'elles ont subi une élaboration convenable, elles se mêlent au sang, sans déterminer de troubles fonctionnels, tout au plus un léger sentiment de froid qui ne va jamais jusqu'au frisson. Il n'en est plus de même dans les conditions opposées. Non-seulement on peut alors observer tous les phénomènes de la fièvre, mais encore des désordres anatomiques dans certains organes et une modification générale de l'économie tout entière; c'est ainsi que se produisent l'adénopathie abdominale, l'hypertrophie du foie et le scrofulisme chez les jeunes enfants mal nourris ou prématurément nourris.

La quatrième source de ces empoisonnements est relative à des solutions de continuité des tissus laissant pénétrer des principes nuisibles dans le torrent circulatoire. Personne ne conteste que des principes de la nature des matières extractives ne puissent passer des surfaces suppurantes, par exemple, dans le sang.

Pour éveiller la fièvre, les matières extractives du sérum du pus n'ont pas toujours besoin d'avoir subi le contact de l'air. Des expériences que nous ferons connaître plus tard prouvent que les différentes espèces de pus ont des qualités nuisibles *intrinsèques*, et que la distinction d'infection putride et d'infection purulente établie par les chirurgiens, est parfaitement légitime.

On peut, par inoculation ou par injection directe, faire pénétrer dans le torrent circulatoire des principes inoffensifs en apparence, qui troublent gravement toutes les fonctions. Je citerai, comme exemple, la remarquable expérience de M. le professeur Béhier, par laquelle on détermine des états typhoïdes chez les lapins, en injectant des corps gras (huile, graisse) dans le tissu cellulaire de ces animaux.

Dès que ces principes, quelle qu'en soit la source, ont pénétré dans le sang, les éléments anatomiques sont troublés dans leurs fonctions, et la fièvre éclate. Alors deux alternatives sont ob servées : ou bien la réaction générale de l'organisme dépure le sang par les émonctoires (crises), et l'ordre se rétablit; ou bien la réaction, dont la modalité peut varier, épuise l'organisme ou augmente encore la corruption du sang en y mêlant de nouveaux déchets, et le rétablissement de l'équilibre fonctionnel ne peut être obtenu que par l'intervention des principes médicamenteux, dont l'action générale la moins contestable est de favoriser l'élimination des déchets, de produire une *crise* artificielle. M. Sée, dans son *Cours de thérapeutique*, a beaucoup insisté sur cette action des médicaments, « dont le plus grand nombre, dit le savant professeur, agissent en quittant l'économie. » Lorsque l'organisme et les agents thérapeutiques sont impuissants à produire ces effets, la crase sanguine reste viciée et l'état général du malade se trouve dans cette grave condition d'*autotoxémie* qu'aucun mot ne saurait exactement désigner.

La grande classe des névroses n'échappe peut-être pas à cette théorie, avons-nous dit. Les matières extractives pondérables peuvent bien ne pas être les seuls produits capables de troubler les fonctions de l'organisme. On ignore, bien qu'on ait lieu de supposer leur existence, si des produits plus subtils ayant échappé jusqu'ici aux appréciations endiométriques, n'interviennent pas comme des *miasmes endogènes*, pour développer les phénomènes nervosiques. Certains faits relatifs au nervosisme (Bouchut), les propriétés physico-chimiques des antispasmodiques, l'inoculabilité savamment affirmée de la tuberculose (Villemin, Hérard, Cornil, Rostan) ont à tel point ébranlé les opinions qui paraissaient le moins ébranlables en pathologie, qu'on ne sait plus où les recherches exactes peuvent nous conduire. — Des expériences personnelles peu nombreuses, il est vrai, ne m'autorisent pas encore à croire à l'inoculabilité de la tuberculose proprement dite; mais je crois fermement à l'empoisonnement général par l'inoculation des matières morbides et putrides.

Pour arriver à spécialiser les troubles fonctionnels, il faudrait doser chaque déchet dans chaque état morbide, étudier avec plus de soin qu'on ne l'a fait les gaz et toutes les émanations *organoleptiques* du sang; les différences d'odeur de ce liquide que l'on constate au moment de la saignée, ne peuvent-elles pas tenir à la présence d'*éthers* animaux susceptibles de jouer un rôle pathologique ?

On conçoit facilement la possibilité de ces recherches, à la condition de ne chercher qu'un petit nombre de produits dans chaque analyse.

Quelque singulières que puissent paraître, de prime-abord, ces idées, il faudra bien s'habituer à leur hardiesse, si la médecine persiste à vouloir se constituer en science exacte, si elle ne veut pas s'égarer pour la centième fois dans le dédale des conceptions métaphysiques.

Je ne prétends pas dire que l'observation clinique pure ait fait son temps; par ces recherches faites au lit des malades, j'affirme son importance, et j'établis la direction qu'il convient de donner aux investigations chimiques. Dans mon esprit, ce

deux moyens d'étude sont *également* utiles à la *science* médicale.

CORRESPONDANCE

Paris, 15 décembre 1867.

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la « Gazette des hôpitaux. »

Monsieur et très-honoré confrère,

Je reçois une lettre de mon ami le Dr Lancereaux qui s'étonne à juste titre que je ne l'aie pas cité comme ayant insisté sur l'artérite saturnine. Je l'ai prié de vous adresser une réclamation ; il ne veut pas le faire à cause de notre vieille amitié, permettez-moi de le faire pour lui.

Je ne l'ai pas cité, parce que mon travail devait être lu à la Société de médecine de Paris, au mois de mars dernier, et que par un malentendu je n'ai pu le lire qu'au mois d'octobre. J'avais promis ce travail pour ma candidature, je n'ai pas voulu en disposer ailleurs. Or, le volume du *Dictionnaire des sciences médicales*, qui contient l'article artérite, n'a été publié que vers le mois d'août, environ.

Il est inutile de dire qu'au commencement de l'année nous ne connaissions pas nos travaux réciproques; la différence des moyens employés le prouvent suffisamment.

Or, voici ce qu'a écrit le docteur Lancereaux dans son article artérite (*Dict. encycl. des sc. méd.* 1867) :

« L'endartérite se rencontre quelquefois chez les individus atteints d'intoxication saturnine. Il est fait mention d'aortite chez plusieurs des malades observés par Tanquerel des Planches, bien que cet auteur ne paraisse pas avoir songé à la possibilité d'une liaison entre cette affection et la cachexie plombique. Quatre fois j'ai eu l'occasion d'examiner les vaisseaux d'individus succombant à cette cachexie, et chaque fois l'aorte se trouvait altérée dans la plus grande partie de son étendue. Toujours dans ces faits il existait un épaississement des parois des artères rénales en même temps qu'un état atrophique et granulé des reins. Or s'il est vrai, comme tendent à le démontrer les recherches de Garrod et de Charcot, que l'intoxication saturnine contribue à engendrer parfois la diathèse goutteuse, ne peut-on pas penser que les lésions en question ne tiennent pas au plomb et qu'elles dépendent uniquement de la goutte? D'ailleurs, si on tient compte de la grande ressemblance de la lésion rénale dans ces différents cas avec celle qu'on observe dans la goutte, on sera porté à croire, et aujourd'hui c'est assez mon avis, que l'albuminurie plombique n'est le plus souvent qu'une albuminurie goutteuse.

» Symptômes. Rien de moins nettement établi et du reste rien de plus difficile à édifier que la symptomatologie de l'endartérite dont la réaction sur l'organisme est le plus souvent nulle. Toutefois il est possible de reconnaître à cette affection deux périodes distinctes. Dans la première ou période latente, les vaisseaux lésés sont le siége de souffles simples ou doubles, assez rares ; quelquefois même il existe une matité appréciable de l'aorte dont les battements sont plus énergiques. Une sensation de dyspnée, d'oppression plus ou moins vive est ressentie au niveau de la région sternale et quelquefois même le malade est pris de ces accès violents de douleurs qui sont connus sous le nom d'angine de poitrine...

» Les artères des membres se font remarquer par une rigidité et une flexuosité plus grandes ; elles donnent au doigt qui les presse la sensation d'annelures transversales et de bosselures; leurs mouvements diastoliques sont presque imperceptibles. Le pouls, suivant les intéressantes recherches de Marey subit des modifications que le sphygmographe seul peut faire reconnaître. L'amplitude du tracé est considérable, ce à quoi contribue pour une grande part l'hypertrophie secondaire du ventricule gauche. L'ascension est brusque et saccadée, le sommet de la pulsation est fourni par un plateau horizontal ou ascendant quelquefois d'une grande largeur. La courbe retombe brusquement après le plateau hystolique et la ligne de descente est généralement dépourvue de rebondissements. Ce n'est que dansdes cas exceptionnels et lorsque l'endartérite revêt une marche aigüe que le pouls prend de la fréquence...

» Le diagnostic de l'endartérite n'est pas sans difficultés. Les symptômes assez peu accusés du début ne fournissent ni par eux-mêmes, ni par leur ensemble de signes certains et positifs. Cependant l'état physique des vaisseaux, l'existence de souffles rudes sur le trajet de l'aorte ou de quelques autres troncs artériels... »

Le Dr Lancereaux m'écrit que sur cinq autopsies, il a trouvé cinq fois la lésion aortique. Malheureusement il ne m'indique pas la forme de l'intoxication saturnine qui a tué les malades. Il rattache à une altération particulière du système artériel, aorte, que surtout, la lésion rénale chronique qu'autrefois il avait attribuée à l'empoisonnement saturnin. Il ne pense pas que le plomb modifie les reins, il n'accepte pas les travaux d'A. Ollivier à cet égard. Enfin son travail sur les lésions paralytiques saturnines a été inséré dans la « Gazette Médicale » pour 1862.

Excusez-moi, monsieur et très-honoré confrère, de la longueur de cette lettre; en raison de l'intérêt du travail de mon ami le Dr Lancereaux et de l'horreur que j'ai pour tout ce qui peut ressembler à un plagiat volontaire. Du reste, nos deux travaux se complètent beaucoup plus qu'ils ne se ressemblent.

Agréez, etc. Dr DUROZIEZ.

Le Directeur, Dr. E. Le Sourd.

(2024) — Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 3. — JEUDI 9 JANVIER 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 9 JANVIER 1868. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 8 janvier 1868.

Séance de l'Académie de Médecine

La Séance a été ouverte par une allocution du nouveau président, M. Ricord, qui est tout empreinte de ce caractère de bienveillance et de cet esprit de bonne confraternité qui sont au fond de toutes ses actions et de toutes ses paroles. Il y a des remercîments et des félicitations pour tous, des regrets pour les morts, des éloges pour les nouveaux élus, et une légitime appréciation de la part qui revient à l'Académie tout entière dans le progrès général qui se fait autour de nous. La presse a eu aussi son lot dans cette distribution générale de témoignages de satisfaction. Elle ne saurait y rester insensible.

A propos du rôle de la presse, c'est sans doute à sa suggestion qu'est due la communication qu'a faite M. Robinet au sujet des dangers de la présentation des enfants nouveau-nés à la mairie pour la constatation de leur naissance. M. Robinet a eu à se louer personnellement, dans une circonstance récente, de la bienveillance de l'administration et des facilités qu'elle lui a faites pour l'accomplissement des formalités de la déclaration. Nous connaissons aussi d'autres personnes, notamment un de nos confrères, pour qui les rigueurs de la loi ont été flexibles. Mais ce ne sont là que des facilités exceptionnelles, ce sont des faveurs ; ce n'est pas ce que nous demandons. Ce que nous demandons instamment, c'est l'adoption d'une mesure générale qui permette de procéder à la reconnaissance de l'enfant nouveau-né, sans le déplacer, ainsi que cela se fait déjà au grand avantage de l'hygiène et de la sécurité des familles dans un certain nombre de localités en France. Nous ne sommes pas seuls de cet avis. MM. Blot, Depaul, Chevallier ont vivement insisté sur les inconvénients et les dangers du mode actuel de constatation des naissances ; et, sur la proposition de M. Larrey, appuyée par M. Devergie, le Bureau a été invité à faire immédiatement une démarche auprès du Ministre. Espérons qu'une démarche de ce genre, faite officiellement au nom de l'Académie, ne restera pas sans résultat.

Il n'a point été question de la tuberculose dans cette séance, mais bien du traitement de la phthisie tuberculeuse, ce qui est d'un intérêt plus immédiat encore pour les praticiens. Réagir contre le découragement et l'inaction où se laissent malheureusement entraîner la plupart des médecins en présence de la phthisie, est presque aujourd'hui un acte de courage. C'est un acte de ce genre qu'a accompli M. Moutard-Martin, en venant lire hier à la tribune un mémoire sur le traitement et la guérison de la phthisie par les préparations arsenicales. La question est trop importante pour être traitée ici incidemment. Nous nous bornons, pour le moment, à donner les conclusions du travail de M. Moutard-Martin ; nous reviendrons, un autre jour, sur le fond même de ce travail et sur les faits qui lui servent de base.

L'Académie a élu dans cette séance membre correspondant un de nos plus distingués et de nos plus honorables confrères, M. le Dr Bardinet (de Limoges). Elle aura à s'occuper prochainement de la nomination d'un académicien libre. A mardi probablement la reprise de la discussion sur la tuberculose.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. HERVIEUX.

De la péritonite puerpérale généralisée ou générale d'emblée.

On croit communément que, de toutes les variétés de péritonite aiguë puerpérale, la péritonite généralisée est de beaucoup la plus fréquente. C'est une grave erreur et qui tient à deux causes : la première, c'est qu'un grand nombre de médecins s'obstinent à voir des phlegmons de la fosse iliaque là où il n'y a que des péritonites circonscrites ; la seconde c'est qu'un nombre bien plus considérable encore voient des péritonites généralisées là où il n'existe que des péritonites partielles.

J'ai discuté assez longuement la première cause d'erreur dans mon travail sur les péritonites partielles (*Bull. de thérap.* 1866) pour n'avoir pas besoin d'y revenir. — Quant à la seconde, voici en quoi elle consiste :

Lorsqu'on pratique l'autopsie d'une femme morte à son lit de couches, du moment qu'à l'ouverture du ventre on aperçoit du pus et des fausses membranes sur les circonvolutions intestinales, on juge qu'il y a péritonite généralisée, et l'on s'affermit d'autant mieux dans cette première opinion que l'on trouve presque toujours simultanément les mêmes produits de sécrétion dans la cavité pelvienne. Eh bien ! cette manière de voir est erronée dans la grande majorité des cas, attendu qu'il est rare que la séreuse qui tapisse le foie, la rate, l'estomac, d'une part, et le diaphragme, d'autre part, soit envahie par l'inflammation. Or, quand toutes ces parties sont intactes, ce dont on ne tient aucun compte dans presque toutes les autopsies de cette nature, dont les auteurs nous ont laissé la description, il y a, non pas une péritonite généralisée, mais une péritonite partielle, et le plus souvent sous-ombilicale.

Voulez-vous une preuve numérique du faible degré de fréquence de la péritonite généralisée, consultez les lettres de M. Béhier sur la maladie dite fièvre puerpérale, et vous y verrez que sur cinquante-deux cas de péritonite puerpérale, cinq fois seulement la phlegmasie était étendue à la totalité de la séreuse abdominale. (*Union méd.*, 1858, p. 146). Ces chiffres sont significatifs et me dispensent d'insister davantage sur ce point.

J'ajoute maintenant, et cette manière de voir m'est tout à fait personnelle, que la péritonite dite généralisée n'est pas toujours une péritonite généralisée, mais qu'elle est quelquefois générale d'emblée.

A cet égard, je me sépare en partie des opinions exprimées par l'auteur que je viens de citer. — M. Béhier (*loco cit.*) a cherché, en effet, à démontrer que la péritonite puerpérale était une phlegmasie subordonnée aux altérations utérines ; que c'était toujours au voisinage des annexes que les accidents péritonéaux étaient le plus marqués et conséquemment que, chez les femmes en couches, la péritonite généralisée n'était autre chose qu'une péritonite par propagation. Si ce ne sont pas les expressions, c'est certainement la pensée que je trouve développée dans la troisième lettre de cet observateur distingué (*loco cit.*, p. 147).

Tout en reconnaissant que la péritonite étendue à la totalité de la séreuse abdominale paraît avoir eu pour point de départ le plus habituel une altération de l'utérus et de ses annexes, que de ce point l'inflammation a dû s'irradier sur les diverses parties du péritoine, je dis que les choses ne se passent pas toujours ainsi ; je dis qu'à côté des péritonites généralisées, proprement dites, il y a des péritonites générales d'emblée, dans la production desquelles la lésion de l'utérus et de ses annexes n'entre évidemment pour aucune part.

Deux ordres de preuves peuvent servir à établir l'existence de la péritonite générale d'emblée. Les unes se déduisent de l'investigation clinique, les autres de l'examen cadavérique.

Cliniquement parlant, la péritonite générale d'emblée s'affirme par une invasion brusque de toutes les parties du péritoine sans exception, par une sensibilité qui n'a pas son siége principal dans la région utérine pour projeter de là des rayons douloureux qui vont s'affaiblissant graduellement, à mesure qu'ils s'éloignent de leur foyer, mais qui règne également dans la totalité de la séreuse abdominale et qui présente même parfois ses manifestations les plus vives dans les deux hypochondres et dans la zone épigastrique.

La démonstration *in cadavere* est encore plus irréfutable. En effet, s'il est des péritonites dans lesquelles la lésion utérine est le point de départ visible, incontestable, des accidents péritonéaux, s'il est des péritonites où les altérations de l'âge le plus avancé se montrent au voisinage de la matrice et de ses annexes, et où, par conséquent, la séreuse péritonéale n'a été envahie, dans ses différents points, que par une irradiation progressive émanée des organes pelviens, il est d'autres péritonites (et j'en ai cité des exemples dans ce même journal), qui nous offrent la preuve matérielle que la phlegmasie a sévi avec une égale intensité sur toutes les parties du péritoine sans distinction. Il semble même, dans certains cas, que les régions les plus reculées par rapport à l'utérus, telles que les hypochondres, soient les plus fortement atteintes, tant les fausses membranes y sont épaisses ou dans un état d'organisation avancé relativement à celles qu'on trouve dans le petit bassin.

Ce n'est pas tout. — Pour que rien ne manquât à la démonstration cadavérique, et pour ruiner le dernier argument de ceux qui ne voient dans la péritonite puerpérale que l'effet du traumatisme utérin, il peut se faire que coïncidemment aux lésions de la péritonite générale d'emblée, il n'existe aucune modification pathologique appréciable, soit dans la matrice, soit dans ses annexes.

La péritonite générale d'emblée est donc bien et dûment établie, et mérite de trouver place dans une description de la péritonite généralisée classique.

Anatomie pathologique. — Les lésions cadavériques, considérées dans leur ensemble, diffèrent sensiblement, suivant que la péritonite a été généralisée ou générale d'emblée.

On conçoit sans peine que, dans la péritonite générale d'emblée, les lésions résultant de l'inflammation de la séreuse péritonéale doivent présenter partout une apparence identique puisqu'elles ont débuté sur tous les points de l'abdomen en même temps. Dans la péritonite généralisée, au contraire, la phlegmasie s'étant d'abord développée dans une région déterminée du ventre pour s'irradier de là par une marche plus ou moins prompte et, le plus ordinairement, par poussées successives à toutes les parties de la cavité alvo-pelvienne, les lésions de la péritonite diffèrent d'aspect dans les différents points de cette cavité par cela seul qu'elles y ont une intensité différente et des âges différents.

Pour bien comprendre ces variétés d'aspect, et les physionomies très-diverses que peut présenter, suivant les cas, la péritonite puerpérale au point de vue cadavérique, nous étudierons les lésions qu'elle engendre dans les diverses phases de leur développement.

Péritonite sèche. — Je désigne sous ce nom la première forme sous laquelle se révèle la péritonite naissante.

Il semblerait, au premier abord, qu'on dût avoir très-peu d'occasions d'étudier cadavériquement cette forme. Elle s'offre cependant assez communément aux yeux de l'observateur, et voici pourquoi : en premier lieu, la péritonite généralisée, proprement dite, nous en présente des échantillons assez nombreux, puisque, dans ce genre de péritonite, on rencontre souvent des lésions de tout âge. En second lieu, dans les grandes épidémies, quand l'empoisonnement puerpéral foudroie les malades sans laisser aux altérations locales le temps d'atteindre un grand développement, c'est presque toujours à la péritonite sèche qu'on a affaire, quand il y a péritonite.

Si la péritonite sèche n'a pas été décrite séparément comme espèce distincte, elle a été vue par un certain nombre d'observateurs aussi judicieux qu'expérimentés.

Chomel, dans son article *péritonite*, du Dict. en 30 vol., parle d'une rougeur des viscères abdominaux sans épanchement. Tonnelé dit que parfois il n'y a pas de liquide dans le péritoine, mais que l'on aperçoit, à la surface des intestins une vive rougeur. Lee, Th. Helm, Churchill et beaucoup d'autres signalent, comme caractères anatomiques de la péritonite au début un certain nombre de lésions parmi lesquelles ne figurent pas les épanchements liquides.

Voici, en résumé les modifications cadavériques auxquelles donne lieu la péritonite sèche :

Le péritoine est rougi par une injection qui a son siége dans le tissu conjonctif sous-séreux. M. le professeur Grisolle avance, dans son Traité de pathologie (édit. de 1844, p. 498), que la péritonite puerpérale se différencie de la péritonite simple par une rougeur beaucoup moins vive, quelquefois à peine marquée. Cette manière de voir est démentie par les faits. Toutes les nuances possibles de la coloration rouge peuvent se rencontrer à la surface des divers organes que recouvre le péritoine, et particulièrement des circonvolutions intestinales. On y observe surtout des stries et des points rosés provenant d'une injection très-fine, arborescente (Baudelocque). Examinées au microscope, les arborisations vasculaires présentent des dilatations et une élongation manifestes.

Indépendamment de cette turgescence capillaire, on trouve souvent de petits extravasats sanguins, de petites ecchymoses sous forme de taches irrégulières d'un rouge foncé. On dirait que ces stries, ces taches, ces arborescences ont été dessinées à l'aide d'un pinceau (Th. Helm), tant elles sont fines et merveilleusement disposées.

La rougeur, telle que nous venons de la décrire, n'est pas seulement apparente sur les diverses portions de l'intestin. On la retrouve encore, parfaitement visible à l'œil nu, sur l'utérus, les ovaires, les trompes et les replis du péritoine, tels que le grand épiploon, les ligaments larges, etc.

Si l'injection des capillaires est moins facilement appréciable sur certains organes, tels que le foie et la rate, ce n'est pas qu'elle y fasse toujours et complétement défaut, c'est qu'elle

échappe plus facilement à l'attention, en raison de la couleur rougeâtre ou ardoisée de ces viscères.

Toutefois, on ne saurait méconnaître qu'elle ne présente habituellement son maximum d'intensité sur l'intestin, l'épiploon, le ligament large, l'utérus, les trompes et les ovaires.

Outre ces altérations de couleur liées à la dilatation des capillaires, on constate encore, dans la péritonite sèche, d'autres modifications importantes de la séreuse péritonéale. Le tissu de cette membrane est imbibé et épaissi; les cellules épithéliales en sont détachées en proportion plus ou moins considérable. La surface libre du péritoine, lisse, polie et brillante dans l'état normal, est devenue trouble, terne; elle prend un aspect velouté dépendant de la prolifération des jeunes cellules qui s'élèvent de cette même surface.

Suivant Niemeyer, l'aspect feutré ou velouté tiendrait au développement de plis fins et déliés et de granulations papilliformes solidement implantées, et que l'on ne doit pas confondre avec des précipités fibrineux.

Vues au microscope, ces granulations paraissent composées de cellules fusiformes de nouvelle formation et de minces faisceaux de tissu conjonctif ondulé, dont les capillaires considérablement allongés se recourbent sous forme d'anses dans les granulations. (Forster.)

Les altérations que nous venons d'indiquer peuvent se retrouver dans les différentes formes de péritonite que nous allons étudier ; mais il ne faut pas oublier que c'est à ces modifications primitives que sont dues les fausses membranes et les adhérences qui s'observent dans un âge plus avancé de la phlegmasie péritonéale.

Péritonite à exsudat fibrineux. Cette forme de péritonite est presque constamment liée à la précédente. Mais, comme on rencontre des cas, rares il est vrai, où l'on ne constate aucune espèce de dépôt appréciable à la surface du péritoine enflammé, nous avons cru devoir décrire isolément ces deux formes, encore bien qu'elles se confondent communément dans la pratique.

Quoi qu'il en soit, les lésions du péritoine restant les mêmes que celles qui viennent d'être attribuées par nous à la péritonite sèche, on peut, sans qu'il existe nulle part aucun exsudat liquide, apercevoir à la surface de la séreuse une couche mince et transparente de fibrine coagulée qui se laisse enlever avec le manche du scalpel à la manière d'une membrane ténue.

C'est cet exsudat fibrineux que les auteurs ont désigné par des appellations si diverses. « Si l'on touche du doigt, disait Chomel, la surface enflammée du péritoine, on la trouve recouverte d'un enduit onctueux et un peu visqueux. » M. Jacquemier parle d'une matière d'apparence albumineuse qui, déposée en plus ou moins grande abondance sur les replis du péritoine et sur les viscères qu'il tapisse, les fait adhérer les uns aux autres.

Churchill signale une lymphe plastique déposée en masse plus épaisse sur l'utérus que sur tout autre organe. Tonnelé mentionne à la surface des circonvolutions intestinales, indépendamment d'une vive rougeur, de petites membranes minces établissant un commencement d'adhérence entre les diverses parties. — Je crois me souvenir que M. Depaul comparait l'exsudat fibrineux à une solution de gomme.

Toujours est-il que, sous ces différentes dénominations, on a compris un coagulum fibrineux très-mince, semblable à une membrane, qui couvre la surface de la séreuse et lui communique un aspect encore plus trouble. Ce n'est qu'après avoir été râclé avec le manche du scalpel qu'il laisse apercevoir la surface libre injectée et ecchymosée du péritoine lui-même. Lorsque cet exsudat fibrineux est très-abondant, il donne lieu, comme dans la pleurésie, à la formation de dépôts blanchâtres, épais de plusieurs millimètres, assez mous et analogues à des membranes croupales. Il est vraisemblable, ainsi que le pense Niemeyer, que dans ce cas l'exsudat était d'abord liquide et qu'il ne s'est coagulé que plus tard. Ce sont ces dépôts fibrineux qui, dans les péritonites partielles, sont l'origine des adhérences qui, suivant les points où elles s'établissent, entraînent tant de conséquences pathologiques variées, rétrécissements intestinaux, déviations utérines, positions vicieuses des trompes et des ovaires, adhérences anormales de l'épiploon avec un point quelconque de la cavité abdominale, etc.

Péritonite à exsudat séro-fibrineux. Les deux variétés anatomiques qui précèdent constituent les deux premiers degrés de la péritonite puerpérale. Ces deux phases de l'évolution de la phlegmasie péritonéale se succèdent en général assez rapidement pour qu'il soit difficile d'observer l'une isolément de l'autre, et même de la forme subséquente. Ce n'est, comme nous l'avons déjà dit, qu'en temps d'épidémie ou dans les cas qui présentent réunis sur un même sujet les divers degrés de l'inflammation du péritoine que l'on peut surprendre le processus morbide dans ses périodes initiales. Dans la grande majorité des cas, les choses se présentent à l'observateur telles que nous allons les décrire.

Le caractère dominant, essentiel, de la péritonite à exsudat séro-fibrineux, c'est l'existence d'un épanchement considérable, toutefois pas si considérable qu'on est porté à le croire d'après le développement excessif de la cavité abdominale, puisque le poids du liquide épanché dépasse rarement 1,000 grammes.

A la période que nous étudions, ce liquide est constitué, comme le liquide d'un certain nombre de pleurésies, par deux éléments, le sérum d'abord limpide et incolore, mais bientôt louche et trouble, et des masses fibrineuses coagulées. Lorsqu'on ouvre l'abdomen d'une femme morte à ce moment de l'évolution péritonitique, les premières portions de liquide qui s'écoulent sont presque transparentes; puis, au fur et à mesure que l'évacuation s'effectue, le liquide s'échappe un peu louche, puis trouble, et enfin, avec les dernières portions du liquide épanché s'échappent les coagula fibrineux, sous forme de flocons et de petits amas blanchâtres ou blancs jaunâtres.

Ces flocons s'accumulent volontiers, il est vrai, dans les parties déclives de la cavité péritonéale ; mais on peut les retrouver disséminés partout, d'abord en suspension dans le liquide de l'épanchement, puis déposés à la surface de l'utérus et de ses annexes, déposés sur les circonvolutions intestinales, dans les flancs, les fosses iliaques, et jusque sur les organes hépatique et splénique.

Moins l'épanchement est récent, plus les masses fibrineuses sont épaisses et consistantes ; le microscope y démontre des cellules fusiformes provenant des proliférations péritonéales. Constamment aussi on y constate, aussi bien d'ailleurs que dans le sérum, des globules de pus isolés, et qui deviennent d'autant plus nombreux qu'on s'éloigne davantage de la période précédente, c'est-à-dire de l'époque où l'exsudat était purement fibrineux.

En même temps que l'épanchement existe, on peut reconnaître sur la séreuse les lésions que nous avons attribuées aux deux premières périodes de l'inflammation péritonéale. Ainsi, en râclant avec le manche du scapel la surface libre du péritoine, on peut y retrouver l'exsudat fibrineux pur dont nous avons parlé; on peut encore sous cet exsudat rencontrer un péritoine injecté et ecchymosé. Mais souvent aussi ces caractères anatomiques des périodes précédentes peuvent n'exister plus ou, du moins, être considérablement effacés.

« Quand l'épanchement est formé, dit M. Jacquemier, la rougeur disparaît en grande partie, et souvent on n'en trouve plus de traces que sur quelques portions du péritoine. » Rien n'est plus vrai, et je partage la manière de voir de cet auteur, lorsqu'il dit que la rougeur péritonéale est beaucoup plus générale et plus vive au moment où l'épanchement commence à s'opérer et que vraisemblablement ces lésions disparaissent en grande partie à l'époque de la mort.

Il arrive quelquefois, en effet, qu'après avoir débarrassé la surface libre de la séreuse de l'exsudat fibrineux qui la recouvre, on trouve celui-ci lisse, poli, brillant, translucide, indemne de toute rougeur et de toute arborisation. « Il semblerait même, au dire de M. Jacquemier, que, dans un assez grand nombre de cas où la marche de la maladie est très-rapide, les épanchements les plus abondants, non-seulement de sérosité trouble et floconneuse, mais de matière fibrineuse ou purulente se fissent sans être précédés et accompagnés de l'injection vive des vaisseaux capillaires. »

Je suis beaucoup moins convaincu de l'exactitude de cette dernière proposition. Il y a là une erreur qui tient peut-être à ce qu'on n'a pas toujours examiné de très-près l'état des parties, mais qui souvent aussi dépend d'une autre cause qu'il importe de signaler.

Des épanchements très-abondants peuvent être fournis par des péritonites partielles, diaphragmatique, iliaque, pelvienne proprement dite, etc. Or, il peut se faire, dans tous ces cas que, la tunique séreuse qui recouvre les intestins demeure intacte, et comme c'est presque toujours d'après l'état de cette tunique qu'on juge de l'intensité de la lésion péritonéale, il s'ensuit que l'on peut s'en laisser imposer par cette apparence et croire à une intégrité générale du péritoine là où il n'y a qu'intégrité partielle.

Le plus habituellement le péritoine est malade et présente les altérations que nous avons décrites.

(La suite au prochain numéro).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 janvier 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° La liste des malades qui ont été traités à l'hôpital militaire de Vichy pendant l'année 1866 (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° La statistique des eaux de Barrèges par M. le Dr Armieux, médecin des hôpitaux militaires (Commission des eaux minérales).

2° Une lettre de M. Legoyt, qui se présente comme candidat au titre d'académicien libre.

3° Un travail de M. Lebert, correspondant à Breslau, sur la production expérimentale de cavernes pulmonaires par inoculation de granulations tuberculiformes du péritoine (Commissaire M. Colin).

4° Une lettre de M. Bonnafont, en réponse à la réclamation de M. Garrigou-Desarènes.

5° Une lettre de M. Simon, notaire à Paris, informant l'Académie que M. le Dr Bréon, décédé, lui lègue les ouvrages de sa bibliothèque ayant appartenu à Daubanton.

M. Larrey présente 12 brochures ou volumes de la part de M. le Dr Joseph John, de l'Université de Hashvil, qui sollicite le titre de membre correspondant.

2° De la part de M. le Dr Wecker la 2e édition du 3e fascicule du tome 1er du *Traité théorique et pratique des maladies des yeux.*

M. Béclard présente : 1° De la part de M. le Dr Baeker Brown, un volume sur l'hydropisie de l'ovaire.

2° De la part de M. le Dr Paquet (de Lille), une étude sur les tumeurs blanches.

3° Un rapport de la Société médicale de la Moselle sur une question de responsabilité médicale.

M. Guérard présente, de la part de M. le Dr Vacher, une brochure intitulée : *Des maladies populaires et de la mortalité dans les différentes capitales de l'Europe en 1866.*

M. Depaul présente, de la part de M. Guéniot, une brochure intitulée : *De la délivrance dans l'avortement.*

INSTALLATION DU NOUVEAU BUREAU.

M. Ricord, en prenant place au fauteuil de la présidence, prononce le discours suivant :

» Messieurs et chers collègues,

» Depuis bientôt un demi-siècle notre Compagnie a vu se succéder à la présidence un tel nombre d'éminents collègues, que se trouver à cette place, illustrée par une tradition glorieuse, fait oublier l'honneur qu'on en éprouve pour ne penser qu'au péril que l'on court.

» Sans remonter plus haut que l'année qui finit, comment ne pas se sentir inquiet de remplacer à ce fauteuil l'esprit aimable et fin, la parole limpide et toujours si sûre d'elle-même, les façons obligeantes et courtoises, le tact, la mesure et la parfaite intelligence de la direction de vos travaux, dont M. Tardieu nous a donné de si éclatantes preuves ?

» Aussi, chers collègues, si, parmi mes prédécesseurs, aucun, j'ose l'assurer, n'a éprouvé de vos suffrages une reconnaissance plus profonde et n'a mieux senti l'honneur que vous lui avez fait, aucun non plus ne s'est senti plus pénétré des devoirs qui lui incombent, aucun ne s'est trouvé plus ému et plus troublé que moi en face de la tâche que m'impose votre bienveillance.

» Une condition, néanmoins, me rassure : notre Compagnie ressemble un peu à une bonne et paisible république où le président d'une année règne à peine et ne gouverne pas; car c'est l'Académie qui gouverne, et l'Académie me rendra, j'en suis sûr, ma tâche facile par son indulgence, par la bonne harmonie entre tous ses membres, par le calme et l'impersonnalité de ses discussions ; car si, ce qu'à Dieu ne plaise, la modération, la courtoisie, la confraternité étaient bannies de la confrérie médicale, c'est dans cette enceinte qu'il faudrait en retrouver la tradition et les exemples, c'est ici que se trouveraient toujours vraies ces appellations vieilles, mais charmantes : *Amenitates Academiæ.*

» Je devrais n'exprimer ici que les sentiments que j'éprouve de l'honneur que je reçois, et cependant je ne peux détacher de ma pensée de douloureuses impressions que cette année, fatale entre toutes, a laissées dans nos esprits et dans nos cœurs. Que de deuils parmi nous ! que de pertes cruelles !

» Jobert, qui a parcouru le cycle brillant de la science et de la pratique, et dont la main habile a laissé son empreinte ineffaçable dans la médecine opératoire ;

» Trousseau, le professeur éminent, l'éloquent orateur, dont cette tribune attristée gardera l'éternelle mémoire ;

» Follin, dont les méritants travaux et la jeunesse n'ont pu trouver grâce devant l'impitoyable mort, et dont l'avenir rayonnait d'espérances presque réalisées ;

» Après l'élève le maître, le maître des maîtres, Velpeau, nom européen, dont la gloire de savant a jeté un rayonnement splendide sur notre compagnie ;

» Puis Rayer, l'instigateur patient et curieux, le savant monographe des dermatoses, des maladies des reins, de la morve, et qui a voulu couronner sa vie scientifique en créant cette admirable institution professionnelle qui fera bénir son nom par les générations médicales ;

» Pétroz et Guibourt, l'austère Guibourt, dont la probité valait la science, et qui a jeté de vives et fécondes lumières sur l'histoire naturelle médicale ;

» Jadioux, le praticien prudent, le médecin modeste, dont les pauvres de l'Hôtel-Dieu connaissaient mieux le nom que les riches clients des salons dorés ;

» Puis encore Civiale qui a su attacher son nom à la plus belle conquête chirurgicale des temps modernes.

» Enfin Lagneau, un de nos vétérans, dont le nom est classique dans la spécialité à laquelle il a rendu d'incontestables services, services que notre nouveau et savant collègue, M. Broca, vous a si dignement rappelés dans son éloge auquel je suis heureux de m'associer ;

» Quel long et douloureux nécrologe, chers collègues ! et nos tristesses seraient inconsolables si, aux athlètes qui succombent, ne succédaient ces athlètes nouveaux, jeunes et vigoureux, qui, semblables aux coureurs antiques, ont reçu de leurs maîtres et transmettront, à leur tour, à leurs disciples le flambeau inextinguible de la science et du progrès ;

» Les nouveaux collègues, que vos libres suffrages ont appelés dans cette enceinte, perpétueront cette belle tradition de science et d'honneur. Déjà, soit dans de savants rapports, soit dans d'éloquents discours, nous avons vu se réaliser les espérances de l'Académie et ce qu'elle peut attendre de collègues qui portent noms : Barthez, Chauffard, Demarquay, Gueneau de Mussy, Hardy, Hérard, Legouest, Mialhe et Vigla.

» Avec un pareil recrutement, notre Académie restera ce qu'elle est aujourd'hui, c'est l'opinion qui le proclame, le foyer le plus vif de la science médicale dans tous ses éléments. C'est à elle, en effet, que vient aboutir et retentir le mouvement scientifique de l'époque, parce qu'il y trouve protection, encouragement, récompense ; parce qu'il y trouve aussi conseils, direction et quelquefois, quand c'est nécessaire, avertissement et résistance.

» L'Académie aime le progrès, elle le suit toujours; souvent elle le provoque, quelquefois elle le modère. Ce rôle de modérateur est utile et efficace. Dans notre organisation humaine, quand la fièvre s'allume, c'est souvent une réaction favorable et qu'il serait imprudent de contrarier. Mais cette réaction a besoin d'être contenue dans de certaines limites au delà desquelles les sédatifs sont employés. La fièvre du progrès également a besoin d'être dirigée et contenue pour ne pas devenir destructive. Aux Académies appartient surtout cette surveillance protectrice. De cette fièvre les sédatifs sont l'histoire, la tradition, l'observation constante des malades et des maladies, le besoin humain et social de soulager les uns et d'éloigner les autres, sans lequel notre science ne serait qu'un vain mot de curiosité ou une branche stérile de l'histoire naturelle.

» Ces grandes et utiles traditions d'encouragement, de direction et d'enseignement ne se perdront pas dans notre Académie. Je dis enseignement; car, que notre excellent ami et savant secrétaire perpétuel, M. Dubois, me permette de n'être pas de son avis sur ce point; les Académies ont aussi leur enseignement, comme les écoles, comme les livres, comme le journal. L'enseignement est partout aujourd'hui, et souvent on le trouve, plus souvent encore qu'ailleurs, dans un savant rapport académique et dans une de ces brillantes discussions si fréquentes dans cette enceinte.

» Sa belle et grande mission, l'Académie, depuis bientôt un demi-siècle, l'accomplit avec une persévérante intelligence. Sans doute, pas plus que d'individualités, il n'y a d'institutions parfaites; mais l'Académie a prouvé maintes fois qu'elle savait accueillir et provoquer même les modifications utiles, raisonnables et possibles dont l'expérience lui faisait sentir le besoin; l'Académie ne s'arrêtera pas dans cette voie du progrès. Que la Presse, son auxiliaire puissant, et qui donne à ses travaux retentissement et popularité, lui vienne en aide, en restant toujours ce qu'elle a été ici, où elle jouit de la plus entière liberté : juste, modérée, impartiale et bienveillante.

» M. Ricord termine en félicitant l'Académie des nouveaux choix qu'elle vient de faire de son vice-président, de son secrétaire et des membres du conseil et en votant des remerciements aux membres sortants.

M. Blache remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la vice-présidence.

—**M. Robinet** appelle l'attention de l'Académie sur un fait auquel la rigueur de la saison actuelle donne une importance particulière. Il s'agit de la présentation des enfants nouveau-nés à la mairie pour la constatation de la naissance. Une personne étrangère à cette Académie, et qui se préoccupe beaucoup des questions d'hygiène publique, dit M. Robinet, signalait tout récemment les dangers de ces présentations et appelait sur ce sujet l'attention de l'Académie. Je suis bien aise de saisir cette occasion pour dire à l'Académie que l'Administration est loin d'être aussi rigoureuse dans l'exécution des prescriptions de la loi à cet égard, qu'on paraît le croire généralement. La naissance d'un enfant dans ma famille m'a permis de m'assurer par moi-même de la bienveillance qu'elle apporte dans l'accomplissement de ses fonctions et des égards qu'elle a pour les familles. Sur la demande que j'en ai faite à la mairie, j'ai été dispensé de faire présenter l'enfant. Il a suffi que le père, assisté de deux témoins, allât faire la déclaration de la naissance et du sexe de l'enfant. Je désire, pour rendre hommage aux bonnes intentions de l'administration, que mes paroles soient consignées dans le procès-verbal.

M. **Blot**. Les choses ne se passent pas malheureusement partout de même, et tout le monde n'est pas aussi bien accueilli que l'a été M. Robinet. Je suis appelé à assister les femmes en couches dans les divers quartiers de Paris, et je puis affirmer que, dans beaucoup de mairies, on ne trouve pas les facilités que M. Robinet a eues dans la sienne. Je crois donc qu'il y a lieu de persister dans l'expression des vœux qui ont été émis à cet égard, jusqu'à ce qu'une mesure générale ait été adoptée dans l'intérêt de la santé des nouveau-nés.

M. **Chevallier**. Il y a plusieurs villes en France, je citerai notamment Boulogne-sur-Mer, où les populations ont été dispensées par mesure administrative de présenter les enfants nouveau-nés à la mairie. La constatation des naissances s'y fait à domicile.

M. **Depaul**. L'Académie n'a sans doute pas oublié que j'ai été l'un des premiers à appeler son attention sur cette question. Je ne pense pas que nous devions renoncer à poursuivre nos réclamations jusqu'à ce que nous ayons obtenu l'adoption d'une mesure générale. Je n'ai pas, pour ma part, à me louer à beaucoup près autant que M. Robinet de la bienveillance de l'administration. J'y ai rencontré très-souvent, au contraire, du mauvais vouloir. Je conçois que l'on obtienne une faveur exceptionnelle quant on s'adresse aux maires eux-mêmes. Mais, avec les employés subalternes, on éprouve toujours des résistances et des difficultés.

M. **Larrey** exprime le désir que cette question soit portée immédiatement et par le Bureau lui-même, afin d'éviter tout retard, devant le Ministre de l'intérieur.

Cette proposition est appuyée par M. Devergie.

M. le **Président** déclare que le Bureau se conformera au désir qui vient d'être exprimé.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un correspondant national pour la section de chirurgie.

La liste de présentation est composée comme il suit :

En 1re ligne, M. Bardinet, à Limoges;

En 2e ligne, M. Sirus Pirondi, à Marseille;

En 3e ligne, M. Bourgeois, à Étampes;

En 4e ligne (*ex æquo* et par ordre alphabétique), MM. Courty, à Montpellier; Notta, à Lizieux; Parise, à Lille.

Le nombre des votants étant de 66, majorité 34, M. Bardinet obtient 54 suffrages.

En conséquence, M. le Président proclame M. Bardinet membre correspondant de l'Académie.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — **M. Gobley**, au nom de la Commission des *Eaux minérales*, lit des rapports sur les eaux de Sail-Pont-Couzan (Loire), Capvern (Hautes-Pyrénées), Aix (Ariége) et Chenz-Cuzy (Haute-Savoie).

Les conclusions favorables de ces rapports sont adoptées sans discussions.

LECTURES

Injections intra-utérines à double courant. — M. le Dr **Avrard** (de la Rochelle) lit un travail intitulé : *Des injections intra-utérines, rendues inoffensives par la méthode du double courant*, qui se résume dans les proportions suivantes :

« Les injections permettent de guérir presque toujours la métrite muqueuse et ses complications; la métrite parenchymateuse et ses dérivés, versions et flexions. Elles font disparaître les manifestations diathésiques développées à l'utérus. Le cathétérisme utérin, qui n'est pas dangereux du tout, est peu ou pas douloureux, selon l'époque de l'intermenstruation.

Médication arsenicale dans la phthisie pulmonaire. — **M. Moutard-Martin**, candidat pour la section de thérapeutique, lit un travail sur la valeur de la médication arsenicale dans le traitement de la phthisie pulmonaire, dont voici les conclusions :

1° La médication arsenicale a une action très-positive sur la phthisie pulmonaire.

2° Son action est plus efficace dans la phthisie à marche lente et torpide que dans la phthisie accompagnée de fièvre.

3° La phthisie à marche rapide et la phthisie granuleuse aiguë ne sont nullement modifiées.

4° Dans un grand nombre de cas, même dans la phthisie avancée avec fièvre hectique, l'état général des malades est favorablement modifié, au moins pour un certain temps qui peut être assez long.

5° Les modifications des lésions locales ne se produisent que plus tardivement.

6° Un certain nombre de guérisons doit être attribué à la médication arsenicale qui serait plus riche en succès si les malades ne se croyaient pas trop tôt guéris et avaient plus de persévérance.

7° Pour être efficace, il faut que le traitement soit longtemps continué.

8° L'arsenic doit être administré à doses extrêmement fractionnées.

9° Les doses quotidiennes d'arsenic n'ont pas besoin d'être si élevées que quelques collègues l'ont dit, et il n'est pas nécessaire de monter au delà de 2 centigrammes.

10° Contrairement à l'opinion des mêmes auteurs, l'arsenic est mieux toléré par les malades peu avancés que par ceux qui sont arrivés à la période de consomption.

11° Quand on ne dépasse pas la dose 0,015 à 0,02 c., la tolérance peut être, pour ainsi dire, indéfinie.

12° L'action la plus manifeste de la médication arsenicale est une action reconstituante et secondairement modificatrice de la lésion pulmonaire. Cependant, certains faits prouvant que l'arsenic possède une action directe sur la fonction respiratoire, il peut avoir une action sur le tissu pulmonaire lui-même et sur le tubercule.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 13 octobre.

M. Laborie. Il y a probablement une erreur dans les appréciations de M. Després; notre collègue parle, dans son rapport, d'une diminution de 4 centimètres dans les dimensions transversales de la bouche. S'il en était ainsi, la bouche aurait presque complétement cessé d'exister; elle se trouverait au moins réduite à un orifice très-insuffisant.

M. Verneuil. Il y a bien, dans l'opération dont il a été question, une diminution de deux centimètres pour chacun des côtés de la bouche, mais tout s'explique lorsqu'on remarque que la perte de substance intéresse non pas la lèvre, mais bien la joue.

Une question intéressante a été soulevée dans le rapport, c'est celle de la conservation des nerfs dans les lambeaux autoplastiques. A part la rhinoplastie frontale, on peut dire que les lambeaux sont ordinairement privés des nerfs importants, ce qui n'a pas d'inconvénient. La conservation des nerfs n'est point indispensable, je serais même disposé à croire que leur présence nuirait plutôt à la réunion des tissus divisés. Il y aurait à ce sujet des expériences comparatives qu'on pourrait faire sur les animaux.

Quant à ce qui touche les appréciations complémentaires immédiates, il ne faut point se presser, car la nature est susceptible de réparer spontanément des pertes de substance considérables; en particulier pour ce qui concerne les tumeurs des lèvres, j'ai presque abandonné ces grandes autoplasties qui permettent de reconstituer, séance tenante, l'organe détruit. J'enlève la tumeur, j'abandonne les choses à la nature et plus tard j'exécute les restaurations devenues indispensables. J'ai pu constater tout récemment combien la nature est capable de réparer les pertes de substance subies par la lèvre inférieure. Un homme avait eu la lèvre mangée dans une rixe, on pouvait constater une plaie de quatre centimètres; aujourd'hui, après six semaines, la perte de substance se réduit à une fente verticale mesurant un centimètre en hauteur et trois à quatre millimètres dans le sens transversal.

M. Desormeaux. Je suis très-partisan qu'on abandonne aux efforts de la nature la réparation des blessures de la face. Il ne faut jamais se presser d'intervenir, j'ai pu constater maintes fois que des difformités considérables disparaissaient progressivement et qu'il fallait savoir attendre même plusieurs années.

M. Trélat. M. Després a parlé de la présence des muscles dans les lambeaux; je pense qu'il faut proscrire la conservation des fibres musculaires, car il en résulterait des difformités consécutives. Les lambeaux ainsi doublés seraient trop épais, la présence des muscles pourrait déterminer des tiraillements regrettables, enfin, pour conserver les muscles, il faudrait inutilement pratiquer des plaies trop profondes.

M. Després. Je pense qu'il est inutile de conserver les nerfs dans les lambeaux autoplastiques, mais si l'on croyait utile de conserver un muscle dans l'intention d'obtenir un mouvement, il serait désirable que ce muscle fût accompagné de son nerf moteur. Je pense qu'il n'est pas bon de conserver les muscles, et cela pour les raisons énoncées par M. Trélat. Dans mon rapport, j'ai voulu dire qu'on devait conserver pour la face les muscles afin que les lambeaux fussent mis en rapport avec une couche musculaire sous-jacente capable de les mouvoir. En terminant, je désirerais connaître l'opinion de M. Verneuil touchant les opérations de M. Desgranges.

M. Verneuil. Je répondrai à M. Després que, suivant moi, les opérations auxquelles il a fait allusion compliquent beaucoup trop le traumatisme; l'ablation des tumeurs des lèvres devient alors une opération longue qui entraîne une perte de sang notable. Il faut autant que possible reconstituer la bouche, et quand cet orifice est par trop étroit, il suffit de deux incisions latérales pour obtenir un bon résultat.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur de la mâchoire inférieure.

M. Houel. Je désire présenter à la Société un malade que j'ai opéré pour une douleur fibro-kystique de la mâchoire inférieure. J'ai fait la résection d'une seule incision contournant le bord inférieur de l'os. La section porte à droite au niveau de la dernière molaire, à gauche elle correspond à la première molaire. Pendant l'opération nous avons observé les accidents de la rétrocession de la langue. Il a été nécessaire de fixer l'organe au moyen d'un fil, et pendant huit jours cette précaution est demeurée indispensable. Vous pouvez constater que la difformité est actuellement presque nulle. Le malade porte un appareil qui lui permet de mâcher et de parler très-distinctement. Cette restauration qui avait été inutilement essayée par deux fabricants, a réussi définitivement entre les mains d'un dentiste, M. Desjardins.

M. Legouest. J'ai fait une opération analogue il y a maintenant six ans, et, comme M. Houel, j'ai observé la rétrocession de la langue. Je revois souvent mon opéré, il porte un appareil qui fonctionne très-bien, mais ce résultat n'a été obtenu qu'après plusieurs tâtonnements; en général, après les opérations sur le maxillaire inférieur, il est nécessaire que la pièce artificielle prenne un point d'appui sur la branche montante de l'os maxillaire.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 15 novembre 1867.—Présidence de M. Boys de Loury.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Voisin. En offrant à la Société l'ouvrage posthume de M. Herpin sur les accès incomplets d'épilepsie, je ferai remarquer les avantages immenses du traitement employé par M. le Dr Herpin dans l'épilepsie. Il a rendu un service incontestable en prouvant par des succès que, dans beaucoup de cas, l'épilepsie était curable. J'ai été moi-même assez heureux en suivant ses indications pour guérir plusieurs épilepsies graves et se répétant souvent.

M. Gros. Je partage complétement l'avis de M. Voisin sur l'efficacité du traitement de M. Herpin contre l'épilepsie. J'ai eu, en suivant sa méthode et ses indications, des résultats très-beaux. J'ai soigné, entr'autres, un avocat qui avait de très-fréquentes attaques, j'ai employé le traitement conseillé par M. Herpin et depuis cinq ans il n'y en a plus traces.

M. Voisin montre des tracés sphygmographiques qu'il a obtenus, après l'attaque, sur des épileptiques. Ces tracés ont ceci de curieux que l'impulsion cardiaque est énorme; que ni un violent exercice ni un bain de vapeur ne peuvent donner une ligne ascensionnelle aussi grande; que par conséquent on pourrait, en médecine légale, utiliser cette remarque : à savoir qu'une attaque simulée ne pourrait jamais fournir un tracé semblable.

M. Charrier fait observer que tout ce qui peut accélérer la circulation cardiaque peut faire arriver au même résultat graphique, et que, par conséquent, il ne faudrait pas ajouter une trop grande confiance à la hauteur de la ligne ascensionnelle donnée par le sphygmographe.

M. Voisin est de l'avis de M. Charrier, mais il ajoute que jamais une attaque simulée ne pourrait donner un tracé semblable, et que, par conséquent, on verra toujours, en se servant du sphygmographe, si l'attaque est réelle.

M. Gustave Lagneau offre à la Société deux petites notes statistiques publiées par lui sur la menstruation.

D'une manière générale, la première menstruation se manifesterait plus tardivement dans les pays froids que dans les pays chauds. Tandis que l'âge moyen, lors de la première menstruation de 4,234 femmes scandinaves et allemandes du nord est de 16 ans 9 mois 16 jours; celui de 5,661 Françaises est de 15 ans 1 mois 21 jours; et celui de 1,140 femmes de l'Asie méridionale est de 12 ans, 11 mois 17 jours.

La suppression du flux cataménial durant l'hiver chez les femmes Esquimaux semblerait également montrer l'influence climatérique, si cette saison rigoureuse n'était aussi une époque de disette pour les habitants du Groënland.

Toutefois, certaines différences présentées dans la fonction menstruelle semblent plutôt attribuables aux différences ethniques. Ainsi les femmes du Labrador seraient menstruées moins tardivement que les femmes scandinaves. Au contraire, les femmes tamoules du Dékan seraient réglées plus tardivement

que les femmes indoues du Bengale, situé moins près de l'équateur.

Enfin, en France, l'âge moyen de 3,322 femmes observées à Paris est de 14 ans 11 mois 23 jours, tandis que celui de 1,249 femmes observées à Strasbourg, en partie de race germanique, est de 15 ans 8 mois 28 jours, quoique ces deux villes soient dans des conditions de latitude et de température moyennes sensiblement les mêmes.

RAPPORT.

M. Blachez lit un rapport sur la candidature de M. Duroziez. Le scrutin aura lieu dans la prochaine séance.

Inclusion fœtale.

M. Giraldès présente à la Société une pièce osseuse qu'il a trouvée chez une jeune fille chez laquelle il a pratiqué l'ovariotomie, et qui a succombé aux suites de cette opération. — C'est un exemple d'inclusion fœtale. — Avec un peu de bonne volonté on peut y voir une portion de temporale.

Il montre ensuite deux pariétaux transparents par place, et dont toute la table interne a été usée par les circonvolutions cérébrales chez un enfant atteint d'hydrocéphalie.

Traitement des végétations vulvaires et anales.

M. Blachez. Vous savez, messieurs, combien souvent on a de la peine à faire disparaître les végétations qui se développent chez la femme, soit à la vulve, soit à la marge de l'anus et dans le sillon interfessier. La douleur est tellement vive, quand on emploie l'instrument tranchant, que l'on se sert du chloroforme pour pouvoir en faire l'ablation. Un cas de mort, dans des circonstances pareilles a été communiqué à la Société de chirurgie. Ce procédé n'est donc pas sans danger.

Or, j'avais à soigner, il y a peu de temps, une dame arrivée à l'âge de la ménopause qui avait des végétations sessiles, assez exubérantes pour produire une abondante suppuration. J'essayai de la ligature, mais les végétations repullulèrent. J'employai une poudre caustique, l'alun et la sabine, mais je ne fus pas plus heureux. Je pensais à l'excision, lorsque l'idée me vint d'employer l'acide acétique deux fois par jour, matin et soir, pendant deux à trois jours; il se développa une inflammation assez vive; cependant la malade ne fut pas obligée de s'arrêter, et la disparition des végétations fut très-rapide; il ne reste plus que deux petites plaques qui vont disparaître à leur tour, et rapidement.

J'ai trouvé ce succès assez prompt pour être digne d'être communiqué à la Société.

M. **Giraldès**. Depuis douze ans j'emploie l'acide chromique qui me donne d'excellents résultats.

M. **Aimé Martin**. L'acide chromique n'est pas un liquide caustique coagulant, et il s'absorbe. Son emploi n'est pas sans danger, et j'ai vu à Lourcine, avec M. Belhomme, un cas de mort survenu à la suite de badigeonnages avec de l'acide chromique.

M. **Chausit**. Je ne suis pas surpris du succès de M. Blachez, l'usage de l'acide acétique est généralement répandu pour la destruction de toutes les excroissances verruqueuses de la peau.

M. **Blachez**. Chez ma malade il n'y avait aucun antécédent diathésique, et l'on ne peut attribuer la production de ces végétations qu'au frottement causé par la marche chez une personne obèse.

M. **Forget**. Je crois que l'indication à remplir pour la destruction des végétations, c'est de trouver un moyen peu douloureux qui vous dispense d'employer le chloroforme; or, le moyen qui m'a le mieux réussi, est le perchlorure de fer.

M. **Duparcque**. Souvent il n'y a besoin que de soins de propreté, et les végétations tombent d'elles-mêmes chez les femmes enceintes.

M. **Giraldès**. On s'effraie à tort des dangers de l'anesthésie, surtout chez les enfants; dans mon service, je chloroformise souvent, et je n'ai jamais d'accidents. Mais, pour en revenir aux caustiques il est une chose sur laquelle on doit insister, c'est de savoir le degré du perchlorure de fer que l'on emploie. A 45° de l'aréomètre de Baumé, il est un peu caustique, à 30° il ne l'est pas.

M. **Perrin**. Le perchlorure à 30° n'est pas caustique sur la peau, mais il l'est sur les muqueuses.

M. **Lagneau**. Il est important d'insister sur le degré du perchlorure de fer; mais, comme il est très-inégalement préparé, ses effets sont très-variables : quelquefois, je l'ai employé comme hémostatique, et je l'ai vu agir comme escharrotique et causer de vives douleurs.

M. Géry père. J'ai vu un petit enfant succomber à la suite de l'emploi du perchlorure de fer pour arrêter une hémorrhagie produite par la section maladroite de l'artère du frein de la langue. L'hémorrhagie était considérable; le médecin appelé mit de la charpie imbibée de perchlorure sous la langue; mais toute la muqueuse buccale fut cautérisée, dépouillée, et l'enfant finit par mourir.

M. Giraldès. J'ai manié longtemps le perchlorure de fer; je déclare qu'à 30 degrés, même appliqué sur des muqueuses saines, il n'est pas caustique.

Nous l'avons expérimenté avec Goubaud (d'Alfort), et c'est nous qui avons prouvé qu'à 30 degrés le perchlorure coagule le sang et ne cause pas d'accidents.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Dr A. CHARRIER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La prochaine séance de la Société médicale d'observation aura lieu le vendredi 10 janvier, à huit heures du soir, à la Faculté de Médecine. — Lecture de M. Topinard. — Observation de rhumatisme.

— M. le professeur Gavarret commencera lundi prochain, 13 janvier, à 5 heures de l'après-midi, une série de leçons sur l'électro-physiologie.

— M. le Dr Auzoux, auteur de l'anatomie élastique, commencera son cours d'anatomie humaine et comparée le dimanche 19 janvier, à une heure. La première séance aura lieu dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de Médecine. La texture et les fonctions du cerveau seront l'objet d'une attention spéciale. Le cours sera continué les dimanches suivants, rue Antoine Dubois, 2.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

(2037)— Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Brides vaginales. – Péri-métrites.

Au dernier lit du service de chirurgie, hôpital des Cliniques, se trouve en ce moment une malade des plus intéressantes à étudier.

C'est une femme de 40 ans qui s'est présentée comme atteinte d'une affection indéterminée des voies génitales.

Elle est mariée, a eu plusieurs enfants, et ses couches ont toujours été, à ce qu'elle raconte, des plus heureuses.

Elle ne croit pas avoir jamais eu aucune péritonite, aucune tumeur, aucune affection grave de l'utérus ou de ses annexes.

Quand on pratique le toucher, on trouve le col utérin très-peu saillant, d'assez petit volume pour une multipare : les culs-de-sac vaginaux existent à peine, et à leur place la muqueuse vaginale est soulevée par des sortes de brides, dont une surtout, du côté gauche, est très-saillante.

D'où peuvent provenir ces brides ?

La malade n'a jamais été cautérisée, soit avec le fer rouge, soit avec aucune substance escharotique. Elle n'a même jamais subi, à proprement parler, aucun traitement actif pour une affection génitale. Les seuls remèdes dont elle ait usé, à une époque relativement récente, ont été quelques injections légèrement astringentes, conseillées par Velpeau, à propos d'une leucorrhée et de malaises sans importance.

On ne peut donc pas croire ici à l'existence de cicatrices résultant de brûlures produites sur la surface du vagin par des moyens chirurgicaux.

En effet, si on l'examine au spéculum, on voit que la muqueuse vaginale est parfaitement nette, qu'elle présente sur tous les points une coloration normale.

Cependant la bride la plus importante que le toucher a révélée du côté gauche, se reconnaît fort bien par le relief qu'elle vient faire à l'extrémité du spéculum, elle soulève la muqueuse, et la tend comme un voile devant la partie correspondante du col utérin.

Ainsi le déplissement des parois vaginales ne peut pas s'effectuer d'une manière complète ; mais ce manque d'élasticité ne répond à nulle lésion qui soit apparente à la surface.

Les accouchements antérieurs, je le répète, ont été faciles : on ne pourrait donc supposer une atrésie congénitale, genre d'anomalie qui, du reste, se serait montré sous une autre forme.

On ne saurait non plus admettre aucun rapport entre la question qui nous occupe et une claudication que la malade a présentée depuis son enfance, et qui met obstacle à un certain degré d'écartement des cuisses.

L'idée de cicatrices vaginales et celle d'une malformation naturelle étant une fois écartées, il faut en revenir au toucher pour acquérir des notions plus complètes sur cette lésion singulière.

La bride qui reste apparente au spéculum n'est pas la seule que le doigt découvre.

En dehors de cette saillie presque tranchante, qui de la lèvre antérieure du col de l'utérus s'étend à gauche et en arrière, on en sent d'autres moins marquées, moins résistantes, mais bien distinctes, soit également à gauche, soit en arrière, soit même à droite. De ce dernier côté, on perçoit un corps gros comme une lentille, qui se dessine sur le plan résistant formé par ces brides.

Ainsi, les parois vaginales se trouvent doublées, les culs-de-sac effacés par des tractus subjacents qui aboutissent au col utérin et l'entourent.

Pour se trouver en dessous du vagin, dans sa partie postéro-supérieure, ces tractus doivent être situés dans la cavité péritonéale, ou sous le péritoine.

Leur consistance semble indiquer qu'ils sont fibrineux, et qu'ils résultent d'une inflammation antérieure.

Telle est donc l'interprétation la plus probable de ce fait :

Il a dû exister une *péri-métrite* qui s'est accompagnée d'exsudats fibrineux.

Ici se présente une objection.

Comment une péri-métrite aurait-elle pu se former et durer sans que la malade en eût conscience, sans qu'elle eût éprouvé jamais, du côté du petit bassin, des douleurs dont elle eût gardé le souvenir ?

Elle ne varie pas dans ses réponses quand on veut les faire préciser.

De ses trois couches, la dernière date de neuf ans, et la première de dix-sept; elles ont été, toutes les trois, extrêmement simples et rapides ; les douleurs ont à peine duré une ou deux heures chaque fois ; et, dès le lendemain, cette femme se levait sans inconvénient.

Avant le mois de septembre 1866, moment où elle consulta Velpeau pour un écoulement vaginal qui commençait, elle n'avait jamais éprouvé du côté des voies génitales aucun malaise.

Cet écoulement était-il contagieux, comme le supposait la malade, qui accusait son mari de le lui avoir donné? La chose est possible.

En tous cas, Velpeau se borna à conseiller quelques injections alunées ; et, vers le mois d'août, la malade se croyait guérie, sans avoir, encore dans cet intervalle, éprouvé aucune douleur autre que des démangeaisons vers la vulve ou vers le vagin, aucun phénomène général tel que fièvre, frisson, perte d'appétit, etc.

Cependant, quand elle permit alors à son mari de s'approcher d'elle, ce qu'elle n'avait plus voulu souffrir depuis plusieurs mois, elle éprouva, durant le coït, pour la première fois de sa vie, une sensation pénible vers le fond du vagin, sensation qu'elle compare à celle que donne une pression sur une partie malade.

Tel est, d'après les commémoratifs, le seul symptôme qu'on puisse rapporter à l'existence d'une *péri-métrite*. Nous employons ce mot de péri-métrite parce qu'il est vague et ne préjuge en rien le siége précis de cette affection.

Quelques jours plus tard, cette femme qui avait vu l'écoulement reparaître depuis le coït, entre dans le service où elle se trouve actuellement, et où l'on a constaté la présence des brides que nous avons décrites.

Nous avons répété le toucher depuis lors, à deux mois de distance, et nous devons dire que, dans cet intervalle, il s'est produit un certain changement.

La bride la plus importante, située du côté gauche, était à peu près aussi saillante la première fois que la seconde; mais les tractus fibreux qu'on sent du côté droit sont beaucoup plus nets aujourd'hui.

Les règles, qui avaient toujours été parfaitement normales, sont devenues, dans ces derniers temps, plus abondantes et plus prolongées.

La palpation même la plus profonde vers toutes les parties accessibles de l'abdomen, ne cause toujours aucune douleur, le toucher non plus, au moment même où on l'exerce ; mais la dernière fois il fut suivi d'un certain malaise, que la malade accuse sans pouvoir le décrire, et d'un léger écoulement sanguinolent, à ce qu'elle raconte.

Pour qu'une exploration de très-courte durée, faite avec douceur et prudence, ait pu produire ces effets, il faut qu'il existe autre chose que les traces d'une inflammation déjà guérie.

Nous pouvons donc faire un pas de plus vers un diagnostic complet et probable.

Tous ceux qui se sont occupés des maladies des femmes, savent combien facilement se reproduisent ou s'exaspèrent les affections qu'on peut comprendre sous le nom de péri-métrite. MM. Bernutz et Goupil, loin de contredire cette donnée, l'ont plutôt confirmée, lorsqu'ils ont montré que ces affections ne siégeaient pas en général dans le tissu cellulaire péri-utérin, mais dans le péritoine, et que ce n'étaient pas, par conséquent, des phlegmons à répétition, comme on l'avait dit.

Les inflammations des séreuses peuvent être insidieuses dans toutes les régions.

Dans le péritoine du petit bassin, comme dans la plèvre, elles peuvent se produire sans douleur marquée, sans frisson caractérisé, sans grand retentissement général au début.

C'est ainsi que Bretonneau, dans les dernières années de sa pratique, avait vu un assez grand nombre de pleurésies longtemps inaperçues et finalement mortelles. Je me rappelle qu'il attirait d'une manière toute particulière, sur ce sujet, l'attention des médecins avec lesquels il était en rapport.

En ce qui touche les péri-métrites ou les pelvi-péritonites *circum-utérines*, leur fréquence est démontrée par les recherches d'Aran.

Sur cent femmes, mortes d'affections les plus diverses, cinquante-trois présentaient des adhérences ou des fausses membranes dans le péritoine.

FEUILLETON

DES CONSULTATIONS MÉDICALES (1)

Les changements qui, depuis un quart de siècle, ont si profondément modifié tout l'ordre social, ont eu lieu dans une forte proportion, au sein du monde médical.

Sans prétendre tracer ici un tableau complet des droits et des devoirs qui, pour nous, sont nés de ce nouvel état de choses, j'ai pensé que je pourrais peut-être vous intéresser quelques instants, en vous entretenant d'un sujet qui demanderait, sans nul doute, pour être traité convenablement, une plume plus exercée et une autorité plus compétente; mon ardent désir d'être utile et une conviction bien sincère seront mon excuse.

La réunion de plusieurs médecins auprès du même malade a toujours été un acte important à tous les points de vue ; grave pour le malade sur le sort duquel une espèce de jury va prononcer, une consultation provoquée ou subie par le médecin ordinaire produit sur lui une certaine émotion : le consultant se préoccupe, de son côté, à juste titre, du problème qui lui est soumis et qu'il lui faudra souvent résoudre en une seule séance.

Très-pratiquées au commencement du siècle, avant la révolution broussaisienne, à l'époque où régnait une apparente unité de doctrine que l'on pourrait appeler l'âge d'or de la médecine, dans ces temps heureux où l'on jurait sur la parole du maître, les consultations se passaient en quelque sorte en famille, entre les jeunes et les vieux praticiens d'une localité : ces derniers apportaient l'autorité de leur expérience et le prestige de leur réputation et leur avis était presque toujours suivi : rarement il survenait un conflit.

Lorsque l'examen des doctrines eut démoli avec fracas l'édifice mal assis du Brownisme, deux camps ennemis se formèrent et, lorsqu'auprès d'un malade se rencontrèrent deux représentants des sectes rivales, l'accord ne fut possible que par l'effet d'une grande facilité des caractères qui amenait des concessions réciproques.

A ces deux époques, les médecins n'eurent, au moins, à compter qu'avec leurs confrères du même pays ; la difficulté des communications ne permettait qu'aux personnes opulentes de recourir, dans des cas de diagnostic douteux, à l'intervention des grandes célébrités de Paris ; et c'était alors un événement.

Aujourd'hui, il en est tout autrement : les voyages sont entrés dans nos mœurs; on peut dire qu'ils sont devenus la mode, j'allais presque dire la folie du jour. Les malades qui, autrefois, étaient cloués sur leur lit de douleurs, pouvant maintenant se déplacer sans trop de peines, grâce au perfectionnement des moyens de locomotions, sillonnent le pays, soit pour aller à la recherche d'un climat plus propice, soit pour emprunter aux sources leurs principes minéraux, ou pour se rapprocher des hommes de science dont ils espèrent leur guérison.

Il résulte de ces nouvelles habitudes des malades que, si les consultations des médecins réunis ne sont pas beaucoup plus fréquentes qu'elles ne l'étaient autrefois, il n'en est pas de même des avis pris successivement auprès de plusieurs praticiens. Ce dernier mode d'agir a lieu actuellement dans une proportion excessive, de sorte qu'il n'est pas de médecin, quelle que soit l'ancienneté de ses services et la position élevée qu'il occupe qui puisse être certain de conserver exclusivement jusqu'à la fin la confiance de son malade, encore bien que la règle soit parfaitement tracée par la science la plus sûre d'elle-même.

Les maladies aiguës n'échappent pas toujours à cet usage.

Parmi les conséquences fâcheuses de cette immixtion d'un grand nombre d'hommes de l'art dans les conseils d'un malade, il faut noter celle-ci, c'est qu'il n'est plus possible aujourd'hui de dissimuler, au moins à la famille, les dangers, quelquefois éloignés, d'une situation qui peut être, qui doit nécessairement être dévoilée par l'un ou par l'autre des nouveaux conseillers.

Autrefois on se faisait un devoir d'éviter de donner l'alarme

(1) Lecture faite à l'assemblée générale de l'association de secours mutuels les médecins du Calvados.

Combien de fois, du reste, n'est-il pas arrivé à tout médecin gynécologiste de découvrir par le toucher une tumeur péri-utérine que rien ne faisait soupçonner dans les réponses de la malade ?

Combien de fois n'a-t-il pas constaté des déviations utérines résultant d'anciennes tumeurs actuellement guéries, et dont les cicatrices, en se raccourcissant, changeaient les rapports des organes ?

Les péri-métrites latentes sont donc communes ; c'est, le plus souvent, pour découvrir celles qui peuvent exister encore, celles dont les traces doivent faire craindre une récidive, etc., qu'on doit explorer avec grand soin, lorsqu'on pratique le toucher, tous les culs-de-sac vaginaux, l'élasticité et la souplesse de leurs parois, la mobilité plus ou moins grande de l'utérus dans les diverses directions, etc.

Cet examen est indispensable, il apprend beaucoup.

Récemment encore, dans un travail fort intéressant, publié dans les archives de médecine, M. Guéneau de Mussy montrait l'importance des brides qu'on rencontre au fond du vagin sur les côtés de l'utérus à la suite d'une inflammation du ligament large.

Ces brides ont une direction à peu près fixe, qui est celle du ligament large lui-même ; elles attirent l'utérus, et le fixent lorsqu'elles sont doubles. On n'en peut trouver nécessairement qu'une seule de chaque côté.

Le plus souvent elles correspondent à une déchirure du col utérin produite durant un accouchement, et qui serait devenue le point de départ d'un travail phlegmasique dans le tissu cellulaire qui garnit le ligament large.

On voit que telle n'est pas la nature des brides que présente la malade dont nous parlons.

Leur direction, leur nombre, l'absence de cicatrice sur le col utérin, l'absence d'accouchement récent auquel on puisse les rapporter, les symptômes même accusés par la malade, tout prouve qu'elles sont le résultat non d'un phlegmon du ligament large, mais d'une pelvi-péritonite.

Maintenant quelle fut l'origine de cette pelvi-péritonite ?

S'il était démontré que l'écoulement vaginal pour lequel cette femme a consulté Velpeau, était bien une blennorrhagie, telle serait très-probablement l'origine de l'inflammation péritonéale.

Chez l'homme la blennorrhagie produit souvent l'inflammation du testicule, chez la femme celle de l'ovaire, comme l'ont indiqué MM. Bernutz et Goupil.

Il existe donc dans les deux sexes une orchite blennorrhagique qui s'étendra de part et d'autre à la séreuse circonvoisine. Seulement, chez la femme, cette séreuse n'est pas, comme chez l'homme, isolée de la cavité péritonéale, et il en résulte chez elle un danger plus grand, une marche toute différente et des récidives bien plus faciles.

Qu'elle soit blennorrhagique ou autre, une pelvi-péritonite peut s'exagérer sous l'influence de la congestion menstruelle, elle peut amener des adhérences et des brides qui deviennent à leur tour une cause de phlegmasie par les tiraillements qu'elles subissent et qu'elles font subir à divers organes.

Ainsi se trouve constitué le cercle vicieux que M. Bernutz a si bien décrit.

Souvent il suffit d'un séjour un peu prolongé dans un hôpital, ou d'une autre cause débilitante, pour que l'affection endormie se réveille plus fort que jamais.

Il ne saurait donc être indifférent pour le médecin de reconnaître les anciennes péri-métrites, fussent-elles guéries ; et c'est pourquoi nous avons insisté si longuement sur l'histoire clinique de brides vaginales, dont la résistance et la saillie sont, dans ce cas, exceptionnelles; mais dont les types moins accusés, assez fréquents dans la pratique, ont pour le diagnostic une égale portée.

Il y a là toute une question à peine indiquée en passant, ou complétement omise, dans la plupart des ouvrages spéciaux, même les plus récents, et qui mériterait une étude particulière, approfondie.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. Hervieux.

De la péritonite puerpérale généralisée ou générale d'emblée.

— Suite —

Quand la tunique péritonéale de l'intestin est enflammée, les autres tuniques du conduit peuvent devenir, suivant Niemeyer, le siége d'un œdème collatéral, d'où il résulterait que la paroi intestinale semble plus épaisse, que la muqueuse devient le siége d'une transsudation séreuse, et que, la musculeuse étant frappée de paralysie, le tube digestif se laisse distendre par une accumulation plus ou moins considérable de gaz.

Je ne conteste pas l'œdème ni l'épaississement des tuniques intestinales, bien qu'il y ait un grand nombre de cas où ni l'un ni l'autre n'existent évidemment, mais je dis que la transsudation séreuse et la paralysie de la musculeuse, paralysie qui deviendrait la cause de la tympanite, sont de pures hypothèses de l'auteur allemand. Il n'y a pas, en effet, de démonstration possible de la transsudation séreuse. Quant à la paralysie de la musculeuse, si l'on invoque comme preuve à l'appui la tympanite, concomitance si fréquente de l'inflammation péritonéale, j'opposerai à ce témoignage plus spécieux que convaincant, les faits nombreux d'où il ressort que, dans la phlébite utérine, non compliquée de péritonite, il y a souvent une tympanite intestinale des plus accusées.

Je viens de faire aujourd'hui même (4 août 1867), l'autopsie d'une femme qui a succombé aux suites d'une phlébite utérine et chez laquelle on n'avait constaté pendant la vie d'autres symptômes que ceux d'une congestion pulmonaire double avec délire et distension considérable du ventre par des gaz intestinaux. A l'ouverture du ventre nous ne trouvâmes aucune trace de péritonite, pas de production fibrineuse, pas d'épanchement ni séreux ni purulent, pas la moindre altération de la membrane péritonéale, ni sur les intestins, ni en quelque autre point que ce soit ; le tissu utérin ramolli et de couleur ardoisée, les sinus utérins tapissés par des fausses membranes imbibées de pus, voilà tout. La tympanite reconnaissait donc une tout autre cause que la paralysie de la musculeuse.

Je pourrais citer chez les femmes en couches bien d'autres faits où la tympanite est indépendante de l'œdème sous-séreux et de la paralysie intestinale qui peut en être la cause. Qu'il nous suffise de rappeler ici que la production gazeuse est, comme la diarrhée, le résultat d'une perversion déterminée par le poison puerpéral dans les sécrétions intestinales, et que cette production gazeuse est souvent si abondante et rapide qu'avant d'avoir pu être expulsée par les contractions répétées de l'intestin, celui-ci s'est laissé distendre au point d'être frappé d'inertie. Telle est, à mon sens, la cause réelle et la plus fréquente de la distension gazeuse de l'intestin chez les sujets atteints de péritonite.

Quoi qu'il en soit, voici les effets anatomiques de cette pneumatose intestinale :

Habituellement les intestins en rapport avec la face interne de la paroi abdominale antérieure conservent leur forme cylindrique, mais, dans certains cas de distension excessive du conduit, j'ai vu les circonvolutions intestinales s'aplatir contre la paroi et reproduire cette dernière de telle sorte qu'il n'y avait plus après l'ouverture du ventre ni blessures ni anfractuosités. Chaque circonvolution se trouvait alors taillée carrément et ses faces latérales faisaient avec la face antérieure un angle droit. Cette sorte de nivellement des circonvolutions reconnaissait évidemment pour cause la résistance qu'opposait la paroi antérieure de l'abdomen à l'intestin continuant de se développer par une accumulation progressive de gaz.

C'est dans des cas de ce genre qu'on voit l'agrandissement de la cavité abdominale s'effectuer aux dépens de la poitrine. Le diaphragme ainsi que les organes qui reposent sur sa face supérieure : le cœur et les poumons, subissent un refoulement tel que la capacité thoracique peut être diminuée de plus de moitié. Le foie et la rate suivent habituellement le diaphragme dans sa progression ascendante. J'ai vu, dans quelques cas l'organe hépatique entièrement culbuté par l'action comprimante des intestins dilatés. Il en résultait que sa face inférieure était devenue antérieure, tandis que sa convexité regardait tout à fait en arrière. Quant à la rate elle était portée en haut et en arrière, mais parfois comme aplatie en s'appliquant sur le côté gauche de la colonne vertébrale.

L'invasion de la pneumatose intestinale se produit en même temps vers la cavité pelvienne. Une portion de la masse intestinale se glisse entre l'utérus et les vertèbres sacrées. Sous l'effort de la pression qui s'exerce à la fois sur son fond et sa paroi postérieure, la matrice est refoulée vers les organes génitaux externes, ou tout au moins déplacée, le plus souvent en antéversion. Dans quelques cas la paroi postérieure de l'utérus était tellement comprimée que les flexuosités intestinales y avaient laissé une empreinte profonde.

Enfin j'ai vu la paroi abdominale antérieure s'élever, à partir de l'appendice xyphoïde et des cartilages costaux suivant une ligne abrupte qui faisait un angle presque droit avec la direction de la paroi thoracique antérieure. La peau semblait avoir atteint dans ce cas sa limite maximum de distension.

Il n'est pas jusqu'aux reins qui ne soient susceptibles d'éprouver les effets de ces effrayantes expansions de l'intestin et qu'on ne puisse retrouver étroitement appliqués contre les côtés de la colonne vertébrale et ayant subi un aplatissement que l'on peut comparer à un commencement d'atrophie.

Sous l'influence de cette dilatation excessive par des gaz, l'intestin subit un raccourcissement notable. C'est un fait que j'ai constaté bien des fois, mais qui déjà avait été observé par M. Grisolle dans les autopsies qu'il a eu l'occasion de faire à l'Hôtel-Dieu en 1835.

Les dépôts fibrineux qui se sont effectués à la surface des circonvolutions intestinales ont pour effet de faire adhérer entre elles les portions contiguës de ces circonvolutions, en telle sorte que la fibrine ainsi organisée représente, pour me servir d'une comparaison devenue vulgaire à force d'être répétée par les auteurs, un prisme dont une des faces regarde la paroi antérieure de l'abdomen et les deux autres faces réunissent, en les agglutinant, les anses contiguës de l'intestin.

Quelquefois, ces agglutinations interceptent des espaces où s'accumulent les produits liquides de l'épanchement péritonéal. D'où il suit que, parfois, au fur et à mesure qu'on sépare, à l'aide d'une dissection patiente et attentive les anses intestinales agglutinées, on découvre des foyers partiels au nombre de trois, quatre, cinq et même davantage, ainsi emprisonnés par l'organisation de la matière fibrineuse.

Le péritoine détaché de l'intestin présente-t-il quelque altération appréciable ? Certains auteurs avancent que dans aucun cas la séreuse détachée des autres tuniques intestinales n'est ni épaissie, ni ramollie. Le fait est inexact. Mais voici comment on peut expliquer l'erreur commise à cet égard par quelques observateurs distingués.

Lorsque la péritonite est récente et a entraîné une mort rapide, la tunique péritonéale peut n'être pas sensiblement altérée ; mais, pour peu que la phlegmasie ait duré quelque temps, les modifications du tissu de la séreuse apparaissent plus sensibles ; on reconnaît alors que ce tissu est pâle, légèrement opaque et imbibé de liquides (Voillemier). Il est en même temps devenu plus friable (Jacquemier).

Ces dernières altérations du péritoine sont habituellement beaucoup plus prononcées dans ses replis flottants. Le grand épiploon, par exemple, présente parfois un épaississement considérable. Il est vrai que cet épaississement ne tient pas seulement à l'altération du péritoine lui-même, mais à l'hypertrophie considérable du tissu conjonctif sous-séreux.

Non moins fréquemment l'on peut voir les ligaments larges et le tissu conjonctif interposé aux feuillets qui les constituent atteint de cette hypertrophie. Leur épaisseur peut aller dans certains cas jusqu'à 10 et 12 millimètres.

On trouve pareillement chez quelques sujets le péritoine qui

---

au milieu d'une famille ; on pouvait, on devait la laisser jouir de sa félicité pendant bien des années, tout en tremblant soi-même en voyant s'amincir de jour en jour le fil qui retenait l'épée sur la tête d'un de ses membres les plus chers : le drame alors se passait tout entier jusqu'à la péripétie inévitable au fond de la conscience du médecin ; il gardait son secret avec grand soin jusqu'à l'imminence de la catastrophe.

Si l'on se hasarde, en pareille occasion, à tenter l'expérience, on est exposé à se voir, à la première alerte, accusé d'avoir méconnu la gravité, même la nature de la maladie ; il faut donc, quoi qu'il arrive, se résoudre à dire la vérité à la famille ; le malade est trop heureux si une indiscrétion ne vient pas la lui révéler.

Nous devons, bon gré mal gré, nous accommoder à ces nouvelles habitudes prises par le public, qui croit y trouver son avantage, qui se préoccupe moins que jamais des susceptibilités des médecins, et qui, disons-le hautement, est disposé à faire bon marché de leur dignité professionnelle.

Je jetterai un coup d'œil rapide sur les consultations considérées à trois points de vue :

Relativement au malade, au médecin traitant, au médecin consultant.

Je vais peut-être émettre quelques idées que ne partageront pas tous les membres de l'honorable assemblée ; mais j'ai pensé, il y a longtemps déjà, et je me crois obligé à le dire, qu'il y aurait une modification à apporter à la manière dont nous procédons généralement dans nos conférences. Je soumets à vos sages réflexions, avec toute l'humilité possible, les quelques considérations qui vont suivre.

Nous savons tous comment les choses se passent en pareilles circonstances. Le médecin traitant raconte le début, les diverses phases de la maladie, expose les moyens thérapeutiques mis en usage ; il insiste particulièrement sur les indications qui l'ont engagé à recourir à une médication spéciale ; il dévoile donc immédiatement son opinion sur la nature de l'affection, dont le nom lui-même est souvent prononcé.

Eh bien, ne doit-on point craindre que l'esprit le plus indépendant, le moins disposé à subir l'influence d'autrui, n'incline à son insu vers l'opinion qui vient d'être émise, et qu'au lieu de chercher dans ses propres impressions la solution du problème qui lui est posé, le médecin consultant n'accepte *a priori*, comme suffisamment légitimée, la manière de voir de son confrère : alors il ne lui reste plus qu'à s'incliner.

Ce n'est certes pas là le but que l'on s'est proposé en demandant une réunion médicale, car il faut bien en convenir, si nous ne voyons dans une consultation qu'un appui, la famille y cherche un contrôle, et j'avoue que, pour ma part, il m'est souvent arrivé de penser qu'il serait préférable, au point de vue des intérêts du malade, de laisser le médecin consultant recueillir lui-même les commémoratifs de la bouche du client, de recourir à l'emploi des moyens d'investigation, en un mot, d'instruire lui-même l'affaire avant d'entendre l'historique fait par le médecin ordinaire. Cette méthode me paraît surtout meilleure dans les cas de diagnostic douteux.

Il est inutile de proclamer, devant un pareil auditoire, la nécessité pour le médecin consultant de s'abstenir de toute manifestation de sa manière de voir avant d'avoir conféré avec son confrère.

Je prévois les objections qui pourraient m'être adressées. Cette méthode, dira-t-on, fera perdre un temps d'autant plus précieux que les médecins appelés en consultation sont généralement les plus occupés. J'avoue que cette considération, mise en présence de l'intérêt du malade, me touche peu ; et d'ailleurs on n'agirait ainsi que dans la première entrevue, les visites subséquentes se passeraient suivant l'usage.

Comment, objectera-t-on encore, le praticien le plus exercé, le plus sagace, pourra-t-il, à la première vue, se faire une opinion juste et bien arrêtée sur l'état d'un malade, s'il ne recueille pas les renseignements de la bouche d'un homme compétent ?

Je répondrai que, dans l'entretien qui va suivre, la consultation va se compléter : c'est alors pour le médecin traitant le moment d'exposer tout ce qu'il sait sur l'état de son malade ; le médecin consultant a éprouvé ses impressions personnelles ; il est bien disposé à recevoir toutes les confidences dont il pourra faire son profit.

recouvre l'utérus, les ovaires, les trompes, le foie et la rate, frappé d'hypertrophie à ce point qu'il forme une coque blanchâtre épaisse de 1 et même quelquefois 2 millimètres.

Ce n'est pas tout. Le tissu conjonctif sous-séreux peut s'infiltrer des mêmes produits que l'on trouve épanchés dans la cavité péritonéale. Ces produits sont séreux, séro-purulents ou purulents. Les infiltrations de cette nature s'observent sur le péritoine pariétal comme sur le péritoine viscéral. La région iliaque en est fréquemment le siége, ce qui explique la formation des abcès vrais de la fosse iliaque consécutivement à l'état de couches. Mais on trouve plus fréquemment encore les infiltrations sous-séreuses dans le ligament large, l'ovaire ou l'utérus, plus rarement dans les épiploons et le tissu conjonctif qui sépare la paroi abdominale antérieure du feuillet péritonéal.

Lee a particulièrement appelé l'attention sur les infiltrations séro-purulentes ou purulentes du tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux émergeurs ou aboutissant à l'utérus et de celui qui réunit les fibres musculaires de ce dernier organe. (Researches on the pathol. and treatm. of more import. dis. of Women, London 1833, p. 24.)

C'est dans la variété de péritonite que nous étudions qu'on voit presque constamment le pus et la fibrine se combiner pour constituer ces flocons épais, jaunâtres, dont l'apparence rappelle les crèmes que l'on sert sur nos tables, flocons qui nagent dans le liquide de l'épanchement, s'étalent à la surface des viscères, s'accumulent par le repos dans les parties déclives de l'enceinte abdominale ou s'interposent en manière de membranes largement étendues entre le feuillet pariétal du péritoine et certains organes, tels que le foie, la rate et la face supérieure de l'estomac.

Péritonite purulente. Entre la péritonite franchement purulente et la péritonite séro-fibrineuse, il y a place à la rigueur pour la variété séro-purulente ; mais, comme la seule différence de la séro-fibrineuse à la séro-purulente consisterait dans la plus ou moins grande quantité de globules purulents mélangés au sérum et à la fibrine, nous pensons qu'il n'y a pas lieu de consacrer un paragraphe spécial à une variété aussi peu distincte.

Que si cependant on tenait à faire cette distinction, voici quels seraient les caractères propres à la péritonite *séro-purulente*.

Lorsqu'on ouvre l'abdomen d'une femme en couches chez laquelle la péritonite en est arrivée à cette phase de son évolution, le liquide épanché s'écoule d'abord avec l'apparence d'un liquide louche et blanchâtre ; puis, de plus en plus trouble et mélangé de flocons fibrino-purulents ; puis enfin constitué dans sa partie la plus déclive par du pus entièrement pur.

A la surface des circonvolutions intestinales sont déposés des flocons d'apparence crémeuse en plus ou moins grande abondance. Les foyers interceptés par l'adhérence d'un certain nombre d'anses intestinales ne renferment encore qu'un liquide jaunâtre et séro-purulent. La surface convexe du foie et celle de la rate sont unies au diaphragme par des fausses membranes molles, jaunâtres, faciles à déchirer, et parfois comprenant dans leurs mailles un peu du liquide trouble épanché dans la cavité péritonéale. Enfin les parois du bassin et les viscères y contenus sont tapissés de fausses membranes en voie d'organisation ou d'une couche de pus presque entièrement formé.

Dans la péritonite *franchement purulente*, toutes ces combinaisons variées du sérum avec le pus et du pus avec la fibrine n'existent plus.

En fait de liquide épanché, il n'y a rien autre chose que du pus. La quantité de ce dernier est toujours de beaucoup inférieure à celle que l'on observe dans la péritonite séro-purulente et à fortiori dans la séro-fibrineuse.

Le pus est étalé en nappe plus ou moins épaisse à la surface des circonvolutions intestinales et, lorsqu'on vient à détacher la paroi abdominale antérieure, la surface interne de celle-ci emporte avec elle une portion de cette nappe purulente. C'est encore du pus et rien que du pus qu'on trouve accumulé dans ces espaces qu'interceptent parfois quelques anses réunies de l'intestin ; le petit bassin est lui-même converti en un vaste foyer purulent. Enfin les divers replis péritonéaux, le ligament large, le grand épiploon, le foie, la rate, en outre des fausses membranes qui recouvrent leurs parties libres et les enchaînent par des adhérences vicieuses, présentent, plus ou moins emprisonnées par ces adhérences, des collections de pus parfaitement louable et bien lié.

C'est dans cette sorte de péritonite qu'il n'est pas rare de voir le grand épiploon tuméfié et ecchymosé recéler dans son intérieur des foyers purulents qui se transforment aisément en une sanie verdâtre et infecte.

Chose remarquable ! il arrive fréquemment qu'il n'existe alors aucune trace de tympanite, soit que celle-ci ait disparu, soit qu'elle ne se soit jamais manifestée. La masse intestinale peut même alors être comme affaissée : les circonvolutions semblent flétries, elles ont perdu leur forme cylindrique, leur brillant, leur transparence ; les parois intestinales sont ternes et hypertrophiées.

Enfin les infiltrations sous-séreuses du péritoine, soit viscéral, soit pariétal, prennent toutes, alors, le caractère purulent.

Les différentes variétés de péritonite, que nous venons de passer en revue, représentent les expressions anatomiques successives de chacune des phases de l'évolution *in situ* de la péritonite envisagée dans son ensemble. Il est cependant encore quelques variétés intéressantes, mais que l'on peut considérer comme étant de simples modifications des précédentes. Je veux parler de la péritonite séro-sanguinolente, de la péritonite ictérique, et de la péritonite gangréneuse ou pseudo-gangréneuse. Nous dirons quelques mots de chacune d'elles.

(*A suivre*.)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 20 novembre 1867. — Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie. Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. le Secrétaire général donne l'analyse de divers travaux qui ont été adressés à la Société de chirurgie par l'un de ses correspondants, M. Borelli.

M. Giraldès. Je crois que M. Borelli exagère quand il dit que la dilatation excessive de l'urèthre est inoffensive chez la femme. L'idée d'extraire les calculs de la vessie à la faveur d'une distension de l'urèthre, constitue une pratique bien ancienne ; elle a été abandonnée par les chirurgiens les plus autorisés, parce que l'opération ainsi pratiquée entraînait à sa suite une incontinence d'urine souvent incurable. L'année dernière j'ai employé, chez une petite fille, le procédé que recommande M. Borelli. Il s'agissait d'un calcul mesurant 5 centimètres en longueur et 4 centimètres transversalement. J'ai dilaté l'urèthre avec le doigt, puis, ayant rencontré le calcul, j'ai guidé, sur le doigt, des tenettes : la pierre a été saisie, mais l'extraction ne pouvant se faire, j'ai dû faire un débridement du col de la vessie. L'enfant a guéri ; mais après plusieurs mois, elle conservait encore une incontinence absolue de l'urine. Pour terminer ce point de pratique, je dirai que ce n'est point sur trois observations seulement qu'on peut s'appuyer pour formuler des principes aussi absolus que ceux que l'on trouve dans le mémoire de notre correspondant.

M. Borelli a apporté, pour l'exécution de la taille médiane, des modifications qui ne me paraissent pas satisfaisantes. La ponction rapide du périnée expose certainement à la blessure du bulbe. Du reste, la manière de faire que recommande M. Borelli a bien l'air d'une réminiscence du procédé de Bucchanam (de Glascow). Ceux qui ont fait un certain nombre de fois la taille savent très-bien que c'est une opération qui doit être exécutée avec ménagements, et ils seront d'accord avec moi pour rejeter ces procédés, qui n'ont pour eux que le brillant d'une exécution rapide.

M. Verneuil. Je partage la manière de voir de M. Giraldès, mais je dois dire que M. Borelli a été au-devant des objections puisqu'il indique dans son travail quelle est la direction toute spéciale qu'il faut donner au bistouri pour éviter la lésion du bulbe.

M. Guérin. Neuf fois sur dix le bulbe est intéressé. J'ai assisté pour ma part à un certain nombre d'opérations de taille ; parfois il a fallu comprimer afin d'arrêter le sang qui s'opposait à l'achèvement de l'opération. Ces prétendues hémorrhagies par lésion des artères du périnée ne sont autre chose que des blessures du bulbe. Arriver directement dans la cannelure du cathéter par une ponction rapide, c'est s'exposer certainement à la blessure du bulbe. Pour ma part, j'ai l'habitude de disséquer le bulbe ; je l'isole et je le reporte en avant.

En Angleterre, on incise à peine la prostate au moyen du gorgeret tranchant, et c'est avec le doigt qu'on donne au col de la vessie les dimensions nécessaires à l'introduction des tenettes ; de cette façon, on déchire les tissus ; aussi je préfère l'incision large telle qu'elle est employée dans notre pays.

M. Hervez de Chégoin. Il y a environ cinquante ans que, dans un mémoire sur les causes de mort après l'opération de la taille, j'ai exactement dit ce que vient de formuler M. Guérin. J'ai soutenu l'importance qu'il y a dans l'opération de la taille, de faire des incisions dont les limites soient bien déterminées. Le gorgeret tranchant me paraissait un mauvais instrument. Résumant ma pensée, j'ai pu dire, en deçà des limites de la prostate point de danger, au-delà des limites de la prostate pas de salut.

M. Giraldès. Il est très-vrai que dans l'opération de la taille on évite rarement le bulbe ; il est également vrai que les hémorrhagies importantes proviennent de la lésion de cet organe. Je pense que M. Guérin a été mal renseigné lorsqu'il affirmait que les chirurgiens anglais se servent du gorgeret tranchant, il n'en est rien. Ils ont recours à l'incision avec le bistouri, et, aussitôt que la plaie est faite, ils achèvent l'ouverture du col par l'introduction du doigt.

M. Guérin. Les renseignements que j'ai donnés sur la pratique anglaise m'ont été fournis par de nombreux médecins. Quoi qu'il en soit, et après les assertions de M. Giraldès, il demeure évident que les chirurgiens anglais font une petite plaie du col et qu'ils achèvent l'ouverture de la vessie par l'introduction du doigt. Je crois, pour ma part, qu'il vaut mieux faire une large incision du col.

M. Chassaignac. Si j'ai bien compris, M. Borelli ne coupe pas le col de la vessie, il se contente de le dilater par la plaie médiane. Ce n'est point là une taille.

Toutes les fois qu'on ne coupe pas franchement le col de la vessie on n'est jamais sûr d'entrer jusque dans le réservoir de l'urine. Les tenettes peuvent s'enfoncer dans l'épaisseur du périnée, dévier plus ou moins, et préparer ainsi une série d'accidents consécutifs. La pratique a démontré l'utilité des grandes incisions, car les petites ouvertures exposent à l'infiltration urineuse. Je vois avec crainte recommander la dilatation du col de la vessie. Quelles que soient les dimensions du calcul lorsqu'il est chargé par la tenette, on ne peut franchir le col de la vessie sans déchirer plus ou moins cet organe. Si, au préalable, on a fait une incision de la prostate, la déchirure se fait néanmoins, mais plus régulière, et par conséquent moins grave que lorsqu'on se contente de la simple dilatation du col. On recommande la taille médiane, on veut éviter le bulbe, et il reste au périnée une étendue de 1 centimètre et demi par lequel on voudrait faire sortir de gros calculs.

La taille bilatérale offre de précieuses ressources, elle permet le passage de calculs énormes, on évite la blessure du bulbe en contournant le rectum. La blessure du bulbe a de graves inconvénients ; il faut éviter cette lésion, car l'hémorrhagie est un danger, non pas tant à cause de la quantité de sang perdu, que par suite des moyens qui deviennent nécessaires pour obtenir l'hémostate.

En pareil cas, que fait-on ? le tamponnement de la plaie, c'est-à-dire qu'on expose les blessés à l'infiltration de l'urine. C'est pour remédier à ces inconvénients que j'avais proposé la taille par l'écrasement linéaire.

M. Verneuil. Dans la communication, M. Borelli revendique seulement l'idée d'avoir abrégé le premier temps de la lithotomie, c'est-à-dire celui qui consiste à arriver jusqu'au cathéter.

On peut laisser de côté cette innovation discutable, ce qu'il me paraît important à faire ressortir, et cela à l'occasion du travail de M. Borelli, c'est que la taille médiane tend à conquérir, soit en France, soit à l'étranger, la prééminence qu'elle aurait dû toujours conserver sur les autres manières de tailler.

La discussion sur la valeur comparative des grandes et des

Je n'ai pas la prétention d'éditer un code médical et de tracer la conduite que doit tenir, dans tous les cas, le médecin ordinaire ; je me permettrai seulement de faire observer, qu'à mon avis la droiture est ici, comme dans bien d'autres circonstances, la plus grande habileté. Je déclare que je n'ai jamais compris la résistance que certains praticiens opposent à la demande d'une consultation avec un confrère honorable, cette consultation ne dût-elle avoir d'autre résultat que de calmer une inquiétude ou d'épargner un regret à une famille désolée. Et quel est l'homme assez sûr de lui-même, l'homme infaillible qui ne trouve pas une compensation suffisante aux légers ennuis que peut donner une conférence médicale, dans la douce satisfaction que l'on éprouve à voir son opinion partagée par un confrère éclairé, ou bien en recueillant une lumière soudaine sur un point jusque-là très-obscur ?

Si le médecin ordinaire a des devoirs sacrés qu'il ne doit jamais oublier, la mission du médecin consultant est plus délicate et plus difficile. C'est une espèce de juge en appel. Son rôle doit commencer seulement au moment où il voit le malade pour la première fois; il doit se borner au temps présent et à l'avenir; le passé ne lui appartient pas; il est incompétent pour apprécier les motifs qui ont fait adopter telle ou telle médication dans le cours des accidents dont il n'a pas été témoin : il est bien entendu que je me place au point de vue purement médical.

Je ne saurais trouver d'expression assez forte pour qualifier la conduite d'un homme qui, n'ayant pas assisté au début, à l'évolution, à la marche d'une maladie, se permettrait, dans un intérêt mercantile, de blâmer ce qui a été fait avant son arrivée; je dis dans un intérêt mercantile; car les faits sont accomplis, et il ne peut résulter pour le malade aucun profit de cette action rétroactive. Le médecin consultant est appelé pour coopérer au salut de son semblable, et non pour disserter sur les généralités de la science.

Si je dénie au médecin consultant le droit de critiquer le passé, je lui impose le devoir de se prononcer catégoriquement sur l'état présent d'un malade; alors, il ne relève que de sa conscience, et, tout en conservant les égards que l'on se doit mutuellement, il est des cas où la transaction devient impossible : elle serait une mauvaise action; il faut ou convaincre ou faire connaître le désaccord.

Dieu merci, l'on est rarement dans la dure nécessité de recourir à cette extrémité; l'entente a presque toujours lieu entre deux hommes instruits et honorables.

Les obligations qui sont imposées aux médecins qui se trouvent en présence du même malade, sont les mêmes, sinon plus grandes encore, pour ceux qui sont consultés isolément pendant le cours d'un traitement.

Mais je craindrais de fatiguer votre attention si je traitais, avec tous les développements qu'il comporte, un sujet aussi important : qu'il me suffise de dire qu'ils sont bien graves les devoirs qui incombent aux grandes personnalités médicales, surtout aux spécialités, vers lesquelles les malades accourent de tous les points de l'Europe.

Par cela même que leur valeur paraît plus grande, ils sont tenus d'avoir une circonspection tout exceptionnelle, et nous avons le droit d'être sévères pour ceux qui, abusant d'une supériorité plus ou moins légitime, se permettraient d'émettre des doutes sur l'utilité d'un traitement rationnel, mais non efficace, dans des maladies de nature essentiellement incurable.

Rien n'est plus propre à amener la déconsidération du corps médical qu'une pareille conduite, qui, grâce à Dieu, devient de plus en plus rare.

15 décembre 1867.

Dr Maheut,

Professeur à l'Ecole de médecine, médecin-adjoint des hôpitaux de la ville de Caen.

Manuel d'opérations chirurgicales, par le Dr Dubreuil. — 3e fascicule : Opérations qui se pratiquent sur l'appareil locomoteur ; amputations ; désarticulations. — Paris, 1867, in-18 de 32 pages et 4 pl. (ou pages 65 à 96 et pl. XIII à XVI) ; prix : 1 fr. 50. — En vente les fascicules 1 et 2. — Paris, 1867, F. Savy.

petites incisions est jugée depuis longtemps. Malgaigne a parfaitement résolu ce point de pratique.

On pourrait encore discuter aujourd'hui sur la valeur comparative des moyens d'ouvrir le col de la vessie, mais toutes les discussions n'ont plus de raison d'exister, du moment que les chirurgiens peuvent assurer la lithotritie à la taille médiane.

On n'a plus le droit de violenter le col de la vessie puisqu'on est en mesure de réduire le calcul aux dimensions de la plaie. Cette question de la combinaison de la taille à la lithotritie est fort ancienne, elle a été parfaitement étudiée par M. Bouisson (de Montpellier) puis elle a été reprise par notre collègue, M. Dolbeau, dans son livre sur le traitement de la pierre vésicale. A l'appui de cette pratique, je citerai un fait récent : j'avais dans mon service un homme porteur d'un calcul mesurant 3 centimètres et demi; la lithotritie déterminait ces accidents sérieux; j'ai pratiqué la taille médiane sans blesser le bulbe, j'ai ouvert le col de la vessie; immédiatement j'ai pu placer le gorgeret et débrider le col avec un bistouri boutonné. Le calcul chargé, j'ai compris qu'il faudrait une traction considérable pour sortir la pierre, immédiatement j'ai fragmenté le calcul et l'extraction a été des plus simples. Le malade a guéri très-bien, mais cinq mois après il mourait phthisique.

M. Demarquay. Je ne saurais donner mon approbation à la pratique de M. Borelli. L'opération de la taille est assez grave pour que l'on s'entoure de toutes les précautions nécessaires. La taille médiane peut être bonne, mais, dans certaines conditions déterminées, il faut que les sujets soient jeunes, et la pierre peu volumineuse. Chez les vieillards, le col de la vessie ne se dilate point, il faut, pour extraire les calculs volumineux, ouvrir largement la voie en incisant à droite et à gauche.

En général, voici comment je procède : je fais l'incision bilatérale de la peau ; arrivé au col, j'introduis le doigt et je débride dans l'étendue nécessaire. Chez les vieillards, l'opération de la taille est grave, même quand on a recours à la fragmentation des calculs. Peut-être, lorsqu'il s'agit de pierre volumineuse devrait-on revenir à la taille sus-pubienne.

(La discussion sera continuée.)

A cinq heures la Société se forme en comité secret.

La Société, appelée à se prononcer sur la demande de l'honorariat, adressée par M. Larrey, décide à l'unanimité et au scrutin que M. Larrey sera inscrit sur la liste des membres honoraires.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DOLBEAU.

Ministère de la guerre.

Concours pour un emploi de professeur agrégé à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires.

Un concours s'ouvrira le premier mai prochain à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce pour un emploi de professeur agrégé en médecine à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires. (Clinique médicale.)

Les épreuves de ce concours sont celles ci-après indiquées :

1° Composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire;

2° Examen clinique de deux malades fiévreux, atteints, l'un de maladie aiguë, et l'autre d'affection chronique.

(Leçon sur les deux cas observés.)

3° Leçon sur une question d'hygiène et de médecine légale militaires.

4° Autopsie cadavérique avec démonstration des lésions qu'elle révèle, et, s'il y a lieu, de médecine légale.

Les deux premières épreuves seront éliminatoires.

Aux termes de l'article 6 du décret du 13 novembre 1852, ne peuvent être admis au concours pour les emplois de professeur agrégé que les médecins des grades d'aide-major de 1re classe, et de major de 2e ou 1re classe.

Les officiers de santé de ces trois grades qui désireront concourir, soumettront au ministre une demande régulière appuyée d'un avis motivé de leurs chefs.

Cette demande devra parvenir au ministre (bureau des hôpitaux et invalides), avant le 1er avril prochain, par l'intermédiaire des généraux commandant les divisions militaires ou des intendants divisionnaires, suivant que le candidat appartient à un corps de troupe ou à un établissement hospitalier.

Des congés seront délivrés en temps utile aux candidats pour se rendre à Paris avant l'ouverture du concours.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— La prochaine séance de la Société de médecine de Paris aura lieu à l'Hôtel-de-Ville le vendredi 17 janvier.

Ordre du jour :

Communication de M. le Dr Duchenne (de Boulogne), sur la paralysie pseudo-hypertrophique ou vergo-sclérotique;

Rapport sur la candidature de M. le Dr Fauville.

—La Société médicale de l'Elysée (8e arrondissement), vient de renouveler son bureau, pour 1868, de la manière suivante: *Président*, M. Alph. Guérin; — *Vice-Président*, M. Contour; — *Secrétaire général*, M. Pierreson; — *Secrétaire trésorier*, M. Linier; — *Secrétaire annuel*, M. Canuet.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Ange Duval, premier chirurgien en chef, à Brest, et de M. le Dr Gaillard, de Lyon.

— L'Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges, a, dans sa séance de rentrée, décerné les récompenses suivantes :

Première année. — 1er prix, M. Parinaud; 2e prix, M. Calandreau-Dufresse; — mention honorable, M. Roque.

Deuxième année : — 1er prix : M. Michalski ; 2e prix, M. Lemaistre.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

(2049) — Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 5. — MARDI 14 JANVIER 1868. 41e ANNÉE. MARDI 14 JANVIER 1868. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

PARIS, 13 JANVIER 1868.

Sociétés savantes et Hôpitaux

Académie des sciences. M. Claude Bernard vient d'être nommé, par 41 voix sur 49, vice-président de l'Académie en remplacement de M. Delaunay, qui devient président. Aucune communication intéressant le corps médical ne s'est produite pendant cette séance.

Société médicale des hôpitaux. M. Hérard et M. Gubler, en se succédant au fauteuil de la présidence, ont prononcé les discours d'usage. Ils ont été vivement applaudis.

M. Besnier a lu un rapport à l'occasion des maladies qui ont prédominé en novembre et décembre.

M. Besnier, élargissant son cadre, a commencé l'étude des tableaux statistiques publiés par M. Husson sur la mortalité des hôpitaux de Paris.

Il a montré que la phthisie faisait, chaque année, de plus grands ravages, et que la proportion des décès par *pneumonie* était beaucoup plus forte qu'on ne le suppose d'ordinaire. Elle s'élève, dans les hôpitaux, à près du tiers des cas en nombres ronds, et reste encore considérable si l'on opère la déduction de tous les faits qui peuvent sembler douteux, la pneumonie y étant compliquée de quelque affection différente.

Ces chiffres sont bien éloignés de ceux qu'on a fournis comme représentant la mortalité dans la pneumonie quand on s'abstient de la traiter ou quand on la traite par les toniques.

Suivant la statistique de Bennet, par exemple, en employant cette dernière méthode, on ne perdrait que trois malades sur cent.

M. Besnier doute que ces relevés puissent être exacts ; mais nous avons lu cette statistique alors qu'elle était publiée, il y a quelques années, dans un journal anglais, et la véracité de Bennet nous a paru des plus évidentes.

En effet, l'auteur écossais a soin d'avertir qu'il écarte tous les faits qui ne sont pas simples, ceux où la pneumonie était accompagnée de toute autre lésion, ceux où son extension était considérable dès le début, ceux où quelque autre médication avait précédé ou suivi l'administration des toniques. Ce dernier cas devait se présenter souvent à Edimbourg, où les mêmes services sont dirigés successivement par des professeurs qui alternent à certaines époques. Une fois le procédé connu, on ne doit pas s'étonner des moyennes qu'il donne ; elles ne sauraient être comparables à celles qu'on obtient par une méthode toute différente.

Pourtant les chiffres qui représentent la mortalité par pneumonie dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, semblent bien élevés quand on les rapproche de ceux qui constituent une autre statistique également officielle : la « Statistique médicale de l'armée. »

D'après celle-ci, qui est devenue un véritable modèle, dans les hôpitaux militaires de France, il y aurait eu pendant l'année 1864, sur 707 pneumonies aiguës, 526 guérisons et seulement 42 décès, soit à peu près 6 p. 100 ; en 1865, sur 1125 pneumonies, 780 guérisons et 99 décès, soit à peu près 8,8 p. 100.

Dans les hôpitaux militaires d'Algérie, la mortalité a été plus forte :

En 1864, sur 272, 183 guérisons, 30 décès, soit 11 p. 100.

En 1865, sur 330, 283 guérisons, 41 décès, soit 12 p. 100.

Quant à la pneumonie chronique, elle est représentée par des chiffres fort peu importants par rapport à ceux des pneumonies aiguës, mais la mortalité s'en élève à 23 et 21 p. 100 dans les hôpitaux militaires de France.

Ici la proportion de la mortalité est calculée d'après les entrées ; dans la statistique de M. Husson, elle est calculée au contraire d'après les sorties ; et, bien que ce mode de procéder fût moins naturel et moins correct, il fallait bien y avoir recours du moment où l'on se basait sur les bulletins statistiques rédigés et signés par les chefs de service au moment où le lit cessait d'être occupé par le malade dont il s'agissait.

La proportion des morts dans les hôpitaux de Paris est donc un peu moindre qu'on ne serait tenté de le croire en lisant les nombres suivants :

En 1861, la pneumonie a causé chez les hommes une mortalité générale de 25,37 pour cent, et chez les femmes de 40,33.

La broncho-pneumonie, une mortalité de 23,29 chez les hommes, de 29, 63 chez les femmes.

En 1862, la moyenne des décès par pneumonie a été, chez les hommes, de 27,74 pour cent, et chez les femmes de 30,99 ; par broncho-pneumonie, chez les hommes, la proportion des morts est de 30 pour cent, et chez les femmes de 42,86.

Avec toutes les corrections que l'on pourrait leur faire subir, de tels chiffres sont effrayants.

Aussi la Société a-t-elle décidé que le rapport de M. Besnier serait discuté dans la prochaine séance.

Société médicale de l'Aisne. Nos confrères des départements travaillent de plus en plus d'une manière sérieuse. Les mémoires qu'ils communiquent aux sociétés locales, deviennent de jour en jour plus complets et plus instructifs. Le temps manque souvent à Paris pour tirer pleinement parti des faits qu'on observe. On voit beaucoup, mais d'une manière hâtive, on ne connaît pas ses malades comme on peut le faire en province, et il faut un certain courage ou une rare pénétration, à un praticien très-répandu pour qu'il apporte son contingent de faits suffisamment observés en eux-mêmes et mis en œuvre par une étude comparative des faits semblables.

On produit maintenant hors de Paris un certain nombre de vrais mémoires, que tout praticien pourra consulter avec fruit. Ces réflexions que nous avons eu souvent l'occasion de faire cette année, nous sont rappelées par un très-bon travail sur les polypes fibreux de l'utérus lu par M. le Dr Ancelet (de Vailly), à la Société médicale de l'Aisne.

Sept polypes fibreux de l'utérus, observés avec un grand soin, avant et après les opérations qui ont été faites pour les extraire, ont fourni à M. Ancelet l'occasion d'examiner contradictoirement les hypothèses qu'on a émises sur la nature des corps fibreux de l'utérus, sur leur composition, leur disposition moléculaire, leur isolement plus ou moins complet du tissu normal qui les entoure, etc.

Nous recommandons la lecture de ce mémoire à ceux qui s'occupent des affections de l'utérus ; car, bien que les observations ne soient pas très-nombreuses et que par conséquent elles ne puissent suffire pour élucider des questions douteuses, elles ont été mises en œuvre avec une science de bon aloi et un sens clinique assez rare.

Hôpitaux. Dans ces derniers temps, comme le fait remarquer M. Guéneau de Mussy, on a observé beaucoup de pneumonies compliquées de congestion du foie avec ou sans ictère. Cette congestion du foie se produit aussi bien quand la pneumonie est à gauche que lorsqu'elle siége à droite. M. Guéneau de Mussy l'explique par les rapports fonctionnels qui unissent le foie aux poumons, chacun de ces organes contribuant pour sa part à l'hématose.

Il n'y aurait donc point là une action de voisinage, comme on l'a dit en pareil cas quand la pneumonie siégeait à droite.

— La rupture du périnée qui s'est produite dans le service de M. Depaul est en voie de guérison.

Chose à noter, chez cette femme, la commissure postérieure de la vulve avait conservé 15 millimètres, et le sphyncter anal était intact, bien que l'enfant pesât 3,050 grammes.

Nous avons voulu mentionner cette exception à une règle formulée dans un *mémoire* intéressant qui fut publié à Bordeaux au commencement de l'année dernière *sur la perforation centrale du périnée.*

L'auteur, M. Dudon, après avoir exposé les quinze faits de cette espèce recueillis jusqu'alors, s'exprimait ainsi : « La commissure postérieure constitue un pont dont la largeur ne doit pas dépasser, en général, un centimètre. »

Il est difficile de fixer les limites que peut atteindre la distension du périnée.

— Signalons, parmi les malades à étudier dans le service de M. Jarjavay, deux hommes, dont l'un a été opéré pour un abcès périnéphritique dont le diagnostic fut très-délicat, et dont l'autre est atteint d'une pseudo-luxation du pied en arrière.

Cette lésion que M. Jarjavay a, le premier, décrite, est constituée par une fracture oblique, tant de la malléole externe que de l'extrémité inférieure du tibia. Toute la partie postérieure de la surface articulaire étant détachée, l'astragale bascule sur la ligne saillante ainsi produite, et il en résulte un déplacement du pied qui a fait souvent croire à une luxation.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. HERVIEUX.

De la péritonite puerpérale généralisée ou générale d'emblée.

Suite (voir les nos 3 et 4).

Péritonite à exsudat sanguin. — On peut la considérer comme une sous-variété assez rare de la péritonite séro-fibrineuse. Tous les auteurs qui ont écrit sur la péritonite puerpérale s'accordent à reconnaître la rareté des épanchements sanguins dans cette maladie. Baudelocque, Jacquemier, Churchill, Collins, etc., professent cette opinion. On ne peut même pas dire qu'il existe une péritonite hémorrhagique au même titre qu'il existe une pleurésie hémorrhagique. Je n'ai jamais, en effet, rencontré dans le péritoine des femmes en couches un épanchement sanguin comparable, pour l'abondance et la gravité, à ceux qu'on observe assez souvent dans la pleurésie. Pas une seule fois je n'ai vu du sang pur, et, lorsque ce liquide était mélangé à de la sérosité, c'était toujours en proportion très-faible.

Leake, Broussais et Scoutetten assurent cependant avoir rencontré des caillots sanguins dans le péritoine. Sans contester le fait, on peut dire qu'il est exceptionnel.

Le sang, quand il s'exhale ainsi dans la cavité péritonéale pour se mélanger aux autres exsudats, séreux, fibrineux, purulents, peut provenir de deux sources, ou bien de la rupture des vaisseaux à parois minces du jeune tissu conjonctif, ou bien de néo-membranes vascularisées, analogues à celles qu'on a observées dans l'hémorrhagie méningée.

Péritonite ictérique. L'ictère étant une complication assez commune de la péritonite puerpérale, il n'est pas rare de voir les altérations propres à la péritonite porter l'estampille de la jaunisse.

Dans les cas de complication ictérique on est frappé, en effet, de la teinte spéciale que revêtent non-seulement tous les viscères abdominaux, mais encore tous les produits épanchés dans la cavité péritonéale.

Si l'on veut bien consulter les observations que j'ai rapportées dans mon travail sur l'ictère puerpéral *(Gaz. méd.*, 1867), on verra que la sérosité qui s'écoule à l'ouverture de l'abdomen est d'un jaune foncé, que les flocons fibrino-purulents suspendus dans cette sérosité sont, non plus d'un jaune clair, comme dans la péritonite simple, mais d'un jaune safrané, et que la séreuse péritonéale elle-même participe à la coloration ictérique.

Extérieurement, comme à la coupe, le foie offre dans ces cas une couleur de caramel ou de pain d'épice. Vus au microscope, ses éléments apparaissent infiltrés par le pigment biliaire. Il est rare que les cellules hépatiques ne présentent pas en outre des granulations graisseuses et qu'il n'y ait pas cette multiplication des noyaux rapportés par Wirchow, non pas à une hépatite pure, mais à une altération nutritive.

Les reins sont ictériques comme le foie. Ils présentent la même teinte, safranée extérieurement et à la coupe. Leurs éléments sont également infiltrés par le pigment biliaire. S'ils contiennent de l'urine et du pus, ces produits sont ictériques. Enfin, il n'est pas jusqu'aux muscles tapissés par le péritoine pariétal, qui ne soient plus ou moins manifestement jaunis par l'ictère.

Péritonite gangréneuse ou pseudo-gangréneuse. — La lecture des auteurs qui ont étudié la péritonite puerpérale prouve qu'on a bien des fois observé la péritonite gangréneuse chez les femmes en couches.

Hulme, dans son *Traité de la fièvre puerpérale*, 1772, dit avoir vu dans nombre d'autopsies l'épiploon enflammé et détruit en partie par la gangrène.

En 1724, Mead avait vu souvent aussi les intestins gangrénés. (Voyez Grimaud, *Traité des fièvres*, tom. III, pag. 28, édit. de 1791.)

Dans le cours des épidémies de fièvre puerpérale qui régnèrent à Londres, et à l'hôpital de Westminster pendant les années 1769, 1770 et 1771, Leake aurait constamment trouvé à l'ouverture des cadavres, l'épiploon enflammé et détruit par la gangrène ou la suppuration. (*Practic. Obs. on the child-bed fever*, 1781.)

Delaroche dit avoir trouvé le plus souvent dans la fièvre puerpérale, qu'il appelle une inflammation érysipélateuse des entrailles, l'épiploon enflammé ou gangréné, une certaine quantité de pus très-épais rassemblé en flocons sur le mésentère

et les intestins, le diamètre de ces derniers rétréci, les membranes épaissies et recouvertes de taches livides et gangréneuses. (*Rech. sur la nat. et le traité de la fièvre puerp.*, 1783).

Enfin je note dans Baudelocque (*Traité de la périt. puerp.*, 1830, pag. 260), le passage suivant : « Quelquefois plusieurs portions plus ou moins étendues du péritoine, une partie des épiploons, offrent un aspect brun-grisâtre, se détachent au moindre contact, et répandent une odeur cadavéreuse. Il y a évidemment gangrène. »

Ces citations prouvent qu'il est des péritonites dans lesquelles l'excès de l'inflammation peut être porté jusqu'à la gangrène et que le siége de prédilection du sphacèle est alors l'épiploon et le péritoine intestinal. Mais deux remarques importantes doivent être placées ici.

La première est relative à la nature de la gangrène péritonéale. Celle-ci n'est constamment dans tous ces cas que l'effet d'une inflammation excessive, ainsi que le prouve l'examen des parties sphacélées. C'est dans ces parties, en effet, que l'on trouve portées à leur maximum d'intensité les altérations décrites par nous comme appartenant à la péritonite purulente. L'épiploon devenu opaque et considérablement épaissi, baigne au milieu d'une véritable nappe de pus. Les parois des anses intestinales ont subi la même hypertrophie et présentent la même opacité. Là où elles ne sont pas agglutinées par des fausses membranes, elles sont comme disséquées par le pus et rappellent jusqu'à un certain point l'aspect des circonvolutions cérébrales. Loin d'être distendues outre mesure par des formations gazeuses, les tuniques de l'intestin semblent rétrécies, déprimées et comme flétries.

Quant à l'exsudat purulent, il est en quantité beaucoup moindre que dans la péritonite séro-fibrineuse. Il ne s'écoule plus, dès l'ouverture du ventre à la manière d'un flot, ainsi que cela a lieu dans les épanchements où la proportion de la sérosité l'emporte de beaucoup sur celle du pus. Il offre habituellement, au niveau des parties sphacélées, l'aspect d'une matière boueuse, grisâtre, ardoisée et d'une horrible fétidité. C'est une sorte de crème ou de purée épaisse et qui n'a plus la mobilité et la limpidité de l'eau.

Au milieu de cette matière purulente, on rencontre quelquefois des portions d'épiploon gangrénées et qui se sont séparées de ce repli. Elles ont une couleur grisâtre, s'écrasent sous le doigt, tombent en deliquium et exhalent une odeur putride très-prononcée. Leake et Baudelocque en citent plusieurs exemples. Baudelocque dit avoir rencontré une fois en même temps plusieurs petits amas de sang coagulé. (*Loc. cit.*, pag. 264.)

Un second point très-digne d'attention, c'est la facilité avec laquelle certaines apparences cadavériques peuvent en imposer pour une péritonite gangréneuse. Supposez l'épiploon et les intestins en rapport avec une couche plus ou moins considérable de pus ; il peut se faire que ce produit morbide s'altère, soit pendant la vie, soit après la mort, et donne lieu, sur les parties qu'il baigne, à des taches livides, bleuâtres ou noirâtres, que l'on considère d'autant plus volontiers comme sphacéliques, que le liquide épanché exhale une odeur plus infecte.

Cependant, si l'on examine avec soin les parties suspectes, on reconnaît qu'elles présentent la même consistance que les parties circonvoisines et que leur altération de couleur est simplement l'effet d'une imbibition cadavérique.

Ces imbibitions et les altérations de couleur qui en résultent, sont très-communes à la surface convexe du foie lorsqu'il existe une nappe purulente épaisse interposée entre le diaphragme et cette surface.

Cette variété de péritonite peut être appelée à bon droit pseudo-gangréneuse.

Péritonite adhérentielle. Toutes les variétés de péritonite que nous avons étudiées jusqu'ici sont susceptibles de revêtir la forme adhérentielle. Il n'est pas jusqu'à cette période initiale de la péritonite décrite par nous sous le nom de péritonite sèche, dans laquelle on n'observe un commencement d'agglutination des différents viscères abdominaux par l'intermédiaire de la séreuse péritonéale enflammée.

Dans le principe, les adhérences péritonéales sont d'une faiblesse extrême. Elles n'existent qu'à l'aide d'une sorte d'enduit poisseux plutôt appréciable au doigt qui touche la surface libre de la séreuse que visible à l'œil nu. Cet enduit retient si légèrement accolées les unes aux autres les parties adhérentes, qu'il suffit du moindre effort de traction ou de disjonction pour vaincre la résistance qu'elles opposent.

Au fur et à mesure que la maladie progresse, les adhérences s'organisent et se fortifient. De véritables néo-membranes ont pris la place de l'exsudat fibrineux des périodes initiales. D'abord molles et extensibles, les néo-membranes se prêtent à certains mouvements des parties reliées entre elles par les adhérences en voie de formation ; puis leur solidité s'accroît, et les organes, de plus en plus étroitement enchaînés, s'immobilisent dans la place qu'ils occupent. De là ces troubles fonctionnels si communs et si variés qu'on observe si fréquemment chez les femmes qui ont été atteintes, même à un faible degré, de péritonite puerpérale. Tantôt il en résulte quelque péritonite enkystée qui se fait jour soit au dehors par la peau, soit à l'intérieur par l'un des viscères abdominaux ; tantôt les adhérences ont pour effet d'enchaîner entre eux divers organes viscéraux et de créer des infirmités plus ou moins durables.

A Dieu ne plaise que je tente ici l'exposé de toutes ces infirmités. Mais je ne puis résister au désir de signaler un fait curieux emprunté à l'*Histoire anatomique des inflammations*, de Gendrin, et reproduit par Baudelocque (*loc. cit.*, p. 266).

Il s'agit d'une jeune personne de 23 ans et chez laquelle une péritonite adhérentielle donna lieu à une telle agglutination des diverses anses composant le paquet intestinal, qu'il en résulta une masse arrondie, laquelle en imposa pour une tumeur abdominale de nature extraordinaire. Portal supposa une affection du foie ; M. Paul Dubois et M. Gendrin crurent à une tumeur développée dans le mésentère. La malade ayant succombé aux suites d'une phthisie pulmonaire galopée par une seconde grossesse, on constata à l'autopsie que la tumeur était constituée par les intestins agglutinés les uns aux autres et enveloppés d'un tissu cellulaire blanc très-serré. L'épiploon qui s'étendait à la surface de la tumeur avait acquis beaucoup de densité.

Des erreurs semblables ont été commises plus d'une fois, et M. Gendrin en rapporte un autre exemple d'après Morgagni.

J'ai vu fréquemment le grand épiploon épaissi par l'inflammation et converti en un tissu dur, blanchâtre, lardacé, contracter des adhérences par sa partie inférieure, tantôt avec l'utérus, tantôt à la paroi abdominale antérieure au voisinage du pubis de manière à former une sorte de tablier tendu au-devant de la masse intestinale. Supposez que la malade eût guéri avec de telles adhérences épiploïques, à combien d'accidents n'eût-elle pas été sujette par le fait de la résistance que ce tablier membraneux eût opposée au développement des différentes parties du tube digestif?

Indépendamment de toutes les adhérences qu'on peut rencontrer dans le bassin et qui feraient à elles seules un chapitre si intéressant de l'histoire des suites de couches, que de fois n'ai-je pas vu la glande hépatique et la rate enchaînées au diaphragme par des adhérences invincibles à la suite de la péritonite puerpérale !

L'estomac et le gros intestin subissent parfois aussi, quoique beaucoup plus rarement, les conséquences de ces formations adhérentielles. Mais aucune partie n'est peut-être si souvent comprise dans ces formations que l'S iliaque du côlon. Il n'est peut-être pas un seul des organes pelviens avec lequel je ne l'aie trouvée en état d'adhérence plus ou moins intime, sans compter les parois du bassin, la fosse iliaque interne et la paroi abdominale antérieure avec lesquelles elle peut être étroitement unie.

Péritonite ulcéreuse ou perforante. Les perforations péritonéales sont habituellement la conséquence de la péritonite adhérentielle.

Quand la maladie a régné un certain temps sans entraîner la mort, l'exsudat purulent ou séro-purulent s'enkyste, et une fois emprisonné par des fausses membranes plus ou moins résistantes, il acquiert, surtout si le travail d'exsudation continue, une force d'expansion qui porte le liquide épanché vers les points où les obstacles à franchir sont les moins considérables. On admet alors que la prolifération excessivement abondante de cellules qui a lieu sur la surface libre du péritoine envahit même le tissu de cette séreuse ; il en résulte l'ulcération, puis la perforation du péritoine, et l'exsudat enkysté se fait jour dans une portion de l'intestin, dans l'utérus, la vessie, pénètre à travers la paroi abdominale ou bien se réunit en foyer dans le tissu cellulaire du bassin et se fraie un chemin au dehors par un point situé plus bas. En consultant notre travail sur les péritonites partielles, on trouvera de nombreux exemples de perforation péritonéale sur chacun de ces divers points.

On serait tenté de croire, au premier abord, que la perforation n'a toujours lieu que sur un seul point. De nombreuses autopsies ont démontré que l'effort perforateur se produit souvent sur plusieurs points à la fois. L'intéressante observation rapportée par M. Féréol dans sa thèse inaugurale (Paris 1859) prouve que la collection purulente s'était ouverte d'une part dans le rectum et de l'autre dans le col de l'utérus. Une observation de M. Cossy, insérée dans les mémoires de la Société médicale d'observation (t. 3, p. 73) nous montre le foyer purulent ouvert en même temps dans l'intestin grêle à six pieds du cœcum et dans l'S iliaque. J'ai vu moi-même une jeune dame chez laquelle une collection purulente, suite de péritonite puerpérale, avait fait d'abord saillie dans la région sous-ombilicale au point de rendre presque indubitable la perforation de la paroi abdominale antérieure et cependant la tumeur s'affaissa un jour tout à coup en s'accompagnant d'une évacuation purulente des plus manifestes par l'anus. Evidemment l'ouverture tendait à se faire par la peau et par l'intestin à la fois.

En compulsant tous les faits relatifs aux péritonites par perforation, on acquerrait aisément la preuve que la nature se contente rarement de diriger tous ses efforts sur un seul point. Il semble que, pour arriver à ses fins, elle ait besoin de s'assurer plusieurs voies d'élimination.

On conçoit la possibilité des perforations du péritoine consécutivement à la péritonite gangréneuse. Mais, d'une part, on se rappelle que la péritonite gangréneuse est très-rare et, nous ajouterons, assez rapidement mortelle pour que le travail perforateur n'ait guère le temps de s'effectuer. D'une autre part, il me paraît difficile, la perforation une fois accomplie, de décider ultérieurement si elle s'est produite par ulcération ou par gangrène.

Diagnostic anatomique de la péritonite généralisée et de la péritonite générale d'emblée. — Pour bien apprécier la distinction que nous nous proposons d'établir entre ces deux variétés de péritonite puerpérale, il faut savoir que la péritonite généralisée est la règle, et la péritonite générale d'emblée l'exception. C'est dans les maternités que visitent et que déciment souvent les épidémies puerpérales, c'est dans la période où ces épidémies atteignent leur maximum de violence qu'on rencontre la péritonite générale d'emblée. Voilà pourquoi cette dernière espèce de péritonite n'a été signalée ni décrite par les auteurs qui ont étudié la question.

Dans la péritonite généralisée, les désordres péritonéaux présentent une intensité et des caractères différents suivant les différents points de la cavité abdominale où on les examine. En général, ainsi que l'a fait remarquer M. Béhier, c'est au voisinage des annexes altérés que les lésions sont le plus avancées. De telle sorte que, plus on s'éloigne de ces points, en s'élevant dans la cavité du ventre, moins l'on a de chances de rencontrer d'altérations, et surtout d'altérations graves du péritoine.

Cela est vrai, mais cela n'est pas absolu, et il importe de signaler ici une cause d'erreur dont j'ai été moi-même plusieurs fois la dupe avant d'apprendre à la reconnaître. Les épanchements abdominaux sont habituellement, dans la péritonite puerpérale, un composé de sérosité claire, de flocons fibrineux et purulents et de pus. Vient-on à ouvrir la cavité de l'abdomen, on voit s'écouler d'abord un liquide assez limpide, puis de plus en plus trouble, puis mélangé de gros flocons purulents et fibrineux, puis on ne trouve, dans les parties déclives, c'est-à-dire dans le petit bassin et sur les viscères y contenus, que du pus entièrement pus. On conclut généralement de cette première apparence cadavérique que les lésions pelviennes sont les lésions de l'âge le plus avancé. Eh bien, il peut n'y avoir là qu'une apparence, un effet de la déclivité. En d'autres termes, le pus et les flocons purulents accumulés dans le bassin peuvent n'être pas d'origine pelvienne. Ils proviennent quelquefois, en pareil cas, d'une source beaucoup plus éloignée, d'une péritonite diaphragmatique, par exemple, et alors, en donnant quelques coups d'éponge dans le petit bassin, il m'est arrivé parfois de voir le péritoine de cette cavité, ses parois et les organes qu'elle renferme, indemnes de toute lésion, et même de toute trace de phlogose.

On peut donc être conduit à une croyance erronée par les migrations de la matière purulente obéissant aux lois de la pesanteur. Un examen attentif de toutes les parties de l'abdomen permet de rectifier l'erreur en nous révélant soit à la périphérie du foie, soit au voisinage de la rate, quelque lésion d'un âge plus avancé.

A part ces cas que l'on peut considérer comme exceptionnels, il est facile, indépendamment des symptômes observés pendant la vie, et qui sont eux-mêmes très-significatifs, de reconnaître, par la seule vue des altérations cadavériques, une péritonite généralisée proprement dite. Ces altérations sont étagées de telle manière que les plus intenses sont groupées autour de l'utérus ou de ses annexes, et elles sont d'autant moins accusées qu'on s'éloigne de leur foyer d'irradiation.

Dans la péritonite générale d'emblée, au contraire, les lésions péritonéales présentent un caractère d'uniformité et d'identité parfaites dans toute l'étendue de l'enceinte abdominale. C'est d'ordinaire dans la péritonite foudroyante et dans celle qui se termine promptement par la mort, que ce caractère se présente avec son degré d'évidence le plus irrécusable. Si, en effet, la péritonite n'est encore que sèche, ou ne s'accompagne que d'un exsudat fibrineux peu abondant, si le péritoine est lésé partout de la même façon, au premier ou au second degré de l'évolution inflammatoire, si, en même temps, comme cela a lieu quelquefois, l'utérus et ses annexes sont parfaitement sains, il n'est guère possible de révoquer en doute que la péritonite n'ait été générale d'emblée.

Mais, si l'utérus et ses annexes sont malades, si la péritonite a duré assez longtemps pour que les parties les plus éloignées de l'appareil utérin aient pu être prises à leur tour et arriver à suppuration, rien ne prouve alors, malgré l'uniformité apparente des altérations, que la phlegmasie ait été dans le principe générale d'emblée ; rien ne prouve qu'il n'y ait pas eu propagation à partir de l'utérus ou de ses annexes vers les points les plus éloignés de la cavité abdominale. Si l'on avait quelque incertitude à cet égard, il suffirait presque toujours, pour résoudre la question, de se reporter aux phénomènes observés pendant la vie, l'extension de la phlegmasie ayant lieu, d'ordinaire, par poussées successives qu'un certain ensemble de symptômes traduit aux yeux du praticien exercé.

(*A suivre*).

OVARIOTOMIES.

Par M. le professeur Vanzetti (de Padoue).

L'essor que l'ovariotomie a pris en Europe depuis quelques années, est dû surtout à la savante et courageuse impulsion que lui a donnée M. Clay (de Manchester), car, déjà en 1843, il avait fait cette grande opération une vingtaine de fois, avec des résultats très-encourageants.

Ayant assisté, il y a vingt-quatre années, à plusieurs des opérations faites par cet habile chirurgien, et vu guérir plusieurs de ses opérées, j'eus la conviction que cette opération serait légitimement admise dans la pratique chirurgicale, malgré l'opposition qu'à cette époque la majorité des chirurgiens manifestait contre elle.

Je l'ai donc proposée à toutes mes malades chez lesquelles les kystes ovariques qu'elles portaient me paraissaient indiquer

l'opération, et l'ai pratiquée sur toutes celles qui consentirent à la subir.

Le nombre de ces malades se borne à trois : j'opérai la première, en 1846, à Charkoff (Russie), la seconde à Padoue, en 1859, la troisième à Vérone, en 1860. Chez toutes mes trois opérées, le kyste était multiloculaire, d'un énorme volume, avec un état général ne laissant aucun doute sur l'issue fatale de la maladie, si l'on n'intervenait pas par une opération radicale.

Malheureusement, aucune de ces ovariotomies n'a été couronnée de succès. Toutes les malades supportèrent très-bien l'opération, donnant, pendant les premiers jours, l'espoir d'un succès. Je perdis ma première opérée le huitième jour; la seconde, le vingt et unième ; la troisième, le septième. La seconde de ces malades présenta, après l'opération, des complications très-extraordinaires. Les lésions extrêmement graves trouvées dans les viscères abdominaux après la mort, sont bien propres à exciter notre étonnement, en montrant à quel point de tolérance peuvent arriver certaines personnes, dont la vie persiste pendant quelque temps, alors que chez d'autres, elle s'éteint précipitamment avec des lésions à peine sensibles sur le cadavre.

Malgré ces trois revers, j'ai continué à considérer l'ovariotomie comme une opération éminemment utile, et les succès qui, depuis peu d'années, se multiplient de plus en plus, ne peuvent, naturellement, que m'affermir dans cette croyance.

Je n'hésiterai donc pas à l'entreprendre encore toutes les fois que mes malades se présenteront affectées de kystes ovariques mettant leur existence en péril ; mais je crois devoir m'abstenir d'opérer, lorsque les femmes ont des kystes de médiocre volume, stationnaires ou lentement progressifs, et que l'état général permet de pronostiquer une santé relativement tolérable pendant quelques années. Il est certain qu'une opération entreprise dans ces dernières conditions aurait de bien meilleures chances de réussite ; mais, quoique l'expérience prouve aujourd'hui que l'ovariotomie soit moins dangereuse que plusieurs des grandes opérations chirurgicales admises depuis longtemps dans la pratique, l'incertitude du succès me paraît devoir ne l'indiquer positivement que lorsque le danger est réel et éminent.

Si je publie aujourd'hui ces trois observations d'ovariotomie, c'est uniquement pour compléter la statistique de cette opération. Je ne pense pas que ces trois insuccès puissent lui faire du tort, son mérite étant actuellement reconnu.

Kyste multiloculaire de l'ovaire. — Ovariotomie. — Mort le huitième jour.

En mai 1846, une dame de la province de Ekaterinoslaw vint à Charkoff me consulter, pour une énorme tumeur abdominale.

Cette dame avait 29 ans, d'une taille élancée et très-maigre, d'une constitution délicate, très-nerveuse et très-intelligente, était mariée depuis quatre ans, et sans enfants. Les règles étaient supprimées depuis environ douze mois. Le développement du ventre au début, il y a deux ans, allant toujours progressivement.

A l'examen, je trouvai une tumeur élastique, bosselée, occupant toute la cavité abdominale, et dépassant les hypochondres. De l'appendice xyphoïde au pubis, je trouve quatre-vingts centimètres. Matité générale : le nombril est proéminent, sous forme de petite hernie, remplie par du liquide péritonéal. La tumeur a déprimé la paroi supérieure du vagin. La malade n'a jamais ressenti aucune espèce de douleurs dans le ventre ; elle n'a pas d'œdème aux membres inférieurs.

Un amaigrissement et affaiblissement progressifs et très-marqués, joints à une gêne extrême résultant du volume considérable de son abdomen, ont jeté cette jeune femme dans un état d'affliction d'autant plus grand qu'elle s'est formé une juste idée de la gravité de sa situation, et qu'elle désespère de jamais guérir, vu l'inutilité de tous les traitements employés sur elle.

Je pensais que l'ovariotomie pouvait être faite ; car le développement lent et sans accidents de péritonite, faisait supposer l'absence d'adhérences de la tumeur, et l'état de la malade indiquait une issue fatale comme certaine, si on n'agissait pas. Je ne crus pas que le volume extrême de la tumeur, et la nécessité d'une plaie très-étendue fussent une contre-indication, ayant vu des ovariotomies réussir pour des tumeurs plus volumineuses encore, chez le Dr Clay.

Je fis comprendre à cette dame que l'unique moyen capable de la guérir serait d'enlever sa tumeur par une opération, dont je ne crus pas devoir lui cacher les dangers et les incertitudes. — Dès qu'elle entrevit la possibilité d'une guérison, malgré toutes les chances fâcheuses dont elle pouvait être menacée, cette dame se ranima soudain, l'espoir brilla sur sa figure, et, d'un ton résolu, elle m'imposa presque l'ordre de l'opérer dès le lendemain.

Surpris de son courage, je lui expliquai que cette opération demandait certains soins et préparatifs spéciaux; qu'il fallait qu'elle fît venir ses parents, et surtout sa mère, pour la soigner: je tenais à avoir d'ailleurs leur consentement particulier.

Ses parents étant arrivés, et toutes choses ayant été arrangées selon mes désirs, je procédai, le 16 mai 1846, à l'opération, dans une maison particulière, en présence des docteurs Hahn, professeur d'accouchements; Albracht, professeur de clinique médicale; Kalinicknko, professeur de physiologie; enfin Rindowsky, agrégé à la Faculté de Karnoff, et d'autres praticiens de la ville.

Je fis la grande incision, telle que je l'avais vu faire au Dr Clay, commençant à quatre doigts au-dessous de l'appendice xyphoïde et se prolongeant jusqu'au pubis. Les lèvres de cette longue plaie s'écartent presque spontanément, et l'immense tumeur, qui n'était retenue par aucune adhérence, cédant à une légère traction, sort très-facilement de la cavité abdominale, bien maintenue par des aides. Elle tenait, par un long pédicule de la grosseur du petit doigt, à l'ovaire droit. J'étreignis fortement ce pédicule dans un fort cordonnet de soie, puis en fis la section près du kyste. La plaie fut réunie très-exactement par des points de suture entortillée, rapprochés et comprenant le péritoine ; l'extrémité du cordon fut fixée à l'angle inférieur de la plaie.

La malade supporta cette opération avec un courage surprenant, sans avoir laissé échapper une plainte et sans s'évanouir. Elle fut remise dans son lit, après qu'on eut appliqué sur le ventre une couche de coton cardé, maintenu par un bandage de corps assez serré.

17. La nuit a été satisfaisante ; le ventre est souple ; la malade n'y ressent que de légères douleurs ; le pouls est petit, à 105 ; mais il y a beaucoup de faiblesse.

18. La réaction est très-modérée ; le ventre n'est pas ballonné, peu douloureux ; mais la physionomie de la malade est abattue; elle se plaint de sa prostration et de quelques nausées, n'a point d'appétit ; le pouls bat 115.

19-24. L'affaissement continue ; les nausées persistent, et la malade est prise quelquefois de hauts-de-cœur. Les jours suivants, le pouls devient de plus en plus fréquent ; le ventre est un peu ballonné et sensible ; la prostration des forces augmente toujours, et la malade s'éteint le huitième jour après son opération. Son intelligence s'est conservée intacte jusqu'au dernier moment.

L'autopsie ne put être faite.

La tumeur enlevée pesait cinquante-cinq livres médicinales russes ; elle était formée d'une multitude innombrable de petits kystes à parois assez minces. Le professeur Hallizki a bien voulu en faire une belle préparation sèche, que j'ai déposée dans le musée pathologique de ma clinique, à Charkoff. Cette ovariotomie a été la première faite en Russie.

DE LA PÉNÉTRATION DES PARTICULES SOLIDES

à travers les tissus de l'économie animale

par M. le professeur Crocq.

Autrefois on considérait les substances liquides et les corps rendus liquides par voie de dissolution comme seuls susceptibles de passer dans les tissus animaux par voie d'absorption, et beaucoup de physiologistes sont encore de cet avis. Cependant Desterlin, Herbert, Donders, Mensonides, Eberhard firent des expériences desquelles il résulte que des particules solides très-ténues peuvent pénétrer à travers les tissus de l'économie. J'ai institué des expériences analogues en les variant de toutes les façons. J'en ai fait sur des lapins, des chiens, des chats, des oiseaux, des grenouilles; j'ai employé le charbon végétal et animal, le chromate de plomb, la craie, le vert d'Echweinssert, l'encre, le sang de l'homme et du cheval, l'amidon, etc. ; j'ai mis les particules solides en rapport avec la peau revêtue ou dépouillée de son épiderme, avec le tissu cellulaire, avec les muqueuses, les séreuses, les alvéoles pulmonaires. J'ai souvent, mais non d'une manière constante, retrouvé ces particules dans le sang et dans les tissus, où elles avaient dû pénétrer.

Du premier abord, on est porté à rapprocher ce fait de celui de l'absorption des corps gras dans les cavités de l'intestin. Ceux-ci se trouvent bien là à l'état liquide, mais sans être mélangés au liquide ambiant sous forme de gouttelettes très-fines qui y sont simplement suspendues, ce qu'on désigne sous le nom d'émulsion. L'observation est la preuve que, comme le veulent Kölliken et Donders, ces gouttelettes passent réellement dans les cavités des cellules conoïdes de l'épithélium, et de là dans le tissu des villosités, pour aboutir finalement au chylisin central. Je n'ai jamais constaté la présence des cellules en calice ou en gobelet chargées récemment de cette fonction par Letrerich.

La pénétration des particules solides a-t-elle lieu selon le même mécanisme ? Non, car l'observation, qui m'a permis de suivre ces corpuscules dans leur marche, ne m'a jamais démontré leur présence dans les cellules épithéliales. J'en ai vu pénétrer dont le diamètre dépassait même celui de ces dernières. Il faut donc, pour que la pénétration ait lieu, que l'épithélium disparaisse, qu'il y ait des granulations. Telle est la première condition des phénomènes, telle est aussi la différence première qui sépare l'absorption des graisses, acte normal, nécessaire, constant, et la pénétration des particules solides, acte accidentel, pouvant se produire ou ne pas se produire, selon les circonstances. L'issue variable des expériences entreprises pour constater le fait s'explique ainsi parfaitement. On comprend pourquoi la pénétration, nulle par la peau intacte, a lieu facilement par le tégument artériel, dépouillé de son épiderme, ou par le tissu cellulaire ; pourquoi elle a lieu facilement par les membranes séreuses, qui subissent si rapidement la desquammation par le contact des corps étrangers ; pourquoi elle se fait parfois, mais pas toujours, par la cavité intestinale, et constamment, au contraire, par les alvéoles pulmonaires ; pourquoi, enfin, elle se fait beaucoup plus faiblement par l'intestin des mammifères et des oiseaux que par celui des batraciens, dont l'épithélium est moins caduc.

La barrière épithéliale franchie, les particules solides cheminent à travers les tissus, grâce aux interstices qu'elles y rencontrent et qui leur permettent d'en écarter les éléments pour s'insinuer entre eux. Les pressions qu'elles éprouvent de la part des parties environnantes, et les mouvements des liquides qui imprègnent toutes les parties de l'organisme, favorisent ce mouvement. Mais elles ne restent pas là : elles arrivent dans les cavités vasculaires et sont, par leur intermédiaire, transportées dans toutes les parties des corps. Dans quelle partie des systèmes vasculaires pénètrent-elles ? Leur présence constante dans les ganglions lymphatiques de la région par laquelle la pénétration a eu lieu, prouve que c'est par le système lymphatique. Lorsqu'elle s'est produite avec assez d'activité, on reconnaît, même à l'œil nu, dans ces ganglions, des dépôts des matières qui ont pénétré.

Je crois avoir, de cette façon, établi, d'une manière complète, le fait de la pénétration des particules solides à travers les tissus animaux, ses conditions, ses rapports avec la fonction de l'absorption.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 27 novembre 1867. — Présidence de M. Chassaignac.

La séance est ouverte à trois heures et demie. Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. **Larrey** remercie la Société d'avoir bien voulu le comprendre au nombre de ses membres honoraires.

COMMUNICATION.

M. **Guérin** communique l'observation suivante :

Corps étranger de l'oreille datant du 1er décembre 1866 (Mexique). Sorti le 4 juillet 1867; ayant vécu après sa sortie : deux mois environ.

« *Ixodes hominis*, arachnidés encore très-mal connus.
» Moquin-Fandon, *Zoologie médicale*, p. 279. »

François G..., militaire, 34 ans. Entré à l'hôpital de Vannes, dans mon service, le 2 avril 1867, pour une affection rhumatismale contractée au Mexique.

Cette affection est générale : douleurs articulaires, musculaires, nerveuses ; déformation de la poitrine ; péricardite ; névralgie faciale très-douloureuse du côté droit.

Au milieu d'un cortége d'accidents aussi divers, je n'attachai que peu d'importance à la névralgie faciale, la rattachant à la diathèse générale ; mais, le 3 ou le 4 juillet au matin, G... me présenta l'arachnide qui fait le sujet de cette note et qui venait de sortir de son oreille droite après un séjour de sept mois.

J'ai cru pouvoir reconnaître un tique ou ixode arachnide de la famille des acariens.

G... me raconta alors que, se rendant de San-Luis de Potozi à Orizaba, au moment du rapatriement des troupes du Mexique, il couchait tantôt sur la terre nue, tantôt dans les masures abandonnées. C'est à cette époque, premiers jours de décembre 1866, que cet insecte lui serait entré dans l'oreille droite.

Il en souffrit peu d'abord ; mais les douleurs augmentèrent, et, à Brest, il fit part à un médecin de ses douleurs et de la crainte qu'il avait *d'avoir une bête dans l'oreille*. Le médecin consulté ne vit rien, et G... n'en parla plus.

Admis à l'hôpital de Vannes, il ne m'en parla pas davantage. Cet insecte a pu vivre presque sans nourriture jusqu'à la fin du mois d'août sans avoir sensiblement diminué de volume.

La douleur cessa après la sortie de l'insecte.

Plusieurs membres, après avoir examiné l'insecte, déclarent qu'il est encore manifestement vivant.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. **Tillaux** présente à la Société un jeune garçon de 9 ans, et demande à ses collègues leur opinion sur le diagnostic et surtout le traitement de l'affection dont il est atteint.

Cet enfant s'est toujours bien porté jusqu'à il y a quatre mois environ. Sa mère s'aperçut à cette époque de la présence d'une petite tumeur dans la région sus-claviculaire droite. Croyant que c'était une glande, elle n'y fit pas autrement attention ; mais la tumeur augmentant sensiblement, la mère amena son fils à la consultation de Bicêtre le 17 octobre dernier.

Vous pouvez constater sur cet enfant qu'il existe une tumeur volumineuse occupant tout le triangle sus-claviculaire droit, qu'elle déborde de toutes parts.

La peau qui la recouvre laisse apercevoir au-dessus d'elle une teinte violacée. La tumeur offre au toucher une mollesse toute particulière ; elle fuit sous le doigt qui la presse. Elle paraît être en partie réductible; elle est du moins très-dépressible.

Elle n'est agitée d'aucun battement.

Mate à la percussion, elle donne à l'auscultation un bruit de souffle léger, intermittent, sans trilles ; la pression exercée au-dessus et au-dessous d'elle sur les vaisseaux du voisinage, n'amène pas de changement appréciable dans son volume et sa consistance. Toutefois, elle augmente et se tend lorsque l'on fait mettre l'enfant la tête en bas.

Elle n'est pas douloureuse à la pression et ne détermine aucune gêne dans les mouvements du membre supérieur ou de la tête.

Je dois signaler un détail qui me paraît important, c'est que l'enfant avait l'habitude de faire *le poirier*, c'est-à-dire rester le long d'un mur la tête en bas et les pieds en haut.

Je crois avoir affaire à une tumeur veineuse ; c'est pour moi une dilatation considérable d'une des grosses veines du cou, soit la jugulaire interne où la sous-clavière à leur point de jonction. Je serai heureux d'ailleurs d'avoir l'opinion de collègues plus expérimentés que moi sur une maladie qui est, je pense, très-rare.

Dans le cas où ils confirmeraient mon opinion, je leur demanderai conseil sur le traitement à suivre, car jusqu'ici la compression et le repos auxquels j'ai soumis le malade n'ont amené aucun résultat, et j'avoue que je suis fort embarrassé.

DISCUSSION.

M. **Després**. Le diagnostic offre ici des difficultés qui seraient probablement toutes résolues par une ponction exploratrice.

La tumeur présente des symptômes importants ; 1° elle est bilobée, d'une mollesse qui rappelle la consistance des adénolymphocèles ; 2° il y a une sorte de frémissement analogue à celui des kystes hydatiques. Je serais disposé à admettre l'existence d'un kyste.

M. **Demarquay**. Je ne pense pas qu'il s'agisse d'une tumeur veineuse. La coloration bleuâtre de ces tumeurs fait ici défaut ; on n'observe aucune tension dans les veines du cou. Avant d'instituer un traitement, je serais d'avis d'aspirer quelques gouttes du liquide contenu au moyen de la seringue de Pravaz.

M. **Lefort**. La tumeur que nous venons d'examiner présente une mollesse particulière ; elle tremblotte à la manière des kystes mal remplis. Cette tumeur ne se tend pas sous l'influence des efforts, enfin elle est légèrement transparente. Si cette production n'était pas située sous la peau, je croirais qu'il s'agit là d'un kyste des ganglions du cou. Je me rattache à l'idée d'une collection séreuse avec décollement de la peau, telle que les a décrit Morel Lavallée.

M. **Desormeaux**. Je pense qu'il faut éloigner l'idée d'une tumeur veineuse, car la tumeur n'est influencée ni par les changements de position, ni par les mouvements respiratoires ; du reste, la question du diagnostic me paraît complétement jugée par suite de la transparence de la tumeur. J'admets pour ma part un kyste séreux.

M. **Tillaux**. Je remercie mes collègues, je compte faire une ponction exploratrice.

Suite de la discussion sur la taille médiane.

M. **Giraldès**. J'ai demandé la parole pour exonérer la taille médiane des reproches qui lui ont été adressés par certains de nos collègues. Si la valeur clinique de la taille médiane n'est pas encore parfaitement établie ; on peut cependant affirmer que c'est un bon procédé de taille, à la condition de faire intervenir la tenette à écrasement.

La taille médiane a été pratiquée dès la plus haute antiquité, mais elle a été remise en honneur il y a une quinzaine d'années, par les tentatives de Civiale, qui pratiquait la taille médio-bilatérale. En Angleterre, la taille médiane, quoique employée exceptionnellement a été exécutée un grand nombre de fois par un chirurgien auquel elle avait emprunté son nom. C'est la taille d'Allarton. En Allemagne on emploie peu la taille médiane, elle figure à peine dans des relevés qui portent sur deux ou trois mille opérations.

C'est à tort que l'on a dit que la taille médiane n'était point applicable à tous les cas. Voici, du reste, quelques chiffres : De 1 à 10 ans, 63 opérations ont fourni 2 morts ; de 10 à 20 ans, 18 opérations ont donné 1 mort seulement, de 20 à 30 ans, 12 opérations et 12 succès, de 30 à 40 ans, 7 opérations, 7 guérisons ; de 40 à 50 ans, 6 opérations, dont 2 morts ; de 60 à 70 ans, 13 opérations, 1 mort ; de 70 à 80 ans, 28 opérations, 7 morts.

Je suis loin d'accepter ces chiffres comme représentant exactement la réalité, il faudrait pouvoir discuter les observations, mais enfin, tels qu'ils sont les résultats pris en masse, permettent d'affirmer que la taille médiane est une bonne opération. A Bristol, 132 tailles médianes n'ont fourni qu'une mortalité de 1 sur 10 ; la statistique d'Allarton porte sur 153 opérations et on ne compte qu'un mort sur onze.

J'ai dit tout à l'heure que la valeur relative de la taille médiane restait à démontrer ; ainsi, à l'hôpital de Norwich, sur 44 tailles médianes on comptait 11 morts, sur 44 tailles latéralisées, 2 morts seulement. Si l'on s'en tenait à ces derniers chiffres, la taille latéralisée devrait être préférée ; je dois ajouter, cependant que, pour ces mêmes opérés, une moyenne de 30 jours a suffi pour guérir ceux qui avaient subi la taille médiane, tandis que les opérés par la taille latéralisée n'ont été rétablis qu'après une moyenne de 37 jours de traitement.

Pour apprécier comparativement les différents procédés de taille, il faut tenir compte de circonstances très-diverses ; on peut cependant dire que la taille médiane et la taille latéralisée donnent des résultats capables de les faire préférer aux différentes tailles bi-latérales.

La taille latéralisée permet de sortir d'aussi gros calculs que la taille bilatérale, et la durée de la guérison est certainement moins grande lorsque la section a porté seulement sur un côté.

Je reviens au procédé de M. Borelli, et je ne crains pas d'affirmer qu'en opérant comme l'indique notre correspondant, on couperait certainement le bulbe. M. Guérin recommande de reporter le bulbe en avant, après l'avoir isolé au préalable, c'est là un procédé d'amphithéâtre, d'une exécution difficile sur le vivant. La blessure de la pointe du bulbe est-elle donc si dangereuse qu'on fasse tant d'efforts pour l'éviter ?

J'ai fait 41 fois l'opération de la taille, j'ai toujours coupé la pointe du bulbe, et je déclare que je n'ai point observé d'accidents dépendants de cette lésion. Certes, il faut éviter, autant que possible, la section du bulbe, mais il ne faut point ici exagérer la gravité. Quant au gorgeret tranchant, l'expérience l'a fait abandonner, il est probable que M. Guérin a confondu le gorgeret tranchant avec le gorgeret conducteur.

Je me résumerai en disant que la taille médiane, loin d'être rejetée devrait être étudiée avec le désir de fixer définitivement sa valeur clinique. Les résultats qu'elle a fournis sont de nature à encourager les chirurgiens.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 27 décembre 1867, M. le Dr Méry a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris, vient de procéder au renouvellement de son Bureau pour l'année 1868. — Ont été nommés : *président*, M. Magnin ; *vice-présidents*, MM. Passant et Coursserant ; *secrétaire général*, M. Thibault ; *secrétaires annuels*, MM. Donadieu et Domcre ; *trésorier*, M. Chaillery, et *archiviste*, M. Machelard.

Les demandes d'admission et les réclamations doivent être adressées au secrétaire général, rue du Caire, n° 11.

Ordre du jour de la séance du mercredi 15 janvier. — 1° De la possibilité de faire obtenir des secours d'urgence aux mères nourrices, *par le docteur* Passant ; 2° des maladies des yeux chez les indigents, *par le docteur* Coursserant.

Le Directeur, Dr. E. LE SOURD.

(2055) — Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 6. — JEUDI 16 JANVIER 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 16 JANVIER 1868. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie de médecine. — HOPITAL DE LA MATERNITÉ. De la péritonite puerpérale. — Ovariotomie (M. Vanzetti). Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Correspondance. — Nécrologie. — Chronique.

Paris, 15 janvier 1868.

Séance de l'Académie de Médecine

La discussion sur la tuberculose, un moment interrompue par les occupations du renouvellement annuel du Bureau et des commissions permanentes, a été reprise hier avec un nouvel éclat par M. Béhier, dont le début oratoire a été un coup de maître. Critique vive, pressante, souvent incisive, mais toujours contenue dans les limites de la plus parfaite courtoisie; débit rapide, animé, parfois chaleureux, semé çà et là de traits heureux et de saillies piquantes; respect pour les maîtres de la science, à quelque camp qu'ils appartiennent; conviction forte et sentiment profond de la hauteur et de la dignité du double caractère de savant et de professeur dont il est revêtu; — telle est, en peu de mots, l'impression que nous a laissée cette première argumentation de M. Béhier. Mais, laissons la forme pour le fond.

Comme MM. Chauffard, Piorry, Pidoux, Briquet, qui l'ont précédé à la tribune, M. Béhier est encore un contradicteur de la nouvelle doctrine de la tuberculose, et il n'est pas le moins accentué. Ce n'est pas seulement contre les déductions que M. Villemin a tirées de ses inoculations qu'il s'est élevé, comme l'ont fait déjà avec tant de puissance MM. Chauffard et Pidoux, c'est contre la valeur de ces inoculations elles-mêmes. M. Chauffard a accepté les expériences de M. Villemin; il n'en a repoussé que les déductions, leur donnant une interprétation et une signification différentes. M. Béhier ne les accepte pas; il les récuse. Les expériences de MM. Lebert et autres, celles du rapporteur, celles qu'il a faites lui-même, et qui, toutes, quoi qu'en ait dit M. Villemin, ont abouti, pour lui, au même résultat, c'est-à-dire à la production de tubercules, bien qu'on s'y soit servi des substances les plus diverses, détruisent à ses yeux toute la valeur que M. Villemin a cherché à donner à ses inoculations. Il ne croit donc pas, jusqu'à présent, à l'inoculation de la tuberculose; et en cela il ne se sépare pas seulement de M. Villemin, — le désaccord entre eux est complet sur tous les points, — mais il se sépare aussi de M. Chauffard; et il ne s'en sépare pas seulement sur le fait, mais encore sur l'explication théorique qu'il en donne et qu'il emprunte à la doctrine de Virchow.

A ce propos, nous ouvrons ici une parenthèse pour remonter de quelques pas en arrière.

Dans notre numéro du 4 janvier, en rendant compte de la séance du 31 décembre, nous avons présenté M. Briquet comme ayant fait incidemment quelques petites querelles à ses deux collègues, MM. Pidoux et Chauffard, à propos de néologisme ou d'idées plus ou moins spéculatives. L'argumentation de M. Briquet, à l'égard de M. Chauffard, était en réalité plus sérieuse que cette expression tendrait à le faire penser, et tout le poids de son argumentation tombait, il faut bien le dire, non sur M. Chauffard lui-même, mais sur Virchow, en passant par-dessus la tête de son commentateur.

Il s'agissait de la loi établie par Virchow, d'après laquelle, en vertu de l'hétérologie, un tissu quelconque acquiert la faculté de devenir fécond par le contact des éléments d'un autre tissu moins avancé que lui en organisation, et de reproduire ce second tissu avec une abondance telle que celui-ci peut infecter l'économie, et cela, parce que la vie du premier est plus forte que celle du second. C'est ainsi que du tubercule, produit qui a peu de vie, placé dans le tissu conjonctif sous-cutané qui a une vie d'un degré plus élevé, donne naissance à la matière tuberculeuse qu'on trouve d'abord aux environs du lieu d'inoculation, et plus tard dans les autres parties du corps.

C'est contre cette hypothèse, que démentent les expériences dans lesquelles on a injecté ou inoculé des substances minérales ou autres tout aussi étrangères à l'organisme et à toute influence vitale, et contre les conséquences qu'on a paru en tirer au point de vue de l'histoire physiologique de la génération, que M. Briquet a protesté, non sans quelque raison, en lui opposant la notion plus simple et plus commune, sinon plus claire, de la réaction que chaque tissu produit, en présence des corps étrangers, en raison de son mode propre de sensibilité.

Ceci incidemment rétabli, fermons la parenthèse et reprenons l'argumentation de M. Béhier.

M. Béhier est beaucoup plus près de s'entendre avec M. Pidoux. Sans repousser précisément les expériences de M. Villemin, qu'il qualifie de tentative originale et très-intéressante, et qui, à ses yeux, peuvent conduire à une démonstration tout autre que celle que s'est proposée leur auteur, M. Pidoux les récuse en tant que preuves de la spécificité et de la virulence de la tuberculose. Les inoculations ne prouvent rien à cet égard, a-t-il dit. M. Béhier est, en cela, parfaitement de son avis. Mais il refuse de le suivre dans le parallèle qu'il établit entre le tubercule d'une part, la syphilis et la morve de l'autre, pour en déduire des différences caractéristiques et fonder sur ces différences l'idée de la non-spécificité de la tuberculose. Une fois engagé sur ce terrain de la pathologie générale, sur les questions de spécificité et de diathèses, M. Béhier a pris corps à corps M. Pidoux, et, énumérant une à une ses principales propositions doctrinales, il les a combattues souvent en les opposant les unes aux autres et en montrant plus d'une fois M. Pidoux en contradiction avec lui-même. Mais c'est surtout à propos de Laënnec et de l'Ecole de Paris, que M. Béhier s'est animé et s'est élevé jusqu'à l'émotion oratoire, en défendant celui-ci du reproche d'avoir complétement négligé l'étude étiologique et le point de vue thérapeutique de la tuberculisation pulmonaire; celle-là de la récrimination, incessamment répétée, quoique cent fois réfutée, de se laisser aller à un mécanicisme funeste aux progrès de la science; et il a saisi cette occasion pour payer un tribut d'éloges et de reconnaissance à ses anciens maîtres qui ont fait, a-t-il dit, tout ce qu'ils pouvaient faire, qui nous ont transmis les bonnes et rigoureuses méthodes de recherches et cet excellent précepte de ne s'en rapporter jamais, en fait de science, aux opinions des hommes, mais aux choses démontrées.

En résumé, quant à lui, il ne croit, jusqu'à présent, ni à la spécificité et à la virulence de la tuberculose, ni à la contagion de la phthisie tuberculeuse, non par les motifs plus ou moins plausibles et par les considérations de pathologie générale, d'analogies ou de dissemblances avec telles ou telles affections, qui ont été invoqués dans cette discussion, mais parce que rien, à cet égard, n'a encore été démontré. Mais là s'arrête sa raison de fin de non-recevoir. Il ne veut pas qu'on retire, pour le moment, la tuberculose de la place qu'elle a occupée jusqu'ici dans le cadre nosologique; mais il ne veut rien préjuger pour l'avenir, ne croyant pas qu'on puisse dire ni jamais, ni toujours en pathologie. Dans les sciences, a-t-il dit, il faut que le protocole reste toujours ouvert. Voilà pourquoi il s'est élevé contre les propositions trop absolues de M. Pidoux.

Nous venons d'indiquer seulement le sens et de caractériser l'esprit de l'argumentation de M. Béhier; nous voulons laisser à nos lecteurs le plaisir de la lire *in extenso* dans le compte rendu. Vu son étendue, nous nous voyons dans la nécessité d'en renvoyer la publication à un prochain numéro.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. HERVIEUX.

De la péritonite puerpérale généralisée ou générale d'emblée.

Suite et fin (voir les nos 3, 4 et 5).

Altérations anatomiques concomitantes de la péritonite puerpérale. — Suivant la doctrine de ceux qui considèrent le traumatisme utérin comme le point de départ nécessaire de la péritonite puerpérale, l'inflammation de l'utérus ou de ses annexes deviendrait une concomitance obligée de la phlegmasie péritonéale.

Il est bien vrai que chez la majeure partie des femmes qui succombent à la péritonite puerpérale, on trouve à l'autopsie, soit une métrite, soit une phlébite utérine, soit des abcès utérins, soit une putrescence et parfois même une véritable gangrène du tissu de la matrice, ou bien encore un phlegmon du ligament large, une inflammation suppurative des trompes, une ovarite suppurée ou hémorrhagique.

Mais ces différentes lésions peuvent aussi ne pas se rencontrer dans la péritonite puerpérale la plus manifestement généralisée. Il est des cas, et j'en ai publié plusieurs dans la *Gazette des hôpitaux* (année 1866), où les lésions les plus avancées de la péritonite sont complétement indépendantes de toute altération, si minime soit-elle, de l'appareil utérin. De la même manière qu'on peut observer des cas de phlébite utérine, avec ou sans infection purulente, sans trace aucune de péritonite. D'après les calculs de Dugès, la métro-péritonite formerait à peu près les trois-quarts des inflammations du bas-ventre observées chez les femmes en couches.

En 1829, Tonnelé a trouvé, sur 222 cas soumis à son examen : l'inflammation du péritoine avec celle de l'utérus, 165 fois; du péritoine seul, 28 fois; de l'utérus seul, 29 fois.

Il n'y a pas de raison, en effet, pour que la péritonite ne se produise pas, dans l'état de couches, aux mêmes titres que la pleurésie, qui se manifeste si fréquemment sans lésion concomitante de l'utérus ou de ses annexes. Telle est même la fréquence de la complication pleurétique, chez les nouvelles accouchées, que certains auteurs, parmi lesquels je citerai Leake, se sont demandé si la pleurésie n'était pas plus commune que la péritonite. Si les observateurs ne sont pas tous absolument d'accord sur ce point, il faut s'en prendre aux différences qu'apporte, dans la série des faits, le génie épidémique. Mais il importe de retenir ce point, que les épanchements pleuraux, soit séreux ou séro-fibrineux, soit purulents, soit hémorrhagiques, sont une des concomitances les plus banales de la péritonite puerpérale. Le rapport de la pleurésie à la péritonite puerpérale serait, suivant Tonnelé, de 1 à 7; suivant Jacquemier, de 1 à 9; suivant Voillemier, de 1 à 3.

Il est rare qu'avec la pleurésie, et même sans qu'il y ait pleurésie, il n'existe pas quelque altération du tissu pulmonaire, engouement, induration, plus rarement abcès, apoplexie, gangrène.

Je reviens aux viscères abdominaux.— Les intestins sont habituellement distendus par un développement énorme de gaz. Mais cette production gazeuze ne paraît pas liée à une lésion constante ou appréciable des tuniques intestinales. Si, dans un certain nombre de cas, on trouve ces dernières altérées, plus souvent encore elles sont exemptes d'altération, malgré la tympanite existante.

Voici cependant les lésions les plus habituelles du tube digestif :

Lorsqu'il y a eu, pendant la vie, diarrhée ou vomissements bilieux persistants, on trouve une ampliation excessive de l'estomac, déterminée par la présence d'une quantité énorme de bile, épaisse et verte, comparable à une préparation un peu liquide d'épinards. Cette bile est quelquefois répandue, avec ces mêmes caractères, sur toute la surface des intestins, petits et gros.

L'estomac est plus souvent ecchymosé que rouge et enflammé. Maintes fois je l'ai trouvé, ainsi d'ailleurs que l'intestin, parsemé de taches hémorrhagiques en nombre incalculable et d'un volume qui variait depuis le pointillé le plus fin jusqu'à un diamètre de plusieurs centimètres,— véritable purpura, dont il était rare que la peau ne présentât pas aussi des traces.

La muqueuse intestinale peut être rouge, épaissie, ulcérée (Baudelocque, Andral). J'ai constaté, dans bien des cas, ces altérations, et notamment dans la dernière partie de l'intestin grêle, le cœcum et le côlon. Mais ces concomitances, qui deviennent très-communes dans certaines épidémies, manquent complétement dans beaucoup d'autres.

J'appelle l'attention sur la complication vermineuse signalée depuis longtemps par Van den Bosch, Amard, Osiander, complication qu'on a voulu rattacher, par un rapport de cause à effet, à la péritonite puerpérale, mais que je considère, avec Vigarous et Baudelocque, comme une circonstance toute fortuite, indépendante de la maladie et qui, préexistante à cette dernière, n'a dû sa révélation, pendant la vie, qu'aux vomissements ou à la diarrhée, après la mort qu'à l'autopsie. Les lombrics sont l'espèce de vers qu'on rencontre ordinairement; mais j'ai eu occasion de trouver un ténia.

J'ai mentionné plus haut la gangrène possible de l'intestin.

Le foie peut présenter les altérations suivantes : dégénérescence graisseuse, infiltration des éléments du foie par le pigment biliaire (ictère du foie), abcès, atrophie aiguë. Mais de toutes ces lésions, la plus connue est sans contredit la dégénérescence graisseuse.

Dans les cas où l'estomac et l'intestin présentaient ces accumulations anormales de bile dont j'ai parlé ci-dessus, la vésicule biliaire était presque toujours en même temps distendue par une excessive quantité du produit de la sécrétion hépatique, souvent aussi, mais ce n'est là qu'une coïncidence, la vésicule renferme quatre, cinq ou six calculs biliaires taillés à facettes, arrondis sur leurs angles, d'un vert foncé, d'un volume qui va-

rie depuis celui d'un petit haricot jusqu'à celui d'une aveline, faciles à écraser avec le doigt et montrant alors une partie blanche centrale qui n'est que de la chaux, les couches les plus excentriques étant formées de cholestérine.

Entre autres lésions possibles de la rate, il faut noter, en les rangeant par ordre de fréquence, l'hypérémie, le ramollissement, les abcès.

Du côté de l'appareil urinaire, voici également par ordre de fréquence les altérations anatomiques que j'ai notées : cystite simple ou purulente consécutive au traumatisme de l'accouchement, pyélite suppurée, néphrite parenchymateuse, ictère rénal.

Quant au cœur, je n'ai jamais constaté après l'accouchement de traces anatomiques de cette hypertrophie physiologique signalée par M. Larcher. Lorsqu'il y avait hypertrophie vraie, celle-ci était liée à une altération valvulaire déjà ancienne. Mais j'ai rencontré plusieurs fois comme cause de mort subite chez les femmes en couches en proie à la péritonite le trombose de l'artère pulmonaire, et une fois seulement un développement de gaz dans les cavités du cœur et dans les gros vaisseaux.

Il est beaucoup plus commun de voir les cavités cardiaques et surtout les cavités droites obstruées par des concrétions fibrineuses dont la formation a vraisemblablement lieu dans les derniers temps de la vie.

Quelquefois, au lieu d'être ainsi coagulé, le sang contenu dans le cœur et les gros vaisseaux est comparable pour l'aspect et la consistance à du sirop de framboises. Dans ce cas il est rare que l'endocarde et la membrane interne des artères qui émanent du cœur ne soient pas d'un rouge très-vif, coloration évidemment due en pareil cas à une imbibition cadavérique.

Épanchements péricardiques peu fréquents. Tout récemment j'ai vu, dans un cas d'hydropisie généralisée, la sérosité du péricarde, comme celle des autres séreuses, rougie par une exhalation de sang noir.

Accidentellement, il m'est arrivé de trouver le péricarde adhérent par suite d'une phlegmasie ancienne à la paroi externe du cœur dans toute son étendue.

Aux complications anatomiques dont l'appareil circulatoire peut être le siége, il ne faut pas omettre d'ajouter la phlébite possible des veines du bassin, la phlébite des membres inférieurs et supérieurs, la phlébite de la veine cave inférieure, celle des veines cérébrales et, en particulier, la phlébite des veines ophthalmiques. Il est bien entendu que pour tous ces départements du système veineux, la phlébite peut être oblitérante ou suppurative.

En ce qui concerne les centres nerveux, l'hypérémie du cerveau et de ses enveloppes, l'hypérémie de la moelle et de ses enveloppes, sont les lésions de beaucoup les plus communes. Plus rarement on observe la méningite et l'encéphalite vraies. Je mentionne les ostéophytes signalées par Ducrest et plus tard par M. Alexis Moreau.

Bien que mentionné comme une lésion fréquente par MM. Bouchut, Bidault et Arnault, je soupçonne le ramollissement des couches corticales du cerveau d'être plus souvent une altération cadavérique qu'une lésion produite pendant la vie.

Coïncidemment avec la péritonite puerpérale généralisée, j'ai rencontré une fois seulement l'hémorrhagie cérébrale.

Enfin, signalons la concomitance possible de certaines lésions graves du tissu cellulaire et du système locomoteur ; infiltrations sanguines et purulentes du tissu cellulaire et des muscles, vastes abcès, hydarthroses, arthrites suppurées.

Tel est l'ensemble des complications anatomiques qu'on peut rencontrer sur les femmes en couches qui succombent à la péritonite généralisée ou générale d'emblée.

OVARIOTOMIE

Obs. II. — Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. — Ovariotomie. — Mort le vingt et unième jour.

Par M. le Dr Vanzetti (de Padoue).

M... Thérèse, servante, non mariée, taille moyenne, constitution détériorée, 28 ans, est reçue dans ma clinique le 24 novembre 1858.

Elle a eu le choléra en 1855. Ses règles ont été toujours irrégulières et manquent totalement depuis sept mois. Depuis février 1858, elle s'aperçoit de l'accroissement du volume de son abdomen à l'étroitesse de ses robes. Au mois de mars, elle éprouve de violentes douleurs dans le bas-ventre et se fait admettre à l'hôpital, où elle reste plusieurs mois. L'application de sangsues (60 en plusieurs fois), de cataplasmes, et quelques purgatifs eurent raison de ces douleurs ; puis, comme on avait reconnu la présence d'un kyste de l'ovaire volumineux, on fit, le 22 septembre, une première ponction à gauche, donnant issue à 12 litres, au moins, d'un liquide gluant, semblable à du miel, par sa couleur et sa densité (1).

Malgré cette ponction, le volume de l'abdomen resta égal à celui d'une femme enceinte de cinq mois.

Huit jours plus tard, on fait une seconde paracenthèse du côté opposé (à droite), mais sans obtenir de liquide; répétée dans un point différent et peu éloigné, on obtient alors un litre d'un liquide semblable à de la colle d'amidon filante, et une petite diminution de volume du ventre, lequel, au bout de deux mois, revient au volume pathologique qu'il avait avant la première ponction. C'est alors qu'elle est admise dans la clinique de chirurgie.

L'examen nous fait reconnaître également un kyste de l'ovaire, divisé en deux tumeurs, une droite et une gauche, d'un volume considérable. La malade souffre davantage couchée que dans la station verticale ; elle se plaint surtout du volume et du poids de son ventre, qui, dans sa plus grande circonférence, mesure 109 centimètres.

L'appendice xyphoïde est proéminent, repoussé en avant formant un angle de 60 degrés.

Le 3 décembre, la circonférence de l'abdomen a encore augmenté et mesure 112 centimètres. Les jambes commencent à devenir œdémateuses.

Le 11 décembre, la circonférence abdominale égale 114 centimètres. On fait une ponction sur la ligne blanche, à trois travers de doigts au-dessous du nombril, qui donne issue à 11 litres d'un liquide ayant les apparences de l'huile d'olive. Malgré cette opération, le volume reste presque le même ; mais on peut mieux reconnaître par la palpation les inégalités et l'élasticité rénitente du kyste.

15 janvier 1859. L'enflure a repris ses dimensions primitives (114 centimètres). L'œdème des membres inférieurs est augmenté ; la malade se plaint beaucoup de la gêne qu'elle éprouve, ne pouvant trouver une position qui lui permette de dormir ou de respirer facilement.

Le 27 janvier, nouvelle (et quatrième) paracenthèse, donnant issue à 11 litres et demi de liquide encore semblable à de l'huile.

24 mars. Les souffrances sont telles que la malade réclame d'elle-même l'ovariotomie proposée dès son entrée dans la clinique.

Les dimensions du ventre sont aujourd'hui de 65 centimètres, d'une épine iliaque antérieure à l'autre ; de l'appendice xyphoïde au pubis, 71 centimètres ; du nombril à l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, 34 centimètres ; à la gauche, 40 centimètres.

La circonférence abdominale totale, au niveau du nombril, 130 centimètres.

Nous procédons à l'opération le 26 mars 1859, vers onze heures, en présence de la plupart des professeurs de la Faculté, des élèves et docteurs de la ville, car c'est la première ovariotomie exécutée en Italie.

La vessie est vidée ; puis je pratique une incision de 10 centimètres, à partir du nombril, sur la ligne blanche, pénétrant couches par couches dans la cavité abdominale.

La tumeur est à découvert : la main, introduite par l'incision, trouve à droite et à gauche des adhérences facilement lacérées. J'agrandis alors l'incision, jusqu'à un travers de doigt du pubis, et, en haut, de 10 à 12 centimètres au-dessus du nombril.

Mais la tumeur étant trop volumineuse pour sortir par cette large incision, on la ponctionne avec un gros trois-quart en plusieurs points sans rien obtenir, vu que la consistance épaisse et gluante comme gélatineuse, du liquide, l'empêche de sortir. J'introduisis ma main droite dans le fond du petit bassin, la glissant sur la face antérieure, puis au-dessous de la tumeur; je pus alors la soulever et en amener dehors toute la moitié inférieure. La partie supérieure du kyste put être dégagée facilement de la cavité abdominale, n'étant retenue par aucune adhérence.

Cette immense tumeur une fois sortie du ventre, et soutenue par plusieurs aides, on vit qu'un pédicule, du volume du doigt, la reliait d'une part à l'ovaire droit, et que, de ce point pour aller à la tumeur, il envoyait une expansion membraneuse mince qui s'y étalait en forme d'éventail. Cette membrane fut incisée par deux coups de ciseaux, puis le pédicule, après avoir été transpercé en son milieu par une aiguille armée de deux forts cordonnets de soie, fut étreint fortement entre deux ligatures.

On enlève alors le kyste en sectionnant le pédicule au-dessus de la double ligature, dont les chefs sont placés vers le pubis. On absterge ensuite la cavité abdominale de la petite quantité de sang qu'elle contenait, et on réunit les deux lèvres de la plaie par six aiguilles d'argent qui traversent le péritoine, et autant de points de suture ne comprenant que les couches superficielles.

Le pédicule est fixé en bas par le dernier point de suture. La malade, non chloroformée, a supporté l'opération sans défaillances, quoique, un quart d'heure après, elle fût très-faible et eût besoin d'être aspergée d'un peu d'eau froide. On applique un bandage de corps maintenant des compresses trempées dans une infusion d'arnica.

Rapportée dans son lit vers midi, elle éprouve, un quart d'heure après, des envies de vomir passagères. Le soir, elle est mieux ; moins faible, assez gaie, son pouls très-variable, étant tantôt à 107, ou à 116, ou à 125. Vers minuit, elle se plaint de douleurs abdominales.

27 mars. Facies abattu, l'œil languissant, le pouls plus soutenu qu'hier, à 106. Elle est couchée toujours sur le côté droit, et, dans cette attitude, son ventre ressemble, quoique bandé, à une *immense vessie à demi vide*. Les douleurs éprouvées actuellement par la malade lui semblent moins fortes que celles ressenties autrefois. Pas de nausées ni vomissements. Le soir, le pouls est à 112.

28 mars. La malade n'a pas de fièvre de réaction ; elle a un peu reposé la nuit. Le ventre donne un peu de résonnance à la percussion, sans être ni ballonné ni sensible à la pression. Le pouls est à 126. La malade se plaint par moments d'éprouver des coliques ; elle se tourne seule, tantôt sur le côté gauche, tantôt sur le côté droit. Nausées vers le soir.

29 mars. Grande faiblesse ce matin, avec quelques envies de vomir; pas de chaleur à la peau ; langue humide; pouls 112-120. — Douleurs de ventre du côté droit, sur lequel la malade se couche de préférence. Sensibilité avec un peu de tympanite de l'abdomen. Vers neuf heures du soir, la malade se sent mieux ; elle est plus gaie. Prise d'une fausse envie d'aller à la selle, elle voudrait se lever ; on administre un lavement émollient. Envies de vomir toutes les fois qu'elle prend quelque liquide.

30 mars. Le sommeil a été interrompu par de fréquentes envies de vomir, même sans rien prendre. Il y a quelques secousses de hoquet. Le météorisme a un peu augmenté. Les douleurs sont ressenties plus vivement vers la vessie que dans les autres parties du ventre. La malade réclame l'aide d'une sonde, qui permet d'évacuer une grande quantité d'urine.

A quatre heures après midi, je la trouve très-faible, pleine d'anxiété, avec la peau chaude, en pleine fièvre de réaction ; le pouls est plus fort, à 115-130.

J'ordonne une onction avec l'onguent napolitain sur tout le ventre, que l'on recouvre ensuite d'une couche de glace pilée retenue entre deux linges.

Vers sept heures, une selle liquide spontanée, un peu fétide, suivie, deux heures après, d'une légère amélioration dans l'état de la malade.

31 mars. Nuit agitée avec intervalles de sommeil; deux selles spontanées, diarrhéiques. Vers cinq heures du matin, la malade prend, sur sa demande, un peu de café et de pain. A six heures, je la trouve avec le pouls à 104 ; le ventre moins météorisé, supportant dans toute son étendue une pression modérée ; il est flasque et pendant du côté où est couchée la malade.

Vers sept heures, le pouls n'a plus que 96. — A dix heures, la malade ressent une grande chaleur interne, des douleurs dans tout le corps, surtout à l'épine dorsale ; elle se couche maintenant plutôt sur le côté gauche.

On réapplique de la glace pilée sur le ventre pendant une heure ; elle est supprimée à cause de la vive sensation de froid général qu'éprouve la malade.

De quatre à huit heures du soir, augmentation de la chaleur de la peau ; pouls à 108 ; le ventre supporte une pression modérée ; une selle liquide, quelques envies de vomir.

A dix heures du soir. La malade gémit beaucoup ; on trouve au niveau de l'avant-dernier point de suture en bas un pertuis, par lequel sort un liquide couleur de café noir un peu fétide. —Une pilule d'un centigramme de morphine.

1er avril, sept heures. Ce matin, à la visite, la malade dit avoir passé une excellente nuit avec rêves agréables. Physionomie bonne, chaleur naturelle, pouls 110, deux selles diarrhéiques, dans la nuit : deux vomissements au moment de notre interrogatoire.—Tendance à de la chaleur exagérée.

A dix heures du soir, je puis facilement et sans douleurs comprimer le ventre pour faciliter la sortie du liquide brunâtre qui y est contenu. Elle me réclame de la morphine, se sentant capable d'aller en chercher, si je lui refusais.

2 avril. Sommeil interrompu par des douleurs vives, des brûlures vers la région mammaire droite. Je trouve la malade assoupie, avec des contractions spasmodiques de temps à autre, aux commissures des lèvres et au front. Elle continue à se plaindre de brûlures dans le ventre. Pouls à 112, teinte terreuse de la peau,—plaie cicatrisée ; les sutures sont enlevées, et remplacées par des bandelettes de sparadrap. Elle vomit plusieurs fois dans la journée, et va très-mal ; de huit heures à dix heures du soir, elle va mieux, est plus gaie, plaisante même; elle a une selle avec des vents. Je puis presser sur le ventre sans causer de douleurs; il reste souple, et permet à la malade de rester couchée sur le côté. — Une pilule morphine 0,01.

3 avril. La malade a dormi plusieurs heures, physionomie bonne ce matin, une selle endiarrhée jaune verdâtre : elle ne se plaint plus de douleurs, à peine quelques envies de vomir; pouls à 115-120, chaleur modérée, la langue reste toujours humide comme auparavant. On peut exercer une pression forte sur le ventre sans amener de douleurs.

A huit heures du soir, la malade se félicite de sa bonne journée; elle est toujours couchée sur le côté, tantôt droit, tantôt gauche, ne se plaint d'aucune douleur. L'abdomen est flasque, sans météorisme. Il y a eu encore plusieurs selles dans la journée.

4 avril. Nuit assez bonne, pas de vomissements, une selle, pas de douleurs au ventre, mais bien dans le reste du corps. Pendant la journée, il y a de la somnolence, la respiration s'accélère et devient tout à fait supérieure. Le pouls soutenu est à 115-120.

La malade se plaint de faiblesse, son ventre reste souple et indolore ; par la pression, il sort par la partie inférieure de la plaie une cuillerée de matière gélatineuse gris cendré.

6 avril. La nuit a été agitée, tendances aux vomissements. Vers le matin, la malade est bien, même gaie, mais elle se plaint de douleurs générales, elle est fatiguée de rester couchée, l'émission de l'urine est accompagnée de sensations de brûlure.

7 avril. Etat général assez satisfaisant. Le ventre est tout à fait indolore, mais la malade est tourmentée par un ténesme vésical très-douloureux.

8 avril. Plaintes vives de douleurs générales avec anxiété, et selles fétides. Physionomie abattue, pas de vomissements. — Pouls 120-126 — un moment à 144 : quarante respirations par minute. La vulve est couverte d'une membrane diphtéritique qui s'étend au mont urinaire.

9 avril. Nuit agitée, plusieurs selles liquides avec tenesme douloureux de l'anus et de la vessie. Les ligatures tombent toutes.

10 avril. Nuit plus calme, interrompue seulement par le ténesme vésical et anal.—Pouls 108-112. Quelques vomissements.

11 avril. La nuit a été tranquille, vomissements dans la journée.—Le soir grande faiblesse — pouls à 120, continuation du ténesme vésical. La malade prend un verre de vin de Chypre avec plaisir.

Par l'angle inférieur de la plaie il sort des matières fécales :

12 avril. La nuit a été tranquille, mais la faiblesse est augmentée. Le vin de Chypre est pris avec plaisir, moins de ténesme vésical. Langue bonne. Le décubitus dorsal est préféré depuis hier. Pendant le sommeil, les contractions de la face re-

(1) Cette opération a été relatée par le Dr F. Mendini, qui en a fait le sujet de sa thèse inaugurale à Pavie, en 1860.

vêtent les apparences du rire sardonique, la malade tombe dans le marasme.

13 avril. Ténesme vésical, diarrhée, la malade prend du Chypre et de la brioche. Même facies. L'inclinaison du corps à gauche et à droite fait sortir, par l'angle inférieur de la plaie, des matières fécales pâteuses, pas de douleurs dans le ventre.

14 avril. L'émaciation progresse, sommeil les yeux entr'ouverts, nez froid, langue toujours humide. Plaintes et gémissements, douleurs, surtout en urinant et vers la plaie, surtout lors du passage des matières fécales. La malade prend encore avec plaisir du Chypre, du café, du bouillon ; une selle, ventre souple, indolore.

15 avril. Affaissement considérable, pouls filiforme. La malade meurt à trois heures après-midi, ayant conservé l'intégrité de son intelligence.

Autopsie.

Les viscères adhèrent aux parois antérieures du ventre et entre eux, excepté dans les régions sus-pubiennes, iliaques droites et gauches, et le long du côlon ascendant où il existe des exsudats épais et englobant des matières fécales, réunies sous forme d'une vaste poche. Tous les viscères abdominaux, et surtout l'intestin, sont soudés ensemble, par des dépôts fibrineux très-résistants surtout en certains points. Les intestins flasques, contenant peu de matières, présentent une multitude de perforations, qui vont depuis la grosseur d'un pois, jusqu'à présenter une perte de substance grande comme une pièce de 50 centimes. Les bords de ces ulcérations sont rouges et renversés en dehors. La muqueuse intestinale est pâle, excepté celle du cœcum et du côlon ascendant, qui prend les apparences propres de la dyssenterie au premier degré. On trouve un point gangréneux de la grosseur d'un haricot dans le côlon ascendant. Les reins sont anémiques, hypertrophiés. La membrane muqueuse des organes génito-urinaires, recouverte d'une exsudation jaune grisâtre peu adhérente, est facilement réduite en putrilage. — L'utérus adhère à la vessie, dévié à gauche, est recouvert d'exsudations fibrineuses et de matières fécales. — La trompe et le ligament large du côté droit sont adhérents à l'angle inférieur de la plaie, pas d'ovaire de ce côté. — Les artères et veines comprises dans la ligature présentent un volume double de celui du côté gauche, et sont obturées par des caillots solides. On trouve encore un vaste abcès de la longueur de la paume de la main, creusé sur la surface convexe du foie qui est en outre soudé au diaphragme par des exsudations fibrineuses, qui forment les parois de l'abcès.

Une collection purulente semblable est trouvée derrière la rate.

La tumeur, composée d'une infinité de kystes de différente grandeur, sans masses solides, pesait 50 livres (25 kilogrammes).—M. le Dr Brunetti, professeur d'anatomie pathologique, en a fait une belle préparation sèche, qui se conserve dans le musée pathologique de la Faculté.

Kyste multi-loculaire de l'ovaire. — Ovariotomie. — Mort le septième jour.

Angela F......, 40 ans, de petite taille, mariée depuis treize ans, à un négociant de Vérone, a eu un premier enfant en 1850, un second en 1853, un troisième en 1857.

Dans l'année 1858, son ventre a commencé à grossir ; elle crut être enceinte, ses règles ayant cessé. Au bout de neuf mois, n'étant pas accouchée et l'abdomen augmentant toujours, elle appelle le Dr Gelmi, chirurgien en chef de l'hôpital de Vérone, qui reconnut un kyste multiloculaire de l'ovaire. La malade ressentait quelques douleurs vives, passagères, dans le ventre, dont le volume, en 1859, l'empêchait déjà de s'occuper de son ménage, et l'obligeait de rester étendue toute la journée dans un fauteuil. Depuis le commencement de la maladie, il y avait, de temps à autre, des vomissements durant deux à trois jours. Appelé en consultation, je vis cette malade le 3 septembre 1860. Le volume de l'abdomen était énorme ; il mesurait, de l'appendice xyphoïde au nombril, quarante-six centimètres, et trente-six centimètres du nombril au pubis. Sa circonférence était, au niveau du nombril, d'un mètre quarante-quatre millimètres. L'état général était assez satisfaisant, les forces en assez bon état.

Le résultat de la consultation fut d'opérer.

Au bout de quinze jours, la malade, qui avait d'abord hésité, souffrant davantage, et convaincue de l'impuissance de toute espèce de remèdes, se décide, pleine de courage, à se faire opérer. Je me rendis à Vérone chez la malade le 18 septembre, accompagné du Dr Pastorello, professeur d'accouchement à l'université de Padoue et du Dr Vecelli, alors mon chef de clinique. L'opération fut pratiquée à onze heures, avec l'assistance des Drs Gelmi, Scudellari, Massedaglia, Scaramazza, etc.

Je fis une incision de 8 centimètres à partir du nombril vers le pubis, sur la ligne blanche, pénétrant dans la cavité abdominale couches par couches, sans sonde cannelée. La main, introduite par cette incision, trouve, à droite et à gauche, des adhérences qui se laissent facilement rompre. On prolonge alors l'incision, au moyen d'un bistouri boutonné, jusqu'au pubis. Je réintroduis de nouveau la main et je trouve encore des adhérences étendues, à droite et à gauche, que je romps également sans efforts. La tumeur étant trop volumineuse pour passer par la plaie, elle est ponctionnée avec un gros trois-quarts *ad hoc*, mais il ne s'écoule pas de liquide. Une longue et profonde incision est faite avec le bistouri, et il s'écoule alors, par des pressions latérales, neuf bassins d'un liquide grisâtre, très-gluant, semblable en tout point à de l'empois. Malgré cette évacuation, la tumeur ne pouvait pas encore sortir par la plaie, celle-ci fut prolongée en haut de 12 à 14 centimètres, et alors, plongeant les deux bras dans l'abdomen jusqu'au fond du petit bassin, je saisis entre mes deux mains la tumeur, qui, fort heureusement, n'avait pas contracté d'adhérences, et, la soulevant, je l'amenai dehors. Dans cette manœuvre, la partie inférieure, déjà dehors du ventre, entraîna, par son propre poids, facilement, la portion supérieure de la tumeur à laquelle adhéraient quelques anses intestinales, facilement séparées.

La sortie de cette masse énorme, lisse, élastique, nécessita le secours actif de plusieurs aides, afin de la soutenir et la diriger doucement vers le côté droit de la malade, et mettre le pédicule en vue. Celui-ci, bref et gros, tenait au côté gauche, et envoyait une membrane en forme d'éventail, lequel contenait de grosses veines et fut sectionné. Le pédicule fut traversé avec une aiguille pourvue d'un double lien en soie, puis étreint des deux côtés et sectionné, tout près de la tumeur.

Des pressions prolongées furent exercées sur les parois très-relâchées du ventre, afin d'en faire sortir *tout* le liquide sanguinolent et gluant qui s'y trouvait. La suture de la plaie, faite au moyen de dix-huit épingles, comprenait le péritoine : le bout des deux ligatures fut placé dans l'angle inférieur. Un large morceau d'ouate fut étalé sur le ventre et maintenu par un bandage de corps.

La malade, qui ne fut pas anesthésiée, supporta très-courageusement, et sans syncope l'opération.

Cette ovariotomie fut suivie des symptômes d'une péritonite de médiocre intensité, à laquelle cependant la malade succomba le huitième jour.

L'autopsie montra les intestins couverts d'une exsudation fibrineuse qui les reliait ensemble. La plaie, sauf une très-petite portion de ses deux extrémités, était réunie.

La tumeur, composée d'une multitude de kystes de différentes grosseurs, pesait, y compris le liquide écoulé pendant l'opération, près de soixante-dix livres (35 kilog.). Elle est conservée dans le musée pathologique de Padoue.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 janvier 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce par laquelle il transmet deux rapports de M. le Dr Privat sur le service médical des eaux minérales de Lamalou-l'Ancien (Hérault).

2° Le relevé des naissances pour les arrondissements de Fontainebleau, de Meaux et de Melun dans l'année 1866.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Daremberg qui se présente comme candidat pour la place vacante d'associé libre.

2° Une lettre de remercîment de M. le professeur Bardinet (de Limoges), récemment nommé membre correspondant.

3° Une note de M. Mathieu renfermant la description d'un nouvel appareil pour les pieds-bots, construit d'après les indications de M. Nélaton.

Cet appareil consiste en une tige verticale munie, au niveau des malléoles, d'une articulation en genouillère qui permet de porter le pied dans toutes les positions et de l'y maintenir solidement.

La partie essentielle de cet appareil est l'application de l'articulation en genouillère munie de deux vis placées sur la ligne du grand diamètre de la sphère, qui servent à la maintenir dans tous les sens.

Cet appareil est disposé de façon à pouvoir être appliqué indistinctement aux deux pieds, lorsque le sujet est atteint d'une double difformité ; les deux appareils sont disposés de manière à pouvoir être reliés par une tringle fixée aux deux semelles, ce qui permet au chirurgien de porter les deux pieds en dehors et de les maintenir dans cette position.

Cet appareil a déjà été appliqué avec succès par M. Nélaton.

4° M. le docteur Mattei adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il expose le moyen qu'il a employé avec succès pour la déclaration de six naissances successives.

« Dans ces jours de froid excessif, dit-il, je n'ai pas pu me résigner à permettre la sortie des nouveau-nés pour les faire enregistrer. J'ai donc fait, chaque fois, un certificat constatant le lieu et l'heure de la naissance, le sexe de l'enfant, ajoutant que l'intensité du froid ne permettait pas de laisser sortir l'enfant sans exposer sa santé et sa vie à des dangers. »

« Ce certificat, présenté par le père de l'enfant, assisté de ses témoins, a suffi pour faire opérer l'enregistrement dans les six cas. »

5° M. le Dr Gallard adresse la lettre suivante :

Monsieur le président,

A propos d'un travail que M. Avrard a lu dans la dernière séance de l'Académie, sous ce titre : *Des injections intra-utérines rendues inoffensives par la méthode du double courant*, je crois devoir vous faire connaître le procédé fort simple que j'emploie pour porter, sans le moindre inconvénient, des caustiques liquides jusque dans la cavité utérine. Je n'ai pas à démontrer la nécessité d'exercer souvent une action thérapeutique directe ou locale sur la muqueuse du col de l'utérus ; cette nécessité étant reconnue, on s'aperçoit bien vite que les caustiques solides n'atteignent pas le but désiré et qu'il y a tout avantage à leur préférer les liquides qui, seuls, peuvent pénétrer dans tous les replis de la muqueuse malade. — Or, la grande crainte, quand on pratique une injection dans la cavité utérine, est, ou de voir le liquide refluer à travers les trompes, jusque dans la séreuse péritonéale, ou de distendre d'une façon douloureuse la cavité dans laquelle on fait l'injection. — On évite ce double inconvénient en permettant au liquide injecté de revenir facilement par l'orifice du col au travers duquel on l'injecte. Le moyen que j'emploie avec le plus grand succès, que j'ai mis en pratique devant de nombreux élèves, que j'ai décrit dans mes leçons à l'hôpital, consiste tout simplement à se servir, pour l'injection, d'une sonde d'homme, en tissu élastique, et de très-petit calibre. — La sonde pénètre facilement jusqu'au fond de l'utérus ; sa flexibilité rend son introduction exempte de tout danger ; son petit diamètre fait qu'elle n'oblitère pas les orifices du col de l'utérus (qui, du reste, sont toujours dilatés dans les cas d'inflammation utérine), et qu'il reste entre les parois de la sonde et celle du canal cervico-utérin un espace libre par lequel peut refluer le liquide introduit dans la cavité du corps de la matrice. — Je me suis assuré maintes fois, en me servant d'une sonde graduée, que l'on peut faire pénétrer, à travers une sonde ainsi disposée, jusqu'à 2 et 3 grammes de liquide dans la cavité d'un utérus dont la muqueuse est chroniquement enflammée ; passé cette quantité, le liquide reflue par l'orifice, et on peut facilement le voir sourdre dans le fond du spéculum.

Ce procédé, aussi simple que facile à employer, est-il le même que celui de M. Avrard ? Je l'ignore, puisque celui de cet auteur n'est pas décrit dans les journaux de médecine qui ont rendu compte de sa communication. — En tout cas, je déclare que s'il ressemble au sien, je ne lui ai pas emprunté, car c'est fortuitement que l'idée m'est venue d'y recourir, au milieu d'une de mes visites d'hôpital. — Ce n'est pas que je veuille élever à ce propos la moindre revendication de priorité ; l'idée est trop simple pour ne pas s'être présentée à d'autres aussi bien qu'à moi, et je suis tout à fait de l'avis du charmant poëte qui a dit :

> Rien n'appartient à rien, tout appartient à tous :
> C'est imiter quelqu'un que de planter des choux.

Je ne réclame donc pas, je raconte seulement ce que j'ai fait avec l'espoir que d'autres l'imiteront, si cela est bon et utile.

Veuillez agréer, etc.

T. Gallard.

— M. le **Président** annonce à l'Académie qu'il a reçu de M. le ministre de l'intérieur, en réponse à sa démarche faite au nom de l'Académie au sujet de la constatation des naissances à domicile, une lettre par laquelle il l'informe qu'il recevra les membres du Bureau, jeudi 16 courant.

M. **Bergeron** présente, de la part de M. le Dr Gery père, une brochure sur les décès cholériques du XIe arrondissement pendant les deux années 1865 et 1866.

La brochure de M. Gery, ajoute M. Bergeron, est un document fort intéressant pour l'histoire de l'épidémie cholérique de 1865 et 1866. C'est un document fort précieux en ce qu'il repose sur une série de tableaux statistiques recueillis avec le soin le plus scrupuleux. Ceux-là seuls qui se sont occupés de statistique sont à même d'apprécier la valeur de ce travail qui ne produit que des chiffres d'une exactitude parfaitement rigoureuse et d'une authenticité parfaite. Cette brochure, en outre, fait ressortir un fait d'une grande importance, à savoir le peu de fréquence de la diarrhée dite prémonitoire.

M. Bergeron termine en exprimant le regret que chaque quartier n'ait pas été l'objet d'un travail analogue à celui de M. Gery.

M. **Vernois** présente, de la part de M. Pietra Santa, une collection d'articles sur la constatation des naissances à domicile.

M. **Poggiale** présente, de la part de M. Béchamp, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Montpellier, une brochure sur la circulation du carbone dans la nature.

M. **Demarquay** présente, de la part de M. le Dr Morvan, un traité sur le choléra indien.

M. **Larrey** présente :

1° De la part de M. le Dr Martinencq, une brochure sur la vaccine ;

2° De la part de M. le Dr Gross, une observation sur les résections du genou, recueillie dans le service de M. le professeur Sédillot.

M. **Robinet** présente, de la part de M. le Dr Brindejonc une étude sur les eaux de Mamers et des communes environnantes.

M. **Broca** présente, de la part de M. le Dr Dunant, une brochure intitulée : *De la taille moyenne des habitants du canton de Genève, pour servir à la détermination de la taille moyenne en Suisse.*

M. **Depaul** donne communication d'une lettre de M. le Dr Favre, rédacteur de la *France médicale*, ayant trait à un cas de cowpox spontané, dans le département de Seine-et-Oise.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la tuberculose.

La parole est à M. Béhier. (Voir le premier Paris.)

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE

Paris, 8 janvier 1868.

Monsieur le Président,

Je demande bien pardon à l'Académie de revenir sur le même sujet, mais, puisque M. Garrigou Desarènes persiste à s'attribuer la priorité de l'opération des polypes de l'oreille par l'écrasement au moyen d'un fil métallique, la vérité exige que je mette la même ténacité à lui prouver que ce même procédé est mis par moi, en usage depuis 1844 avec un fil végétal, et depuis 1864 avec un fil de platine.

Je ne peux mieux le démontrer qu'en rappelant les conclusions de mémoire sur les polypes fibreux de l'oreille, lues à l'Académie de médecine, le 4 octobre 1864 ; je regrette que mon contradicteur, alors que j'avais signalé ce mémoire dans ma première lettre à l'Académie, n'ait pas cru devoir le consulter avant de lui adresser sa deuxième réclamation, et qu'il se soit borné à rappeler quelques passages tronqués de mon Traité des maladies de l'oreille, publié en 1860.

Voici ces conclusions, dont la sixième ne peut laisser aucun doute sur cette question :

1° Les polypes de l'oreille en général, même les fibreux, s'insèrent le plus ordinairement dans la région du conduit qui avoisine la membrane du tympan, souvent même sur cette membrane.

2° Ce n'est que par exception qu'ils prennent leur point d'insertion sur la paroi interne de la caisse; tel est du moins le résultat observé pendant vingt ans de pratique.

3° La ténuité extrême de la membrane, ainsi que celle du périoste, qui tapissent les os de la caisse, paraissent bien moins propres à donner naissance à ces productions morbides que ces mêmes tissus qui recouvrent les parois du conduit auditif interne.

4° Quoique l'arrachement soit le procédé opératoire le plus généralement employé, il est celui de tous qui peut occasionner le plus de désordres, pour peu surtout que le polype soit de nature fibreuse, et qu'il adhère à la membrane du tympan; celle-ci peut alors être arrachée, ainsi que la chaîne des osselets, et entraîner une surdité complète et incurable.

5° L'excision qui n'a aucun de ces inconvénients doit donc toujours lui être préférée.

6° *De tous les modes pour la pratiquer, le meilleur est, sans aucun doute, celui qui consiste à porter jusqu'à la base du polype une anse de fil de platine, et d'en opérer la section avec le serre-nœud que j'ai imaginé, ou tout autre atteignant aussi bien le même but* (1).

7° Lorsqu'on touche le tympan ou une végétation charnue qui adhère à cette membrane avec l'azotate d'argent, le malade éprouve aussitôt un picotement sur le côté correspondant de la langue, suivi d'un goût métallique acidulé, tandis que si on touche ces mêmes parties avec un instrument tranchant, c'est la glande lacrymale qui reçoit l'impression, et il se produit aussitôt une supersécrétion de larmes.

Veuillez agréer, etc.

BONNAFOND.

(1) M. Garrigou Desarènes ne fait pas autre chose.

NÉCROLOGIE. — M. LABORIE.

« Je ne peux détacher ma pensée des douloureuses impressions que cette année 1867, fatale entre toutes, a laissées dans nos esprits et dans nos cœurs. Que de deuils parmi nous ! que de pertes cruelles ! »

Depuis l'heure où M. Ricord parlait en ces termes à l'Académie de médecine, quinze jours ne se sont pas encore écoulés, et voici qu'hier déjà, autour d'un nouveau cercueil, un cortége désolé de collègues et d'élèves, d'amis et de malades, se pressait pour apporter aux restes du docteur Edouard Laborie un dernier témoignage de sympathie et de reconnaissance. Atteint d'un érysipèle gangréneux contracté auprès de ses convalescents de l'Asile de Vincennes, il est mort au champ d'honneur du médecin, comme on succombe dans cette profession, qui est une lutte de tous les instants. Une prophétie sinistre, que lui arrachait la tristesse où l'avait plongé la mort de son vieux et aimé camarade d'internat, M. J. Bouley, s'est réalisée avec une rapidité inouïe, et c'est à notre tour à la méditer au bord de sa tombe. Mais, des dépouilles mortelles qui vont s'y consumer, tout ne périra pas, du moins; c'est là ce qu'ont exprimé avec une chaleureuse élévation d'idées M. le professeur Verneuil, parlant au nom de la Société de chirurgie, et M. Perrin, qui s'était fait l'interprète de l'Académie impériale de musique. Pour l'éternelle consolation de la compagne qu'il s'était choisie et que sa mort laisse sans appui, le meilleur de M. Laborie restera sur cette terre, dans cet Asile de Vincennes qu'il aimait tant et où il eut l'insigne honneur d'organiser le service médical, dans ses mémoires sur divers points de la chirurgie et de l'obstétrique, en même temps que ses précieuses qualités de cœur et d'esprit le rappelleront longtemps aux collègues qui l'ont perdu, et toujours aux jeunes gens qu'il avait appelés autour de lui et associés à sa tâche.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A la suite du concours ouvert près les hôpitaux de Limoges, ont été nommés :

Interne titulaire. — M. Callandreau-Dufresse.

Internes provisoires. — MM. Millet, Roque, Beaubrune, Taguet.

— Dans la séance du 6 décembre, la Société de médecine de Paris a procédé au renouvellement de son bureau qui se trouve composé ainsi qu'il suit :

Président, M. le Dr Chausit; Vice-Président, M. G. Lagneau; Secrétaire général, M. Blachez; Secrétaires annuels, MM. Aimé Martin et Charrier.

— La Société médicale du 6e arrondissement avait mis au concours la solution du problème de l'antagonisme de la belladone et de l'opium.

Les travaux qui lui ont été adressés ne lui ont pas paru mériter le prix de 400 fr. qu'elle avait offert, mais elle a accordé une somme de 100 fr. à M. le docteur Faliü, à titre d'encouragement à continuer ses expériences.

— La Société médicale du 6e arrondissement vient de renouveler son bureau pour 1868 de la manière suivante : — *Président*, M. Ch. Martin; *vice-président*, M. Brochin; *secrétaire général*, M. L. Duchesne; *secrétaires annuels*, MM. Guyot et Moreau; *trésorier*, M. Focillon, père.

Agenda-memento du médecin pour 1868; in-12 de poche; calendrier à deux jours à la page, suivi d'un Memento médical et pharmaceutique, ou *Petit dictionnaire de thérapeutique médicale et de pharmacologie* à l'usage des praticiens. Relié à l'anglaise, 1 fr. 50, Adrien Delahaye, libraire à Paris.

Le Directeur, Dr. E. LE SOURD.

(2069)— Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hydrophobie.

C'est au point de vue du diagnostic que nous signalons le fait suivant :

En ce moment, se trouve à l'Hôtel-Dieu une malade qui croit avoir la rage.

Il y a trois semaines, elle fut mordue au visage par un chien de chasse.

Elle entra dans le service de M. Maisonneuve, qui, vu le siége des blessures, dut se borner à les laver avec de l'acide phénique. Huit jours après, les plaies étaient cicatrisées.

Cette femme ne se préoccupait en aucune manière de cet accident; elle avait repris son commerce de marchande sur la voie publique, lorsque, dit-elle, un homme près duquel elle passait, s'écria en la regardant : « Tiens ! elle n'est donc pas encore enragée ? »

Elle fut vivement affectée, rentra chez elle, et commença dès lors à ne plus avaler que difficilement les substances liquides.

Elle revint donc lundi dernier à l'Hôtel-Dieu, où elle fut reçue par M. le professeur Laugier et placée dans une chambre à part, près de la salle Sainte-Jeanne, service de M. Bucquoy. Depuis lors il n'est survenu aucun changement notable dans son état.

Cette longue durée suffirait déjà pour rendre beaucoup moins probable l'hypothèse d'un accès rabique.

La mort est survenue du second au troisième jour après la rage confirmée, dans les observations rapportées par M. C. Gros, et dans celles, assez nombreuses, qu'a recueillies ou rassemblées le professeur Finger, de Lemberg (Gallicie).

Du reste, les symptômes qu'on pourrait rapporter à la rage sont peu marqués chez la malade de l'Hôtel-Dieu.

L'hydrophobie existe en ce sens que tout liquide, une fois dans le pharynx, y provoque une contraction spasmodique extrêmement pénible, qui met le plus souvent obstacle à la déglutition.

Qu'elle réussisse, ou non, dans les efforts qu'elle fait pour boire, la malade semble, en pareil cas, éprouver une vive angoisse ; elle s'accroche à son lit avec une expression de souffrance et d'effroi; son œil devient hagard; puis, en quelques instants, toute cette agitation se calme.

M. Laugier nous a fait assister à cette scène. Après avoir hésité longtemps, la malade a pris, dans une cuillère, un peu de lait, qu'elle a, pour ainsi dire, précipité dans l'œsophage et avalé par un mouvement brusque. Le succès de cette manœuvre n'a pas empêché de se produire une espèce d'accès convulsif.

Aussi la malade craint-elle maintenant de provoquer de nouveaux accès en essayant de boire. Pour lui faire approcher des lèvres un liquide, il faut insister ; tandis qu'elle se prêtait très-bien, les premiers jours, à ces expériences.

Elle n'est pourtant pas hydrophobe dans le sens complet de ce mot; elle ne craint pas l'eau par elle-même; elle la regarde et la touche sans horreur; elle n'est pas non plus affectée par la vue d'un objet brillant, comme la plupart des hydrophobes.

Chez cette malade, la déglutition des solides, celle des soupes, est assez facile ; tandis qu'elle était impossible dans les cas de rage observés par Finger.

Chez elle enfin, les troubles généraux se réduisent à peu près à une agitation, ou, pour mieux dire, une surexcitation, qui rend la parole saccadée.

Il n'y a pas de salivation, pas de sputation, aucune espèce d'éruptions buccales, d'hallucinations ou impulsions délirantes ; les règles sont revenues mercredi, à leur jour, et si l'on a noté un peu d'agitation pendant la nuit, les craintes de la malade et celles de ses gardiens ont pu y contribuer.

On doit donc espérer qu'il s'agit seulement d'une hydrophobie par crainte de la rage. Les divers recueils contiennent des exemples de cette espèce d'hydrophobie, qui guérit d'elle-même quand la crainte est passée.

On doit l'espérer d'autant mieux, que la période d'incubation, s'il s'agissait de virus rabique, aurait été relativement courte.

Dans la plupart des faits rassemblés par Finger, il s'est écoulé plus de 40 jours entre la morsure et l'hydrophobie.

Sur 224 cas mentionnés par M. Tardieu dans la discussion sur la rage, à l'Académie de médecine, 40 fois seulement les accidents rabiques ont tardé moins d'un mois.

Mais, si l'on peut invoquer les moyennes pour baser une présomption, il ne faudrait pas leur attribuer une valeur trop grande ; Finger lui-même cite un cas de rage déclarée le quatorzième jour.

D'une autre part, une cause morale, une impression vive, a été notée plus d'une fois comme cause occasionnelle qui avait fait éclater l'hydrophobie rabique à la suite d'une incubation plus ou moins longue.

Si donc ce mode de début s'accorde bien avec l'hypothèse d'une hydrophobie purement nerveuse, il ne peut suffire à lui seul pour rassurer entièrement sur le pronostic.

D'ailleurs, l'hydrophobie nerveuse, en l'absence de toute morsure et quelle qu'en ait été du reste l'occasion, a été plus d'une fois mortelle. M. Gros en donne, dans sa thèse, plusieurs exemples, parmi lesquels nous citerons les observations I, II, III, IV, VII, XII, XIII, etc.

Mais, en général, chez les malades qui moururent ainsi, l'hydrophobie eut une marche aussi rapide que dans la rage vraie.

La mort ne tarda guère plus de deux ou trois jours, et les phénomènes généraux eurent une intensité incomparablement plus grande que chez la malade de l'Hôtel-Dieu.

Ici les craintes seraient presque nulles, s'il n'était pas possible de voir se succéder une hydrophobie purement nerveuse et une hydrophobie rabique, si le virus ne pouvait pas rester en incubation, malgré la présence d'accidents qui, de loin, imitent ses effets, s'il ne pouvait pas tout à coup entrer en scène avec ses résultats fatalement funestes.

Espérons qu'il n'en sera rien et que la malade guérira d'une manière définitive, d'elle-même, ou sous l'influence des médicaments antispasmodiques qui lui sont prescrits.

On ne sait pas, d'ailleurs, si le chien qui l'a mordue avait la rage : on ne l'a pas retrouvé.

Cancroïde de la lèvre inférieure.

Nous ne parlerions pas d'une affection aussi commune, si ce n'était pas une occasion de faire connaître la méthode suivie par M. Jarjavay dans son enseignement clinique.

Cette méthode est très-goûtée des élèves de notre école, car l'amphithéâtre est toujours plein.

Elle consiste à faire une leçon de pathologie chirurgicale à l'occasion de chaque fait.

Les notions classiques, exprimées de la façon la plus claire, forment le tissu, qui s'étend sur le canevas constitué par les détails du fait particulier.

Les traités de Dessault, Boyer, Velpeau, le compendium, les dictionnaires, etc., sont mis à profit très-largement par le professeur, alors que l'occasion ne s'offre pas à lui de faire une étude inédite, basée sur des souvenirs ou des observations qui lui soient personnelles.

Ce matin, il fallait opérer un malade atteint d'un cancroïde à la lèvre inférieure.

L'histoire de cette maladie est depuis longtemps faite, et M. Jarjavay s'est préoccupé seulement d'en graver les traits principaux dans le souvenir de ses auditeurs, par une certaine habileté de mise en scène.

Au lieu de présenter d'abord l'observation dans son ensemble, M. Jarjavay l'a décomposée en un certain nombre de faits qu'il rapprochait des règles générales.

Le malade a 52 ans, — cette affection ne débute jamais ou presque jamais avant 40 ans.

C'est un homme, — les femmes sont rarement atteintes. Dans une statistique, on en trouve une seule sur 20 cas.

Le siége du mal est la lèvre inférieure, — il en était ainsi dans presque toutes les observations qu'ont recueillies les chirurgiens modernes. Sur cinquante cancroïdes des lèvres, étudiés par Dessault, une seule fois la lèvre supérieure était affectée, et ce fait est si exceptionnel que Boyer, Velpeau, etc., n'en ont pas noté de semblable.

Le malade était serrurier et malpropre, — la malpropreté, la présence de débris de fer ou de charbon joue fréquemment un certain rôle dans l'étiologie des cancroïdes.

Il était fumeur, et gardait la pipe entre ses lèvres, même quand le tabac était éteint. — La pipe peut exercer, par la chaleur qu'elle donne, une influence incontestable sur la production des tumeurs épithéliales.

En effet, la tumeur siége au point où les dents ont été usées par le contact du tuyau de pipe, et le malade attribue sa tumeur à l'irritation de la lèvre par ces dents usées. — Déjà M. Rigal (de Gaillac) a présenté cette interprétation des cancroïdes de la lèvre chez les fumeurs ; et cette action funeste, d'une irritation répétée, est rendue probable par deux faits d'épithéliomas survenus chez des hommes qui donnaient la becquée sur leur lèvre, l'un à des volailles, l'autre à des pigeons qu'ils engraissaient.

Le mal a commencé par une petite verrue. — Il peut également débuter par une petite ulcération, une éraillure de l'épiderme.

Il resta d'abord stationnaire, puis progressa rapidement, après des cautérisations faites avec un liquide caustique, — il en est le plus souvent ainsi. Un cancroïde qui, pendant des années, n'aurait fait peut-être aucun progrès, prend une marche envahissante une fois excité par l'emploi intempestif de liquides irritants.

La verrue primitive fut alors remplacée par une ulcération, recouverte d'une croûte que le malade détachait et qui se reproduisait bientôt. Les bords de cette ulcération devinrent élevés, se durcirent; un ganglion sous-maxillaire se dessina; et c'est sous cette forme que le cancroïde se présente aujourd'hui.

Quelles sont les affections qui s'en rapprochent par leur aspect ?

On peut citer : l'ulcération scrofuleuse des lèvres, et surtout le chancre labial.

Pour l'ulcération scrofuleuse, c'est une maladie de l'enfance; l'âge du sujet suffit donc pour fixer le diagnostic.

D'ailleurs le cancroïde ne s'accompagne pas, comme l'ulcération scrofuleuse, d'une tuméfaction générale des lèvres et d'autres manifestations coïncidentes de la même diathèse. Il est donc rare que le doute soit permis.

Le chancre labial, au contraire, ressemble, par son apparence, au cancroïde.

Il peut survenir à tous les âges, dans un sexe comme dans l'autre, sur un point quelconque des lèvres.

S'il s'agit d'une femme, il devient très-probable qu'elle porte un chancre labial, puisque l'existence d'un cancroïde de la lèvre est exceptionnelle chez la femme.

De même, si le siége du mal est sur la lèvre supérieure, ou si le malade a moins de 40 ans, on pensera plutôt à un chancre syphilitique.

On peut aussi tenter d'obtenir un aveu ; mais c'est bien difficile. Le plus souvent le malade nie tout contact compromettant, à moins qu'il ne se trouve en face d'une opération imminente que cet aveu peut empêcher.

La pierre de touche, dans les cas difficiles, est le traitement mercuriel. On peut opérer s'il échoue.

Comme chez le malade en question, le cancroïde n'était pas encore très-considérable, M. Jarjavay l'a enlevé par une incision semi-lunaire ; il a laissé le ganglion, dont le gonflement pouvait tenir à l'action irritante d'applications caustiques.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. LETENNEUR.

Cancer ganglionnaire de la région inguinale consécutif à un eczéma de la marge de l'anus; ulcération de l'artère crurale; hémorrhagie; ligature de l'artère iliaque externe; hémorrhagies secondaires arrêtées par la compression directe; mort par suite de la cachexie.

B... Michel, âgé de 50 ans, maçon, né au Port-Saint-Père (Loire-Inférieure), est entré à l'Hôtel-Dieu de Nantes, salle Saint-François, le 28 août 1866. Cet homme portait alors à l'aine droite un ulcère blafard, soulevé par une tumeur ganglionnaire ; l'ulcère n'avait alors guère plus de trois centimètres de diamètre.

La maladie avait commencé plusieurs mois auparavant, d'une manière insidieuse, par une petite glande mobile et indolente. Cette glande augmenta de volume au mois de juillet et devint adhérente à la peau. Une ulcération se produisit, fut traitée sans succès par divers onguents et fit des progrès qui inquiétèrent le malade et le décidèrent à réclamer un lit à l'hôpital.

M. Vignard qui me remplaçait dans mon service chercha à modifier cette ulcération par des pansements avec de l'alcool camphré, puis avec de l'acide phénique au centième ; en même temps, il prescrivit du vin de quinquina et des pilules ferrugineuses.

Malgré ce traitement, l'ulcère prenait des proportions considérables ; des eschares qui se formèrent furent excisées avec soin, et des pansements fréquents devinrent nécessaires pour combattre la fétidité du pus.

Je repris mon service au milieu du mois d'octobre : alors

l'ulcère avait quinze centimètres de diamètre; sa forme était régulièrement arrondie, ses bords gonflés et indurés formaient un bourrelet dont la partie externe était cutanée, et la partie interne, bosselée, était couverte de bourgeons charnus.

Le fond de l'ulcère présentait à la vue le triangle de Scarpa avec le couturier et une partie des adducteurs disséqués comme pour une préparation anatomique. Les vaisseaux cruraux seuls étaient recouverts d'une légère couche de tissu grisâtre dont l'aspect tranchait avec la couleur rouge des muscles voisins et avec la couche de la veine saphène qui se présentait sous la forme d'un gros cordon recouvert de bourgeons charnus d'un rose vif.

A la partie supérieure de la plaie, une masse ganglionnaire du volume d'une grosse noix faisait saillie à l'extérieur, tandis qu'elle se prolongeait profondément sous le ligament de Fallope qu'elle soulevait au devant des vaisseaux cruraux.

Quelle était la nature de cet ulcère et à quelle cause devait-on l'attribuer?

Il n'existe et il n'a existé, au début de la maladie, aucune lésion au pied ou à la jambe.

Le malade affirme n'avoir jamais eu de maladie vénérienne, et l'examen le plus attentif ne fait découvrir aucune cicatrice sur la verge.

B... nous dit que, pendant toute l'année qui a précédé l'apparition de sa glande, il a été incommodé par une éruption superficielle qui existait à l'anus et à la face interne des fesses, et qui causait une grande démangeaison. Cette éruption, ordinairement sèche, donnait cependant lieu quelquefois à un léger suintement.

Elle disparut lorsque se montra le ganglion de l'aine. En présence de ces antécédents et en raison de la marche et de l'aspect de l'ulcère, je considérai cette maladie comme un cancer épithélial.

Le mal aurait débuté par l'eczéma, puis un ganglion engorgé sous l'influence de cette éruption se serait infiltré d'éléments épidermiques et se serait ulcéré. Quoi qu'il en soit, l'ulcère s'étendait avec une rapidité vraiment désespérante, et il n'y avait pas possibilité de le combattre par le bistouri ou les caustiques.

Il aurait fallu, en effet, opérer une large perte de substance, comprenant l'artère et la veine fémorale, le nerf crural et une grande masse musculaire; en outre, la tumeur ganglionnaire soulevait le ligament de Fallope sans qu'il fût bien possible de préciser ses limites du côté du ventre.

D'ailleurs, l'état général contre-indiquait toute opération; il y avait de l'amaigrissement, une teinte jaune paille de la peau; puis des frissons irréguliers suivis de fièvre qui annonçaient l'infection purulente.

Les pansements avec l'acide phénique au centième furent continués; je prescrivis à l'intérieur le tartrate de fer et de potasse, le vin de quinquina, et de temps en temps du sulfate de quinine.

L'ulcère faisait chaque jour des progrès sensibles, surtout vers la partie interne où la masse des adducteurs se disséquait de plus en plus.

Le 30 novembre, pendant la visite, eut lieu sous nos yeux une hémorrhagie provenant de la rupture de l'artère crurale: la compression au moyen d'un tampon de charpie fut pratiquée immédiatement, et le malade ne perdit pas beaucoup de sang.

Pendant qu'on exerçait la compression, je fis prévenir mon collègue, M. Heurtaux, et on prépara à la hâte ce qui était nécessaire pour la ligature de l'iliaque externe.

Cette ligature fut faite séance tenante par le procédé Malgaigne. J'avais, dans une autre circonstance (Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, tom. VI, pag. 415), pratiqué cette opération par le même procédé que j'avais trouvé aussi simple qu'avantageux.

Après avoir incisé la peau et l'aponévrose abdominale, je détachai quelques-unes des insertions du petit oblique et le muscle fut soulevé par un aide; le fascia transversalis déchiré près du ligament de Fallope, au moyen de la sonde cannelée, permit l'introduction du doigt qui alla immédiatement à la recherche de l'artère; le vaisseau me parut un peu refoulé en dedans par les ganglions malades. Je passai la sonde cannelée de dehors en dedans, et chez ce malade comme chez le premier, je n'éprouvai aucune difficulté à soulever l'artère et à la séparer de la veine. Le temps le plus difficile fut de passer le fil, attendu que je ne trouvai sous la main ni aiguille de Deschamps, ni aiguille d'Ashley-Cooper, et que je me servis d'une petite sonde uréthrale en argent.

Le fil fut serré après que nous eûmes constaté que l'artère était bien saisie et bien isolée; puis le tampon de charpie placé sur le point ulcéré de l'artère crurale fut enlevé. Il n'y eut pas d'écoulement de sang.

Après l'opération, il fut facile de voir le muscle petit oblique reprendre sa place et cacher entièrement le fond de la plaie, les fibres croisant à angle droit l'incision faite à l'aponévrose. Cette disposition préserve des hernies consécutives (mon premier malade n'en avait pas eue), et c'est, avec la facilité d'exécution, un des grands avantages du procédé Malgaigne.

Après cette opération, la plaie prit immédiatement une teinte pâle et blafarde; le malade se plaignit d'un peu d'engourdissement dans la jambe et dans le pied, mais il n'y eut pas de refroidissement.

Dans la soirée, l'œdème qui existait depuis longtemps dans tout le membre, avait presque entièrement disparu, et le malade nous déclare qu'il éprouve depuis l'opération un bien-être inaccoutumé.

La nuit suivante a été bonne, le sommeil eût été possible sans la crainte d'une nouvelle hémorrhagie. Cependant l'épuisement du malade était extrême, non par l'abondance de l'hémorrhagie qui avait été promptement arrêtée, mais par suite de l'ulcération et de l'état cachectique qui en était la conséquence.

Dans la journée du 1er décembre, l'infirmier remarqua quelques paroles incohérentes, la même observation fut faite dans la journée suivante.

Dans la nuit du 3 décembre, il y a eu du délire avec agitation; à quatre heures du matin du sang s'écoule en abondance du fond de l'ulcère; de la charpie imbibée de perchlorure de fer est appliquée et arrête l'écoulement sanguin.

A ma visite du matin, je trouve le pouls petit, dépressible et très-fréquent.

On continue l'usage du vin de quinquina, je prescris en outre une potion astringente pour la journée et une potion calmante pour la nuit.

Le malade se plaint d'une douleur vive dans la jambe, et surtout au niveau du genou; je constate l'existence d'une quantité notable de liquide dans l'articulation.

Le 5, la charpie qui remplit l'ulcère est imbibée de pus fétide, je l'enlève avec précaution, cependant une hémorrhagie se produit immédiatement et est de nouveau arrêtée par la compression directe. Ce moyen me parut suffisant; l'idée d'une nouvelle ligature portée cette fois au fond de la plaie sur le bout inférieur, ainsi que l'avis m'en fut donné par un de mes collègues, fut rejetée par moi; il ne me paraissait pas bien démontré que le sang s'échappait par le bout inférieur; d'un autre côté, la faiblesse du malade et les annonces d'une mort prochaine me firent reculer devant toute nouvelle opération.

Le 9 décembre, après une amélioration de deux jours, caractérisée par la cessation du délire, de nouveaux accidents se manifestèrent: un œdème considérable envahit toute la jambe, la plaie prit une couleur livide et une sensibilité excessive se manifesta dans tout le membre jusqu'à l'extrémité des orteils.

Le 11 décembre, cet état s'aggrava encore, la gangrène occupe toute la plaie de la jambe qui se couvre de phlyctènes, et la mort eut lieu le 15 décembre. Le fil de la ligature s'était détaché spontanément la veille.

Avant de faire l'autopsie, on poussa une injection dans les artères; l'artère iliaque était oblitérée au-dessus et au-dessous de la ligature.

Au fond de l'ulcère, l'artère crurale présentait une perte de substance d'un centimètre et demi de long, intéressant la moitié antérieure du calibre du vaisseau. Au-dessous de cette large échancrure l'artère est vide et aplatie et son volume est considérablement amoindri. Au-dessus, au contraire, le vaisseau est parfaitement libre, et la circonflexe iliaque ainsi que l'épigastrique sont distendues par la matière de l'injection. Il est donc évident que c'est par le bout supérieur que les hémorrhagies secondaires se sont produites.

Le cancer ganglionnaire est assez fréquent dans l'aine, c'est peut-être la seule variété qui se montre primitivement dans cette région (Verneuil, *Dict. encyl.*, art., *aine*). Telle est, en effet, l'opinion généralement admise et qui se fonde sur l'expérience clinique. Cependant je suis porté à croire qu'on n'a pas toujours interrogé avec un soin suffisant l'état des organes voisins, et j'ai vu plusieurs cas où le cancer des ganglions de l'aine avait été précédé, soit de prurit vulvaire, soit de balano-posthite habituelle, dépendant de l'oubli de mesures hygiéniques convenables. Sans doute, cette irritation de voisinage ne rend pas des ganglions cancéreux; mais qui oserait dire qu'elle n'est pas une cause prédisposante qui favorise et sollicite la manifestation de la diathèse? C'est ainsi que, chez mon malade, il me serait difficile de ne tenir aucun compte de cet eczéma de la marge de l'anus qui a précédé la maladie des ganglions. Qu'il y ait une infiltration d'éléments épidermiques, comme j'incline à le croire, ou bien que la maladie ait été franchement cancéreuse, peu importe; ce que je viens mettre en relief, c'est que l'engorgement de l'aine a été précédé par une irritation de la région anale qui ne permet pas de dire qu'il se soit développé d'emblée. Il en est souvent ainsi; je suis persuadé que le point de départ des adénites aiguës ou chroniques échappe quelquefois à l'œil des observateurs les plus attentifs, et j'avoue que les derniers travaux de mon savant confrère, M. Bourguet (d'Aix), ne m'ont pas complétement converti à la doctrine des bubons d'emblée.

Je regrette que l'examen microscopique des bords de l'ulcère qui a causé la mort de mon malade, n'ait pas été fait, c'eût été un complément très-utile de mon observation; néanmoins les réflexions qui précèdent n'en conservent pas moins toute leur valeur.

La ligature de l'artère iliaque externe pratiquée chez mon malade, n'avait d'autre but que de retarder le moment de la mort, et ce but a été atteint; mais à la suite de cette ligature deux faits importants se sont produits et méritent d'attirer l'attention, je veux parler de la *disparition de l'œdème* et des *hémorrhagies secondaires*.

La disparition de l'œdème a été rapide, elle a eu lieu en quelques heures. La circulation en retour ne pouvait suffire auparavant à faire disparaître le liquide infiltré dans le tissu cellulaire. Par suite de la ligature, la quantité de sang apporté par les artères dans le système capillaire étant beaucoup moindre, l'absorption veineuse s'est faite plus librement et le membre a diminué immédiatement de volume. On peut donc dire que la ligature de l'artère principale d'un membre produit un effet diamétralement opposé à celui que produirait la ligature de la veine correspondante.

C'est ainsi qu'on peut expliquer la guérison de l'éléphantiasis des Arabes au moyen de la ligature de l'artère principale du membre, guérison dont on a cité dernièrement un certain nombre de cas. (*Médic. chirurg.*, *transact.* et *Archives générales de méd.*)

C'est ainsi également que la compression digitale, en suspendant ou en modérant l'afflux du sang artériel dans un membre devenu le siége d'un phlegmon, a facilité la résolution de l'inflammation. (Vanzetti, de Padoue.)

Il est donc démontré que la sérosité infiltrée dans les tissus et les exsudats produits par l'inflammation se résorbent si l'on diminue le courant sanguin dans les artères correspondantes comme on peut aussi, par le même moyen, prévenir des inflammations ou simplement combattre des congestions. Il y a longtemps déjà que la compression des artères carotides a été conseillée contre les convulsions par Trousseau. (J.-B.-A. Stroehlin, de Genève, thèses de Paris, 1839.)

Il suffit de grouper ces faits pour voir qu'il y a là un moyen thérapeutique d'une grande puissance et dont on pourra étendre beaucoup l'application.

On a vu que, chez mon malade, peu de temps après la ligature de l'iliaque externe, des hémorrhagies se sont reproduites au fond de la plaie et, un instant, il a pu être question d'aller chercher le bout inférieur de l'artère crurale pour le lier. L'événement a prouvé que cette opération eût été inutile, puisque l'hémorrhagie avait lieu par le bout supérieur, au moyen des collatérales importantes qui naissent de la crurale à sa partie supérieure.

Il faut donc se défier de cette idée généralement admise et formulée par les auteurs classiques, que *les hémorrhagies secondaires après la ligature de l'artère à une certaine distance au-dessus de la plaie, se produisent par le bout inférieur.*

Un autre malade, entré dans mon service au mois d'avril dernier, nous a fourni un nouvel exemple d'hémorrhagie secondaire par le bout supérieur.

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans qui venait de recevoir un coup de couteau à la partie interne et supérieure du jarret, le couteau avait pénétré à 20 centimètres de profondeur, l'hémorrhagie était considérable et n'était arrêtée qu'incomplétement par la compression. La direction de la plaie et sa profondeur me firent supposer que l'artère poplitée avait été atteinte: j'allai à la recherche du vaisseau et je passai un fil au-dessous. En soulevant l'artère dans l'anse de fil, j'acquis la certitude que le sang coulait encore, il ne venait donc pas de l'artère poplitée ou, du moins, il y avait d'autres artères lésées.

Le vaste interne fut alors incisé dans la direction de la plaie, je liai, chemin faisant, trois petites artères, et enfin je découvris profondément une artère articulaire volumineuse qui donnait beaucoup de sang, cette artère fut liée et l'hémorrhagie parut définitivement suspendue.

Cependant je crus prudent de laisser en place la ligature de la poplitée, comme ligature d'attente en cas d'événement, et je ne la retirai que le quatrième jour. A ce moment, tout paraissait marcher à souhait, nous étions au 17 avril. Le 20, le malade descendit de son lit, malgré nos recommandations, fit un mouvement dans lequel la jambe fut étendue brusquement et à l'instant même une hémorrhagie violente se produisit; évidemment l'artère poplitée s'était rompue au niveau du point où avait été placée la ligature d'attente. La compression de l'artère crurale modéra la perte de sang pendant deux jours, mais ne l'arrêta pas; je dus lier cette artère le 22, à la partie moyenne de la cuisse. Le 24, l'hémorrhagie se reproduisit, et le malade, lorsque j'arrivai près de lui le 25, semblait n'avoir plus que quelques minutes à vivre; cependant il réclamait l'amputation que je me décidai à pratiquer immédiatement, après avoir pris l'avis de quelques-uns de mes collègues. Au moment où j'allais commencer l'opération, il y eut une syncope que nous crûmes tous mortelle; cependant tout se passa mieux que nous n'osions l'espérer, et le jeune malade est aujourd'hui en parfaite santé.

L'examen du membre a prouvé que l'hémorrhagie était fournie par le bout supérieur de l'artère poplitée, et cependant j'avoue que si le malade eût été moins faible et que j'eusse voulu placer une ligature dans le creux du jarret, c'est vers le bout inférieur que j'aurais tout d'abord dirigé mes recherches.

Ce fait, en démontrant une fois de plus les inconvénients des ligatures d'attente, prouve, comme nous le disions plus haut, combien il est difficile de préciser *à priori* la source des hémorrhagies secondaires.

OPÉRATIONS D'OVARIOTOMIE

par M. E. KŒBERLÉ.

Ovariotomie pratiquée le 8 novembre 1866. — Mort.

Mlle W... (de Saint-Gall), âgée de 29 ans, un peu amaigrie, d'une constitution très-délicate, était affectée d'un kyste de l'ovaire droit dont les débuts paraissaient remonter à quatre ou cinq ans lorsqu'elle me fut adressée par M. le docteur Seitz (de Saint-Gall). Il n'était jamais survenu de douleurs abdominales, et la tumeur était libre d'adhérences. La circonférence du ventre était de 1m,08. Rien d'anormal du côté du bassin. L'état général était très-bon. La menstruation était irrégulière.

L'ovariotomie eut lieu le 8 novembre 1866. Le kyste était dépourvu d'adhérences; il était multiloculaire, avec une grande loge prédominante qui renfermait 11 kilogrammes et demi de liquide; il dépendait de l'ovaire droit. L'ovaire gauche était sain. Le pédicule était long; il fut lié avec du fil de fer comme dans les opérations précédentes. Les intestins apparurent à peine et ne furent guère touchés que sur le trajet de l'incision; la plaie fut réunie par deux points de suture profonde et quatre points de suture superficielle. Quoique l'opération ait été la plus simple possible, elle dura néanmoins une heure, parce que l'on éprouva beaucoup de difficulté à arrêter l'hémorrhagie provenant de l'incision abdominale. Il y eut là une perte de sang de 350 grammes. Le sang était très-fluide et peu coagulable. Il fallut à peine 30 grammes de chloroforme, parce que l'anesthésie se produisait très-facilement; il y eut des vomissements chloroformiques bilieux pendant plusieurs heures, et le pouls resta très-déprimé. Le lendemain, il se manifesta des symptômes de péritonite pelvienne. On extraya alors environ 150 grammes de sérosité du fond du bassin à l'aide d'une sonde, après avoir entr'ouvert l'angle inférieur de la plaie au-dessus du pédicule. Les symptômes de péritonite disparurent peu à peu. Pendant le cours de la péritonite, la malade, très-affaissée, fut stimulée par du vin de Champagne et du vin de Bordeaux. Le pouls se releva; mais il survint alors une entérite simple occasionnée probablement par l'administration du vin auquel la malade n'était nullement accoutumée. Il se produisit une hypercrinie de-

la muqueuse intestinale très-abondante, avec une soif très-vive; les traits se décomposèrent rapidement; il survint du refroidissement, de la cyanose, et l'opérée succomba avec des symptômes cholériformes le quatrième jour.

A l'autopsie, on ne trouva aucun épanchement de sérosité dans la cavité abdominale. Dans l'excavation pelvienne, les intestins étaient légèrement agglutinés entre eux. Il n'existait aucune trace de péritonite dans le reste de l'abdomen. L'intestin dans toute son étendue, ainsi que l'estomac étaient très-congestionnés, mais sans être recouverts d'un exsudat; ils renfermaient une grande quantité de liquide noirâtre, coloré par le vin rouge.

Remarques. Les opérations aussi simples que celle-ci sont en général suivies de succès; il est rare qu'il survienne des accidents consécutifs.

L'hémorrhagie persistante de la paroi abdominale et les difficultés de l'hémostase qui ont prolongé l'opération, ont été les causes premières de l'insuccès en donnant lieu à une légère péritonite pelvienne; cette péritonite circonscrite, par elle-même, n'eût jamais été mortelle, et du reste elle s'est calmée et a cédé rapidement.

La mort a été occasionnée par l'entérite simple et par l'hypercrinie intestinale qui en a été la conséquence. La cause prochaine de l'entérite a été tout d'abord la grande irritabilité de l'estomac sous l'influence du chloroforme, malgré la quantité presque insignifiante qui en a été employée. D'autre part, les alcooliques que l'on a administrés comme stimulants pendant la période de péritonite pelvienne, ont ensuite excité ou activé l'irritation du tube digestif, ce qui a donné lieu à une hypercrinie de la muqueuse intestinale qui a été la cause déterminante de la mort.

La conclusion pratique à tirer de ce cas, c'est qu'il faut user de beaucoup de circonspection dans l'administration du vin chez les personnes qui n'y sont pas habituées et dont la constitution est très-délicate.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 4 décembre 1867. — Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. **Dolbeau** rend compte d'une observation de luxation de l'extrémité supérieure du radius; cette observation a été adressée par M. Chenevier, professeur de clinique, à Besançon.

RAPPORT.

M. **Després** fait un rapport verbal sur un nouvel appareil à compression élastique imaginé par M. Sarrazin.

COMMUNICATION.

Malformation de la voûte et du voile du palais. Circonstances exceptionnelles.

M. **Trélat.** Le fait dont je vais entretenir la Société est à la fois singulier et intéressant. Il est singulier en ce sens que nous aurions sous les yeux un cas de réparation spontanée d'une division congénitale du voile du palais plusieurs années après la naissance. Le fait est qu'on observe des traces manifestes de réunion des deux moitiés du repli palatin; quant au passé, je suis obligé de m'en rapporter entièrement au récit du malade, et, quelques précautions que j'aie prises, quelque réitérées qu'aient été mes interrogations, il y a lieu de rester dans une certaine réserve. Au reste, vous en jugerez mieux en vous reportant aux détails de l'observation et en examinant le sujet que je vais vous présenter. Je ne connais dans la science aucun fait semblable à celui-ci. Je connais des cas de guérison de division palatine ou labiale pendant la vie intra-utérine avec cicatrice apparente à la naissance, mais ni la lecture, ni l'observation directe ne m'ont permis de constater des guérisons postérieures à la naissance et surtout pour le plancher de la bouche.

Sur ce premier point, je me borne à cette simple mention : tout porte à croire que nous sommes dans le vrai; j'ai pris toutes les précautions possibles, mais, comme il s'agit d'un récit de malade, comme le fait n'a pas eu de témoins, et que d'ailleurs il me paraît être sans précédent, je me serais reproché de ne pas vous le faire connaître, mais je me reprocherais plus encore de le donner comme absolument incontestable.

Maintenant voici le côté intéressant. L'année dernière, dans un rapport que je fis sur un travail de notre nouveau collègue, M. Liégeois, je développai cette idée que les divisions du voile du palais s'accompagnent fréquemment de malformations ou d'insuffisance de la voûte palatine; que ces malformations, souvent inaperçues, rendent le voile du palais plus court en déplaçant son attache intérieure, et qu'en somme, l'étendue de cette insuffisance de la voûte est la cause fondamentale du succès ou de l'insuccès des opérations plastiques au point de vue des fonctions vocales. En d'autres termes, la staphyloraphie restitue la parole quand la voûte palatine est bien conformée, tandis qu'elle n'atteint pas ce résultat dans le cas contraire.

Or, notre homme est précisément dans l'état d'un opéré guéri de staphyloraphie. Qu'importe le mécanisme de cette guérison? Il y a une réunion cicatricielle antéro-postérieure des deux moitiés du voile; d'autre part, la prononciation est vicieuse, et vous pourrez vous-mêmes constater les lacunes ou les défauts notés dans l'observation. (Ici M. Trélat fait lire le malade à haute voix.) Le *t*, le *q*, le *g* dur sont impossibles; le *d* est remplacé par un son voisin du *gn*; l'*s* ressemble fort au *ch*. Cependant le voile est souple, mobile, contractile, ni tendu, ni bridé, mais il ne peut ni toucher, ni même approcher la paroi pharyngienne ni la base de la langue. En même temps, le palais osseux qui a d'habitude 60 millimètres environ depuis le rebord alvéolaire jusqu'à son bord palatin, présente ici des dimensions beaucoup plus restreintes; de plus, au lieu que ce bord postérieur soit étendu entre les deux dernières molaires avec une petite saillie médiane en forme d'épine, ce qui est la disposition normale; il est ici fortement échancré suivant une courbure convexe en avant, c'est-à-dire beaucoup plus rapproché des alvéoles antérieures.

C'est donc une nouvelle preuve à l'appui des faits que j'ai avancés. En effet, nous avons ici une réunion staphylienne fort ancienne, des efforts pour améliorer le langage suivis d'un succès partiel, une difformité de la voûte palatine, un vice de prononciation persistant : c'est l'enchaînement de faits sur lequel je désirais fixer votre attention.

Voici maintenant l'observation qui a été recueillie par M. Sautereau, interne de mon service :

Obs. Charles G..., serrurier, âgé de 43 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Barnabé, le 14 novembre 1867.

Cet homme est bien constitué et habituellement bien portant.

Le motif de son entrée est une ténosite sèche, bornée à la gaîne du long extenseur du pouce gauche, et qui se diagnostique aisément, grâce à la crépitation particulière dont elle est accompagnée.

Mais d'autres signes caractéristiques attirent l'attention sur la cavité buccale de ce malade.

Il prononce avec difficulté certaines lettres, ne peut en articuler certaines autres, et chaque son émis par le larynx est accompagné chez lui d'un nasonnement accentué.

Il semble même que l'articulation des mots exige impérieusement chez lui le concours des muscles de la face, car il ne peut parler sans faire plusieurs grimaces exécutées spécialement par les zygomatiques et les muscles des ailes du nez.

Ouvre-t-il la bouche, sans qu'il soit même besoin d'abaisser la base de la langue, on aperçoit la paroi postérieure du pharynx à travers l'isthme du gosier, dont les dimensions dépassent celles de l'état normal.

Cette disposition résulte manifestement de la brièveté de la paroi buccale supérieure, voûte et voile du palais.

La hauteur de cette paroi, depuis l'arcade alvéolaire jusqu'au bord libre du voile est de 60 à 65 millimètres, dont 32 millimètres pour la voûte palatine, et 30 millimètres au moins pour le voile du palais.

La longueur de ce dernier repli est donc à peu près la même qu'à l'état normal, tandis que la voûte osseuse est notablement plus courte.

La luette est rudimentaire; elle est représentée par une saillie ou tubercule arrondi, un peu déjeté à droite. On remarque en outre, à la partie médiane du voile du palais et au niveau de sa jonction avec le bord postérieur de la voûte palatine, une tache d'un blanc grisâtre, presque transparente, tranchant sur la coloration rosée du reste du repli, à bords sinueux et de forme à peu près ovalaire, mesurant environ 3 centimètres de hauteur; elle aboutit, en bas, à une ligne de même couleur qui, suivant à peu près la portion médiane, vient se terminer à la partie latérale gauche du tubercule qui a remplacé la luette.

La palpation à l'aide du doigt indicateur permet d'apprécier la forme de la voûte palatine. Son bord postérieur est sinueux et forme une courbe à concavité postérieure dont le centre correspond à sa portion médiane. C'est cette courbe qui détermine la brièveté antéro-postérieure très-prononcée de la voûte.

Les deux piliers du voile du palais existent, comme à l'état normal; le postérieur cependant est moins saillant en dedans; la loge amygdalienne est plus petite que chez d'autres sujets.

Le voile du palais est mobile; il s'élève et s'abaisse aisément, bien qu'il ne puisse parvenir à fermer l'orifice postérieur de la bouche. Quand on porte le doigt à travers l'isthme du gosier jusque vers la paroi postérieure du pharynx, au lieu de rencontrer le voile du palais tendu comme un rideau, on passe aisément au-dessous de son bord inférieur fortement échancré sur la ligne médiane. Cette disposition, due à la brièveté de la voûte osseuse, peut être constatée par la vue en provoquant, par un attouchement, la contraction du voile.

La déglutition est facile et régulière, et les seules fonctions que cette malformation trouble, sont celles de la phonation, encore faut-il dire que la prononciation est médiocrement vicieuse et la parole très-intelligible.

La voix, quel que soit le son émis par le larynx, est nasonnée : ce timbre s'explique aisément, par cela que les ondes sonores, à cause de l'exiguïté de la voûte palatine, trouvent une entrée plus facile dans la cavité nasale où elles retentissent.

Les voyelles, et la plus grande partie des consonnes s'articulent avec facilité. D'autres, au contraire, trouvent dans cette disposition particulière de la bouche, un obstacle insurmontable.

Nous n'avons jamais pu faire prononcer les consonnes *d*, *t*, *q*, *k*, *g* dur et *s*. Lui ordonne-t-on de dire *gomme*, *campagne*, *ton*, malgré ses efforts et sa bonne volonté, il ne parvient à faire entendre que *omme*, *ampagne*, *on*.

Ces consonnes font partie de celles que M. Fournier appelle glosso-palatines postérieures; c'est-à-dire que, pour les prononcer, il faut que la base de la langue s'applique au voile du palais de manière à fermer l'orifice postérieur de la bouche. La consonne est alors émise au moment où cette occlusion cesse brusquement. Or, cette condition ne peut être remplie par le sujet de cette observation à cause de l'insuffisance de la paroi supérieure de la bouche.

Une question se pose naturellement ici. D'où provient cette malformation? On écarte vite l'hypothèse de la syphilis en écoutant le récit du malade. Celui-ci raconte, en effet, qu'il a toujours eu cette difficulté de la parole et ce timbre de voix nasonné, que l'un et l'autre de ces défauts étaient même plus accusés dans son enfance, et que c'est par l'habitude et avec le temps qu'il est parvenu à prononcer des mots dont l'usage lui était interdit autrefois; que vers l'âge de 10 à 12 ans, il fut même examiné par un chirurgien qui conseilla de le faire opérer plus tard : il croit qu'à cette époque il y avait division de son voile du palais. Il déclare en outre qu'à sa connaissance, il n'a jamais eu la syphilis; qu'il n'a jamais fait aucun traitement spécifique, pilules ou potions; qu'il n'a jamais souffert de la gorge; enfin, il ne porte aucune marque syphilitique. Tout porte donc à croire qu'il s'agit là d'une division congénitale du voile du palais, avec insuffisance de la voûte palatine, et qu'il se serait fait spontanément, à une époque indéterminée, un travail de cicatrisation qui aurait remédié en partie au vice de conformation.

M. **Demarquay.** A l'appui des opinions de M. Trélat, je rapporterai le fait suivant. J'ai été consulté par un monsieur qui portait les traces évidentes d'un bec-de-lièvre, dont la guérison avait été obtenue par les seuls efforts de la nature. Depuis, ce monsieur est devenu père d'un enfant portant un bec-de-lièvre double, avec division de la voûte palatine. Je connais diverses familles dans lesquelles le bec-de-lièvre est manifestement héréditaire.

M. **Verneuil.** Le bec-de-lièvre, même accidentel, peut guérir spontanément pendant la vie intra-utérine. J'en trouve la preuve dans une pièce que j'ai déposée au musée Dupuytren.

Il s'agit d'un fœtus qui porte une cicatrice à la lèvre supérieure en même temps que dans le point correspondant de la lèvre inférieure on remarque une solution de continuité non réunie.

M. **Cloquet.** Les divisions de la lèvre peuvent guérir spontanément; j'ai observé plusieurs enfants, venus au monde avec les traces d'un bec-de-lièvre cicatrisé plus ou moins régulièrement.

M. **Guersant.** Je n'ai jamais vu de cas analogues à celui que vient de nous présenter M. Trélat, mais j'ai observé, relativement très-souvent, des cas de guérison spontanée de bec-de-lièvre. J'ai vu, avec M. Danyau, un enfant qui, d'un côté, portait un bec-de-lièvre, et de l'autre côté les traces évidentes d'une guérison qui avait dû s'effectuer dans le sein de la mère.

M. **Trélat.** Je connais une quinzaine d'observations de guérison spontanée du bec-de-lièvre, mais je constate que personne, parmi les membres de la Société, n'a encore observé la guérison spontanée de la fissure palatine. Si l'on en croit le récit du malade, chez lui la guérison se serait effectuée postérieurement à la naissance.

Election d'un membre titulaire.

28 membres prennent part au scrutin.

M. Liégeois obtient 25 suffrages;

M. Leroy d'Etiolles, 2;

M. Guéniot, 1.

En conséquence, M. Liégeois est élu membre titulaire.

Election d'un membre honoraire.

La Société, appelée à se prononcer sur la demande d'honorariat, faite par M. Richet décide à la majorité de 26 voix sur 28 votants, que M. Richet sera inscrit sur la liste des membres honoraires.

COMMUNICATION.

Difformité du mal vertébral.

M. **Broca.** Il y a plusieurs années j'ai soutenu l'existence de plusieurs espèces dans le mal vertébral de Pott. L'une de ces espèces, décrite par M. Ripoll (de Toulouse), sous le nom de polyarthrite vertébrale consiste dans la destruction primitive des risques intervertébraux.

Plusieurs pièces, que j'ai pu examiner, m'ont démontré que, dans cette forme de mal vertébral, la gibbosité, au lieu d'être angulaire, offre une courbe régulière. J'ai pensé qu'on pouvait tirer parti de cette particularité pour arriver au diagnostic de la polyarthrite vertébrale. Voici trois moules qui représentent la forme de la gibbosité et, dans l'un des cas, j'ai pu vérifier l'exactitude du diagnostic que j'avais porté pendant la vie. Tout en attachant de l'importance à la régularité de la courbure, je suis obligé d'admettre que des destructions partielles portant sur les corps vertébraux peuvent également donner naissance à une gibbosité non angulaire, et simuler la polyarthrite. Cette dernière hypothèse ne s'adressant qu'à des faits exceptionnels, je persiste à croire que la forme de la gibbosité peut être chimiquement utilisée dans le diagnostic des différentes espèces de mal vertébral.

M. **Cloquet.** J'ai vu plusieurs fois des courbures régulières de la colonne vertébrale absolument analogues à celles dont M. Broca présente le moule. Le rachitisme des corps vertébraux peut avoir pour conséquence, ainsi que cela résulte de mes observations, la formation de gibbosités que M. Broca semble disposé à considérer comme caractéristiques de la polyarthrite vertébrale.

M. **Bouvier.** Les malades qui ont été observés par M. Broca n'étaient point atteints de rachitisme, puisque chez l'un d'eux, l'autopsie a démontré les lésions de la polyarthrite. Un autre de ces malades était paraplégique, ce qui exclut encore l'idée du rachitisme. Le diagnostic des différentes espèces de mal vertébral est toujours environné de grandes difficultés. Je me rallie, du reste, à l'opinion de M. Broca, du moment qu'il veut bien admettre que dans certaines conditions la carie, les tubercules peuvent donner aussi naissance à des gibbosités régulières de la colonne vertébrale.

Je ferai remarquer que sur l'un des membres il y a manifestement des saillies anguleuses, c'est le fait dans lequel l'autopsie a démontré l'existence d'une polyarthrite.

M. **Marjolin.** Je n'ai guère observé qu'un seul cas de polyarthrite vertébrale; il est, du reste, bien difficile de préciser si ce sont les disques vertébraux qui sont primitivement malades. Dans les suppurations étendues de la colonne vertébrale, les disques sont presque complétement détruits. J'avoue que si l'on m'eût présenté le moule qui offre une gibbosité angulaire, je n'eusse point hésité à affirmer que les corps vertébraux étaient détruits. Certains enfants mal portants, rachitiques présentent parfois une courbure assez limitée de la colonne vertébrale; dans ces cas, il faut savoir qu'il n'y a point de lésion et que la courbure tient à une inclinaison naturelle.

On a beaucoup parlé de l'influence de la masturbation sur la production du mal de Pott. J'ai fait sur ce sujet des recherches

précisés et je puis affirmer que, 19 fois sur 20, les gibbosités vertébrales ne coïncidaient point avec un développement anormal des organes génitaux.

M. **Broca.** Il ne serait point impossible que l'opération du moulage n'eût exagéré les saillies. Il suffit d'examiner ces moules de profil pour se convaincre que la gibbosité diffère de celle que l'on observe dans le mal de Pott tuberculeux. Il y a une erreur que l'on pourrait commettre, c'est de confondre la gibbosité de la polyarthrite avec celle qui s'observe dans la vieillesse. Les commémoratifs pourront seuls éclaircir le diagnostic.

M. **Bouvier.** A l'inspection de ces plâtres, je n'eusse point, comme M. Broca, admis l'existence d'une polyarthrite. Il est nécessaire, pour se prononcer, d'avoir assisté au début de l'affection. J'ai vu la carie vertébrale s'accompagner au début d'une gibbosité angulaire qui s'arrondissait ultérieurement par suite des progrès du mal. Pour affirmer la polyarthrite d'après la seule forme de la gibbosité, il faut être sûr qu'à aucune époque de la maladie, la colonne vertébrale n'a point été courbée angulairement.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire, Dolbeau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par divers décrets, des chaires nouvelles sont créées près les écoles de médecine de :

Lyon. — Une chaire de physiologie et une chaire de chimie médicale.

Marseille. — Une chaire d'histoire naturelle médicale.

Nantes. — Une chaire d'histoire naturelle et de matière médicale ; une chaire de chimie appliquée à la médecine et à la pharmacie ; une chaire de pharmacie ; une chaire de physiologie.

La chaire de matière médicale et thérapeutique et la chaire de pharmacie et toxicologie, actuellement existantes à Nantes, sont et demeurent supprimées.

— M. le Dr Nicaise vient d'être nommé à la suite d'un concours, à la place de prosecteur des hôpitaux.

— Nous apprenons avec satisfaction que la démarche du Bureau de l'Académie auprès du ministre de l'intérieur, relative à la question de la constatation des naissances, a été très-favorablement accueillie. M. le ministre n'a fait aucune objection pour le principe, il a promis aux délégués de l'Académie de mettre prochainement à l'étude les moyens d'exécution.

— On assure que le ministère de la justice et le ministère de l'intérieur ont institué une sorte d'enquête permanente dans le but de constater l'état mental des détenus, prévenus, accusés ou condamnés qui peuvent simuler la folie, ou chez lesquels peut se produire réellement un trouble intellectuel.

Il a été décidé, en outre, qu'un asile spécial serait annexé aux maisons centrales, dans lequel on placerait les personnes qui, après jugement, donneraient des signes manifestes d'aliénation mentale. (*Cosmos* du 4 janvier 1868.)

— La Société micrographique tiendra sa prochaine séance le lundi 20 janvier, rue Christine, 2.

—M. Daremberg reprendra, mardi prochain 21, au Collége de France, son cours sur l'histoire de la médecine, qu'il avait été obligé d'interrompre par suite d'une indisposition.

— Le corps des élèves internes des hôpitaux de Paris vient de faire une perte regrettable dans la personne de M. Duprat, l'un de ses membres les plus distingués.

— Ce n'est pas le maire de Boulogne-sur-Mer, mais bien celui de Boulogne-sur-Seine, qui a pris la louable initiative de supprimer le transport à la mairie des enfants nouveau-nés.

—La société botanique de France vient de composer de la manière suivante son Bureau et son Conseil pour l'année 1868 :

Président, M. Duchartre ; *vice-présidents*, MM. Beautemps-Beaupré, Bureau, Lasègue, Gustave Planchon ; *secrétaire général*, M. de Schœnefeld; *secrétaires*, MM. E. Cosson, Roze; *vice-secrétaires*, MM. Bescherelle, Larcher; *trésorier*, M. Fr. Delessert ; *archiviste*, M. Eugène Fournier ; *membres du conseil*, MM. P. de Bretagne, Brice, Ad. Brongniart, Chatin, Decaisne, Fermond, A. Gris, Gubler, le comte Jaubert, Aug. Michel, A. Passy, J. de Seynes.

— La *Revue de Paris*, qui paraît depuis le 1er janvier, le 1er et le 15 de chaque mois, — au prix de 20 fr., au lieu de 30 fr., pour tous les abonnés de la *Gazette des hôpitaux*, — a publié dans son numéro du 1er janvier les articles suivants :

I. Ch. Revillout, professeur de littérature française à la faculté des lettres de Montpellier : *la Littérature française après la Fronde*. — II. Léouzon-Le-Duc : *les Fêtes de Noël et du jour de l'an dans les pays du nord de l'Europe*.—III. Raoul de Navery : *Jeanne de Kérouan* (1re partie).—IV. Eugène Revillout: *Champollion et l'abbé de l'Epée*. — V. Dr Viaud Grand-Marais, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Nantes : *les Serpents de la Vendée et de la Loire-Inférieure* (suite).— VI. G. Ferry : *les sœurs de Marie-Antoinette* (fin). — VII. E. de Grenville : *les Feuilles volantes*. — *Chronique élégante*.

Le numéro du 15 janvier vient de paraître ; il contient les articles suivants :

I. Adolphe de Circourt : *Un ami de Pierre le Grand : le général Le Fort*.— II. E. Berchon : *A travers l'Atlantique ; — Comment on vit à bord* (suite et fin).— III. Raoul de Navery : *Jeanne de Kérouan* (2e partie).— IV. A. Labutte : *la Normandie pendant la lutte du Prétendant*. — V. P. Bonnaud : *de l'Esthétique contemporaine*. — VI. Georges Grand : *Hippolyte Monpou*. — VII. Gaston de Flotte : *Bibliographie*. — *Chronique élégante*.

De la délivrance dans l'avortement, par le Dr Guéniot, chirurgien des hôpitaux à Paris, in-8 de 44 pages : prix, 1 fr. 25. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

(2080)— Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL DE PADOUE. — M. VANZETTI.

ÉROSION
des cartilages du genou. — Résection. — Guérison.

J. R..., paysan des environs de Padoue, âgé de 25 ans, brun, d'une constitution robuste, de tempérament bilieux, commença à ressentir, dans l'année 1861, sans cause appréciable, des douleurs au genou gauche. Malgré l'usage des sources thermales d'Abano, des vésicatoires, des cautères et du repos prolongé, elles augmentèrent, chaque année, de plus en plus, amenant une flexion du genou, mettant le malade dans l'impossibilité de s'adonner à aucune occupation et lui rendant même la vie à charge.

Lors de son entrée à ma clinique, le 10 juin 1865, sa jambe gauche était en demi-flexion, le genou malade un peu plus gros que le sain, et déformé par suite d'une semi-luxation du tibia en arrière et en dehors, avec proéminence exagérée du condyle interne du fémur. Les téguments étaient de couleur normale, un peu épaissis et durs. On pouvait assez bien distinguer les limites de la rotule, qui était immobile, mais sans qu'on puisse reconnaître si cela provenait de la flexion de la jambe ou de la suture aux condyles. Le moindre mouvement causait des douleurs atroces.

On soupçonna qu'il y avait érosion des cartilages; et une exploration exacte, faite pendant l'anesthésie, ne laissa plus de doute.

L'extension forcée de la jambe, avec appareil inamovible, les narcotiques à haute dose, soit à l'intérieur, soit par injections hypodermiques, l'iodure de potassium, etc., employés pendant 34 jours, n'ayant produit aucune amélioration, les douleurs étant si violentes que le malade priait qu'on lui coupât la cuisse, nous nous décidâmes à pratiquer la résection du genou.

L'opération fut exécutée le 14 du mois de juillet par une incision en forme de H, le malade étant éthérisé. Après avoir disséqué le lambeau rotulien, coupé les ligaments, fléchi fortement la jambe et mis à découvert ainsi la surface articulaire du fémur et du tibia, on la trouva, dans toute son étendue, dépourvue de cartilages, légèrement raboteuse, très-dure, et parsemée, tout autour, de végétations osseuses. La rotule était tout à fait saine, on la laissa; on réséqua, avec la scie d'abord, les condyles du fémur, puis la tête du tibia, en y comprenant l'articulation du péroné. Pendant la section du tibia, on ouvrit, dans son épaisseur, une excavation à parois nues, qui aurait pu contenir une noix, sans trace de séquestre ni matière purulente ou tuberculeuse. La surface de résection du fémur était moins étendue que celle du tibia, de sorte que, quand on rapprocha l'une de l'autre ces parties dans la direction convenable, la partie sectionnée du tibia débordait tout autour celle du fémur de 3 à 4 millimètres. On plaça dans le fond de la plaie un tube à drainage, et l'on réunit très-exactement, avec des points de suture, la plaie transversale et les deux latérales; puis on plaça le membre dans un appareil semblable à celui dont on s'était servi sur le malade de l'observation précédente.

2e jour. Le malade a passé une bonne nuit, est très-content de son état, ne sentant plus ses douleurs. La réaction est pleinement développée au soir, avec température élevée; céphalalgie. Pouls, 130.

3e jour. La fièvre est tombée; point de céphalalgie, chaleur presque normale; pouls, 120. — On ôte tous les points de suture; les plaies transversale et latérales, dans toute leur étendue, sont parfaitement cicatrisées, sauf les points d'émergence du tube à drainage, d'où il sort un peu de pus.

4e, 5e, 6e, 7e, 8e jour. Pouls, 104, 103, 92, 80. Tous ces jours-ci, sortie de très-peu de pus à côté d'un des bouts du tube à drainage, que l'on supprime.

15e jour. Pouls, 86. Depuis l'enlèvement du tube il n'est sorti que très-peu de pus par les deux ouvertures. L'état général du malade et celui du genou sont on ne peut plus satisfaisants.

25e jour. Le genou est un peu enflé et chaud; la température générale un peu élevée; pouls, 98-104. — Craignant que du pus ne soit retenu dans l'intérieur de la plaie et qu'il n'y ait un commencement d'étranglement causé par la bande qui assujettit la cuisse à la gouttière fémorale, on change le *premier* appareil en le remplaçant par un bandage de Scultet et une gouttière continue, dans laquelle on fixe le membre moyennant une bande roulée, qui du pied s'étend à la racine de la cuisse. En ôtant l'appareil, on trouva qu'au côté externe du genou, sous le bord de la bande qui entourait la jambe, il existait l'ouverture d'un abcès, de laquelle on fit sortir une petite cuillerée de matière purulente.

45e jour. Pendant tous ces jours, on a fait sortir du pus par l'ouverture sus-mentionnée; la jambe continue à être un peu œdémateuse; le pouls donne de 100 à 108 pulsations. La plaie transversale et les deux latérales sont parfaitement formées et leurs cicatrices à peine visibles. — Les portions d'os réséquées ont une longueur de 10 centimètres, fémur et tibia réunis. — A cause des vacances, le malade a passé dans un autre service, où il fut traité, jusqu'au 13 novembre, avec les soins les plus assidus. Dans ce laps de temps, il se forma au côté interne du genou un second abcès, qui fut incisé.

Le 14 novembre, c'est-à-dire précisément quatre mois après l'opération, le malade est de nouveau reçu dans ma clinique. — Son état général était assez satisfaisant, et le cal osseux avait quelque résistance. A la place de l'abcès qu'on avait incisé, il restait une fistule donnant encore du pus; au côté externe existait aussi toujours l'ouverture de l'abcès primitif qui était un peu élargie, et, ce qui nous étonna, c'est que, de son milieu, proéminait une saillie osseuse arrondie, du volume d'une petite noix, couverte de bourgeons charnus, saillie qui n'était autre chose qu'une portion du rebord osseux dénudé.

L'aspect du genou malade, sauf cette saillie osseuse bourgeonnante, était presque normal et différait très-peu de celui du genou sain, surtout à cause de la présence de la rotule.

A la fin du mois de décembre, il se forma dans le creux poplité un nouvel abcès, qui donna issue à une petite portion nécrosée de la marge d'une des surfaces réséquées.

Dès le mois d'avril 1866, le malade commença à se promener dans la cour de l'hôpital, ayant la jambe toujours assujettie dans une gouttière poplitée; pendant tout ce temps, on eut soin, dans le pansement quotidien, de comprimer le fémur de haut en bas pour en faire sortir le pus par les deux petites fistules qui restaient, l'une au côté externe, l'autre au côté interne du genou.

Avant la sortie définitive du malade, au mois de juin, les sinus fistuleux étaient fermés, et la saillie osseuse cicatrisée. La rotule est libre et obéit à la contraction du triceps crural.

De retour chez lui, le malade se sert facilement de son membre et vient tous les jours en ville à pas accéléré, portant seulement à sa chaussure gauche une semelle haute de trois travers de doigt.



On peut voir par la gravure, qui est une copie exacte des deux photographies du malade, combien est belle l'apparence du membre opéré.

Tumeur blanche du genou. — Résection. — Guérison.

L... (Joseph), âgé de 9 ans, fils d'un ouvrier, habitant à Lisiéra, dans la province de Vicence, de constitution délicate, très-vif, tombe d'un arbre au printemps de l'année 1864, et se fait au genou droit une contusion, qui, négligée, fut cause d'une inflammation chronique.

Le 17 novembre de la même année, ses parents l'ayant conduit à ma clinique, je reconnus l'existence d'une tumeur blanche, dont la circonférence était de 38 centimètres, celle du genou sain n'étant que de 23 centimètres. Le membre était fléchi presque à angle droit.

Du 18 novembre 1864 jusqu'au 13 décembre, on pratiqua la compression digitale de la fémorale, chaque jour de six à huit heures, ce qui fit diminuer de 2 centimètres le volume du genou malade, et en même temps sa flexion.

Le 13 décembre, on pratiqua l'extension forcée du membre, le malade étant éthérisé, puis on appliqua un appareil amidonné.

Le 31 décembre, les parents du petit malade, venus pour le visiter, le voyant se promener avec des béquilles, la jambe en parfaite extension, voulurent à tout prix le reconduire à la maison, promettant de nous l'amener de temps à autre.

Le 22 février 1865, on nous ramena le petit malade sans appareil, ayant son genou dans un état pis qu'auparavant : un abcès s'était formé au côté interne de l'articulation.

On réappliqua de suite l'appareil inamovible, et l'on donna intérieurement le fer avec le phosphate de chaux.

Le 28 avril, on ôte l'appareil pour reconnaître l'état du genou, qu'on soupçonnait avoir empiré, vu que l'état général du malade s'était, dans les quinze derniers jours, beaucoup détérioré.

On trouve le genou en très-mauvais état : il s'est formé, au côté externe, un second abcès, qui s'étend jusqu'au trochanter. Cet abcès ayant été incisé, les symptômes généraux devinrent encore plus graves, le dépérissement augmenta tous les jours, et la fièvre hectique menaça si sérieusement la vie du malade qu'il n'y eut plus de doutes sur la nécessité absolue de faire l'amputation de la jambe ou la résection du genou.

Le 9 mai, je me décide pour cette dernière : une incision en forme de H et la section des ligaments nous ouvrent l'articulation; on trouve toutes les surfaces articulaires, du fémur, du tibia et de la rotule couvertes d'une pseudo-membrane fongueuse, épaisse, de couleur cendrée, les cartilages détruits, les épiphyses ramollies. — On enlève d'abord la rotule, puis on résèque, à l'aide du couteau, l'extrémité du fémur, précisément aux limites de sa surface articulaire; enfin, on enlève avec la scie la tête du tibia. En tout, 6 centimètres de longueur, environ 3 1/2 pour le fémur et 2 1/2 pour le tibia.

Après avoir attendu le temps nécessaire pour la cessation du suintement sanguin, on place un tube à drainage en travers dans le fond de la plaie; ayant amené la surface réséquée du tibia en parfait contact avec celle du fémur; on réunit les bords des deux plaies latérales et de la plaie transversale avec des points de suture; enfin, on fixe par des bandes le membre dans l'appareil.

Cet appareil est composé de deux gouttières métalliques, bien matelassées, l'une pour le pied et la jambe, l'autre pour la cuisse; présentant un écartement de cinq travers de doigts à la région poplitée, mais réunies à ce niveau pour ne former qu'une seule pièce, au moyen de deux arcs métalliques latéraux; de cette manière, le membre assujetti dans sa totalité à l'appareil est immobilisé, mais la partie correspondant à l'articulation opérée reste libre et accessible aux pansements.

Les suites de l'opération furent on ne peut plus heureuses; il n'y eut point de réaction sensible : au quatrième jour, on coupe tous les points de suture; la plaie transversale est réunie par première intention, les deux plaies latérales le sont presque dans toute leur étendue. Par les deux extrémités du tube à drainage, il sort du pus, qui va tomber dans un petit bassin placé au-dessous du genou.

Comme les tours de bande qui enveloppent la cuisse sont très-imbibés de sérosité sanguinolente, on les arrose matin et soir avec de l'eau fortement créosotée pour en empêcher la corruption et pour ne point avoir à les changer, de peur de mouvoir le membre.

Sixième jour. Les bandes qui entourent la cuisse se sont durcies et forment comme un appareil amidonné. Le pouls qui, avant l'opération, était à 115-120 est maintenant à 100-104, chaleur toujours normale. — En embrassant avec les deux mains la cuisse toujours maintenue dans sa gouttière et en faisant de douces pressions, il sort du tube à drainage beaucoup de pus provenant manifestement en grande partie du vaste abcès qui remontait jusqu'au grand trochanter.

Vingtième jour. Le malade est toujours gai; le genou est un peu enflé et a pris une forme globuleuse, parce qu'il n'est pas comprimé par les tours de bande, comme la cuisse et la jambe. Sur la cicatrice de la plaie transversale antérieure et sur les deux latérales se sont formées de très-petites exulcérations de forme circulaire ou ovoïde, d'aspect scrofuleux : il sort toujours beaucoup de pus en pressant la cuisse de haut en bas.

Soixantième jour. En pressant la cuisse il sort encore un mince jet de pus à côté du tube à drainage, que l'on supprime aujourd'hui. Les petits ulcères d'aspect scrofuleux persistent toujours.

Soixante-quinzième jour. On change le *premier* appareil. Le genou a conservé sa forme sphéroïdale : en haut et en bas de la région poplitée, on voit la dépression causée par les rebords des gouttières et des bandages qui ont entouré la cuisse et la jambe.

Un cal osseux s'est formé mais n'est pas encore bien solide. En pressant la cuisse de haut en bas, on fait sortir par un petit pertuis externe, resté à la place du tube à drainage un

peu de pus. — On applique tout autour du membre un bandage de Scultet, puis on le place dans une gouttière cette fois d'une seule pièce et on l'y fixe par un bandage circulaire.

Quatre-vingt-quinzième jour. Depuis que le membre est bandé uniformément et assujetti à la gouttière fémoro-tibiale, la forme globuleuse du genou a disparu et son aspect est parfait; les petits ulcères n'existent plus. En pressant la cuisse il ne sort plus de pus par le pertuis externe, mais seulement un peu de sérosité jaunâtre. Le malade se promène avec des béquilles ayant le membre toujours protégé par une gouttière poplitée.

Cent-treizième jour (31 août 1865). A cause de la clôture des cliniques, le malade est envoyé dans un autre service.

Rien de nouveau dans le service clinique le 14 novembre, son état est très-satisfaisant; mais le col osseux ne nous paraît pas encore assez solide pour permettre au petit malade de se servir de son membre sans une gouttière poplitée pour le protéger.

Craignant que, par son extrême vivacité, il ne s'expose à quelque danger si on lui permettait de retourner chez lui, nous avons gardé ce malade jusqu'au mois de juin (1866). Pendant tout ce temps, le membre opéré présente aux alentours du genou une légère éruption eczémateuse qui amena même une fois un érysipèle fugace, étendu à toute la jambe.



La photographie de ce sujet reproduite par la gravure a été prise au mois de janvier de l'année 1867. Cet enfant, dont la constitution avant l'opération, était délabrée, misérable, se présente actuellement sous les plus belles apparences de force et *de santé*.

La forme de son membre est régulière. Il n'a besoin que d'un soulier dont la semelle n'a pas plus d'un travers de doigt d'épaisseur. Il marche, il court, et peut voyager à pied pendant plusieurs milles sans gêne ni douleur. Son bassin est remarquablement incliné en bas du côté du membre opéré; il n'y a pas de différence appréciable dans la nutrition et le développement des deux membres.

NÉVRALGIE ATROCE

de la langue. — Excision du nerf lingual. — Guérison.

Parmi les névralgies des branches du nerf tritanéal, celle qui affecte isolément le nerf lingual est une des moins fréquentes, et des médecins d'une longue pratique n'en ont pas vu d'exemple : aussi la science ne possède jusqu'à présent que très-peu d'observations d'excision du nerf lingual contre sa névralgie. On sait que cette opération a été pratiquée pour la première fois par M. Boser, et puis par M. Linhart.

M. Michel (de Strasbourg) a publié en 1857 (1), une très-belle observation d'excision du nerf lingual par le plancher de la bouche, opération pratiquée depuis, selon ce même procédé, par M. Bœckel. — En 1850, M. Hilton eut l'heureuse idée de sectionner par le plancher de la bouche le nerf lingual pour pallier aux souffrances d'un malade affecté de cancer de la langue (2). M. Moore, de l'hôpital de Middlessex, a répété il y a peu d'années la même opération en sectionnant le nerf lorsqu'il est encore appuyé sur la branche montante du maxillaire inférieur, au milieu du ptérigoïdien interne combinant cette opération avec la ligature de l'artère linguale du même côté (3).

Ayant eu nous-même l'occasion d'exciser ce nerf pour une névralgie, nous croyons intéressant de publier l'observation suivante :

Piva M..., de la ville de Legnago, âgée de 64 ans, mère de douze enfants, se présenta à notre consultation le 18 novembre 1862, demandant conseil pour des douleurs qu'elle ressentait par accès dans la bouche et à la mâchoire inférieure et surtout lorsqu'elle mangeait.

Les renseignements fournis par cette malade sont remplis de confusion. Nous ne trouvons, après un examen minutieux, aucune altération appréciable des régions signalées douloureuses. On diagnostique une névralgie, mais sans même pouvoir déterminer son véritable siége, soit au nerf lingual, soit au dentaire inférieur, la malade ne nous désignant aucun point douloureux limité, que l'exploration ne découvre pas non plus. Elle fait remonter l'origine de ses souffrances à une année environ, justement après une fluxion de la joue droite, qui avait été suivie d'un abcès dans la bouche qui fut incisé. Une fistule très-persistante existant à la place de l'abcès sur l'amygdale gauche et des douleurs commençant à se montrer, on fit à trois reprises une cautérisation au fer rouge à ce point.

Nous engageons cette femme à rester à la clinique; et, dès son entrée, nous fîmes une injection de sulfate d'atropine sous la muqueuse buccale. Les symptômes d'atropisme se manifestèrent bientôt à un degré assez marqué; et la malade se trouva pendant les premiers jours considérablement soulagée. Une semaine après, les douleurs ayant repris leur intensité primitive; nous voulûmes faire une seconde injection; mais la malade s'y refusa opiniâtrément, nous disant qu'elle n'était pas venue pour rester à la Clinique.

Retournée chez elle, ses douleurs continuèrent plus ou moins pendant toute l'année 1863 et devinrent plus violentes encore au commencement de 1864. Les injections d'atropine employées de nouveau, l'ustion de l'oreille et beaucoup d'autres remèdes restèrent inefficaces.

Le 24 avril 1864, la malade, accompagnée d'une lettre du Dr Maggioni, son médecin, revint à la Clinique pour y rester. Cette fois elle nous décrit ses souffrances très-différemment. En effet, elle n'était, pour ainsi dire, préoccupée que d'une seule chose : c'était de nous persuader que toutes ses douleurs provenaient d'une bride située au-dessous de sa langue, qui, en gênant ses mouvements, lui causait toutes ses douleurs. Aussi tirait-elle souvent la langue hors de la bouche, en tournant la pointe en haut, pour nous montrer cette bride, qu'elle touchait du doigt.

Il existait, en réalité, au côté gauche du frein un repli très-saillant de la muqueuse, tout à fait semblable à un second frein, mais ne pouvant empêcher en rien les mouvements de la langue.

Pour complaire à la malade, je coupai d'un coup de ciseaux assez profondément cette bride qui la préoccupait tant.

Après cette petite opération, toutes les douleurs cessèrent, à notre grand étonnement, ce qui nous fit croire qu'en effet, ce pli était le siége de la névralgie. La malade très-satisfaite quitta la Clinique le 20 mai 1864.

Elle se porta bien et ne ressentit pas la moindre douleur jusqu'au 28 janvier 1866 : ce jour-là il lui sembla que la moitié gauche de sa langue était épaissie, elle y ressentit un picotement étrange, et le jour suivant elle eut de la difficulté à manger et à parler. Deux jours après, à ces sensations particulières se joignit une douleur rongeante, s'étendant de la pointe de la langue à tout son côté gauche, jusqu'au pilier correspondant. Cette douleur arrivait et devenait de suite intolérable quand la malade mangeait, buvait, parlait, en un mot, à chaque mouvement de la langue.

Un état si pénible, persistant malgré l'usage de la morphine, des injections hypodermiques, etc., la malade se fit recevoir pour la troisième fois à la Clinique, le 9 mars 1866. Ses souffrances étaient cruelles; elle passait les nuits sans trouver un instant de repos, elle fondait en larmes chaque fois que, pressée par la faim, elle devait prendre quelque peu d'aliments; et encore, pour pouvoir les avaler, elle donnait à sa tête des attitudes particulières, poussait avec beaucoup de précaution jusque dans l'arrière-gorge le bol alimentaire, qu'elle avait réduit en boulette, en lui faisant suivre le côté droit de la langue; puis elle élevait et fléchissait alors la tête en arrière très-brusquement pour le faire descendre. Pour boire, elle appliquait le bout de la langue au verre et l'y pressait avec la lèvre inférieure. Pendant le jour les douleurs étaient moins fortes que la nuit.

Du 9 mars jusqu'au 3 avril, l'opium, l'iodure de potassium, l'arsenic, la glace, l'acupuncture, l'anesthésie locale avec l'appareil de M. Richardson, l'électricité, etc., furent essayés, mais sans aucun succès. Il nous revint alors en mémoire qu'en 1864, la simple incision de quelques millimètres, fait au-dessous de la pointe de la langue, où les douleurs paraissaient avoir eu uniquement leur siége, les avait fait cesser pendant l'espace de deux années environ.

Nous fîmes donc, le 3 avril, une incision, qui, cette fois, s'étendait le long de tout le côté gauche de la langue jusqu'au pilier. La malade en éprouva un très-grand soulagement; elle put parler et manger sans souffrances, et passer ses nuits dans un sommeil restaurateur, de sorte que sa constitution, très-détériorée par les douleurs, le manque de nourriture et de repos, commença bientôt à s'améliorer sensiblement.

Malheureusement, cet amendement si heureux ne dura que quinze jours : la malade elle-même, sentant le fâcheux effet de la cicatrisation, nous demandait de l'empêcher. Les douleurs reparurent dès que l'incision fut cicatrisée, et le 24 avril elles étaient aussi fortes qu'auparavant, s'étendant même de la langue aux gencives et à l'articulation temporo-maxillaire.

Le 27 avril, la malade est en proie à des douleurs excessivement fortes, qui s'étendent à la joue, à l'oreille, à tout le côté gauche du cou; elle se plaint d'affaiblissement de la vue et de diplopie. Pour apaiser ses souffrances, on l'anesthésie avec l'éther plusieurs fois par jour.

Le 2 mai, la malade est plongée dans un profond affaiblissement, elle gémit et pleure continuellement, et, dans ses accès de désespoir, elle demande qu'on vienne à son secours de quelque manière que ce soit.

Je me décide à pratiquer la résection du nerf lingual.

Profitant d'un moment de calme, la malade est conduite à la salle d'opération : assise sur une chaise, sa tête est confiée à un aide qui la presse contre sa poitrine; la bouche est ouverte autant que possible, l'angle droit des lèvres est tiré en arrière par le rétracteur de Luër; la langue saisie par la pointe est tirée et maintenue par un aide en dehors, à droite et en haut. Je fais alors avec un petit couteau légèrement convexe une incision longue de 3 à 4 centimètres, partant au delà de la dernière molaire et s'étendant d'arrière en avant, un peu en dedans vers le côté gauche de la langue dans la gouttière glosso-gingivale. Cette incision commençait en arrière du pilier antérieur du voile du palais qui, très-saillant, fut sectionné, afin d'arriver le plus possible du point où le nerf lingual contournant le bord antérieur du ptérygoïdien interne se dirige en avant et horizontalement. On étanche à chaque coup de couteau le sang avec de petites éponges fixées sur des tiges; la plaie est creusée par des incisions successives, un des bords tenu écarté par des pinces déliées, jusqu'à ce que l'on arrive sur un cordon blanchâtre que je reconnais pour le nerf lingual. Je le dissèque soigneusement dans une étendue de deux centimètres; puis, en le soulevant un peu avec un crochet mousse, je le coupe d'abord vers sa racine, puis vers l'extrémité périphérique......

Dès que le nerf fut coupé, les douleurs cessèrent pour ne plus reparaître. Le lendemain de l'opération, la malade parla et prit ses aliments sans souffrances. Au troisième jour, il y eut un peu d'enflure traumatique sous l'angle de la mâchoire du côté de la plaie qui se cicatrisa au bout d'une semaine.

Le 13 mai, douze jours après l'opération, la malade, très-satisfaite et très-reconnaissante, retournait chez elle en parfait état de santé.

La portion du nerf réséqué est longue de 2 centimètres et côtoyée par une petite portion du conduit Warthonien. Vers une de ses extrémités, mon honorable collègue, M. Vlacovich, professeur d'anatomie, a reconnu au microscope la présence des corpuscules nerveux du ganglion sous-lingual dont l'existence n'a pas été encore constatée par tous les anatomistes. La structure du nerf est normale.

Ayant demandé dernièrement à M. le Dr Maggioni, médecin de l'Opéra, des renseignements sur son état, j'ai reçu en réponse la lettre qui suit :

« Legnago, 24 août 1867.

» ..... La personne que vous avez opérée il y a bientôt seize mois s'est toujours portée depuis lors parfaitement bien, oubliant ses atroces souffrances et bénissant la main qui lui a redonné la santé. Elle accuse une sécrétion salivaire plus abondante qu'auparavant; je l'ai trouvée très-alcaline.

» D'après vos désirs, j'ai piqué le côté gauche de sa langue avec une épingle, elle éprouva à peine une sensation douloureuse, tandis qu'elle ressent une douleur très-vive en piquant le côté droit. J'ai appliqué au côté opéré de l'extrait de quassia d'abord, puis du sucre sans que la personne eût la perception de la saveur respective de ces corps : le côté droit par contre reconnaît très-bien et de suite la différence de leur goût...

» J'ai l'honneur d'être, etc.

» Dr Evangéliste Maggioni. »

(1) *Gazette médicale* de Strasbourg. Novembre 1867.
(2) *Guy's Hospital Report*, vol. VII, 1re série 1850.
(3) *The Holmes*, a system of Sargery, III vol. p., 915.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Discours de M. Béhier.

M. Béhier, après avoir commencé par faire un appel à la bienveillance de l'Académie, et protesté d'avance que les opinions seules de ses collègues vont être en cause, s'exprime en ces termes :

Messieurs, pour ce qui est du travail de M. Villemin, je suis tout d'abord, quant au fond, de l'avis de mes honorables amis, surtout de l'honorable M. Pidoux, car il y a une nuance fort accusée entre M. Chauffard et lui.

Je ne crois pas que M. Villemin ait encore démontré d'une façon bien nette que la matière dite tuberculeuse puisse s'inoculer. Mes raisons, les voici :

D'abord, avec M. Rufz, je crois que le choix de l'animal est très-important en semblable matière. Le lapin est l'animal le plus tuberculissable qu'il soit possible de rencontrer. L'hérédité, qui joue un rôle important dans cette question, est chez lui bien puissante. Le lapin est un des animaux le plus étroitement séquestrés, et tout lapin, en naissant, a toujours un peu d'influence de tonneau dans son être; partant, il est toujours passible des conséquences qu'a créées pour lui l'habitation de sa famille. C'est donc un animal plus exposé au tubercule que d'autres.

Et je suis d'autant plus impressionné par cette considération, que moi aussi, à d'autres points de vue, j'ai expérimenté sur les lapins, et que j'ai vu des faits qui m'ont conduit à accepter l'excessive facilité de cet animal pour la production de la phthisie. Ainsi, par exemple, j'ai injecté à des lapins, par la veine auriculaire, de la graisse de lapin fondue au bain-marie. Le 17 mars 1865, sur un lapin de taille moyenne, en fort bon état de développement, j'injectai 30 gouttes de graisse de lapin, aucun accident ne survint d'abord; mais, après la sixième injection, l'amaigrissement est devenu excessif; le lapin semble arrivé à la caducité la plus avancée; son corps se meut dans sa peau, pour ainsi dire, et le poil est hérissé, sec, cassant, terne, etc. Une injection de 60 gouttes est faite, pour achever l'animal, qui, trois heures après cette dernière injection, était mort dans un coin de la chambre. 11 grammes de graisse environ avaient été injectés du 17 mars au 7 avril.

Il n'y avait certes, dans la matière d'injection, rien de spécifique, et cependant le lapin tomba dans le dernier degré du marasme, et, en examinant les organes, on trouva une grande quantité du tissu de l'un et de l'autre poumon envahie par une altération aussi semblable que possible à l'altération tuberculeuse. Enfin, les expériences de M. Lebert, celles plus récentes de M. Feltz, et tant d'autres encore, sont bien de nature à jeter un doute profond sur la valeur des opinions mises en avant par

M. Villemin. Je sais bien que ce dernier auteur repousse ces faits qui contredisent sa doctrine : « Qu'y a-t-il de commun, dit-il, entre ces lésions locales mécaniques produites alors et cette infection générale de l'organisme survenant après l'inoculation et amenant la mort par le marasme ? »

Mais il me semble que le lien est plus intime que ne le pense M. Villemin ; car, dans le fait que j'ai rapporté, la mort a eu lieu par le marasme, et il en a été de même pour plusieurs des animaux sur lesquels M. Lebert a expérimenté. Quant à l'infection générale de l'organisme dont M. Villemin se fait aussi un argument, qu'on me permette de le remarquer, elle n'a pas été constante chez les animaux que lui-même a inoculés. Ainsi, j'ai examiné consciencieusement les faits qu'il a rapportés, et les n°s 1 et 2 de la 2e série, le n° 1, le n° 2, le n° 3 de la 3e série n'ont eu, après l'inoculation, que des lésions seulement pulmonaires : cependant, l'absence de généralisation des lésions, restées limitées aux poumons, n'a pas empêché M. Villemin de considérer ces productions locales comme tout à fait concluantes. Enfin, ce qu'il y a de commun entre ces expériences, dans lesquelles tout autre chose que du tubercule a été inoculé et celles de M. Villemin, où la matière tuberculeuse seule a été introduite artificiellement, c'est que, dans l'un et l'autre cas, on a trouvé comme résultat de l'expérimentation des lésions tuberculeuses, lésions identiques, même avec des points de départ essentiellement différents ; cela fait bien une communauté de résultat, résultat qui gêne l'opinion de M. Villemin, mais qui n'en reste pas moins acquis.

Je n'accepte donc pas comme démonstratives les expériences de M. Villemin, et je ne crois pas jusqu'ici à l'inoculation de la matière tuberculeuse.

Je m'éloigne par ce point de mon honorable ami M. Chauffard, et la distance entre lui et moi est considérable. Car, pour lui, le fait « de l'inoculation de la matière tuberculeuse est désormais acquis et la reproduction incontestable. » Cette assertion ne m'a pas étonné très-fort, car, dans un livre que j'ai eu l'honneur d'offrir à l'Académie avant que nous eussions M. Chauffard pour collègue, la spécificité du tubercule et sa transmission d'un organisme à l'autre est considérée comme prouvée. M. Chauffard incline même dans cet ouvrage à croire qu'il en est de même du cancer.

Je n'ai donc éprouvé aucun étonnement quand j'ai vu M. Chauffard accepter comme un fait incontestable que les inoculations de matière tuberculeuse de M. Villemin reproduisent cette matière ; j'ai donc trouvé la chose toute naturelle, et j'ai attendu. J'ai bien été un peu surpris quand j'ai entendu mon honorable ami dire que les inoculations de MM. Villemin et Colin, pratiquées à l'aide de matériaux *solides*, étaient séparées des inoculations pratiquées jusqu'ici par des différences capitales, car j'avais devant les yeux cette phrase : « Toute maladie qui aboutit à un produit spécial... est apte à se transmettre par l'approche, le contact, l'inoculation, etc., de ce produit organique, apparent ou non, *solide*, humoral ou miasmatique. » La solidité du produit ne faisait rien là-bas en vertu d'une loi fondamentale ; pourquoi fait-elle quelque chose ici ? Mais mon étonnement a été croissant et mon esprit est entré en déroute, quand j'ai entendu M. Chauffard dire plus loin : « Les conclusions de M. Villemin, relatives à l'inoculabilité et à la spécificité de la tuberculose nous paraissent successivement démenties par les faits expérimentaux et par les enseignements pathogéniques que nous livrent la science et la clinique. »

J'aurais bien compris M. Chauffard n'acceptant pas l'épithète de virulente appliquée à la tuberculose par M. Villemin, mais la spécificité, l'inoculabilité, pourquoi se trouvaient-elles aussi comprises dans la proscription que formulait mon savant ami.

Mais il n'en fallait pas douter : l'étonnement, la surprise, le désarroi se sont accrus quand j'ai entendu faire appel au beau travail de notre honorable ami Pidoux, intitulé : *Fragments sur la pneumonie, l'hémoptysie et la fièvre des phthisiques*, et insister sur la nature inflammatoire et commune des produits tuberculeux. La loi fondamentale de pathologie générale assise, il y a peu de temps, sur l'exemple emprunté à la tuberculose, n'avait donc plus rien de fondamental à ce sujet, et le tubercule cessait d'être une maladie spécifique et virulente ; elle devenait une maladie inflammatoire commune, et cependant inoculable.

Eh bien, après avoir été enchanté de voir M. Chauffard se convertir à l'idée de la non-spécificité du tubercule, idée que je conserve jusqu'ici, je ne puis encore me joindre à lui pour accepter que le tubercule soit inoculable.

En désaccord avec lui sur le fait, je suis encore moins de son avis quand il s'agit d'expliquer comment le tubercule inoculé semble se multiplier. M. Chauffard, en effet, prenant pour guide et pour inspiration les travaux de M. Virchow, pense qu'on peut appliquer aux inoculations de matière tuberculeuse cette belle loi de la fécondation d'un tissu par les éléments provenant d'un autre tissu ; « fécondation qui explique comment le tissu fécondé produit des éléments pareils à ceux du tissu fécondant et non pareils aux siens. »

Suivant lui, voici comment les choses se passent : « La matière tuberculeuse insérée dans les tissus vivants, et offerte à l'absorption, devient ainsi l'agent fécondant qui va solliciter le système lymphatique, vaisseaux et ganglions, inciter ce système, surtout dans sa partie ganglionnaire, le féconder, le pousser à la prolifération d'éléments semblables, lesquels iront se multipliant de ganglions en ganglions jusqu'à ce que la masse des humeurs, que le sang, en soit imprégné, et qu'une fécondation secondaire se transmette aux éléments du tissu connectif si abondant dans les viscères de la vie nutritive, si disposé d'ailleurs à la prolifération, que M. Virchow a pu soutenir qu'il était l'origine de toutes les tumeurs néoplastiques et proliférantes. »

Voilà la façon dont mon excellent ami explique la possibilité de l'inoculation tuberculeuse. Mais, de la valeur de cette explication, où est la preuve ? Rien autre chose que l'opinion ou, pour mieux dire, que la théorie de M. Virchow. Cela n'est pas assez, je l'avoue, pour me convaincre de l'inoculabilité de la tuberculose.

En outre, je lui demande la permission de faire remarquer à l'Académie que, quelques lignes plus haut, il dit du pathologiste berlinois : « Vitaliste profond, quand il s'agit de la vie élémentaire et histologique, pourquoi cet éminent physiologiste invoque-t-il trop souvent un mécanisme rétrograde et sans portée quand il s'agit des expressions suprêmes de la vie, lorsqu'il a devant lui les actes et les déterminations du tout sentant et réagissant ? » Or, mon honorable ami, en nous donnant son interprétation du mécanisme de l'inoculation de la tuberculose, n'a positivement rien fait autre chose que du Virchow tout pur. N'est-il pas un peu pris en flagrant délit de prolifération cellulaire quand il parle de la fécondation des éléments du tissu connectif tout comme M. Virchow ? Et cependant il a devant lui, bien certainement lui aussi, *les actes et les déterminations du tout sentant et réagissant.*

Je prie M. Chauffard de me permettre une autre remarque. M. Colin a dit dans son rapport : « La marche progressive de la tuberculisation de la plaie vers le poumon à travers une série de ganglions lymphatiques, la possibilité des déplacements de la matière tuberculeuse, d'où qu'elle vienne et où qu'elle soit déposée, ne nous permettent-elles pas de supposer que, dans les conditions ordinaires, *certaines* phthisies ont pour point de départ un tubercule perdu au sein de l'économie ? Est-il invraisemblable qu'une sorte d'inoculation de l'individu par lui-même, d'un organe par un autre organe, se produise si un tubercule quelconque, en se ramollissant, vient à se laisser entraîner dans le torrent de la circulation ?

Là-dessus, M. Chauffard s'élève en une indignation assez vive. Je n'ai certes pas l'intention de me présenter comme le défenseur de M. Colin. Mais si j'étais lui, je ne pourrais m'empêcher de dire à M. Chauffard : Mais mon dire n'est pas déjà si éloigné du vôtre, et d'où vient votre si grand courroux ? Est-ce ce sommeil momentané d'un tubercule restant sans influence pendant longtemps sur le reste de l'économie qui vous choque ? M is cela est un fait acquis, démontré en clinique. Or, c'est pour *certaines* phthisies, car j'ai dit *certaines*, que je mets en avant cette opinion sur le mécanisme de leur généralisation.

Quant à cette généralisation, je n'ai dit alors autre chose que ce que vous dites dans votre explication de l'inoculation. Ce tubercule, dis-je, se ramollit et est absorbé, porté dans le torrent circulatoire ; et vous, vous dites : « La matière tuberculeuse, insérée dans les tissus vivants et offerte à l'absorption, passe de ganglions en ganglions jusqu'à ce que le sang en soit imprégné et infecte secondairement le tissu connectif tout entier. » Au lieu d'infeter, vous dites féconde ; à cela près, la différence n'est pas bien grande, et mon hypothèse, car ce n'est là pour moi qu'une hypothèse, n'est pas bien différente de la vôtre.

Pourquoi donc alors tant vous récrier et dire par exemple, avec un certain dédain : Est-il nécessaire d'examiner à fond une telle pathogénie ?

Mais je n'ai pas à défendre M. Colin, et je lui demande mille pardons de m'être laissé aller à parler en son lieu et place, moins bien, assurément, qu'il ne le ferait lui-même.

Donc, les expériences de M. Villemin ne me paraissent pas encore concluantes. Elles ne démontrent pas plus pour moi la spécificité et la virulence de la matière tuberculeuse qu'elles ne les ont démontrées à M. Chauffard, qui avait cependant jadis tendance à les admettre comme le résultat d'une loi fondamentale de la pathologie générale, et ni M. Villemin, ni M. Chauffard, à l'aide de sa théorie de la prolifération des éléments, ne m'ont encore démontré la réalité de l'inoculabilité de cette production pathologique.

En cela je suis de l'avis de M. Pidoux ; mais je suis loin d'avoir, pour penser comme lui, les mêmes raisons que lui, et je demande à l'Académie de dire en quoi je me sépare de mon honorable collègue.

M. Pidoux n'accepte pas plus que moi, et beaucoup moins que M. Chauffard, les expériences de M. Villemin comme probantes et comme complètes. M. Villemin n'a pas prouvé, selon lui, ce qu'il avance, et il établit que c'est à celui qui affirme de faire la preuve de ce qu'il avance. En cela je suis pleinement de son avis : mais, s'il faut l'avouer, les motifs que M. Pidoux met ensuite en avant pour repousser les assertions de M. Villemin, ne me paraissent pas bien concluants et bien démonstratifs, et je ne voudrais pas le suivre jusqu'où il a été entraîné.

La raison péremptoire pour laquelle M. Pidoux repousse l'idée de l'inoculabilité et de la spécificité virulente du tubercule, c'est que, selon lui, les « virus et les contages sont des principes très-actifs et très-animés. Nés de maladies très-violentes, ils en ont la vivacité concentrée. On ne voit jamais une maladie diathésique résumée ainsi dans un contage ou dans un virus. Diathèse et virus semblent s'exclure. »

Par contre, suivant lui : « Rien n'est moins vivant et ne concentre moins d'action morbide que le tubercule. Placé au bas de l'échelle des hétéroplasies, il pullule comme les organismes inférieurs, meurt et infecte comme les produits de décomposition sur place et par sa masse, comme le pus cancéreux incapable comme lui de fournir des contages et de se propager à distance. Je voudrais faire comprendre, ajoute-t-il, que les propriétés facilement nécrobiotiques du tubercule sont incompatibles avec les propriétés d'un virus et d'un contage, et s'opposent, par conséquent, à sa spécificité... Un élément morbide et une maladie nécrobiotique sont juste le contraire d'une maladie à éléments virulents et contagieux. »

Je dois l'avouer humblement à mon honorable ami et devant l'Académie, je ne vois en tout ceci que des opinions qui me paraissent bien absolues et bien difficiles à démontrer.

Ainsi, les maladies virulentes par excellence, la syphilis, la morve, ne me semblent guère se prêter à ce que leur attribue M. Pidoux, car, en fin de compte, elles aboutissent l'une et l'autre, comme expression dernière, à des produits nécrobiotiques, tout comme le tubercule, et même à des produits presque absolument identiques anatomiquement à ce dernier. Je sais bien que M. Pidoux remarque « que, quand la syphilis en arrive à produire des gommes, elle n'est plus inoculable et n'est plus virulente. Pourquoi ? dit-il. Parce qu'elle n'est dès lors qu'un produit tuberculiforme dont la constitution exclut toute capacité de virulence. » Ce pourquoi laisse beaucoup à désirer, selon moi ; et il dit seulement : cela est mon avis. Quant à moi, je ne suis pas si sûr que M. Pidoux de l'innocuité parfaite de la gomme, et je ne vois nulle part de document bien précis pour l'établir ; l'étude manque sur ce point. Il n'en reste pas moins bien établi que le dernier terme de la syphilis, maladie virulente, et par conséquent très-active et très-animée selon M. Pidoux, est un produit nécrobiotique tout comme le tubercule, qui est ce qu'il y a de moins vivant. Cette maladie virulente devient donc nécrobiotique quand elle atteint son complet développement.

La morve est de même, et de plus, quant à la cessation de ses qualités virulentes, j'avoue que je ne tiens pas pour tout à fait démontré que la matière farcineuse cesse tout à fait d'être contagieuse et que son inoculation soit, comme le veut M. Pidoux, aussi innocente que l'écorchure malpropre des orteils qui produit la lymphangite et les adénites inguinales. Je ne voudrais pas tenter l'aventure.

Il y a plus, M. Pidoux nous a dit : Virus et diathèse semblent s'exclure. Moi qui trouve qu'on abuse étrangement du mot diathèse, et qu'on lui donne des significations variables et arbitraires, je n'acceptais pas complétement l'assertion et je relevais dans ma tête quelques objections, continuant d'écouter ; lorsque, dans la seconde partie de son discours, notre honorable collègue a reproduit et développé ce mot, virus et diathèse semblent s'exclure, j'ai été assez confusionné en voyant que la syphilis, à laquelle j'avais pensé, était virulente et diathésique tout ensemble. Elle s'exclut donc elle-même par elle-même. Je sais bien que mon honorable ami affirme de nouveau que lorsque la syphilis devient diathésique, elle cesse d'être virulente ; mais je remarque, en même temps, qu'il se heurte alors à deux difficultés. D'abord, comme il le reconnaît avec sa bonne foi bien connue, il est presque impossible de dire le moment précis où la syphilis cesse d'être virulente pour devenir diathésique. Cette impossibilité, il faut en convenir, est déjà assez gênante pour établir avec clarté une loi comme celle que pose notre honorable collègue. Ensuite il y a la transmission de la syphilis par hérédité.

Or, suivant mon honorable ami, une maladie virulente ne saurait être diathésique ni héréditaire, parce qu'il n'y a que la diathèse qui affecte les éléments permanents et personnels, les seuls qui puissent être héréditaires.

Comment donc, malgré ces dernières assertions, se peut-il faire que la syphilis, maladie virulente, soit transmise héréditairement ? M. Pidoux nous répond que c'est lorsqu'elle est devenue diathésique, c'est-à-dire lorsqu'elle a cessé d'être virulente... Je ne demanderais pas mieux ; mais quoi donc est-ce que ce syphilique, devenu purement diathésique, transmet à son enfant ; il n'y a pas là de confusion possible, c'est un virus, car ce virus fait chez lui son évolution complète, il est bien virus, car l'enfant ne le transmet que trop souvent à la nourrice. Si donc l'enfant a reçu de son producteur quelque chose, il faut, selon l'assertion de M. Pidoux, que ce producteur ait été diathésique, puisque les diathèses seules sont héréditaires et non inoculables, parce qu'elles sont personnelles et s'adressent au germe. Or, le quelque chose que le producteur a transmis à l'enfant c'est un virus, c'est-à-dire quelque chose qui, selon M. Pidoux, est impersonnel. Le personnel a donc produit l'impersonnel, et la diathèse qui exclut le virus a produit le virus. Voilà tout. Comme dit ailleurs mon honorable ami : n'y a-t-il pas là quelques contradictions ou tout au moins quelques obscurités ?

On voit pourquoi je n'ai pas été convaincu et pourquoi je ne voudrais pas repousser les idées de M. Villemin à cause des motifs que je viens de discuter.

J'attendrai, pour me décider à les accepter, qu'ils soient un peu mieux enchaînés.

Notre honorable collègue s'est encore élevé contre les idées de M. Villemin au nom d'autres considérations sur les virus dont cet auteur se fait, selon lui, une singulière idée. « M. Villemin, ajoute-t-il, dit, en effet, que ce que nous voyons du tubercule n'est pas le virus, mais que le virus y est tout simplement logé.

« L'inoculation du tubercule, dit-il, n'agit pas par la matière visible et palpable qui entre dans ce produit pathologique, mais en vertu d'un agent plus subtil qui s'y trouve contenu et qui échappe à nos sens. »

Suivant notre collègue, « cette conception est tout à la fois » grossière et naïve, et vient tout à fait du moyen âge. C'est » une doctrine animiste des virus dans laquelle l'agent spéci» fique est conçu comme une âme existant par elle-même, et le » pus, le tubercule comme des corps sans vie que le virus vien» drait animer. »

J'avoue que je n'ai rien vu de si coupable dans la phrase de M. Villemin. Ce n'est pas la matière visible qui est le virus tuberculeux. Voilà tout ce qu'il dit. Je n'ai vu ni âme indépendante, ni rien de semblable, mais seulement l'application à ce qu'il croit exister dans le tubercule de ce que l'on dit tous les jours sur tous les liquides virulents. Ce qu'a dit M. Pidoux du pus dans certaines maladies, n'est-il pas, d'ailleurs la même chose ?...

Si j'ai discuté les motifs sur lesquels mon honorable ami M. Pidoux s'est fondé pour repousser les idées de M. Villemin, ce n'est pas que j'aie voulu prendre à tâche de critiquer ses opinions. Loin de moi un semblable désir, le motif serait futile, indigne de lui. Permettez-moi d'ajouter indigne de moi et de l'amitié toute pleine d'estime qui nous unit et qui m'est très-précieuse, mais c'est que si je n'ai pas voulu le suivre jusqu'où il a été conduit, je ne voudrais pas qu'on se laissât entraîner par les arguments que je viens de passer en revue, et qu'il a présentés avec tant de talent. Son opinion est que le tubercule ne peut pas être inoculable et virulent, que cela ne sera jamais démontrable. Je ne puis accepter un arrêt aussi absolu. Je ne crois pas que l'opinion mise en avant par M. Villemin soit démontrée jusqu'ici ; c'est vrai, je ne crois pas que la place du tubercule dans le cadre nosologique doive encore être changée. Mais je m'en tiens là ; je dis rien n'est fait jusqu'ici, je ne dirai pas, je ne veux pas dire, rien ne se fera jamais. Dans la science, le protocole doit toujours rester ouvert sur toutes les questions. Ni jamais ni toujours, rien d'absolu, car quels que soient les raisonnements mis en avant, quelles que soient les déductions échafaudées avec la meilleure forme, tout croule devant une observation rigoureuse et complète.

Qu'on se rappelle la discussion mémorable sur la contagion de la morve, provoquée dans le sein même de cette Académie par une communication de Rayer. Barthélemy a soutenu alors que la morve n'était pas transmissible à l'homme ; il a mis en avant des arguments de la même nature que ceux que présente mon excellent ami. Il avait à son service une notoriété et un talent des plus remarquables, auxquels notre collègue actuel n'a rien à envier assurément. Eh bien ! le fait que repoussait Barthélemy, qu'il disait impossible, est maintenant un fait acquis, un fait malheureusement trop vrai ; et la morve, nous le savons, se communique du cheval à l'homme, de l'homme au cheval, et, très-malheureusement, de l'homme à l'homme. Ne nions donc rien *a priori* dans ces sortes de questions. Repoussons ce qui n'est pas démontré, laissons venir pour le reste. Je ne saurais, quant à moi, aller au delà et prendre des engagements formels pour un avenir qui m'est inconnu. D'ailleurs, je me suis efforcé de montrer que les arguments de mon honorable ami n'étaient pas de nature à me faire engager comme lui d'une manière absolue.

(La suite au prochain numéro).

(La suite au prochain numéro).

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 11 décembre 1867. — Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. **le Président** invite M. Liégeois à prendre séance.

M. le Président informe la Société que le Bureau a été d'avis de déclarer vacante une place de membre titulaire.

M. **Demarquay**. Sur l'invitation de notre collègue M. Tillaux, j'ai pratiqué la ponction de la tumeur du cou sur la nature de laquelle la Société avait établi une discussion. Au moyen de la seringue de Pravaz, j'ai pu aspirer un liquide citrin renfermant une grande quantité d'albumine. M. Demarquay insiste sur l'importance qu'il y a en pratique de faire les ponctions exploratrices avec la seringue de Pravaz.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. **Boinet**. Je désire soumettre à l'examen de la Société un jeune homme âgé de 19 ans, qui présente un phénomène assez singulier. Ce malade n'a jamais souffert, mais il suffit qu'il imprime des mouvements à son scapulum pour qu'il en résulte des deux côtés, mais surtout à gauche, une crépitation rude, qui rappelle assez bien celle de l'arthrite sèche.

M. **Demarquay**. Dans un cas analogue, j'ai pu constater, par l'autopsie, qu'il existait une exostose éburnée des côtes, à la surface de laquelle frottait l'omoplate.

RAPPORT.

M. Verneuil fait un rapport sur les travaux de M. le docteur Patry.

M. **Demarquay**. L'un des faits qui se trouve rapporté dans le travail de M. Patry, m'engage à citer l'observation suivante :

Un jeune homme de 19 ans portait, à la partie moyenne du triangle de Scarpa, une fistule stercorale consécutive à une hernie étranglée non opérée. La longueur du trajet était telle qu'on pouvait y introduire la totalité d'un stylet de trousse : la cautérisation avec le cautère électrique, aidée d'une compression méthodique, a amené une guérison radicale.

M. Patry pense que les lombrics peuvent perforer l'intestin; je partage cette manière de voir, et j'ai eu la preuve de ce fait singulier en faisant l'autopsie d'un cheval qui avait succombé rapidement à la suite d'atroces douleurs abdominales. Les travaux de M. Patry sont renvoyés au comité de publication.

RAPPORT.

M. **Guérin** fait un rapport sur une observation d'ovariotomie adressée par M. Dumesnil, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

M. **Boinet**. Sans vouloir critiquer en aucune façon la conduite de notre confrère, je profiterai de la circonstance pour faire quelques remarques. Lorsqu'on pratique l'ovariotomie, il ne faut pas craindre de faire une large ouverture; sans cette précaution on éprouve des difficultés pour extraire le kyste et pour nettoyer ensuite la cavité péritonéale. Il est difficile d'arrêter les hémorrhagies qui succèdent aux déchirures de l'épiploon, en employant soit le perchlorure de fer, soit même le fer rouge.

M. **Demarquay**. Il y a eu dans le cas de M. Dumesnil un accident qu'il n'est pas rare d'observer après l'ovariotomie. Notre confrère a eu à lutter contre la tympanite intestinale; dans le cas particulier, il est probable que l'accident reconnaissait pour cause un certain degré d'obstacles au cours libre des matières intestinales. L'incision de l'intestin a permis d'évacuer facilement tous les gaz, ce qui n'eût point eu lieu si réellement la tympanite tenait à une autre cause que celle que je viens d'indiquer. Je crois qu'il serait utile que l'on discutât dans la Société de chirurgie cette question si importante des tympanites à la suite des opérations sur l'abdomen.

Après une courte discussion à laquelle prennent part MM. Guérin, Demarquay et Boinet, la Société décide que l'observation de M. Dumesnil sera renvoyée au comité de publication.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. **Notta** (de Lisieux). Frappé de la difficulté que l'on éprouve, dans certains cas d'atrésie pupillaire, à saisir avec une pince la membrane irienne fortement tendue pour en réséquer un lambeau, j'avais demandé, il y a longtemps, à M. Charrière, de me fabriquer un instrument qui fût à la fois un crochet et une pince.

M. Charrière fit un instrument que l'on ne saurait mieux comparer qu'à un petit lithotriteur, dont l'extrémité recourbée de la branche femelle se terminerait par une extrémité pointue plus saillante que l'extrémité de la branche mâle; quant à la branche mâle qui fait l'office de pince, elle est mobile et peut être mise en mouvement, à l'aide de l'index, par un petit anneau saillant qui existe à sa base. Cet instrument est figuré dans le troisième volume de la *Pathologie chirurgicale* de M. Nélaton, p. 143 (1854). Cependant ce mécanisme ne laissait pas à la main toute la précision désirable; M. Mathieu l'a modifié de la façon la plus heureuse, en diminuant sa longueur et en faisant mouvoir la branche mâle à l'aide d'une petite pédale située sur le manche, ce qui donne une grande précision au maniement de l'instrument.

J'ai eu l'occasion de l'employer deux fois pour une iridectomie, dans deux cas d'amaurose, et l'opération a été faite avec la plus grande facilité; une autre fois, dans un cas d'atrésie pupillaire, j'ai pu enlever un lambeau irien; enfin, dernièrement, M. Meyer s'en est servi avec succès pour pratiquer une pupille artificielle dans des circonstances défavorables.

LECTURE.

M. Edouard Cruveilhier donne lecture de deux observations de gangrène diabétique (Commis. : MM. Verneuil, Trélat et Tillaux).

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

(2084) — Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 9. — JEUDI 23 JANVIER 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 23 JANVIER 1868. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : SUR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Sociétés savantes. — HOPITAL DES CLINIQUES. Anévrysme poplité, M. Jarjavay. — Stomatite ulcéro-membraneuse chez un adulte. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

Paris, 22 janvier 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la tuberculose porte décidément bonheur à tous ceux qui l'abordent, et surtout aux derniers élus de l'Académie. Au début de la discussion, c'était M. Chauffard qui inaugurait, avec l'éclat que l'on sait, sa carrière académique; hier, c'était M. Béhier qui recueillait à la fin d'un solide et brillant discours les applaudissements de l'Académie; aujourd'hui, c'est le tour de M. Hérard, à qui était réservé un égal succès. Ceci est de bon augure pour l'avenir de l'Académie, que nous ne saurions trop louer de ses bons choix.

L'intervention de M. Hérard dans la discussion était prévue et nécessaire; elle lui était naturellement commandée par la publication de ses récents travaux sur la phthisie, et le rôle qu'il devait y prendre n'était pas moins facile à prévoir. Il a répondu en tous points et sous tous les rapports à notre attente. On trouvera dans le compte rendu un court résumé analytique de son argumentation, à laquelle nous aurons à faire une large part, quand sera venu le moment de résumer l'ensemble de cette importante discussion.

Dr Brochin.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

Académie des Sciences. — M. Dumas vient d'être nommé à la place de secrétaire perpétuel pour les sciences physiques, vacante par suite de la mort de M. Flourens.

— M. Denza a étudié la question très-controversée de savoir si l'apparition du choléra coïncidait avec une diminution de l'électricité ou de l'ozone atmosphérique.

D'une série d'observations qu'il a faite à Moncalieri, près de Turin, il a conclu que la tension électrique était moindre, en effet, lorsque le choléra régnait dans cette ville; mais que la quantité d'ozone était restée à peu près normale.

C'est là un fait particulier à rapprocher d'autres semblables.

— Depuis longtemps on a remarqué que le chauffage par des fourneaux de fonte n'était pas sans inconvénients. Il y a deux ans, M. le docteur Carret, de Chambéry, appelait l'attention sur cette question d'hygiène. Sur la demande de M. le général Morin, MM. Sainte-Claire Deville et Troost ont analysé avec soin l'air qui circule autour des poêles de cette espèce; ils y ont trouvé une quantité notable d'oxyde de carbone et d'hydrogène.

Déjà nos chimistes avaient reconnu précédemment que le fer porté au rouge devenait perméable pour les gaz; la fonte fortement chauffée l'est plus encore. En outre, comme Graham l'a démontré en 1863, dans ces conditions le fer condense plus de quatre fois son volume d'oxyde de carbone, et c'est ainsi concentré que le gaz traverse les porosités que présente toujours le métal.

Nous n'avons pas besoin d'indiquer les conséquences de cette démonstration.

On sait combien est dangereux l'oxyde de carbone, soit dans ses effets immédiats, soit à la longue, lorsqu'on le respire d'une manière à peu près habituelle.

Les affections nerveuses en sont exaspérées, comme il arrive trop souvent chez les femmes qui vivent au milieu des réchauds : les cuisinières, les blanchisseuses, etc.

On ne s'étonnera donc plus que les fourneaux de fonte incommodent tant de personnes, puisque la couche d'air qui lèche leur surface se charge d'oxyde de carbone.

— M. Huguier, candidat à la place vacante dans la section de chirurgie, a lu un mémoire intitulé : « Considérations sur les luxations du pied en avant ou de la jambe en arrière. » Voici le résumé qu'il en donne :

« Dans ce travail M. Huguier démontre qu'avant 1847, époque à laquelle il fit des expériences sur ce sujet, expériences dont il fit connaître les résultats à l'Académie de médecine en 1848, aucun auteur n'avait parlé de cette affection d'après sa propre expérience, qu'aucune observation n'avait été publiée jusqu'alors sur ce déplacement et qu'on pouvait répéter avec le célèbre Boyer : « Les auteurs à ma connaissance n'en rapportent aucun exemple. » Il en était de même des chirurgiens contemporains les plus éminents, tels que Dupuytren, Richerand, Lisfranc, Roux, etc., qui n'avaient jamais eu l'occasion de l'observer.

Depuis, des faits ont été signalés par Collès, Smith et M. le professeur Nélaton; dans chacun de ces faits, il y avait une fracture plus ou moins étendue d'une portion des os de la jambe et la luxation était consécutive à cette lésion; il n'en fut pas de même dans un cas observé par M. Huguier, en 1855, et où la luxation était essentielle sans aucune complication et réunissait tous les signes propres à caractériser une semblable lésion.

Après avoir indiqué les dispositions organiques et étiologiques qui expliquent pourquoi cette luxation est si rare, il décrit avec soin les divers mécanismes, suivant lesquels elle se reproduit et rapporte une observation très-curieuse de luxation du pied en avant, par propulsion ou transport direct de la jambe en arrière, le pied étant fixé sur le sol. Ce cas était aussi d'un grand intérêt en ce qu'il réunissait l'ensemble des signes qui peuvent caractériser cette luxation, et sous ce rapport, il remplit un des plus grands vides de la science, car, jusqu'à ce jour, les caractères diagnostiques de ce déplacement n'avaient été que très-incomplétement indiqués.

Il montre que la réduction est facile lorsque cette dislocation est récente, et il décrit les manœuvres chirurgicales qui doivent être employées pour obtenir un heureux résultat. Il fait ensuite connaître les dispositions anatomiques qui favorisent la réduction, qui est de la plus haute importance, parce que si elle n'est pas obtenue, les malades restent estropiés pour le reste de leurs jours, comme le prouvent les faits rapportés par Collès, Perrin et Smith qui ont été observés sur des anciennes luxations non réduites.

L'auteur termine son travail en faisant remarquer que, d'après le fait qu'il a observé et les expériences qu'il a faites, il y a deux espèces bien différentes de déplacement du pied en avant :

1° Une luxation dans l'exagération des mouvements naturels de flexion de la jambe sur le pied, ou de celui-ci sur la jambe; il propose de la désigner sous la dénomination de luxation *du pied en avant par flexion ou par glissement oblique.*

2° Une luxation par glissement direct du pied sur la jambe, ou de celle-ci sur le pied, le tibia formant un angle avec l'astragale, que la jambe soit horizontalement ou verticalement placée : c'est la luxation *en avant par glissement direct ou en tiroir.* Elle renferme deux variétés :

Dans la première, c'est le pied qui se luxe, la jambe étant immobile.

Dans la deuxième, c'est cette dernière qui se déplace, le pied étant fixé au sol, comme chez son malade, et l'on pourrait, dit-il, avec A. Cooper et Malgaigne la désigner sous le nom de luxation de la jambe en arrière, si cette désignation n'avait l'inconvénient de changer nos habitudes classiques et d'établir de la confusion dans la science.

Le fait intéressant et exceptionnel que l'auteur a observé l'a mis à même d'indiquer et de décrire les manœuvres qui doivent être employées pour réduire ce déplacement, et de combler ainsi une des lacunes de la thérapeutique chirurgicale. »

Hôpitaux. — Dans le service de M. Richet, à la Pitié, se trouvent deux malades, atteints d'inflammation suppurative dans la gaîne commune des fléchisseurs, à la suite de blessures qu'ils ont reçues, l'un au petit doigt, l'autre au pouce. Ainsi se trouve démontrée pathologiquement la communication de la gaîne commune des fléchisseurs avec celles des longs fléchisseurs du petit doigt et du pouce.

Chez le premier, la cause du mal fut une brûlure qui, portant sur la face dorsale du doigt, intéressa l'articulation qui réunit la phalangette à la phalangine.

Comme en avant, cette articulation a pour la soutenir, au lieu de ligament l'extrémité du tendon fléchisseur, le pus qui en provenait fusa dans sa gaîne, puis dans les autres à l'avant-bras. Pour lui donner une facile issue, on fit de larges ouvertures par lesquelles on passa des tubes de drainage.

Chez le second, qui s'était fait une piqûre au pouce, les accidents furent semblables et combattus de même.

— Demain jeudi, M. Richet doit pratiquer une ovariotomie.

— A l'hôpital des Cliniques, M. Jarjavay a opéré, aujourd'hui mercredi, à deux heures, une fistule vésico-vaginale. Nous venons d'assister à cette opération et nous en rendrons compte. Dans le même service, deux autres femmes, atteintes de la même affection, attendent leur tour qui viendra bientôt.

— A l'Hôtel-Dieu, M. Barth vient de démontrer une fois de plus combien il est parfois difficile de ne pas se faire illusion sur l'influence d'un agent thérapeutique.

Un homme atteint d'ataxie locomotrice avait été traité par le nitrate d'argent sans amélioration réelle.

M. Barth n'est pas convaincu de l'efficacité habituelle de ce moyen contre ce genre de maladie; et il explique les succès qu'on dit en avoir obtenu par les illusions des malades, qui se bercent d'un vain espoir.

S'il en était ainsi, toute substance inerte pourrait produire des résultats semblables.

M. Barth en fit l'expérience; il prescrivit des pilules d'*althæa officinalis;* et, chose remarquable, le malade prétendit être très-soulagé. Il dit et répéta devant nous, à plusieurs reprises, qu'aussitôt après avoir commencé cette nouvelle médication, il avait marché beaucoup mieux qu'il ne l'avait fait depuis longtemps. Quant aux douleurs, elles avaient diminué d'une manière très-notable, ajoutait-il.

Il paraissait si convaincu qu'on l'aurait cru évidemment si la chose eût été possible.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. JARJAVAY.

Anévrysme poplité. — Compression digitale. — Gangrène partielle de la poche. — Sortie des caillots. — Guérison.

Observation recueillie par M. PILATE, interne du service.

X..., Italien, âgé de quarante ans, exerçant la profession de boucher en Sicile, a toujours joui d'une bonne santé. Seize mois environ avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire vers le mois de juillet 1866, il s'aperçut qu'il portait dans le creux poplité, du côté gauche, une petite grosseur qu'il estimait alors avoir le volume de l'extrémité du petit doigt, et qui était le siége de battements. Il n'attribue l'apparition de cette tumeur à aucune cause qui lui soit connue. Cependant il dit que, depuis déjà quelque temps, il se fatiguait plus qu'à l'ordinaire, allant beaucoup à cheval ou faisant à pied des courses de trois ou quatre heures.

La tumeur resta ainsi pendant un mois, et au bout de ce temps elle prit rapidement, comme par une poussée, le volume d'un œuf de poule. Mais le malade ne s'en sentait que fort peu incommodé, continuant ses occupations et ses courses, même à cheval, sans éprouver aucune douleur.

Dans une seconde poussée, au bout de onze mois, la tumeur devint grosse comme le poing. C'est alors que survinrent des douleurs intenses; les battements étaient plus forts; le malade fut obligé de cesser son travail. Inquiété, il quitta son pays et parcourut plusieurs villes de l'Italie pour consulter différents médecins. Mais, pendant ces voyages, l'anévrysme augmentait de volume, les douleurs devenaient plus violentes, le malade commençait à maigrir, il avait souvent la fièvre. Sa jambe, qu'il traînait d'abord péniblement, se fléchit, et il finit par ne plus pouvoir s'en servir. Enfin il arriva à Paris et fut admis à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Houel, qui remplaçait à ce moment M. Nélaton.

Le jour de son entrée, 12 octobre 1867, on constate la présence d'une tumeur arrondie, plus grosse que la tête d'un nouveau-né, occupant la place du creux poplité sur le membre gauche. La circonférence qui embrasse en même temps le genou et la tumeur, c'est-à-dire passant par devant la rotule, et en bas par le point le plus culminant de la tumeur, mesure 68 centimètres. La jambe est fléchie à angle droit sur la cuisse. La peau qui recouvre la tumeur est un peu rouge et paraît enflammée. En appliquant la main, on sent que sa surface est unie et sphérique, d'une consistance assez résistante, ou plutôt offrant une certaine élasticité. On perçoit également sur tous les points des battements expansifs, isochrones avec le pouls, mais peu intenses. La tumeur est aussi le siége d'un bruit de souffle non douteux, mais relativement faible. En effet, ni les battements ni le souffle ne sont en rapport avec le volume énorme de l'anévrysme. La compression de l'artère fémorale fait cesser le souffle et les battements; en même temps on constate que la tumeur est un peu réductible.

On ne sent battre ni l'artère pédieuse sur le pied, ni la tibiale postérieure derrière la malléole interne. Les veines de la jambe sont dilatées et s'anastomosent largement sur les côtés du genou avec les veines de la cuisse, également plus volumineuses. Le pied et la jambe sont œdématiés. Le malade ne peut mouvoir ni le pied sur la jambe, ni la jambe sur la cuisse; il fait tous les mouvements de la hanche.

La douleur est très-forte à l'endroit de la tumeur et se répand un peu dans la jambe. Elle est contusive et n'a pas de rapport avec les

battements. Le sommeil est presque nul à cause des souffrances; l'appétit a beaucoup diminué; le pouls est accéléré.

On ne constate dans le système circulatoire aucun signe qui puisse expliquer la production de l'anévrysme. Les artères accessibles au toucher semblent être saines.

Pendant les premiers jours, on se borne à combattre l'inflammation de la tumeur au moyen de cataplasmes. En effet, la rougeur de la peau et la douleur disparaissent à peu près complétement; l'appareil fébrile s'apaise; le malade dort et son appétit revient.

Le 20 octobre, dans le milieu de la journée, le malade ressent, tout d'un coup, une douleur très-vive dans la tumeur; il pousse des cris et s'agite dans son lit, tout en comprimant lui-même l'artère fémorale au haut de la cuisse, pensant se soulager. M. Houel, que l'on fait appeler, arrive aussitôt et constate que les battements ont augmenté, ou du moins semblent plus superficiels, et que la tumeur est devenue un peu plus volumineuse que les jours précédents. Il pense qu'il s'est fait là une rupture et un épanchement nouveau. De la glace est appliquée sur la tumeur; le malade continue à comprimer l'artère. Le soir, on fait une injection sous-cutanée de 20 gouttes de chlorhydrate de morphine au 1/30e. La douleur diminue peu à peu, et le malade peut dormir la nuit.

Le lendemain, 21 octobre, M. Houel fait commencer à 10 heures du matin la compression digitale. Cette compression est pratiquée dans le triangle de Scarpa et aussi complète que possible; mais le renouvellement des aides, la fatigue des doigts laissent passer inévitablement du sang dans l'artère; d'ailleurs on ne cherche pas une compression absolue, et même de temps en temps on suspend une minute ou deux la compression pour observer les modifications qui se passent dans la tumeur. La compression ainsi faite est continuée de 10 heures du matin à 10 heures du soir. Pendant ce temps, la peau qui recouvre l'anévrysme devient lisse, humide, comme œdématiée, et laisse écouler un léger suintement à sa surface. Parfois aussi la température de la tumeur s'abaisse pour remonter, et ainsi plusieurs fois. Au bout de six heures, les battements ainsi que le souffle ont notablement diminué. Au bout des douze heures, ils ont disparu complétement; on cesse alors la compression, et le malade s'endort fatigué.

Le lendemain, 22 octobre, à la visite du matin, on retrouve du souffle et des battements, mais bien moindres qu'avant la compression. On applique l'appareil compresseur de M. Broca, qui, au moyen de pelotes multiples, permet de changer souvent le point de la compression. On le laisse douze heures, mais sans obtenir aucun résultat.

Le 23, les battements sont un peu plus forts que la veille. Il s'est fait sur la partie la plus culminante de la tumeur, en bas, une phlyctène large de 3 centimètres de diamètre. Il s'écoule autour un léger suintement. On n'emploie ce jour-là aucun traitement.

Le 24, les battements et le souffle sont redevenus presque aussi forts qu'avant la compression. M. Vanzetti, de Padoue, vient voir le malade, et, partageant en cela l'avis de M. Houel, insiste pour qu'on recommence la compression. Elle est faite de la même façon que la première fois. Les mêmes phénomènes se reproduisent, suintement séreux, refroidissements passagers de la tumeur. Au bout de deux heures, on obtient la cessation complète du souffle et des battements; néanmoins on continue à comprimer pendant quatre heures encore. Pendant ce temps une artère collatérale s'est dilatée à la partie interne du genou, où on la sent battre, sans qu'on ait constaté ce fait auparavant. La phlyctène a fait place à une exulcération de la peau qui laisse suinter un liquide roussâtre. On voit aussi un point rouge sur la face externe de la tumeur, à l'endroit où elle appuie le plus fort sur le lit, le malade reposant sa jambe sur le côté externe. La circonférence de la tumeur ne mesure plus que 67 centimètres.

Mais à neuf heures du soir, c'est-à-dire six heures après la cessation de la compression, on perçoit de nouveau des battements et du souffle très-faibles. La compression est encore reprise de dix heures à minuit, et les battements disparaissent ainsi que le souffle. Le malade a un peu de fièvre.

Le 25, les battements n'ont pas reparu. La partie ulcérée est devenue une escarre ronde, de 4 à 5 centimètres de diamètre. De plus, sur la face externe, à la place du point rouge est une plaque noire, longue de 2 centimètres sur 1 centimètre de largeur. On place sous la tumeur une vessie à moitié remplie d'eau; on fait aussi des applications d'eau blanche.

Le 26, même état.

Le 27, on perçoit quelques battements très-faibles, sans le moindre souffle. On recommence la compression. Au bout d'une heure, les battements ont disparu; on continue à comprimer encore pendant trois heures. La grande escarre s'entoure d'une auréole inflammatoire; l'escarre externe augmente un peu d'étendue; mais il ne se fait plus aucun suintement; on cesse les applications d'eau blanche. Plusieurs collatérales battent sur la face interne du genou.

Pendant les quatre jours suivants, il ne survient rien de nouveau; les deux escarres marchent vers l'élimination.

Le 1er novembre, l'escarre inférieure, qui est la plus grande, est toujours entourée d'une auréole violacée; on sent autour d'elle que la tumeur se ramollit. L'état général est très-bon.

Le 4, l'escarre externe, la plus petite, est tombée. Elle avait compris toute l'épaisseur de la peau et du sac anévrysmal; on voit, au fond de la perte de substance, une masse rouge noirâtre qui paraît être des caillots. La tumeur semble se ramollir dans son entier. L'œdème de la jambe et du genou diminue.

Les jours suivants, l'état général devient un peu moins bon : le pouls s'accélère, l'appétit diminue, l'inflammation qui entoure les parties mortifiées augmente. Il sort par la plaie externe un liquide sanieux roussâtre.

Le 10 novembre, sur la face externe, la peau qui se trouve en arrière de la plaie est très-enflammée, tendue, amincie, douloureuse, et le lendemain elle se perfore à quelque distance de la plaie. Puis cette perforation s'agrandit et laisse sortir des caillots cruoriques, ainsi qu'un liquide sanieux, semi-purulent, semi-sanguinolent. Cet endroit est très-douloureux; cependant l'état général s'améliore, l'appétit revient, la fièvre cesse. M. Jarjavay, qui vient de prendre le service, pense qu'il n'y a pas lieu d'intervenir activement, mais qu'il faut laisser aller les choses. Il fait disposer sous la jambe et la cuisse des coussins qui permettent à la tumeur de reposer très-doucement sur la vessie d'eau. On fait aussi des applications d'eau froide.

Le 15, les deux plaies, en s'agrandissant, se sont réunies et forment ainsi une ouverture d'environ 6 centimètres de diamètre, qui laisse sortir une masse de caillots ayant le volume d'un gros œuf. L'escarre inférieure s'est séchée et reste en place.

Le 19, les caillots sortant au dehors forment comme un gros champignon du volume du poing. M. Jarjavay en retranche quelques fragments avec des ciseaux, sans opérer de traction. On observe alors que la partie seulement la plus superficielle de cette masse est formée par des caillots cruoriques, mais que tout le reste est constitué par des caillots actifs fibrineux, d'un blanc rougeâtre, disposés par couches concentriques. On fait, à chaque visite du matin et du soir, des irrigations d'eau tiède, pour laver les parties et combattre l'odeur putride des détritus qui sortent par la plaie.

Les jours suivants, on retranche encore quelques fragments de caillots.

Le 22, on coupe le reste des caillots qui font saillie au dehors. La tumeur est affaissée; la peau revient sur elle-même et se ride; le genou se dégorge; l'escarre inférieure se détache et la large ouverture qui en résulte laisse voir des caillots fibrineux. L'état général est très-bon. On continue, matin et soir, les irrigations.

Les jours suivants, comme l'orifice externe n'est plus comblé par des caillots, il se rétrécit et présente des bourgeons charnus très-vivaces. Cependant on retire encore chaque jour, par cet orifice, des fragments de fibrine qui se détachent d'eux-mêmes de la cavité anévrysmale. Les caillots qui sortent par l'orifice inférieur sont également retranchés, et cet orifice se rétrécit. La tumeur a diminué de moitié; la mesure de la circonférence du genou n'est plus que de 56 centimètres. Les saillies naturelles de la région se dessinent. La jambe commence à pouvoir s'étendre sur la cuisse.

Le 30, un caillot volumineux se présente à l'orifice inférieur et est extrait. L'anévrysme est réduit à une sorte de cavité présentant deux ouvertures et contenant encore quelques débris fibrineux qui sont détachés peu à peu par les irrigations et sortent pendant les quatre premiers jours du mois de décembre.

A partir du 4 décembre, il ne sort plus aucun caillot. La poche, considérablement diminuée de capacité, admet seulement le doigt indicateur, dont l'extrémité peut, à peine, se mouvoir dans son intérieur. Les parois sont couvertes de bourgeons charnus. Les orifices se rétrécissent. La circonférence du genou mesure 52 centimètres. La jambe s'étend de plus en plus; l'œdème diminue. On continue les lavages.

Le 10 décembre, ce qui reste de la tumeur n'a plus que le volume d'un tout petit œuf, qui occupe le creux poplité. La cavité diminue de plus en plus et marche vers la cicatrisation; c'est à peine si l'on peut y introduire l'extrémité du petit doigt. La jambe peut se mettre presque entièrement dans l'extension. On fait une légère compression avec de la charpie et quelques tours de bande.

Le 25 décembre, on ne voit plus dans le creux poplité qu'une portion de peau ratatinée, ridée et plissée, qui remplace l'anévrysme. La cavité de la poche n'existe plus, et les orifices sont réduits à deux petits trajets fistuleux pouvant à peine admettre l'extrémité de la canule à irrigation. La circonférence du genou mesure 42 centimètres, tandis que celle de l'autre côté a 38 centimètres. La jambe et le pied sont encore un peu œdématiés. Le malade peut fléchir et allonger la jambe. On lui permet de se tenir assis sur un fauteuil; son état général est très-bon.

Enfin la cicatrice s'achève, et le malade sort de l'hôpital le 14 janvier 1868, pour retourner dans son pays. Il marche avec une canne et exécute tous les mouvements du genou. Mais il persiste une paralysie des muscles de la jambe, qui ne permet de mouvoir ni le pied, ni les orteils. De même aussi il y a une anesthésie cutanée dans toute la région animée par le sciatique poplité interne. Sauf cet inconvénient, le malade va très-bien; sa santé est excellente; il part entièrement guéri de son anévrysme.

STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE CHEZ UN ADULTE

Par M. Beltz, Médecin aide-major au 8e cuirassiers.

La stomatite ulcéro-membraneuse, appelée aussi stomatite couenneuse ou pseudo-membraneuse, bien qu'étant une maladie de l'enfance, se montre assez souvent dans l'armée, où elle est endémo-épidémique.

Quand elle règne épidémiquement, elle est infectieuse, contagieuse et même inoculable, comme l'a prouvé M. Bergeron, par une expérience faite sur lui-même (1).

De même que la rougeole, la variole et les autres maladies zymotiques, parmi lesquelles la rangent aujourd'hui la plupart des médecins militaires, elle sévit presque exclusivement sur les jeunes soldats et se développe surtout sous l'influence de l'encombrement.

Cette maladie, très-rare chez les adultes de la population civile, sur lesquels elle n'a jamais régné épidémiquement, épargne également les officiers, même en temps d'épidémie. C'est ce qui m'engage à publier le cas suivant, que j'ai eu tout récemment l'occasion d'observer :

Le 22 décembre 1867, M. B..., officier de cavalerie agé de 25 ans, robuste et bien constitué, me consulte pour un mal de gorge dont il souffre, dit-il, depuis cinq jours.

Je le trouve dans l'état suivant : peau chaude et sèche, langue saburrale, pouls à 98 pulsations. Le malade se plaint depuis deux jours d'une insomnie presque complète; il a la bouche mauvaise et crache à tout moment une salive épaisse et filante. Soif vive, anorexie, déglutition douloureuse, haleine fétide.

A l'examen de la gorge, je trouve la muqueuse pharyngienne très-rouge et les amygdales gonflées, surtout celle du côté droit, qui dépasse notablement les piliers du voile du palais.

Je constate avec surprise que la gencive supérieure est tapissée par une couche grisâtre qui s'étend latéralement de l'incisive médiane gauche à la deuxième molaire droite, et recouvre la muqueuse dans toute sa hauteur jusqu'à 2 millimètres du sillon gingivo-labial. Par une légère pression avec la pulpe du doigt, cet enduit se détache sous forme d'une bouillie sanieuse, mêlée d'un peu de sang. La muqueuse sous-jacente est rouge, tuméfiée et présente quelques érosions.

Cet enduit n'existe pas sur la gencive inférieure, mais celle-ci présente trois ulcérations à fond grisâtre, situées au niveau de la canine et des deux premières molaires droites, et distantes les unes des autres d'environ 5 millimètres. Leur diamètre varie entre celui d'une pièce de 20 centimes et de 50 centimes. Je ne remarque rien sur les lèvres, sinon quelques fuliginosités.

Prescription : un vomitif, un gargarisme alumineux. Toucher toutes les deux heures les gencives avec un pinceau imbibé du collutoire suivant : miel, deux parties; acide chlorhydrique, une partie.

Le 23 décembre, la langue est moins chargée et le pouls est à 92 pulsations. Le gonflement des amygdales a diminué, ainsi que la gêne de la déglutition.

Dans la bouche, au contraire, l'enduit de la gencive supérieure s'est étendu jusqu'à l'avant-dernière molaire droite.

Toutes les parties que j'avais enlevées la veille se sont reproduites, et le malade m'assure les avoir enlevées lui-même plusieurs fois.

Les ulcérations de la gencive inférieure sont dans le même état qu'hier.

Derrière l'arcade dentaire supérieure, je trouve la muqueuse envahie à son tour par un dépôt d'un blanc nacré qui s'étend sous la forme d'une couche mince et très-adhérente jusqu'au milieu de la voûte palatine.

La salivation est toujours abondante, de plus les ganglions sous-maxillaires sont gonflés et douloureux à la pression.

J'examine les urines et n'y trouve point d'albumine. Du reste, l'état général s'est amélioré; le malade, quoique faible, se lève dans la journée; il mange des potages et des aliments légers.

Je touche légèrement les gencives, débarrassées préalablement de leur enduit, avec le crayon de nitrate d'argent. L'alun est remplacé par le chlorate de potasse à la dose de 4 grammes sur 120 grammes d'eau. De plus le malade devra se rincer fréquemment la bouche avec de la décoction de quinquina.

Le 24, le malade a un peu reposé la nuit; il demande une alimentation plus substantielle.

La muqueuse de la gencive supérieure est en voie de guérison; on ne voit plus qu'une bande grise qui s'étend le long du bord libre de la gencive, au-dessus du collet des dents. Les ulcères de la gencive inférieure ont perdu leur aspect grisâtre et se sont détergés sous l'influence du chlorate de potasse.

Mais le mal s'est étendu à la joue droite, qui présente deux ulcérations situées l'une derrière la commissure labiale, l'autre au niveau de la dernière molaire de la mâchoire supérieure. Ces ulcérations sont irrégulièrement arrondies et assez étendues, la plus grande mesurant 2 centimètres de diamètre et l'autre 15 millimètres. Chacune d'elles est tapissée par une membrane d'un blanc jaunâtre qui ne la recouvre qu'incomplétement, de sorte qu'entre les bords de la membrane et ceux de l'ulcère, on voit un sillon baigné de sanie purulente. L'enduit de la voûte palatine ne s'est pas épaissi, mais il a gagné en surface et s'étend jusqu'au voile du palais... Même traitement.

Le 25, la salivation a diminué, le malade continue à reprendre des forces et de l'appétit. Les gencives sont presque revenues à leur état normal. Je parviens à détacher une des nombreuses pariétales. Elle mesure 8 millimètres dans un sens et 5 dans l'autre. Sa couleur est d'un blanc sale, elle est résistante et présente une certaine ressemblance avec les fausses membranes diphthéritiques.

Le 26. — Les gencives sont encore un peu gonflées, mais les ulcérations se sont comblées et ont disparu sans laisser de cicatrices.

Le malade me dit qu'il a craché « une pellicule, » c'était sa deuxième pseudo-membrane, qui hier était encore trop adhérente pour être enlevée et qui ce matin s'est détachée d'elle-même.

L'enduit du voile du palais est toujours très-adhérent; c'est à peine si en grattant fortement avec l'ongle, on en détache quelques parcelles; mais il s'émincit de plus en plus.

Le 27. — Les ulcérations pariétales se sont comblées comme celles des gencives; il ne reste plus que l'enduit du palais qui a encore diminué d'étendue et d'épaisseur. L'haleine n'est pas fétide, la salivation a beaucoup diminué; les ganglions sous-maxillaires sont encore un peu gonflés.

Je continue toujours le chlorate de potasse, et, au bout de trois jours, le symptôme le plus persistant, c'est-à-dire l'enduit du palais, a disparu à son tour, non point en se détachant, mais en s'amincissant de plus en plus, jusqu'à disparition complète.

Un fait qui m'a frappé, c'est l'amélioration de l'état général survenant dès que l'angine a rétrocédé, et au moment où les lésions de la bouche étaient dans toute leur intensité.

Cela prouve que la stomatite ulcéro-membraneuse est une affection bien différente, comme gravité, de la diphthérite buccale, avec laquelle pourtant certains auteurs veulent encore la confondre.

Ces deux affections n'ont de commun que la production de fausses membranes, du reste complétement différentes de structure, puisque le microscope a fait voir que les plaques diphthéritiques ne sont que des exsudats fibrineux, tandis que les pellicules de la stomatite sont des débris de membrane muqueuse mortifiée.

Il est vrai que ces produits morbides, si différents à l'examen microscopique, ne sont pas toujours faciles à distinguer entre eux, au lit du malade, et qu'on pourrait être quelquefois embarrassé dans un cas de stomatite ulcéro-membraneuse se déclarant pendant une épidémie de diphthérite, surtout chez un enfant.

Or, il importe de porter promptement un diagnostic entre deux affections, dont l'une est bénigne et l'autre très-grave. C'est ce qui me décide à rappeler les principaux caractères qui servent à distinguer les deux maladies.

Avant tout, il faut rechercher soigneusement la présence des ulcérations, soit sur les gencives, soit sur les lèvres, les joues ou les amygdales. Elles n'appartiennent qu'à la stomatite.

Tandis que dans la stomatite l'exsudation diffère de nature et d'aspect, suivant la muqueuse sur laquelle elle se dépose,

(1) Bergeron. Stomatite ulcéreuse des soldats. Paris, 1859.

dans la diphthérite on trouve toujours la fausse membrane.

Les plaques diphthéritiques ne sont presque jamais baignées de pus; elles se détachent facilement; la muqueuse qu'elles recouvraient est presque saine; les membranes de la stomatite sont toujours baignées par du pus; elles sont très-adhérentes et recouvrent des surfaces ulcérées. Enfin, elles présentent cette particularité qu'on a pu remarquer dans notre observation, d'attaquer presque toujours un seul côté de la muqueuse des joues; ainsi, chez notre malade, la joue gauche n'a point été atteinte.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 21 janvier 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° M. le Ministre de l'instruction publique adresse à l'Académie l'ampliation d'un décret par lequel il autorise l'Académie à accepter le legs de 25,000 francs pour deux prix, une fois donnés, institués par feu M. le marquis d'Ourches, conformément aux conditions énoncées dans son testament.

2° M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Dimbarre sur le service médical des eaux minérales de Cauterets pour l'année 1866.

(Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Coste (de Marseille) et Liegey (de Rambervilliers), qui écrivent pour solliciter le titre de membre correspondant.

2° Une notice sur les titres scientifiques de M. le docteur Maurice Perrin.

3° Une note de M. le docteur Berton (de Poissy) sur l'emploi du venin de la vipère contre la rage. (Commission de la rage.)

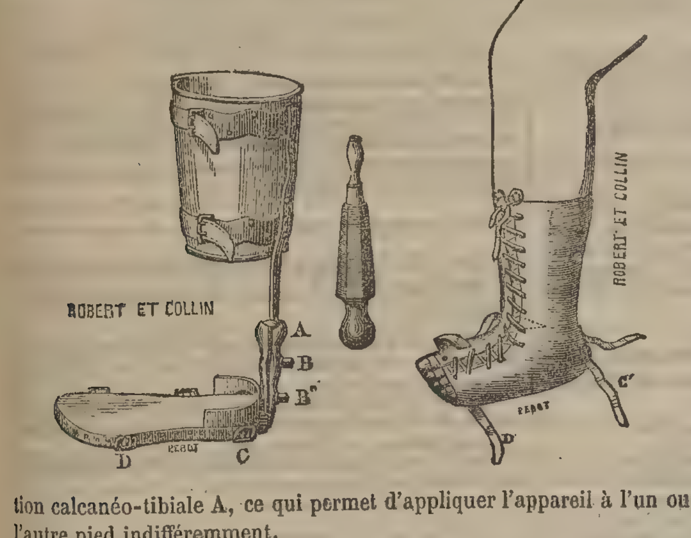
4° Une observation de contagion du muguet, par M. le docteur Mignot (de Chantelle). (Commissaire M. Blache.)

5° Une lettre de M. le docteur Avrard sur les injections intra-utérines à double courant à l'occasion de la note de M. Gallard. (Commissaire M. Depaul.)

6° Une note de M. Galante, fabricant d'instruments de chirurgie, sur un nouvel appareil de compression qu'il a construit d'après les indications de M. Amédée Tardieu, interne des hôpitaux, appareil désigné sous le nom de compresseur tridactyle destiné à remplacer les doigts dans la compression digitale. (Nous publierons cette note.)

— M. Béclard met sous les yeux de l'Académie un nouvel appareil pour les pieds-bots, construit par MM. Robert et Colin sur les indications de M. le professeur Nélaton.

Cet appareil est basé sur une nouvelle disposition d'attelles verticales postérieures, dont la brisure se trouve au niveau de l'articula-



tion calcanéo-tibiale A, ce qui permet d'appliquer l'appareil à l'un ou l'autre pied indifféremment.

Le pied étant fixé sur la semelle C D au moyen d'un bas lacé, muni d'un nouveau système de courroies compensatrices en tissus C' D', le chirurgien imprime au membre la direction qu'il juge convenable et l'immobilise dans l'appareil par un simple tour de vis B et B'.

Les courroies C' et D' correspondent aux boucles C D fixées sur la semelle en dedans et en dehors. A sa simplicité, cet appareil joint l'avantage de ne point toucher les malléoles, qui ordinairement sont froissées dans tous les systèmes à attelles latérales.

M. le Président rend compte à l'Académie de la mission dont il s'était chargé avec plusieurs autres membres, auprès de M. le Ministre, au sujet de la constatation des naissances à domicile.

M. le Ministre, dit M. Ricord, a reçu jeudi passé votre commission, qui se composait de MM. Blache, Gavarret, Devilliers, Depaul, Larrey et Devergie, avec toute la bienveillance possible. M. le Ministre a porté le plus grand intérêt à la communication que nous lui avons faite, et s'est prêté de la meilleure grâce à tous les développements qu'on a voulu lui donner. Après avoir discuté avec nous, M. le Ministre nous a promis, de la manière la plus formelle, de s'occuper très-promptement de cette question, et à la façon dont cette promesse a été faite, ajoute M. Ricord, nous pouvons être certains qu'elle sera tenue.

M. Devilliers ajoute quelques mots aux paroles de M. le président, pour informer l'Académie que, dans le rapport qu'il avait fait pour être lu à M. le Ministre, il proposait un moyen auquel on n'aurait plus à opposer la dépense que nécessiterait la constatation des naissances à domicile; moyen employé aux Antilles françaises, à savoir : de faire toujours la déclaration dans les trois jours, mais de n'exiger la présentation de l'enfant qu'au bout de trois mois.

M. Béhier présente de la part de M. Paccodi (de Pesth) une note sur le tubercule pulmonaire, accompagnée de photographies et de préparations fort remarquables.

Élection.

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant étranger. Voici par ordre de présentation la liste des candidats :

En première ligne *ex æquo* :

MM. Michaux (de Louvain);
Heyffelder (de Saint-Pétersbourg).

En deuxième ligne *ex æquo* :

MM. Ciniselli (de Crémone);
Gritti (de Milan);
De Roubaix (de Bruxelles);
Sperino (de Turin).

Sur 57 votants, la majorité étant de 29, M. Michaux, ayant obtenu 41 suffrages, est en conséquence élu membre correspondant.

Discussion sur la tuberculose.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Hérard, pour la discussion sur la tuberculose.

(Avant de donner le résumé de l'argumentation de M. Hérard, voici la suite et la fin du discours de M. Béhier.)

M. Béhier : Il est encore quelques points sur lesquels je ne saurais être de l'avis de M. Pidoux, et je demande à l'Académie la permission de les examiner devant elle. Ainsi M. Pidoux, alors qu'il examine une des opinions de M. Villemin sur la scrofule, a dit : « Notre vitalisme est essentiellement organique, nous sommes organiciens dans la plus réelle et la plus vivante acception du mot, plus sévèrement organiciens qu'on ne l'est dans l'école de Paris, etc. »

Quand j'ai entendu cette phrase, j'en demande pardon à notre cher collègue, je n'ai pu m'empêcher de penser à ce personnage d'une des plus charmantes créations de M. de Mérimée, qui un vendredi fait baptiser deux volailles, carpe et perche, pour pouvoir les manger en toute conscience. M. Pidoux emploie ici un procédé analogue, il fait une école de Paris mécanicienne et animiste, ce qu'elle n'a guère été, pour la pourfendre plus à son aise. Mais il prend mal son temps, ce me semble, car s'il veut bien y regarder, il verra que la devise de l'école de Paris est tout entière dans ce mot *biologisme*, et ce mot ressemble beaucoup, si je ne m'abuse, au vitalisme organique de mon honorable ami, et si l'on n'a pas pris le mot vitalisme, c'est probablement parce qu'il a été revêtu de tant d'habits différemment nuancés qu'on a craint qu'il fût difficile d'en bien saisir le sens. Du reste, pour ces querelles de doctrines, je renverrais volontiers M. Pidoux à un journaliste de nos amis qui lui dirait, comme il l'a écrit un jour, que sur le terrain de la clinique ces dissemblances ont grande propension à disparaître et n'ont plus grande valeur. Ce qui est parfaitement exact.

Cependant l'école de Paris n'est ni anatomo-descriptive ni animiste; l'anatomie d'évolution n'y fait pas défaut, au besoin demandez plutôt à M. Robin. Quand nous nous défendons de ce reproche, est-ce à dire que nous renions nos devanciers et que nous voulons échapper pour notre compte seulement aux critiques de M. Pidoux? Nous préserve le ciel d'une semblable lâcheté! Non, nous revendiquons nos anciens, nous respectons et défendons leur mémoire. Ils ont fait tout ce que permettait la science de leur temps, cela a toujours été à toutes les époques. Quand la physiologie a fait des conquêtes, la médecine se les est appropriées constamment et sans difficulté.

Nous ne renions pas nos anciens maîtres; nous les vénérons au contraire et nous les remercions surtout de la méthode véritablement scientifique qu'ils nous ont transmise. C'est là leur gloire, nous la leur reportons avec respect. Aux opinions, aux assertions, l'école de Paris a substitué la nécessité des démonstrations portant un caractère de netteté et de précision qui ont souvent fait défaut chez beaucoup d'auteurs dans notre science. Elle ne saurait se dire, comme disait Hégel : « Les faits sont contre mon raisonnement, tant pis pour les faits. » L'école de Paris, par exemple, ne peut accepter comme un fait démontré qu'il y ait antagonisme entre la phthisie et l'arthritisme embrassant la goutte et le rhumatisme, puis la scrofule et l'herpétisme, que lorsque la goutte et le rhumatisme vieillissent ils se transforment en tuberculose, etc., etc. D'abord il faudrait établir et démontrer ce que c'est que l'arthritisme, en donner les caractères précis, et pour le dire en passant, mon honorable collègue comprend sous ce même nom la goutte et le rhumatisme juste au moment où, dans l'école de Paris et dans l'école anglaise, on sépare, preuves en main, ces deux maladies l'une de l'autre. L'arthritisme démontré, et il ne l'est pas, il faudrait prouver cet antagonisme et cette substitution qui le lient à la tuberculose. L'effet produit par les Eaux-Bonnes sur les malades *lessivés* par la soude à Vichy ne me paraît nullement prouver cet antagonisme. L'école de Paris, du reste, connaît cette opinion depuis longtemps, car elle est tout entière dans le chapitre XI du livre III de la *Phthisiologie* de Morton.

Quant à l'herpétisme, nous ne le trouvons guère plus démontré et plus acceptable, car, d'après M. Chauffard lui-même, dans son livre sur la *Spontanéité*, « c'est la plus mobile et la plus variable, la plus incertaine et la moins achevée des diathèses. » Ce sont là, à ce qu'il me paraît, des caractères bien peu caractéristiques; fussent-ils mieux tracés, mieux assis, resteraient encore à démontrer l'antagonisme et la substitution proposés par notre collègue.

Et, puisque j'en suis sur ce sujet, il est encore un point pour lequel je ne suis pas non plus de l'avis de M. Pidoux. Suivant lui, « Laënnec a tellement posé le tubercule comme un parasite, une espèce d'entozoaire sans autre raison d'être que son existence même, et dont il est inutile de rechercher l'étiologie, que les partisans d'un virus tuberculeux le revendiquent maintenant comme un des leurs, » et, sous ce prétexte que Laënnec a fait de l'histoire naturelle sur le tubercule sans se préoccuper de l'étiologie, sans croire à la guérison de la maladie, sans chercher à la combattre, mon honorable ami a sensiblement déprimé Laënnec au profit de Broussais. Eh bien, je dois l'avouer, en entendant notre savant collègue, j'ai été saisi d'un certain étonnement; je ne retrouvais plus, en l'écoutant, le Laënnec non plus que le Broussais que j'avais lus.

Ici M. Béhier, s'appuyant sur de nombreuses citations, montre que Laënnec a fait une large part à l'étude de l'étiologie, et qu'il ne mérite par conséquent pas le reproche qui lui a été fait à cet égard, pas plus que le reproche de fatalisme, touchant la curation de la phthisie, à laquelle il n'aurait accordé aucune croyance, d'après son contradicteur, tandis que, au contraire, il s'est longuement étendu sur les divers modes de guérison de la phthisie.

Quant à la contagion de la phthisie, reprend M. Béhier, ce serait, à vrai dire, la question la plus importante, plus importante que celle de l'inoculation. J'avoue que je n'y crois pas jusqu'ici. Aucune observation ne m'a paru probante, pas même celles qui ont été réunies dans un article récent de M. Fonssagrives. Mais je ne saurais à ce sujet accepter l'argument sentimental que mettait en avant M. Pidoux. Une vérité si lamentable, si dangereuse qu'elle soit, n'en est pas moins une vérité, et nous la devons à la science : elle veut qu'on parle net, quelque douleur que l'on réveille.

Ici finissent les nuances qui nous séparent, M. Pidoux et moi; et pour le reste de la question, je suis beaucoup de son avis, à quelques points secondaires près.

Voici ce que, selon moi, il faut penser de la tuberculose.

Lorsqu'on regarde attentivement au mouvement qui s'est accompli ces dernières années, on voit que la science a fait deux conquêtes sérieuses, d'autant plus importantes qu'elles permettent d'envisager plusieurs séries de symptômes à un point de vue très-différent de celui qui régissait jadis ces questions. Ces deux conquêtes sont l'étude achevée de la sclérose ou induration lente des divers tissus dont certaines altérations des cordons de la moelle ou de la surface du cerveau sont des exemples, et celle de la stéatose, ou altération graisseuse des organes ou de leurs éléments. C'est là ce qui constitue la nécrobiose. Ce mot — que M. Briquet me le pardonne — désigne, non pas seulement un tissu pauvre doué de peu de vitalité et par conséquent destiné fatalement à mourir, mais il a été imaginé pour représenter un état de mort relative, si je puis m'exprimer ainsi; il a été employé en opposition, ou pour mieux dire en parallèle avec le mot gangrène. Le tissus gangrené est absolument mort; la vie l'a abandonné à un tel point qu'il rentre sous l'empire des lois physiques et chimiques communes et qu'il subit la putréfaction, la destruction des substances animales livrées sans protection aux influences du monde extérieur. Le tissu nécrobiosé, au contraire, qui subit la transformation graisseuse, ne la subit que parce qu'il baisse dans l'échelle de l'animalité sans en sortir tout à fait, meurt en tant que tissu spécial et tombe à l'état de tissu plus commun, la graisse; il se dégrade, il subit une sorte de dédoublement chimique par un abaissement de nutrition, la vie l'abandonne pour une part, mais il en conserve encore assez pour ne pas rentrer entièrement sous les lois du monde extérieur physique et chimique. Il ne se putréfie pas, mais il est sans alimentation vasculaire propre, il est nul en tant qu'individualité vivante dans l'économie qui prend ses mesures pour l'éliminer. C'est donc une sorte de mort vivante ainsi désignée par rapport à la gangrène véritable.

La tuberculose n'est, à vrai dire, qu'un des chapitres de cette mort graisseuse des tissus.

Comme M. Pidoux, je crois fermement que le désordre tuberculeux a toujours pour point de départ un mouvement phlegmasique local.

Voici trois individus différents qui, tous trois, prennent une inflammation pulmonaire. Chez l'un, l'exsudat ou la prolifération, la néoplasie en un mot émanant d'une économie ferme, franche, puissante, qui la mène à bien, c'est-à-dire à la résolution, et tout rentre dans l'ordre par une résorption complète de la néoplasie bien vascularisée; et l'affection se résout.

Un autre individu moins bien doué, moins résistant, moins puissant, accomplit sous le coup de l'influence occasionnelle une néoplasie moins ferme, moins pathologiquement saine, qui voit se développer une circulation nouvelle dans son épaisseur, mais cette circulation conduit à l'induration des tissus, ou bien le mouvement sera plus rapide, plus aigu, différent, et la suppuration aura lieu.

Enfin, chez le troisième, la qualité de l'économie sera telle que la néoplasie, pauvre dès le début, sera incapable des évolutions que je signalais tout à l'heure, et, privée de vaisseaux propres, elle subira ce dédoublement chimique, cet appauvrissement organique qui, fatalement, aboutit à la transformation graisseuse et à toutes ses conséquences éliminatrices et générales.

Deux formes de cette dernière altération peuvent être distinguées dans le poumon : l'une chronique, lente, se fait par petits dépôts isolés, graisseux à leur centre dès leur formation, mais n'évoluant que lentement dans ce sens : c'est la granulation, liée peut-être plus à la partie bronchique qu'à la partie trabéculaire du poumon. L'autre est plus aiguë, primitive ou consécutive à la première; elle commence comme la pneumonie, et l'exsudat ou la prolifération qui emplit les trabécules pulmonaires est tellement misérable d'emblée qu'elle meurt graisseusement, d'une façon inévitable, rapide, aiguë, c'est la forme caséeuse, la phthisie galopante.

Je n'hésite pas à voir là une seule et même maladie; granulation ou état caséeux, c'est tout un pour moi; la granulation, l'infiltration grise et l'état caséeux sont des âges différents de la maladie, et voilà tout.

C'est là, du reste, une fort vieille idée, c'est l'idée et la doctrine de Laënnec, comme l'a dit M. Chauffard. Elle reçoit et des travaux de M. Villemin et de ceux de l'honorable rapporteur une nouvelle consécration.

Assurément donc, selon moi, la granulation est la même chose que le tubercule caséeux, mais c'est le tubercule à évolution graisseuse lente, et dont la présence est tolérée plus ou moins par l'économie. Et ceux qui succombent à ce que l'on a appelé la phthisie granuleuse ne meurent pas, à proprement parler, de phthisie; ils succombent à des affections intercurrentes, à des bronchites capillaires surtout, et ils présentent même souvent la forme typhoïde signalée chez les enfants qui meurent de cette même bronchite capillaire sans tubercules. Les granulations ne sont, à vrai dire, que les épines qui favorisent tout à la fois le développement de la complication bronchique et empêchent sa résolution. Le seul phthisique véritable est celui qui, arrivé à la mort graisseuse des parties pulmonaires affectées, succombe à la nécrobiose de cet organe et à toutes ses conséquences. C'est pour cela que, selon moi, la tuberculose n'est, à vrai dire, qu'un chapitre de cette grande altération.

Comme on le voit, la cause véritable de cette altération et des désordres qui en sont la conséquence est tout entière dans la disposition de l'économie, disposition que nous ne voyons sûrement que par ses effets. Tout est dans le terrain et dans ses propriétés. Mais que de choses nous restent encore à connaître à ce sujet! Certes, les causes que M. Pidoux a signalées, la misère, le froid, les excès et toutes les conditions hygiéniques vicieuses, exercent une action réelle. Il en est de même des maladies antérieures, qui laissent après elles l'orga-

nisme dépouillé, misérable et insuffisant pour résister aux mauvaises influences qu'il peut subir. Mais il y a encore autre chose, quelque chose de plus, et cela nous l'ignorons. Sur deux cents individus, par exemple, ouvriers parqués dans des usines, soldats étiquetés dans les casernes, soumis ensemble à l'influence des causes dépressives que M. Pidoux a si bien indiquées, les uns résisteront, d'autres deviendront tuberculeux, d'autres seront seulement chlorotiques. Cette différence de résultat dans des conditions semblables, et sous des influences identiques, pourvu qu'il y ait là encore quelque chose que nous ignorons. Il nous reste donc encore beaucoup à apprendre pour compléter nos connaissances au sujet de la tuberculisation.

M. Villemin a tenté de nouvelles voies. Je ne crois pas, je le répète, qu'il ait jusqu'à présent réussi à prouver ce qu'il avance, mais il a droit à tous nos éloges, et l'avenir doit lui rester ouvert ; car, le jour où il prouvera que, par l'inoculation de la matière tuberculeuse seule, on peut développer une affection tuberculeuse, force sera bien de changer la place que la tuberculose occupe dans le cadre nosologique, et cela en dépit de toutes les déductions du monde et malgré les opinions les plus accentuées. Mais, à mon sens, son expérimentation est encore peu concluante. Et, quant à moi, je resterai, jusqu'à plus ample informé, dans les opinions que j'ai essayé de montrer tout à l'heure. Je reporterai toute l'influence réellement formatrice de la tuberculisation aux qualités du terrain dans lequel la maladie se développe, et, bien positivement, je ne ferai là que répéter ce que disait à ce sujet Laënnec : c'est qu'il faut une disposition particulière de l'économie pour que les diverses circonstances étiologiques déterminent la formation de tubercules. Si donc nous connaissons mieux qu'il ne l'a fait la lésion, son évolution, ses qualités, etc., nous n'en savons pas plus aujourd'hui, sur le dernier point que j'indiquais, qu'il n'en savait de son temps, et je n'ai aucune hésitation à lui reporter tout cela : *Redde Cæsari quod est Cæsari!* Heureux, du reste, de m'abriter sous un nom aussi cher à la science, aussi illustre et aussi français que celui de notre immortel Laënnec!

M. Hérard, entrant d'emblée dans le cœur de la question, commence par exposer, et l'accord dans lequel il est avec M. Villemin sur le fait de l'inoculabilité du tubercule, qu'il a confirmé par ses propres expériences, et la dissidence qui l'en sépare en ce qui concerne la pneumonie caséeuse. M. Hérard s'attache à démontrer qu'à part quelques rares dissidents, tous les histologistes s'accordent pour considérer la pneumonie caséeuse comme un produit inflammatoire, secondaire, non point indépendant, mais distinct de la granulation. Mais cette dissidence ne détruit pas la valeur des expériences de M. Villemin. Pour que ces expériences conservent toute leur valeur, dit M. Hérard, il est nécessaire d'établir : 1° que les animaux sur lesquels ont été faites les expériences n'étaient point déjà tuberculeux ; 2° que la tuberculation a été déterminée par l'inoculation de matière tuberculeuse et non pas d'autres matières.

Sur le premier point, M. Rufz a invoqué l'extrême facilité avec laquelle les lapins se tuberculisent. Mais cette assertion est loin d'être démontrée. Il faudrait faire à cet égard un appel aux médecins vétérinaires. D'après mes propres expériences et celles que M. Bergeron a faites dans le temps, la tuberculisation spontanée serait, au contraire, rare chez les lapins.

Sur le deuxième point, on est bien près aujourd'hui de retirer aux expériences de M. Villemin toute leur valeur en leur opposant les faits d'inoculation de substances diverses et qui auraient dit-on, produit les mêmes résultats. Ici M. Hérard passe successivement en revue les expériences de M. Colin, celles de M. Lebert, de M. Vulpian, et s'attache à montrer ou que ces inoculations ont échoué ou qu'elles ont donné des résultats qui ont sans doute quelque ressemblance avec la tuberculisation, mais une ressemblance trompeuse, n'offrant en réalité point les caractères propres du tubercule. Il en est de même des expériences plus récentes de M. Feltz, de Strasbourg, qui, suivant lui, aurait pris l'exception pour la règle.

Dans la plupart de ces faits, ce sont des infractus, des embolies mais il n'y a pas entre eux et les expériences de M. Villemin de parité réelle. Ce sont des faits de même genre que ceux qui ont été produits dans les expériences de M. Cruveilhier, de M. Cornil et de M. Damaschino. Le fait cité dans la dernière séance par M. Béhier est encore du même ordre. La lésion qui a été constatée dans ce cas a beaucoup de ressemblance avec la pneumonie caséeuse, mais non avec la granulation.

Reste donc rien ou presque rien des expériences faites avec des corps étrangers. La doctrine de M. Villemin est, jusque-là, inébranlée. Et pour tout ce qui est du fait expérimental en lui-même, je suis, dit M. Hérard, complétement d'accord avec M. Villemin. Mais il n'en est pas de même pour ce qui est des déductions que M. Villemin a tirées de ses expériences. Je me range ici à l'avis de MM. Colin, Chauffard et Pidoux. Je n'ai pas attendu l'expression de l'opinion de mes savants collègues pour penser ainsi, et la preuve en est dans ce que j'ai écrit à ce sujet dans l'ouvrage que j'ai publié en collaboration avec M. Cornil. (Ici M. Hérard cite un passage de cet ouvrage qui établit en effet la dissidence à cet égard avec M. Villemin). Cette opinion, ajoute-t-il, est encore aujourd'hui la même. Il y a, en effet, toute une série de causes de la tuberculisation, qui n'ont rien à voir avec le fait expérimental de l'inoculation. Telles sont notamment, et en première ligne, l'hérédité, les excès, l'insuffisance d'alimentation, l'insuffisance d'air, le froid, le séjour prolongé dans des lieux encombrés et où l'air est confiné, tels que les ateliers, les casernes, les pensions, etc.

M. Hérard reprenant ensuite le point d'anatomie pathologique sur lequel il se trouve en dissidence avec M. Villemin, entre dans une discussion détaillée des rapports et des rôles respectifs de la granulation et de la pneumonie caséeuse, dans la phthisie pulmonaire. (Ce point a été déjà largement développé dans la *Gazette des Hôpitaux.*) Puis, prenant à partie le système ethnologique et pathogénique de M. Pidoux, d'après lequel le tubercule ne serait qu'un produit ultérieur de l'évolution de l'une des trois principales diathèses, qui constituent pour lui le fond de la pathologie, M. Hérard n'y voit, comme M. Béhier, qu'une série d'hypothèses. Il n'en croit pas moins aux propriétés des Eaux-Bonnes, mais par un mode d'action autre que la modification de l'herpétisme.

Arrivant à la question de la contagion, M. Hérard est d'avis que cette question ne doit pas être préjugée par le fait de l'inoculabilité, malgré l'affinité naturelle qui existe entre ces deux faits. C'est à l'observation qu'il en faut demander la solution. Il connaît pour sa part des faits qui le porteraient à croire à la contagion, mais il y a lieu de se défier beaucoup à cet égard des coïncidences. C'est un point important de l'histoire de la phthisie qui devra désormais être examiné sérieusement.

M. Hérard termine en déclarant qu'il s'associe pleinement aux légitimes éloges que le rapporteur a décernés au travail de M. Villemin.

A quatre heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport sur des correspondants.

NOUVELLES

Par décret en date du 11 janvier 1868, M. Roubin, médecin professeur, a été nommé médecin en chef de la marine.

— Par décret du 15 janvier 1868, ont été promus dans le corps des officiers de santé :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. les médecins principaux de 2e classe : Minvielle, Pasquier, Maignien, Gueury, Didiot, Fleschut.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. les médecins-majors de 1re classe : Renard, Netter, Perrin, Cordier, Boulian, Beylot, Ferraton.

— A la suite d'un concours institué par le conseil provincial du Hainaut, M. le docteur Dastot, de Mons, ancien élève de M. le professeur Desmares, vient d'être nommé premier chirurgien-oculiste-adjoint à l'institut ophthalmique du Hainaut.

— La société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance le vendredi 24 janvier, à la Faculté de médecine.

Ordre du jour : Lecture de M. Odier. — Emploi de la digitale à haute dose dans un cas d'alcoolisme.

Rapport de M. Pelvet sur la candidature de M. Monod. — Accidents hystéro-épileptiques déterminés par la présence de vers dans le tube intestinal et guéris par leur expulsion.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches chimiques et physiologiques sur l'érythroxylum coca du Pérou et la cocaïne, par M. le Dr Th. Moréno y Maïs; in-8 avec planches. Prix : 3 fr. — Paris, 1868. Louis Leclerc.

Essai d'interprétation de l'action évacuante du tartre stibié, par M. le Dr Davreux ; in-8 de 66 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 24 janvier 1868.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Deux cas de vaginalite suppurée.

Dans sa leçon clinique du 29 décembre, à la Charité, M. le professeur Gosselin a appelé l'attention de ses auditeurs sur deux malades atteints de vaginalite suppurée.

Le premier, âgé d'une quarantaine d'années, avait été opéré d'une hydrocèle gauche par la teinture d'iode, dans un autre hôpital, il y a six semaines. Les suites avaient paru bonnes et la guérison semblait obtenue, lorsque le malade vit reparaître du gonflement. En peu de temps la tumeur avait repris le volume qu'elle avait avant l'opération, et le malade en était assez gêné pour demander de nouveau les secours de la chirurgie.

En l'examinant, M. Gosselin trouva au côté gauche une tumeur grosse comme le poing, pyriforme, indolente, fluctuante. La transparence y était assez prononcée pour qu'on n'eût pas à douter de l'existence d'une hydrocèle récidivée. Mais M. Gosselin fit observer que cette transparence n'était pas aussi nette et aussi évidente que dans les cas ordinaires, et il en conclut que, sans doute, elle était perçue à travers des enveloppes épaissies.

Il fut convenu cependant qu'une nouvelle injection serait faite, et que cette fois on se servirait du vin chaud. Tout étant préparé pour cette opération, le malade fut amené à l'amphithéâtre le 14 décembre. M. Gosselin pratiqua la ponction avec un trois quarts ordinaire ; mais deux circonstances particulières furent observées. D'abord le liquide ne s'écoula pas de suite ; comme il était évident cependant que l'extrémité de la canule était bien dans la tunique vaginale, le chirurgien pensa qu'un grumeau fibrineux obstruait l'instrument ; un stylet conduit dans le tube permit, en effet, à la sérosité de s'écouler en partie ; une nouvelle obstruction eut lieu et obligea à désobstruer encore avec le stylet. La même chose se reproduisit plusieurs fois, et, en définitive, M. Gosselin ne parvint pas à vider complétement la cavité.

En outre, après cette évacuation incomplète, il reconnut que la poche, bien que revenue sur elle-même, était notablement épaissie. En la pressant entre ses doigts d'un côté à l'autre, au-devant du testicule qui paraissait très-sain, il sentait une épaisseur et une résistance beaucoup plus grande que dans l'hydrocèle vulgaire. Il y avait donc un épaississement, et comme, d'après le travail qu'il a publié en 1851, M. Gosselin était autorisé à attribuer cet épaississement à la présence d'une fausse membrane, comme, d'autre part, la fausse membrane n'était pas très-épaisse et avait assez de souplesse pour revenir sur elle-même après l'évacuation du liquide, il pensa qu'il avait affaire ici à l'épaississement pseudo-membraneux du premier degré. Comme cette condition anatomique est favorable à la suppuration, et qu'il y avait à craindre, après l'injection du vin chaud, l'obstacle à la sortie complète de ce liquide, obstacle apporté par des grumeaux fibrineux qui pouvaient exister encore dans la poche séreuse, M. Gosselin préféra ne pas faire l'injection projetée, et remettre à une autre époque l'injection de teinture d'iode à laquelle il se sentait disposé à donner encore la préférence. — Le malade fut donc renvoyé à son lit sans que l'injection fût faite.

Un gonflement considérable et douloureux ne tarda pas à se produire au côté gauche du scrotum, il s'accompagna d'un mouvement fébrile très-intense, et, au bout d'une huitaine de jours, on sentait, en pressant la tumeur avec un peu de force, le gargouillement qui indique le mélange du pus et des gaz ; en même temps, les forces diminuaient et la figure prenait une teinte jaunâtre.

Une longue incision fut pratiquée le 24 décembre et donna issue à une abondante quantité de pus fétide. M. Gosselin s'assura que la surface interne de la cavité, surface formée par la fausse membrane, n'était pas trop épaisse, et qu'en conséquence la décortication n'était pas nécessaire. Il se contenta de mettre un peu de charpie dans la cavité et de faire appliquer des cataplasmes.

Les jours suivants, des bourgeons charnus de bonne nature se montrèrent sur toute la surface interne, et la plaie présentait une marche régulière vers la cicatrice, en même temps que les forces et l'appétit revenaient et indiquaient un retour à la santé.

On a donc eu dans ce fait l'exemple : 1° D'un épaississement pseudo-membraneux au premier degré, sans l'épanchement de sang qu'on observe si souvent en pareille circonstance : 2° d'une suppuration prompte et accompagnée de symptômes généraux intenses à la suite d'une simple ponction ; 3° d'une amélioration notable après la grande ouverture faite pour donner issue au pus très-fétide qui s'était formé.

Le second malade, âgé d'environ cinquante ans, est entré à l'hôpital pour un de ces érysipèles gangréneux qu'on observe quelquefois sur les organes génitaux de l'homme. Le jour où cet homme est arrivé une escarre grise et circulaire occupait le prépuce, une autre assez étendue occupait le scrotum. Cette partie et la verge étaient d'un rouge vif et offraient l'empâtement caractéristique de l'œdème. Les bourses étaient énormes : mais l'on reconnut bientôt que la plus grande partie de leur gonflement était dû à une hydrocèle ancienne assez volumineuse à droite. La physionomie de la maladie était celle de l'infiltration urineuse ; mais il n'y avait eu aucun symptôme du côté de l'émission des urines, et, d'autre part, on ne sentait pas au périnée ce gonflement dur qui ne manque guère dans les cas d'infiltration urineuse. Enfin, M. Gosselin a plusieurs fois rencontré ces érysipèles spontanés du scrotum et de la verge qui s'accompagnent promptement de la gangrène de la peau de ces régions.

Dans l'espoir d'arrêter la gangrène, en facilitant la circulation nécessairement gênée par le gonflement, M. Gosselin fit, dès le premier jour, plusieurs incisions sur les régions malades et diminua le volume des bourses en pratiquant la ponction de l'hydrocèle. Les choses se sont bien passées, quant à l'érysipèle gangréneux. Les escarres se sont promptement éliminées, et les plaies consécutives ont pris un assez bon aspect. Mais la piqûre de l'hydrocèle ne s'est pas cicatrisée ; elle a laissé écouler la sérosité, à mesure que celle-ci se reproduisait ; bientôt on a reconnu que c'était du pus qui s'échappait, et que ce pus avait une odeur fétide. M. Gosselin a fait, comme chez le malade précédent, une longue incision pour donner issue à la suppuration vaginale, et tout fait espérer une guérison prochaine, tant de la gangrène que de l'hydrocèle.

Ce fait est un exemple d'une vaginalite suppurée, sans fausse membrane antécédente, comme dans le cas précédent, et les deux malades ont présenté cette différence remarquable que chez le premier, qui avait la fausse membrane, les symptômes généraux ont été beaucoup plus intenses et plus menaçants que chez le second qui ne l'offrait pas. Tous deux d'ailleurs guériront de leurs hydrocèles par une oblitération inévitable de la tunique vaginale.

DES OSSIFICATIONS DE LA DURE-MÈRE

De la pachyméningite osseuse,

Par M. BÉCOULET, médecin-adjoint de l'Asile d'Auxerre.

Le prix Esquirol (année 1866, médaille d'or) a été décerné à M. Jeannerat, ex-premier interne de Stéphansfeld, pour son travail sur les ossifications de la dure-mère (Pachyméningite osseuse).

Cette thèse, dont je vais donner une analyse succincte, me paraît remarquable à plusieurs titres, et surtout au point de vue anatomo-pathologique.

Dans son introduction, l'auteur rapporte qu'ayant recueilli un nombre assez considérable d'observations relatives aux ossifications de la dure-mère, il en était arrivé à conclure que ces lésions étaient le plus souvent le résultat d'une irritation chronique de cette membrane.

FEUILLETON

Physiologie de la voix et de la parole

Par le Dr EDOUARD FOURNIÉ (1)

Il est peu de chapitres dans la physiologie qui aient été l'objet d'autant de travaux que celui de la production de la voix ; mais c'est peut-être aussi celui qui a été la source du plus grand nombre d'erreurs, d'incertitudes et de controverses.

Depuis Hippocrate, qui ignorait l'existence d'un organe spécial à la formation de la voix et considérait celle-ci comme un son provenant du bruissement de l'air venant résonner dans la tête ; depuis Aristote qui mentionne l'existence du larynx, et Galien qui avait de cet organe une connaissance beaucoup plus précise, jusqu'aux physiologistes modernes, Geoffroy-Saint-Hilaire, Magendie, Malgaigne, Müller, Harless, Meckel et MM. Bataille et Longet, en passant par Fabrice d'Aquapendente, Mersenne, Perrault, Dodart, Ferrein et Dutrochet, nous voyons se faire jour autant d'opinions diverses qu'il y a de noms attachés à cette étude.

Ces nombreuses dissidences, ces obscurités et même ces aberrations peuvent se comprendre quand on réfléchit aux difficultés qui entouraient l'étude de cette question et qui résultaient d'abord du développement à peu près nul des sciences et plus tard des progrès encore peu avancés de l'acoustique, de l'anatomie et surtout de la physiologie.

Ces difficultés attendaient surtout pour être aplanies, l'invention d'un instrument qui vînt nous permettre de prendre, pour ainsi dire, la nature sur le fait, et dans le plein exercice de ses fonctions. Aussi, dès que Manuel Garcia eut mis au service de la science le laryngoscope, MM. Bataille, Turck, Liston, Czermack, M. Edouard Fournié lui-même et bien d'autres s'emparèrent de cet instrument, l'améliorèrent et fécondèrent si bien cette découverte que nous avons déjà vu bien des points s'éclaircir.

C'est surtout parce qu'il s'appuie sur une longue pratique de ce laryngoscope que l'ouvrage de M. Édouard Fournié se recommande à l'attention des physiologistes.

L'auteur a divisé son travail en deux parties : la physiologie de la voix et la physiologie de la parole.

1° *Physiologie de la voix.* — Nous ne nous arrêterons pas sur le premier livre, dans lequel sont exposées, d'une manière d'ailleurs très-claire, les notions d'acoustique nécessaires à l'intelligence du mode de formation du son. Qu'il nous suffise de noter les expériences de M. Fournié, entreprises pour démontrer l'influence de la chaleur sur le mouvement sonore, et qui lui ont donné les résultats suivants :

La chaleur baisse le ton dans les métaux.

Elle le hausse au contraire quand elle est appliquée à l'air et d'une manière beaucoup plus sensible.

Dans le deuxième livre consacré à l'anatomie du larynx, l'auteur décrit successivement les cartilages et les fibro-cartilages, leurs articulations entre eux, et les ligaments qui les unissent, les muscles extrinsèques et intrinsèques qui produisent les mouvements de la totalité de l'organe ou de chacune de ses parties isolément, la muqueuse qui le tapisse, les rubans vocaux et la glotte qu'ils limitent, les ventricules qui la surmontent, et les glandes, les vaisseaux et les nerfs qu'on trouve dans le larynx. — Nous ne suivrons pas M. Fournié dans les détails qu'il donne sur ces diverses parties ; mais nous ferons remarquer qu'il dépossède les cordes vocales supérieures de leur nom usurpé, puisqu'il est reconnu qu'elles sont complétement étrangères à la production des sons ; de plus, il donne aux cordes vocales inférieures le nom de *rubans vocaux* mieux en rapport avec leur forme et leur mode de vibration, et enfin, s'appuyant sur de nombreuses dissections, il affirme que la muqueuse du larynx au niveau des rubans vocaux perd son épithélium vibratile, qui est remplacé par de l'épithélium pavimenteux, devient plus mince, plus transparente, et parvenue sur le bord interne des *rubans*, loin d'adhérer intimement à la membrane fibreuse par un tissu cellulaire très-serré, comme l'avaient jusqu'ici pensé les anatomistes, « elle est unie à cette fibreuse par un tissu cellulaire excessivement lâche, qui permet d'assimiler, jusqu'à un certain point, cette portion des rubans vocaux à la bourse séreuse qui entoure certains tendons ».

Le larynx est ensuite examiné dans sa conformation générale, son mécanisme, son développement, et dans ses différences suivant les âges, les sexes et les individus.

Voilà pour la partie qui fournit les vibrations sonores, mais comme dans tous les instruments, il faut un agent moteur des vibrations sonores et un tuyau de renforcement. Aussi l'auteur fait-il suivre la description du larynx de celle du *tuyau porte-vent* qui comprend la trachée et les bronches, et de celle du *tuyau sonore* avec la région pharyngo-laryngienne, l'isthme du gosier, la luette, les amygdales, le voile du palais, la cavité buccale et les fosses nasales, toutes régions qui jouent un si grand rôle dans l'articulation des sons, leur transformation en langage parlé, et l'émission des diverses notes dans le chant.

Nous arrivons enfin à la partie fondamentale de l'ouvrage, à celle qui s'occupe spécialement de la physiologie de la voix. Mais avant de présenter sa propre théorie, M. Fournié a cru devoir au préalable faire passer devant les yeux du lecteur un historique de la question. Il expose et critique successivement, dans une série de notices, les travaux des principaux auteurs qui se sont occupés de cette partie de la physiologie depuis Hippocrate jusqu'à nos contemporains.

Ce fragment d'histoire est sans doute très-intéressant, mais nous pensons qu'il est trop long pour un ouvrage destiné à l'exposition de

(1) Un vol. in-8°, prix : 10 fr. Paris, 1867. Ad. Delahaye.

Relater d'abord les opinions précédemment émises sur ce sujet nouveau, publier ensuite ses observations personnelles, telle sera la division de cette étude dont il a résolu de faire le sujet de sa thèse inaugurale.

Historique. — Morgagni, un des premiers, signale deux observations où l'on trouve à l'autopsie des ossifications de la faux de la dure-mère : la première, chez un vieillard mort d'apoplexie; pas de renseignements sur les faits qui ont précédé; la seconde observation a trait à un jeune homme atteint de syphilis. Antécédents : céphalalgie, lypémanie, vertiges, syncopes au moindre mouvement. A l'autopsie, on trouve dans la faux de la dure-mère plusieurs ossifications, dont l'une de 15 lignes de long, 7 de large, 1 1/2 d'épaisseur; ces ossifications étaient hérissées de pointes. Valsalva attribua ces lésions à la diathèse urique. Morgagni pense avec Scheid que le développement osseux en comprimant les sinus pourrait être cause d'apoplexie.

M. Jeannerat fait la remarque que l'ossification se faisant à la surface interne de la membrane, le dépôt osseux devait être considérable pour exercer une certaine compression des canaux veineux.

Morgagni cite les auteurs suivants qui parlent d'ossification de la dure-mère : Franc. Ant-Cattus. (*Isag-anat.*, l. 34), 1557; Bottali (*Observ. anat.*, 11); Horn (*Anat. adeamd*); Scheid (*Dissert. de duobus ossiculis in apopl.*); Wepfer, Cheselden, Vatergohl, Mayer, Riolan, Volkamer, Offredi, trouvèrent des faux de la dure-mère complétement ossifiées.

Cruveilhier, *Anat. path.*, t. 3, p. 835 et suiv., divise ces ossifications en trois formes : 1° forme glanduleuse; 2° en aiguille ou stalactites osseuses; 3° en plaques. Il croit que l'ossification commence dans l'arachnoïde et n'atteint la dure-mère que consécutivement.

Des recherches récentes prouvent que la dure-mère est atteinte primitivement dans l'intérieur même de son tissu fibreux.

Rayer (*Archives gén. de médecine*, t. 1, 1825, p. 325), attribue ces ossifications à une inflammation chronique.

Pour M. Velpeau, l'inflammation est insuffisante à expliquer ces phénomènes; il cite un cas où toute la dure-mère présentait dans son épaisseur une formation osseuse, véritable calotte crânienne, sans que pendant la vie on ait observé aucun symptôme inflammatoire.

Rokitanski regarde les ossifications comme développées à l'intérieur des pseudo-membranes.

Suivant Lebert, c'est une ossification fibreuse non précédée de cartilage.

Virchow a trouvé le plus souvent les produits osseux de la dure-mère formées dans l'intérieur de la dure-mère, et les considère comme la dernière expression de la pachyméningite ossifiante. M. Jeannerat partage l'opinion de Cruveilhier, Rayer, Virchow, qui attribuent les ossifications de la dure-mère à une irritation chronique. Pour le démontrer, il s'appuie sur deux ordres de fait :

1° Le mode de développement des ossifications;

2° L'observation clinique et étiologique des malades atteints de cette affection.

1° *Mode de développement.* — M. Christian (*De la Pachyméningite hémorragique*, Strasbourg 1864), a eu occasion d'observer certaines faux qui étaient formées de plusieurs lames fibreuses adossées, unies par un tissu cellulaire. Dans ces lames fibreuses on trouve des cellules plasmatiques, et principalement dans les lames superficielles ou internes. C'est précisément là que, d'après le savant histologique Morel, la substance osseuse prendrait naissance.

« Cette transformation osseuse, dit-il, s'opère d'après le même mécanisme que l'ossification du périoste chez le fœtus. » Il ajoute : « Ce travail pathologique est le résultat de l'irritation de certains points de la dure-mère. »

En résumé, si l'on fait une coupe d'une dure-mère ainsi modifiée, on voit les cellules plasmatiques proliférer; d'abord ovales, on les voit se plisser à mesure que l'on approche de l'os, puis elles envoient des prolongements en tous sens et s'incrustent de calcaires. La prolifération des cellules plasmatiques, tel est à notre sens l'indice du travail inflammatoire.

2° L'observation clinique et l'étiologie nous montrent que cette affection se trouve le plus souvent chez des malades qui ont été sujets pendant leur vie à des congestions répétées actives ou passives, telles sont : les paralytiques généraux, les épileptiques, les lypémaniaques.

M. le professeur Dagonet a trouvé des ossifications dans environ 1/15 des autopsies d'aliénés le plus souvent dans la démence, la paralysie générale, et surtout la folie épileptique.

M. Jeannerat, sur 625 autopsies d'aliénés faites de 1859 à 1866, rencontre 64 ossifications de la dure-mère.

L'épilepsie vient en première ligne, puis la lypémanie : on observe chez le lypémaniaque une stase sanguine très-manifeste due au défaut de mouvement et à une atonie du système circulatoire; la démence et la paralysie générale viennent en troisième ligne.

Les résultats donnés par l'âge font voir que les ossifications se rencontrent le plus fréquemment de trente à cinquante ans; du reste, leur mode de développement, consistant dans la transformation directe de la cellule plasmatique en tissu osseux, les distinguait déjà de l'athérôme des artères et des dépôts calcaires que l'on voit souvent chez les vieillards.

Le pronostic et le traitement n'ont rien de bien intéressant; l'affection étant encore impossible à diagnostiquer. Si l'on soupçonne la syphilis, on administrera l'iodure de potassium.

Suivent soixante-quatre intéressantes observations, toutes recueillies par M. Jeannerat, excepté une empruntée à M. Christian.

En résumé, cette thèse a fait faire un pas à l'anatomie pathologique d'une lésion encore très-superficiellement étudiée.

L'histologie, en nous montrant la prolification des cellules plasmatiques, nous fait pour ainsi dire toucher du doigt la nature inflammatoire du processus pathologique, mais l'histologie elle-même sera-t-elle toujours impuissante à nous dire pourquoi telle inflammation transforme la cellule plasmatique en pus, telle autre la transforme en tissus fibreux, conjonctifs, telle autre en os, etc.?

Nous croyons que l'on doit beaucoup espérer de cette science, qui date d'hier, et qui a déjà transformé et vivifié l'anatomie pathologique.

HYGIÈNE PRIVÉE ET PUBLIQUE

A propos de la constitution catarrhale.

Nous disons *à propos* de la constitution, et non pas *sur* la constitution. Que dire, en effet, de nouveau *sur* une affection qui apparaît avec la régularité des saisons et qui, depuis les premiers froids sérieux de l'automne jusqu'à la disparition des dernières giboulées du printemps, remplit la ville et la campagne d'angines, de laryngites, de bronchites, voire même de pneumonies? Tout a été dit sur ces affections, qui tiennent si bien à la constitution de l'atmosphère, qu'on ne prévoit guère d'autre moyen d'en empêcher le retour que de changer les climats, ce qui ne paraît pas facile.

Ce qui serait plus réalisable, du moins pour quelques mortels privilégiés, ce serait de se faire un climat à soi, dans son appartement ou dans sa maison, et d'y défier, pendant quatre ou cinq mois, la bise et les frimas. Mais peut-être l'immobilité qu'exigerait ce système hygiénique aurait-elle plus d'inconvénients que d'avantages, et, pour éviter un mal, tomberait-on dans un pire. En tous cas, les hommes, — et même les femmes, — sont trop attachés à leurs plaisirs pour que nous supposions qu'ils tentent l'expérience, et nous ne pensons pas qu'aucun médecin jaloux de conserver son autorité leur conseille jamais de le faire.

Non-seulement les hommes — et les femmes — aiment peu, en général, à contrarier leurs goûts pour éviter un mal futur, mais encore ils ne suivent pas toujours les conseils qu'on leur donne pour soulager un mal présent ou pour en prévenir l'aggravation : bien loin de rester sous le *climat* de leur appartement quand ils se portent bien, ils ne se résignent même pas à y rester quand ils sont malades; ils continuent, alors, à vaquer à leurs affaires, ce qui est fort excusable et souvent fort louable, et parfois aussi ils continuent à vaquer à leurs plaisirs, ce qui est pardonnable à peine, sauf à troubler par moments les plaisirs des autres, ce qui n'est point pardonnable du tout. C'est là principalement que nous en voulions venir.

Qui de nous n'a pas assisté à une représentation théâtrale, à une leçon, à une conférence, avec un catarrheux pour voisin et plusieurs autres dans la salle? Qui de nous ne les a pas entendus se livrer à un concert de toux, au moment le plus pathétique d'une scène ou le plus intéressant d'un discours, ou à un accompagnement infernal pendant l'exécution d'un morceau lyrique? Voilà ce que nous voudrions que la police empêchât, en interdisant, par mesure d'hygiène publique, l'entrée des réunions publiques à tous les catarrheux (1). La mesure pourrait paraître plaisante, elle serait fort sérieuse au fond; car ce ne sont pas seulement les plaisirs des autres qui sont troublés par l'inconvenance des catarrheux, c'est leur santé qui est compromise, car il faut bien ne pas perdre de vue que le catarrhe pituitaire, au moins, si non les autres, est contagieux, et que tout spectateur qui assiste à un spectacle, ayant un voisin pris du cerveau, a grande chance d'être pris, à son tour, à trois ou quatre jours de là, et pris parfois d'une manière plus grave que celui qui lui a transmis la maladie.

A tous les points de vue, donc, la mesure que nous proposons se justifierait; c'est pourquoi, probablement, elle ne sera pas prise. Dans tous les cas, il est peu probable qu'on la prenne cette année; en sorte que le seul moyen actuel de soustraire les spectateurs bien portants aux inconvénients du voisinage des spectateurs catarrheux, c'est de conseiller à ceux-ci, dans leur propre intérêt aussi bien que dans l'intérêt de leurs concitoyens, de se munir, avant de partir pour le spectacle ou pour une réunion publique quelconque, d'un flacon de *sirop* ou d'une boîte de *pâte de Lamouroux*. Quelques cuillerées de l'un de ces célèbres pectoraux, dont l'efficacité est aujourd'hui confirmée par une expérience de près de soixante années, ou quelques morceaux de l'autre pris dans le cours de la représentation, calmeront l'irritation et la toux, et permettront ainsi aux catarrheux de ne pas incommoder leurs voisins, tout en soignant, de la manière la plus utile, leur propre incommodité. L'intervention des médecins peut concourir, dans une certaine mesure, à cette bonne innovation hygiénique; il est à désirer, dans l'intérêt de tout le monde, qu'ils la favorisent de tout leur pouvoir.

Dr X. Petit.

(1) Il nous faut tout le respect que nous avons pour les opinions les plus originales pour laisser passer une telle opinion; mais nous pensons que le jugement de notre confrère est un peu fourvoyé par l'assurance qu'il a de mettre le remède à côté du mal.

l'état actuel d'un chapitre de la science. On alléguera sans doute qu'avant d'émettre une théorie nouvelle, il est bon et utile de montrer en quoi les théories précédentes péchaient. Cela est parfaitement admissible, mais n'oblige pas un physiologiste à persécuter, même dans ce qu'elles ont de grotesque, des idées dont la science a depuis longtemps et fort heureusement fait justice. Leur exposé eût été mieux à sa place dans un livre à part, et nous n'éprouvons, du reste, aucune peine à avouer que ce livre aurait été lu beaucoup et avec infiniment de plaisir, car ce chapitre est écrit comme tous les autres, en très-bon style, et a dû nécessiter de très-nombreuses recherches.

Disons seulement que la principale préoccupation des médecins, des physiologistes et des physiciens qui se sont occupés du mécanisme de la voix, a été d'assimiler ce mécanisme à celui qu'on emploie artificiellement dans la construction des divers instruments de musique. Ainsi, « Galien comparait l'organe vocal à une flûte; Fabrice et Cassérius, aux tuyaux à bouche de l'orgue; Dodart, à un chassis bruyant; Ferrein, à l'épinette; Magendie, Despiney, aux instruments de la classe des cors; Malgaigne, Müller, à des anches membraneuses de leur invention; Savart, à l'appel des oiseleurs. »

Le laryngoscope a été enfin inventé, qui a permis d'examiner sur le vivant la formation des sons, et c'est après quelques explications sur l'emploi du laryngoscope et sur l'autolaryngoscopie, que M. Édouard Fournié arrive à poser les preuves qui lui font considérer, de même que Müller, l'organe vocal comme une anche membraneuse. Pour lui, la partie seule de la muqueuse, qui, après avoir recouvert les ligaments thyro-aryténoïdiens (cordes vocales inférieures), s'adosse à elle pour flotter librement dans le larynx, est susceptible de vibrer, et il tire ses preuves : 1° *De la physique*; en effet, les lamelles de caoutchouc dont Müller s'était servi pour construire des anches membraneuses ne vibrent qu'autant qu'elles sont assez minces pour être distendues par la pression de l'air. Les rubans vocaux étant fixés en avant et en arrière, l'air passant à travers la glotte, peut bien les écarter, mais non les faire vibrer. Ils sont trop épais; mais la muqueuse se détache du bord libre des rubans et forme ainsi la partie libre de l'anche;

2° *De l'anatomie*, qui nous montre à ce niveau la substitution à l'épithélium vibratile d'un épithélium pavimenteux stratifié comme dans toutes les membranes à frottement;

3° *De la physiologie*. Des expériences sur le cadavre, au moyen d'insufflations, ont montré que la partie libre de la muqueuse vibre indépendamment des rubans vocaux. Au surplus, l'examen laryngoscopique sur le vivant a confirmé les expériences pratiquées sur ce cadavre;

4° Enfin, *de la pathologie*. Il suffit d'une légère injection de la muqueuse vocale, sans que les rubans soient atteints, pour déterminer un enrouement très-considérable. Dans les cas de nécrose, d'ulcérations, le timbre n'est pas altéré tant que la muqueuse des rubans vocaux n'est pas envahie (1).

Après avoir décrit la constitution de l'anche vocale et le larynx artificiel qu'il a construit pour étayer sa théorie, et qui est beaucoup moins compliqué que celui de M. Harless, M. Édouard Fournié étudie l'action des muscles du larynx qu'il divise en trois groupes : le premier comprend les muscles qui ont une action tensive ou distensive sur les rubans vocaux dans le sens de leur longueur, ce sont les crico-thyroïdiens, les sterno-thyroïdiens et les crico-aryténoïdiens postérieurs; le deuxième groupe comprend seulement les thyro-aryténoïdiens qui tendent les rubans dans le sens de l'épaisseur; dans le troisième enfin sont rangés : l'aryténoïdien, les crico-aryténoïdiens latéraux, le constricteur inférieur du pharynx et les faisceaux oblique et vertical des thyro-aryténoïdiens; ils sont chargés de diminuer ou d'augmenter la longueur des parties vibrantes, c'est-à-dire de pratiquer l'occlusion de l'anche vocale.

(1) Dans la nouvelle édition de son *Traité de physiologie*, E. Béclard nous dit que les arguments de M. Fournié lui paraissent décisifs.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les détails qu'il donne sur les fonctions du tuyau sonore et du tuyau porte-vent, ni dans sa théorie du mécanisme de la formation de la voix humaine dans les divers registres : voix de poitrine, dans laquelle on remarque à la fois la tension des rubans vocaux en longueur et en épaisseur et la diminution progressive de la glotte à mesure que les sons s'élèvent; voix de fausset, qui est due à l'occlusion de la glotte en arrière, d'où il suit que l'ouverture est moins considérable que dans la voix de poitrine, et voix mixte, dans laquelle la glotte atteint sa plus grande longueur.

Toutes ces questions qui se rattachent à l'intensité et à l'acuité des sons nous entraîneraient trop loin. Nous passons ensuite à l'étude du timbre dans ses diverses modifications, le timbre pur, le timbre rauque, le timbre guttural, à l'influence que produisent sur le timbre la bouche et les fosses nasales, qui produisent un timbre buccal et un timbre nasal. Le nasonnement et le nasillement, la voix sombrée et le timbre clair sont passés en revue.

Un chapitre aussi amusant peut-être que scientifique est celui qui traite des illusions vocales représentées par la ventriloquie et celui qui s'occupe du mécanisme du sifflet. Que dire encore de l'influence des sexes sur la voix, si importante on le sait, de l'influence de l'âge, des modifications qu'elle subit à l'époque de la puberté? Que dire encore du chapitre de la voix selon les individus, basse, baryton et ténor, contralto, mezzo-soprano et soprano, sinon que vouloir être aussi complet que l'auteur nous mènerait beaucoup trop loin? Aussi, en mentionnant simplement les paragraphes relatifs à la voix des eunuques et à la voix rare, et les chapitres qui concernent les applications de la théorie de la voix à l'enseignement du chant et aux maladies de larynx, avons-nous hâte d'arriver à la deuxième partie de l'ouvrage, sur laquelle nous voulons dire quelques mots.

II. — *Physiologie de la parole.* — Cette étude a été beaucoup trop négligée jusqu'ici quand on réfléchit à l'importance de la parole au point de vue philosophique et physiologique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 18 octobre 1867. — Présidence de M. BOYS DE LOURY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le n° 12 (1867) de la Revue d'hydrologie française et étrangère;

2° Le Bulletin de la Société médicale d'Indre-et-Loire, année 1867;

3° Revue des cours scientifiques n° 45. Hommage de M. Simonot. (Remerciments);

4° Recherches comparatives sur les maladies vénériennes dans les différentes contrées, par le docteur Gustave Lagneau.

En offrant son ouvrage, M. GUSTAVE LAGNEAU donne le résumé suivant :

Dans ce travail de syphillographie climatologique et ethnologique, sur lequel M. Bergeron a fait un savant rapport à l'Académie de médecine, se trouvent rassemblés des documents sur le Groënland, l'Islande, la Norwège, la Russie, l'Amérique anglaise septentrionale, les Iles-Britanniques, la France, la Belgique, les États-Unis fédéraux d'Amérique, le Portugal et l'Espagne, l'Italie, les possessions anglaises de la Méditerranée, l'Algérie, la Tunisie, l'Égypte, le Levant, la Chine, le Japon, le Mexique, l'Amérique anglaise tropicale, les Pays tropicaux habités par les nègres, les Indes et Ceylan, la Cochinchine, l'Océanie, l'Amérique méridionale, les Iles intertropicales d'Afrique, l'Afrique australe, et les possessions anglaises de l'Océanie australe.

La comparaison de ces documents montre que la proportion des ulcérations génitales varie beaucoup suivant les pays et les peuples. Elles sont relativement rares chez les Arabes et les Kabyles, suivant M. Daga et autres observateurs, quoique les accidents constitutionnels soient extrêmement communs chez ces indigènes de l'Algérie.

Dans le Levant, selon M. Poyet, et au Japon, selon M. Duteuil, les ulcérations, molles et bénignes en apparence, seraient parfois suivies d'infection. Pareillement M. Arthur Thomson n'aurait jamais observé de chancre Huntérien à la Nouvelle-Zélande, pays où cependant la statistique médicale anglaise constate des syphilis constitutionnelles.

L'évolution de la syphilis paraît moins rapide dans les pays froids que dans les pays chauds, à Christiania qu'en France, en France que dans les pays tropicaux.

MM. Poyet, Coindet, Libermann, Castano, Bourgarel, Delarue, Lafargue, s'accordent à reconnaître la grande fréquence des bubons, avec ou sans ulcérations génitales, dans le Levant, au Mexique, en Cochinchine, en Océanie, au Chili, en général dans les pays chauds.

Selon MM. Daga et Poyet, les blennorrhagies aiguës ne se montreraient guère parmi les indigènes de l'Algérie et du Levant que chez ceux se trouvant en relation avec les Européens.

Les maladies syphilitiques se guériraient moins promptement dans les pays froids que dans les pays chauds.

Les accidents primitifs exigeraient 52 journées de traitement à Christiania, 37 en France, et 27 en Algérie.

Les accidents constitutionnels exigeraient 124 journées de traitement à Christiania, 50 en France, et 38 en Algérie.

De deux peuples se trouvant dans un même pays, la syphilis semblerait sévir plus cruellement sur celui qui, antérieurement, en aurait le moins été atteint.

Quoique la syphilis contractée dans les pays froids paraisse s'amender dans les pays chauds, celle que les étrangers ou les indigènes contractent dans les pays chauds est cependant parfois grave, même quand ils continuent à y résider.

Quoique la syphilis soit répandue dans la plupart des pays et chez la plupart des peuples, M. Livingstone a remarqué que cette affection, contractée sur le littoral de l'Afrique australe, disparaissait dans l'intérieur de cette contrée.

Dans des conditions climatériques très-différentes, au Groënland et en Islande, MM. Bellebon, Guérault, Thorstensen, Hjaltelin, Schleisner, Jacolot, ont également remarqué que la syphilis ne semblait pouvoir s'établir d'une manière durable parmi les habitants, malgré leurs fréquentes relations avec les marins de toutes nations.

Dans la plupart des pays, la fréquence des maladies vénériennes est en rapport avec l'insuffisance des mesures prophylactiques et des moyens de traitement dirigés contre ces affections. Pour le reconnaître, il suffit de comparer la proportion des vénériens dans les armées des Iles-Britanniques, de France et de Belgique.

Tandis que dans les Iles-Britanniques où les mesures prophylactiques étaient nulles en 1862 et 1863, sur 1,000 hommes d'effectif, la proportion des vénériens s'élevait à 318 ; en France, où on a recours à certaines mesures, elle ne s'élève qu'à 113; enfin, en Belgique, où ces mesures sont plus uniformément appliquées, cette proportion des militaires vénériens s'abaisse à 90, c'est-à-dire est plus de trois fois et demie moindre que dans les Iles-Britanniques.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BLACHEZ présente les pièces anatomiques d'une jeune fille qui est morte dans son service, dans l'intervalle de deux visites.

Elle est entrée mourante à l'hôpital, le 15 octobre, vers deux heures de l'après-midi. — Elle est morte dans la soirée. — Elle était âgée de 16 ans. Ses parents nous ont appris que depuis l'âge de 6 ans elle se livrait à l'alcoolisme avec une passion indomptable.

Elle paraissait avoir succombé à des accidents consécutifs à une affection cardiaque.

Autopsie. — Jeune fille peu développée, lèvres livides. Région cardiaque saillante, matité considérable.

Cœur doublé de volume, large, sphérique, oreillettes très-développées, — l'aorte est insuffisante — à l'ouverture on trouve les valvules aortiques un peu épaissies, leurs bords surtout sont hypertrophiés. Tout ce bord libre est comme festonné par des petites saillies analogues à des végétations et suivant le contour des valvules. Ces saillies du volume d'un grain de millet sont d'un rose pâle, résistantes, élastiques. Leur présence rend parfaitement compte de l'insuffisance, — les valvules en effet ne se joignent plus que par leurs bords.

La valvule mitrale offre exactement la même altération, les végétations forment tout à fait un bourrelet au bord flottant de la valvule.

L'oreillette gauche est très-dilatée ; l'endocarde ventriculaire présente une teinte blanche opaline, comme nacrée et un épaississement notable, surtout au voisinage des valvules.

L'orifice de l'artère pulmonaire est normal, les valvules sont parfaitement intactes. La valvule tricuspide a le même aspect que la valvule auriculo-ventriculaire gauche — même dilatation de l'oreillette. L'endocarde est comme épaissi et nacré. Quelques caillots, mous, peu volumineux, dans les cavités.

Pas de péricardite.

Le tissu musculaire du cœur, manifestement épaissi, offre une dégénérescence graisseuse très-apparente à l'œil et que le microscope confirme. Le dégénérescence est surtout prononcée dans la couche la plus externe.

L'aorte et les principales artères n'offrent aucune altération.

Poumons parfaitement sains, aérés, crépitants.

Le foie offre un type de dégénérescence graisseuse hypertrophique. Il a au moins un tiers en sus de son volume normal; il est mou, couleur de foie gras d'oie. La graisse suinte sur toutes les coupes. Le tissu cellulaire ne paraît pas hypertrophié.

Les reins ne présentent pas d'altérations sensibles.

La rate, doublée de volume, est dure, cassante; sa capsule est épaissie et résistante.

Le cerveau n'offre aucune lésion ; les membranes ont une transparence parfaite, les vaisseaux sont sains, et la consistance de l'organe est normale.

Nous croyons, ajoute M. Blachez, pouvoir rapporter toutes ces lésions à l'alcoolisme auquel cette jeune fille s'était adonnée avec une sorte de folie. Elle ne portait aucune trace de syphilis. Bien qu'à peine nubile, elle offrait un écoulement épais et verdâtre qui paraissait dû à une vaginite. Elle n'avait jamais eu de rhumatismes, ni d'autres maladies graves.

Les lésions que détermine l'alcoolisme sont trop connues pour que nous nous y arrêtions, et le fait que nous signalons n'est intéressant à ce point de vue que par la considération de l'âge du sujet. Au reste, ceux qui seraient désireux de consulter les auteurs qui se sont occupés de l'intéressante question de l'alcoolisme n'auraient qu'à lire Magnus Huss (Stockolm 1852). Lancereaux (Dictionnaire des sciences médicales; 1865. T. 2). Martineau (des Endocardites, thèse inaugurale).

LECTURE.

M. le docteur Duroziez lit à l'appui de sa candidature un mémoire intitulé : « *Des maladies organiques du cœur et de l'aorte, et du double souffle crural d'origine saturnine.* »

Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Blondeau, Perrin et Blachez, rapporteur.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES.

M AUG. VOISIN met sous les yeux une pièce anatomique et lit l'observation suivante qui est intitulée : « *Ramollissement ancien du corps strié accompagné d'hémiplégie gauche. — Phénomènes apoplectiques récents. — Ramollissement très-circonscrit de la substance grise de l'insula de Reil gauche. — Aphasie.*

La pièce anatomique que je présente à la Société a été recueillie sur une malade de mon service de la Salpêtrière, âgée de 55 ans, et atteinte depuis 4 ans d'hémiplégie de la motilité à gauche, sans aphasie. L'intelligence était conservée de telle sorte, que cette femme pouvait se faire bien comprendre, parlait nettement, quoique lentement. L'hémiplégie portait principalement sur le membre supérieur qui était complétement contracturé et fléchi, et elle pouvait un peu se servir de sa jambe.

Le 10 octobre 1867, elle est prise d'un étourdissement, et aussitôt d'impossibilité de marcher, d'un malaise général, de rougeur de la face, de torpeur, de gêne de la respiration et d'aphasie complète.

Le 11 octobre, à ma visite, je la trouvai étendue sur le dos, les paupières entr'ouvertes, l'ouverture palpébrale gauche moins grande, la commissure labiale droite tirée en haut, la bouche par conséquent déviée à droite. Elle tire lentement la langue sans que j'y remarque ni de déviation, ni de paralysie.

La sensibilité est partout conservée, elle lève un peu les deux pieds au-dessus de son lit, et se sert assez bien de son membre supérieur droit.

Pas de différence dans la température des deux aisselles. — 92 pulsations. — 20 inspirations par minute.

Bruits du cœur normaux. Nombreux ronchus dans les deux poumons. La respiration est surtout nasale, pas de paralysie du voile du palais, un peu de raideur dans la mâchoire inférieure. Elle grince des dents assez fréquemment.

Elle a un peu conscience de son état, ne prononce pas une parole; si je lui demande où elle souffre, elle m'indique avec sa main droite le creux épigastrique, me fait signe qu'elle a mal au front.

Le 14 octobre, la malade n'a pas recouvré la parole. Elle se fait comprendre par gestes seuls qui indiquent l'engourdissement de son intelligence. Elle se sert toujours de la main droite pour faire des signes.

La peau est chaude, sèche — 124 pulsations, — 36 inspirations — Température axillaire, 39°.

Les phénomènes pulmonaires se sont aggravés, malgré l'application quotidienne de 20 ventouses sèches à la partie antérieure de la poitrine. Diminution de sonorité dans la moitié inférieure du poumon droit en arrière, et, en cet endroit, obscurité du murmure respiratoire.

Traitement : Application d'un vésicatoire volant en cette région, — 20 ventouses sèches en avant de la poitrine.

Le 15. Aggravation des phénomènes pulmonaires — souffle — somnolence — aucune parole n'est prononcée.

Mort le soir.

Autopsie. — 24 heures après la mort, température fraîche. — Les méninges ont l'apparence normale, et s'enlèvent facilement sans entraîner de portion de substance grise. — Un grand nombre de vaisseaux présentent des plaques crétacées.

Les paires nerveuses sont normales. Les première, seconde, troisième circonvolutions frontales sont parfaitement saines; rien à signaler dans l'insula de Reil droite. La substance grise de toutes ces circonvolutions est incisée en petites tranches et est trouvée normale. Le ventricule latéral droit ouvert par en haut, on aperçoit une substance jaune sale, couleur tabac, molle, pulpeuse, occupant le corps strié, n'atteignant pas son noyau extraventriculaire, et ne se prolongeant nullement dans la substance blanche et la substance grise qui avoisinent l'insula de Reil. Ces deux dernières substances sont parfaitement saines à l'œil nu et à l'examen microscopique.

A gauche, les première, seconde et troisième circonvolutions frontales supérieures ne présentent aucune altération, mais il n'en est pas de même de l'insula de Reil. Là, un examen minutieux me fait

---

La voix, en effet, est l'apanage d'un grand nombre d'animaux; qu'on l'appelle aboiement, miaulement, hennissement, mugissement, grognement, braiement, rugissement ou croassement, qu'elle soit produite par un seul larynx ou par deux comme chez les oiseaux; les grenouilles coassent, et il n'est pas jusqu'à certains insectes qui ne puissent produire certains bruits, remarquables généralement par leur acuité et déterminés par le frottement de certaines parties du corps les unes contre les autres; mais l'homme seul possède la voix articulée élevée à l'état de langage, et lui servant à multiplier ses relations avec ses semblables (1).

Dans cette partie de son ouvrage, M. Edouard Fournié aborde les questions les plus importantes. Il nous montre les relations de la sensibilité et de la mémoire avec la parole, et est amené à faire de la pensée un sixième sens spécial qui se traduirait au dehors par la parole.

Après quelques pages sur le langage mimique se produisant soit par des signes naturels, soit par des signes méthodiques, l'auteur décrit le mécanisme du phénomène sonore de la parole et donne, après Gerdy, Müller, Segond et Magendie, une nouvelle théorie physiologique de la formation des lettres et une nouvelle classification, à laquelle, d'accord en cela avec M. Liégeois (2), nous donnerons la préférence sur les classifications précédentes.

M. Fournié fait cette remarque, que le timbre de la voix consiste dans une constriction du tuyau vocal sur un point de son parcours, qui a pour effet de favoriser la résonnance du son glottique dans la partie du tuyau vocal qui précède l'étranglement. Ainsi le timbre guttural emprunte ses caractères au rétrécissement de l'isthme du gosier, et le timbre nasal à l'abaissement du voile du palais. Il se fonde là-dessus pour diviser en groupes les consonnes et les voyelles; et dans la division de ces dernières, il s'appuie en même temps sur leur caractère de sonorité.

M. Fournié admet trois classes de voyelles :

1° Gutturales, *a*, *o*, *u*;

2° Linguo-palatines, *e*, *è*, *é*, *i* ;

3° Labio-linguo-palatines, *eû*, *eu*, *û*, *u*.

Les consonnes que Segond avait divisées en soutenues et non soutenues, sont classées par M. Fournié d'une manière plus anatomiqua et plus physiologique en :

	siffiantes.	Murmurantes orales.	Murmurantes nasales.	Demi-explosion.	Explosion.
1° Glottique	H	»	»	»	»
2° Linguo-palatine postérieure............	*j* (espagn.)	*g*	*ng*	*g*	K
3° Linguo-palatine moy.	*ch*	*j*	*gn*	*dj*	*tch*
4° Linguo-palatine antérieure............	S	*z*	*n*	*d*	*t*
5° Linguo-palatine latérale	»	L,LL, R	»	»	»
6° Labio-dentales......	F	*v*	»	»	»
7° Labiales,..........	»	»	*m*	*b*	*p*

Cette division peut seule être utilisée, non-seulement dans l'éducation de l'enfance, mais surtout, comme l'a fait remarquer M. Liégeois (1) après les opérations de staphylorapbie, chez des sujets dont « les muscles articulateurs sont habitués depuis longtemps à donner à la langue, pour la prononciation de telles ou telles voyelles ou consonnes, une position vicieuse. »

M. Fournié étudie ensuite les applications de la physiologie de la parole à la philosophie et à la pathologie mentale. Enfin, après avoir exposé et jugé la discussion de l'aphasie qui passionnait, il y a deux ans, l'Académie de médecine, il termine par les applications de sa théorie à l'enseignement des sourds-muets, chapitre dont voici la conclusion : « De même qu'avant d'apprendre par traduction une langue étrangère, nous commençons par apprendre la nôtre et à l'écrire; de même, il est nécessaire que le sourd-muet apprenne d'abord son langage mimique et l'écriture; puis, si on le désire, il pourra traduire les *signes méthodiques*, exécutés par le tuyau vocal en son langage naturel. Mais l'on ne doit pas oublier que les *signes méthodiques* du tuyau vocal sont difficiles à saisir, et qu'ils sont privés, pour le sourd-muet, du caractère important qui permet à l'*entendant* de les distinguer, c'est-à-dire du phénomène sonore qui les accompagne (1). »

On a pu voir par le simple énoncé des matières que renferme l'ouvrage dont nous venons de rendre compte, quelle est l'importance et la multiplicité des questions qui y sont traitées. On a pu apercevoir les résultats pratiques qui découlent naturellement de la plupart d'entre elles; aussi nous ne pouvons nous empêcher, en finissant, d'encourager M. Edouard Fournié à poursuivre des études qui intéressent si profondément la science.

PAUL FALIU.

(1) Par une étude prolongée l'homme peut parvenir à imiter les cris poussés par la plupart des animaux. Nous avons vu dernièrement, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Hillairet, où il était traité pour une gale prurigineuse, un saltimbanque du nom d'Angolini, qui pouvait, jusqu'à s'y méprendre, contrefaire le cheval, le chat, le chien, la caille, le rossignol même, etc.; aussi a-t-il fait de cette faculté une profession qu'il exerce soit dans les cafés de Paris, soit dans les foires des bourgs environnants.

(2) *Gazette hebdomadaire* du 4 mai 1866.

(1) *Loc. cit.*

(1) Page 807.

Recherches sur l'apoplexie placentaire et les hématomes du placenta, par le Dr VERDIER, in-8 de 64 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris 1868, Adrien Delahaye.

apercevoir sur le repli qui borde en arrière l'insula, une surface grenue, irrégulière, de couleur grise comme les parties voisines dans une étendue de 8 à 10 millimètres de diamètre. Le tissu se sépare facilement sous un mince filet d'eau et prend l'aspect d'une pulpe qui se dissocie. Ce ramollissement ne s'étend pas à une profondeur de plus de 2 à 3 millimètres. Il n'intéresse que la substance grise de la circonvolution ; la substance blanche sous-jacente ainsi que la partie correspondante du noyau extraventriculaire du corps strié gauche sont indemnes de toute lésion.

Les vaisseaux avoisinants sont plus ou moins infiltrés de sels calcaires et une artère de moyen calibre qui se dirige vers l'insula de Reil est entièrement obstruée par un dépôt calcaire.

Plusieurs portions de cette substance ramollie présentent toutes sous le champ du microscope :

1° Un grand nombre de corpuscules de Gluge, fortement colorés en jaune rougeâtre;

2° De l'hématine disséminée par places, et d'une couleur jaune rougeâtre très-nette.

3° Un grand nombre de gouttes d'huile disséminées;

4° Des tubes nerveux très-variqueux;

5° Des vaisseaux complétement décolorés et présentant quelques rares globules incolores.

La substance blanche cérébrale est généralement piquetée.

Induration pulmonaire à droite (forme de pneumonie hypostatique).

En résumé, l'intérêt de cette pièce anatomique consiste dans la circonscription de la lésion dans la subsance grise de l'insula de Reil gauche; lésion liée à une perte absolue de la parole, et survenue dans les derniers jours de la vie chez une femme qui, depuis quatre ans, était devenue hémiplégique à gauche, consécutivement à un ramollissement du corps strié droit.

Il est certain que si je n'eusse pas eu l'attention attirée sur cette question de l'aphasie, une lésion aussi circonscrite aurait pu m'échapper, et cette autopsie serait venue accroître le nombre de celles où l'on dit n'avoir trouvé aucune lésion anatomique pouvant expliquer la perte de la parole.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Dr A. Charrier.

Nous avons le regret d'apprendre la mort d'un des membres les plus éminents du corps médical, M. le docteur Serres (Augustin), décédé dans sa quatre-vingt-deuxième année. M. Serres, qui avait débuté d'une manière brillante dans la carrière médicale en publiant, en 1813, avec Petit, médecin de l'Hôtel-Dieu, un *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*, resté un modèle de monographie, s'est surtout illustré depuis, comme on le sait, par ses nombreux travaux anatomiques qui l'ont placé au premier rang des anatomistes de notre temps.

M. Serres était professeur agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, professeur d'anatomie comparée au Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Institut (Académie des Sciences), membre de l'Académie impériale de médecine, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, commandeur de la Légion d'honneur.

Ses obsèques auront lieu samedi, 25 janvier, en l'église Saint-Médard, à 11 heures très-précises.

On se réunira à la maison mortuaire, 59, rue Cuvier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Assemblée générale annuelle de l'Association des médecins du département de la Seine aura lieu dimanche, 26 janvier, à deux heures très-précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. le Dr Barth, vice-président.

Cette Assemblée a pour objet : 1° La lecture du compte-rendu de l'année 1867 par le secrétaire général; 2° l'élection d'un président, de deux vice-présidents. Les candidats proposés aux suffrages de l'Assemblée par la Commission générale sont : Président, M. Nélaton; Vice-Présidents, MM. Barth et Béclard ; 3° le tirage au sort des membres titulaires de la Commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

Conformément aux termes de l'article 8 du règlement d'administration intérieure, seront seuls admis comme membres titulaires, les sociétaires présents à l'Assemblée, qui déclareront accepter ces fonctions.

Par suite de la modification de l'article 5 des statuts adoptée l'an dernier, le tirage au sort ne se fera plus par arrondissements. Un employé placé à la porte d'entrée mettra dans l'urne destinée à l'opération du tirage au sort les noms des sociétaires présents à la séance, au fur et à mesure que chacun arrivera.

— M. le docteur Dancel vient d'être nommé, par le roi de Hollande, chevalier de l'ordre de la Couronne de Chêne.

— Le mémoire portant pour devises : 1° « *Medicus naturæ...* » ; 2° « *In cunctis natura...* », adressé à la Société protectrice de l'enfance, est arrivé à sa destination et a été classé sous le n° 12.

Nos souscripteurs dont l'abonnement a fini le 31 décembre dernier, et qui sont en retard pour le payement, sont prévenus que dans quelques jours nous ferons traite sur eux. Ils sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement, *nécessités par la traite que nous sommes sur le point de tirer sur eux; frais qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.*

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Moniteur scientifique-Quesneville, revue des sciences et de l'industrie. — Journal bi-mensuel. Prix : 20 fr. par an, *franco* par la poste, pour la France, et 25 fr. pour l'étranger. — Les quatre années antérieures à partir de la 2e série. Prix : 60 fr., rue de Buci, 12, à Paris.

Observations et études sur les causes, la prophylaxie et le traitement de la fièvre typhoïde dans les communes rurales, suivies de considérations nouvelles sur la nature de cette maladie, par le Dr Bivort, ancien chef de clinique à l'hôpital de Bavière à Liége, in-8 de 75 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 11. — MARDI 28 JANVIER 1868. 41e ANNÉE. MARDI 28 JANVIER 1868. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 27 janvier 1868.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

Académie des sciences. — M. Dareste adresse une note dans laquelle il résume ses travaux antérieurs sur la production artificielle des monstruosités chez le poulet.

On sait que la méthode de M. Dareste consiste à faire éclore les œufs dans une couveuse artificielle qui leur communique la chaleur par un seul point. Or, si au lieu d'échauffer directement le point culminant de l'œuf, que la cicatricule vient toujours occuper au début du développement, on échauffe un point de l'œuf situé à une certaine distance du précédent, on trouble toujours l'évolution et l'on détermine toujours une anomalie qui se manifeste dans la forme du blastoderme, puis dans celle de l'aire vasculaire.

Le développement de la matricule s'effectue beaucoup plus vite dans la région qui s'étend entre le point culminant de l'œuf et le point de contact avec la source de chaleur, que dans la région qui lui est opposée. Il en résulte que le blastoderme, puis l'aire vasculaire prennent une forme, non plus circulaire, mais elliptique.

Les embryons qui apparaissent dans les blastodermes ainsi déformés sont le plus souvent monstrueux.

Maintenant, M. Dareste recherche les liaisons qui peuvent unir les déformations des blastodermes et de l'aire vasculaire avec celles de l'embryon et les monstruosités qui en résultent.

Il espère arriver un jour à produire artificiellement telle ou telle monstruosité, comme il produit artificiellement la déformation du blastoderme dans tel ou tel sens.

Hôpital de la Pitié. — Nous avons annoncé que M. Richet devait opérer jeudi dernier une femme atteinte d'un kyste de l'ovaire.

Nous avons assisté d'abord à cette opération, qui n'a pu être complétée, puis à l'autopsie, qui a été faite avec un grand soin par MM. Laugier et de Lignerolles, internes du service; et bien que n'ayant pu nous trouver à la leçon que M. Richet a faite samedi sur ce sujet, nous pouvons en parler d'après les renseignements que le professeur nous a fournis, et d'après ce que nous avons vu.

La malade en question, âgée de quarante-cinq ans, était atteinte depuis deux ans et demi d'une tumeur de l'abdomen qui grossissait de plus en plus.

Trois ponctions pratiquées à divers intervalles par M. Empis, dans le service duquel cette femme était entrée à deux reprises, avaient prouvé qu'il s'agissait d'un kyste.

Ce kyste devait être formé de plusieurs loges, à ce que pensait M. Empis, car, par la dernière ponction, on n'avait pu le vider en entier et on avait senti à ce moment, sur la gauche, une tumeur persistante, constituée sans doute par une ou plusieurs loges qu'on n'avait point ouvertes.

La malade désirait vivement être délivrée de sa tumeur; et M. Empis était d'avis que l'ovariotomie pourrait se pratiquer dans de bonnes conditions, puisqu'il n'y avait jamais eu aucune douleur abdominale, rien absolument qui fît croire à l'existence d'une péritonite capable de produire des adhérences solides.

M. Richet fut donc prié de se charger de l'opération.

Il examina la malade, constata la présence d'une tumeur fluctuante sur tous ses points, qui devait être un kyste de l'ovaire composé principalement d'une grande loge; mais sur la question des adhérences, il émit des doutes.

Le ventre n'avait pas la forme que lui donne ordinairement un kyste de l'ovaire aussi considérable.

Au lieu d'être saillant vers le milieu et de s'avancer pour ainsi dire en pointe, il s'étalait et s'élargissait sur les côtés.

Pourtant la surface de la tumeur était unie : on n'y sentait pas cette série de saillies inégales qui, répondant à une suite de kystes distincts, explique dans certains cas l'aplatissement du ventre par le volume, la forme et la disposition de ces loges juxtaposées.

Il y avait donc là quelque chose de très-anormal; M. Richet en fut frappé; et dès le début, sans se rendre bien compte de la véritable portée de cet indice, il augura mal de l'opération qu'on lui proposait.

Avant d'entrer à l'amphithéâtre, il exprimait encore devant nous cette répugnance instinctive, et, rappelant les faits nombreux d'ovariotomies non terminées par des chirurgiens qui s'étaient trouvés en face d'adhérences trop solides, il regrettait l'absence de signes permettant de savoir d'avance avec certitude à quoi s'en tenir, sur la situation, l'étendue et la résistance probable des adhérences qui pouvaient exister.

Il commença l'opération, en rappelant d'abord aux élèves combien il était loin de partager à ce sujet la confiance de M. Empis.

La malade fut chloroformée. Elle l'avait été précédemment par Velpeau, lorsqu'il l'opéra pour une affection de la région anale. Mais cette fois, à peine soumise aux inhalations, elle fut prise d'un accès épileptiforme, avec spasme laryngien; un peu après, elle vomit; et comme le chloroforme était mal supporté par la muqueuse des voies respiratoires, l'anesthésie ne fut pas poussée loin.

Les téguments, doublés de graisse et infiltrés, avaient une épaisseur de plusieurs centimètres. Ils furent divisés sur la ligne médiane au lieu d'élection.

La couche sous-péritonéale était épaissie elle-même, au point d'être méconnaissable; elle était sillonnée de vaisseaux, parmi lesquels se trouvaient trois artères qu'il fallut lier quand on la coupa.

Une fois parvenu dans la cavité du péritoine, M. Richet trouva des adhérences entre le kyste et les parois abdominales. Il essaya de les déchirer à droite et à gauche avec la main; mais ayant effectué cette opération sur une certaine étendue, il dut renoncer à aller plus loin; les brides devenaient tellement solides, qu'elles résistèrent à tous les efforts, tant de M. Richet que de M. Empis.

Fallait-il terminer quand même une opération qui se présentait dans ces conditions défavorables? M. Richet ne le pensa pas.

Convaincu que la production des péritonites adhésives localisées, des brides fibrineuses et des adhérences, se fait dans le petit bassin plus facilement et plus tôt que vers les parois abdominales, il s'attendit à trouver sur ce point des obstacles insurmontables, et se fit un devoir de s'abstenir.

L'incision fut donc réunie par quelques points de suture métallique, et la malade, reportée dans son lit, mourait de péritonite le lendemain soir.

L'autopsie, pratiquée dimanche, a donné pleinement raison aux prévisions de M. Richet.

On ne put séparer le kyste de la paroi abdominale qu'en arrachant une partie de celle-ci, du côté gauche; et quand on arriva vers le petit bassin, on se trouva en face de telles adhérences qu'on put à peine en venir à bout par la dissection la plus attentive et la plus lente. La vessie, comme l'utérus, ne faisaient qu'un avec la tumeur. L'utérus, ainsi tiraillé, s'était accru considérablement; sa cavité mesurait à peu près 11 à 12 centimètres; et la partie sous-vaginale du col s'était effacée par l'ascension de tout l'organe.

La tumeur n'avait pas, à proprement parler, de pédicule; elle se composait d'une loge principale qui portait suspendus à sa surface interne et flottant dans sa cavité plusieurs autres kystes, dont trois assez gros; elle se nourrissait par ses adhérences, si intimes et si étendues, avec les organes voisins, particulièrement avec l'utérus. L'ovaire situé de l'autre côté portait lui-même plusieurs kystes de petit volume.

Il est certain que l'opération était complétement inexécutable, puisque l'isolement du kyste était impossible sur le cadavre.

Les adhérences et les brides annoncées comme devant siéger dans le petit bassin n'y manquaient pas, tant s'en faut. Ainsi se trouvait vérifiée l'induction que M. Richet avait basée sur l'existence d'adhérences solides vers les parois du ventre.

Enfin, chose plus importante, on peut espérer qu'on possède un signe qui permettra parfois, avant toute incision, de reconnaître les cas où il faut s'abstenir.

En effet, comme l'a remarqué M. Richet, la forme du ventre, lorsqu'elle est telle qu'on l'avait observée chez cette malade, doit indiquer que le kyste ne peut pas se développer comme il le ferait s'il était libre.

Une fois dans la grande cavité abdominale, s'il n'était retenu par rien, il se porterait en avant, en même temps qu'il s'arrondirait, et tendrait à former une saillie globulaire.

Si donc il est aplati et s'étale, c'est que sans doute des adhérences le maintiennent solidement fixé dans la profondeur; et il ne faudra pas tenter l'ovariotomie en cas pareil.

Telle est la conclusion pratique de M. Richet.

Ajoutons que ce fait nous montre une fois de plus que des péritonites partielles, surtout des pelvi-péritonites, parfois étendues, peuvent se reproduire sans aucuns symptômes généraux et sans douleur.

Cette notion est fondamentale en gynécologie; et nous sommes étonnés quand des médecins certainement instruits paraissent la perdre de vue, comme semble l'avoir fait, au chapitre du diagnostic différentiel, M. le docteur Frarier, dans une très-bonne thèse sur « les phlegmons du ligament large. »

— On parle d'un nouveau succès que M. Péan aurait obtenu en pratiquant l'ovariotomie dans *l'air parisien.* Nous donnerons bientôt des renseignements plus circonstanciés sur ce sujet.

Hôpital des Cliniques. — Nous devons dire quelques mots de la fistule vésico-vaginale, opérée mercredi par M. Jarjavay.

Cette fistule s'était produite lors d'un septième accouchement chez une femme qui est encore réglée. Située profondément, elle n'était séparée de la cavité de l'utérus que par un reste de col utérin aminci; et, selon l'expression pittoresque de M. Jarjavay, les deux orifices, celui de l'utérus et celui de la fistule, se présentaient comme les deux canons d'un fusil double, séparés par une paroi mince.

Dans des circonstances semblables on pouvait songer à enfermer le col utérin dans la vessie; un médecin présent en donnait le conseil; l'opération aurait été d'une exécution plus facile, le succès peut-être plus sûr, car les débris de lèvre antérieure n'offraient pas un tissu très-propre à la réunion. Cependant M. Jarjavay ne voulut pas, sans y être contraint d'une manière absolue, changer à ce point les conditions physiologiques dans lesquelles vivrait sa malade.

Il a regardé comme important de conserver aux organes génitaux leur autonomie et leurs fonctions, même chez une femme qui avait eu sept enfants; et lentement, laborieusement, il a commencé une opération qui a duré plus de deux heures.

Après avoir avivé avec soin la muqueuse vaginale autour de la fistule, M. Jarjavay a avivé le tissu même de l'utérus sur le bord antérieur de l'orifice de cet organe; puis il a traversé ce bord antérieur d'arrière en avant en introduisant une aiguille par la cavité utérine, et dans un second temps il a saisi avec le même fil métallique la lèvre antérieure de la fistule; lorsque les premiers points de suture eurent mis ainsi partout en contact les surfaces avivées, on assura la réunion par d'autres fils intermédiaires; nous en avons compté neuf en tout.

Nous rendrons compte du résultat.

— M. Richet vient d'opérer avec succès une dame atteinte depuis plusieurs années d'une fistule vésico-vaginale. Aucune complication ne s'est produite, et en quelques jours la malade était complétement guérie.

Hôtel-Dieu. — La malade atteinte d'hydrophobie dont nous avons parlé récemment est morte lundi, huit jours après avoir été reçue à l'Hôtel-Dieu.

Nous avions donc parfaitement raison de faire nos réserves sur le pronostic.

Les traits principaux qui manquaient au tableau d'un accès de rage sont venus s'y joindre dans les derniers jours; la sputation, la fièvre, les sueurs abondantes ont apparu et se sont accompagnées de troubles dans les fonctions locomotrices.

Il n'y a pas eu de crise convulsive à proprement parler, ou s'il y en a eu, ce n'est que d'une manière passagère et vers la fin; mais le bras droit, puis le bras gauche ont été frappés d'une paralysie incomplète, à peu près deux jours avant la mort.

Or, les phénomènes paralytiques peuvent remplacer exceptionnellement les phénomènes tétaniques ou convulsifs dans toutes les maladies où ceux-ci se produisent, et la réciproque est également vraie. Il y a dix ans, dans un travail sur les paralysies et sur leurs causes, nous avons formulé cette règle en l'appuyant de nombreux exemples. En voici un de plus : celui des accès de rage avec paralysies, au lieu de convulsions.

— M. Bucquoy vient d'employer avec les meilleurs résultats les affusions froides, répétées deux fois par jour, dans une variole hémorrhagique grave.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL MILITAIRE DE VERSAILLES

M. Paul Dauvé

Fracture comminutive du péroné. Résection des fragments. Perte de substance osseuse de huit centimètres.

(Observation recueillie par le Dr Oscar Durant, médecin aide-major de 1re classe).

Les fractures indirectes du péroné ont vivement attiré l'attention des auteurs, et tout le monde connaît les travaux de M. Maisonneuve, surtout sur cette question. Mais les fractures directes ont été à peine mentionnées. Sont-elles donc sans intérêt? Une fracture comminutive du péroné, avec perte de substance notable de l'os, ne peut-elle influer sur les fonctions du pied en agissant sur la mortaise tibio péronière dont l'extrémité inférieure du péroné forme une partie si importante? Dans l'observation suivante, on verra précisément que les fonctions du pied sont restées incomplètes, surtout par la perte de substance éprouvée par les muscles qui le meuvent, mais aussi par l'élargissement de la mortaise tibio péronière. En effet, l'extrémité supérieure du fragment inférieur du péroné se soudant au tibia, il a pu se produire un mouvement de bascule qui a éloigné la pointe de la malléole externe de l'axe de la jambe.

P..., conducteur à l'artillerie à cheval de la garde, âgé de 23 ans, bien constitué, est apporté à l'hôpital militaire de Versailles, le 3 août 1867, dans le service de M. le médecin-major Dauvé. Le cheval (portant les sacoches d'infirmerie) qu'il montait, s'est emporté et littéralement embroché du ventre à la queue sur un brancard de charrette stationnant sur la voie. Dans cette circonstance, le brancard avait rencontré la jambe droite du cavalier immédiatement en dehors de la crête du tibia et en avait broyé la partie externe en détachant un vaste lambeau cutané. Une hémorrhagie abondante, en jet rutilant, eut lieu aussitôt et fut arrêté par un mouchoir convenablement serré.

A l'entrée du blessé à l'hôpital, on voit à la face antéro externe du tiers moyen de la jambe droite, une vaste plaie triangulaire avec un lambeau de même forme à base postérieure. L'angle supérieur de cette plaie est à quatre centimètres au-dessous et en dehors de la tubérosité antérieure du tibia; l'angle inférieur est à seize centimètres plus bas sur la face externe de la jambe; enfin l'angle antérieur, répondant au sommet du lambeau, est situé sur la crête tibiale même. Ce lambeau, dont la base mesure par conséquent seize centimètres et les petits côtés douze centimètres, est constitué par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; il est rabattu sur le côté externe de la jambe et permet de voir les désordres des plans plus profonds.

L'aponévrose jambière est dilacérée, réduite à des brides fibreuses qui étranglent les muscles herniés entre elles. — Le muscle jambier antérieur est broyé dans la moitié supérieure de sa portion charnue; celle des extenseurs et des péroniers est réduite en bouillie. — L'hémorrhagie est arrêtée : on sent battre la pédieuse et la tibiale postérieure à la région du cou-de-pied ; il est probable, d'après la direction du choc faisant effort vers la partie externe du membre, que l'artère péronière a été lésée. — La sensibilité du bas de la jambe et du pied n'a pas subi d'altération; la motilité ne semble affectée que par les désordres musculaires, et les nerfs principaux ne paraissent pas avoir été atteints.

Après avoir chloroformé le blessé, on enlève les détritus charnus et fibreux ; une longue incision au milieu de cette masse saignante permet au doigt de sentir trois esquilles adhérentes au ligament interosseux déchiré lui-même, et recouvertes de débris de fibres musculaires. On les dissèque et on les enlève, car elles ne paraissent pas susceptibles de vivre. La plus grande a six centimètres de long, la moyenne cinq, la plus petite trois. Avec la pince de Liston on résèque les pointes aiguës des deux fragments péroniers dans l'étendue d'un centimètre. — Le bout supérieur de la péronière, donnant un peu de sang, est tordu avec une pince et comprimé directement par un bourdonnet de charpie sèche.

Le péroné a ainsi perdu huit centimètres de sa continuité. On rapproche le lambeau cutané qu'on maintient par deux bandelettes de diachylon. Pansement avec charpie imbibée d'eau blanche et d'alcool camphré ; irrigation continue d'eau froide et vessie de glace sur la blessure. — Deux pilules d'aconit à cinq centigrammes.

Le 4, on constate un peu de réaction générale : cent pulsations, peu de sommeil. — Lait pour boisson, glace, aconit, une pilule opium le soir, lavement émollient.

Le 5, on le dépanse pour la première fois; il ressent alors une douleur assez vive qu'il exprime par des cris et des éclats de rire convulsifs. Les chairs offrent une coloration gris rougeâtre, d'aspect vraiment hideux ; elles sont fort tuméfiées. — La plaie est en partie réunie, la suppuration commence. — Fièvre notable. — On rase la peau, on retire le bourdonnet compresseur, on panse avec bandelettes, linge cératé, charpie, glace. — Aconit.

Le 7, les téguments sont un peu décollés au devant du tibia et le pus tend à fuser vers la face interne du membre. Un peu de chaleur et de sueurs le soir, soif, pas d'appétit.

Le 9, l'état général devient meilleur, l'appétit se réveille, la nuit a été bonne, pas de fièvre. La plaie bourgeonne et suppure bien. Une compression au niveau du décollement prétibial a arrêté la fusée du pus. Quelques brides aponévrotiques mortifiées sont éliminées le 11. — Le 14, le blessé est mis à la demi-portion d'aliments ; le 20, aux trois quarts. — Le lambeau cutané adhère bien, la cicatrisation marche à grands pas, les pansements ne causent plus de douleur.

La plaie s'est cicatrisée aussi promptement que possible, sauf un point qui ne s'est fermé que le 25 octobre. Dès les premiers jours de septembre, P... se levait et essayait la marche, d'abord avec des béquilles, puis avec une canne.

Il a été réformé. Avant de le renvoyer, le 5 novembre, j'examine l'état du membre. La cicatrice est une ligne large d'environ six millimètres, à peu près semi-lunaire à concavité externe, longue de quinze centimètres, occupant presque le tiers moyen de la face antéro-externe de la jambe. Elle est rougeâtre, un peu déprimée et adhérente, mais non douloureuse. Au-dessous d'elle, immédiatement en dehors de la crête du tibia, est une grosseur mollasse formée par le tronçon des muscles antérieurs de la jambe, plus dure et plus épaisse pendant leur contraction. La partie répondant au lambeau est très-épaisse, assez mollasse. Si on cherche à suivre la continuité du péroné de bas en haut, on le perd sous cette masse ; mais on sent à travers elle une portion plus dure, large, comme si l'os était remplacé par un tissu déjà solide, fibro-cartilagineux ou même en partie osseux. — Le pied est déjeté un peu en dedans. La malléole externe est un peu plus saillante que du côté sain; sa pointe semble avoir subi un léger écartement en dehors.

Les mouvements laissent encore beaucoup à désirer. Les péroniers surtout sont très-peu actifs et laissent le pied se projeter en dedans ; l'extension est fort limitée. Quand le pied est dans la botte qui en rétablit la rectitude, le blessé marche assez facilement, sans claudication appréciable; mais après un peu d'exercice, il éprouve une légère douleur au-dessous de la malléole externe; « il lui semble alors que la cheville interne va se projeter en dedans. » Enfin, le pied et la partie inférieure de la jambe sont un peu œdématiés le soir. — Nous espérons qu'avec un exercice convenablement dirigé, P... recouvrera en grande partie les usages du membre; mais ils laisseront toujours à désirer, à cause de la modification survenue dans la mortaise tibio-péronière, et il ne pourra sans doute pas reprendre les durs travaux de son ancienne profession de cultivateur.

CORPS ÉTRANGER VOLUMINEUX DANS LE RECTUM

Extraction. — Absence complète d'accidents consécutifs

Par le Dr J. Duval (d'Arles).

Le 2 janvier dernier, se présente à mon cabinet, dans la soirée, le sieur X..., homme de peine au chemin de fer, qui me dit en balbutiant et en y mettant beaucoup de façons que... en s'amusant — ce sont ses expressions — il venait de lui arriver un accident qu'il osait à peine m'avouer. Il finit pourtant par me dire qu'il s'était introduit un morceau de bois dans le fondement, que cet objet, profondément enfoncé, ne pouvait ressortir, et que cela le gênait beaucoup. Je m'enquis aussitôt des dimensions du morceau, et après bien des circonlocutions, il m'avoua que c'était un pilon de cuisine, instrument en bois de buis dont se servent nos ménagères pour piler, dans un mortier de bois ou de pierre le sel de cuisine. Ce pilon, me dit X..., avait 20 centimètres de long; il l'avait introduit par le petit bout, et la grosse extrémité devait avoir au moins 5 centimètres de diamètre.

Le sieur X... est un gaillard fort et vigoureux, petit, mais trapu et solidement bâti. Il n'a guère les apparences d'un pédéraste passif.

L'examen auquel je me livrai aussitôt confirma son dire. Je constatai, en effet, par le toucher, la grosse extrémité de ce corps enfoncé à peu près à un décimètre dans le rectum. A l'extérieur, rien d'apparent; un anus en entonnoir des plus prononcés.

J'essayai de faire l'extraction. Le sieur X... s'était déjà livré à des efforts de défécation considérables, mais sans arriver à faire sortir l'objet. Il lui semblait cependant qu'il descendait un peu dans ces moments-là. Je le fis placer dans la position de la défécation et tentai de saisir le pilon avec les doigts; mais la chose ne me fut pas possible. Lorsque X... faisait des efforts de défécation, le pilon et le rectum descendaient en masse, en effet, mais l'objet ne glissait pas dans le rectum. On l'atteignait facilement avec un seul doigt, mais il me fut impossible de le saisir avec les deux doigts. J'essayais alors avec des pinces; mais je n'avais que des pinces à pansement ordinaires qui saisissaient à peine la grosse extrémité du pilon, puis glissaient sur cette surface arrondie et très-dure, et qui ne purent me servir.

On ne pouvait penser à employer une vrille pour perforer le pilon et l'attirer au dehors; la dureté du bois de buis rendait, en effet, ce moyen impraticable. Il aurait fallu une forte pince à polypes ou une pince à faux germe.

Je songeai à me procurer ces instruments près de l'un de mes confrères, et je renvoyai le sieur X... au lendemain matin, l'engageant toutefois, s'il souffrait trop d'ici là, à aller aussitôt à l'hôpital.

X... n'éprouvait pas de grandes souffrances; il marchait avec un peu de gêne; les douleurs ne devenaient vives que lorsqu'il s'asseyait. Il était beaucoup plus inquiet de la douleur que lui occasionnerait l'extraction de ce corps que de sa présence dans le rectum.

Il est nettoyeur au chemin de fer et se trouvait de service de nuit. Au lieu d'aller se reposer, et de peur qu'en se faisant porter malade la cause de sa maladie ne fût connue, il alla à son travail et passa la nuit à nettoyer ses machines. Il m'avoua le lendemain qu'il avait été plusieurs fois sur le point de s'en aller, tellement il avait souffert. Il marchait cependant sans difficulté.

J'avais vu le soir même mon confrère et ami, le Dr Tardieu, à qui j'avais raconté le fait en lui demandant s'il avait les pinces que je désirais. Non seulement M. Tardieu mit obligeamment tous ses instruments à ma disposition, mais curieux de voir un cas, fort heureusement pour l'humanité assez rare, il me manifesta le désir de se joindre à moi, ce que j'acceptai avec plaisir.

Le lendemain donc, lorsque X... revint à mon cabinet, nous nous rendîmes tous deux chez mon confrère. Tout d'abord, X... nous fit constater la présence de la petite extrémité du pilon dans le flanc droit, immédiatement au-dessous des fausses côtes. Cette extrémité du pilon, pointue, était parfaitement reconnaissable au toucher; elle semblait n'être séparée de la main que par l'épaisseur des téguments, et lorsqu'on appuyait dessus, elle fuyait en donnant la sensation du ballotement fœtal au dernier mois de la grossesse. Nous ne pouvions supposer que le pilon eût cheminé jusque dans le colon transverse, et le toucher seul nous permit, en effet, de constater que la présence de la petite extrémité à droite était due à une grande mobilité du rectum et du colon descendant. Le pilon n'avait pas changé de place et se trouvait toujours à un décimètre environ de l'anus.

Nous tentâmes de nouveau son extraction. Le patient fut placé le corps courbé en avant, et nous essayâmes de saisir l'objet avec de grosses pinces à dissection. Comme la veille, la grosse extrémité du pilon était facile à atteindre, mais quand elle était saisie, la pince glissait sur cette surface dure, arrondie et lubréfiée par les sinuosités du rectum. Tous nos efforts furent inutiles.

Avec une persévérance digne d'un meilleur sort, nous mîmes en œuvre tous les instruments de préhension dont nous pouvions disposer; tout, jusqu'aux pincettes de la cheminée, fut employé pour saisir et extraire le corps étranger. Tout échoua.

Indépendamment de la difficulté à bien saisir le pilon, un grand obstacle à son extraction venait de ce que, en l'attirant au dehors avec les pinces, son extrémité inférieure venait butter contre le sacrum, le pilon ne se trouvant pas dans l'axe du détroit inférieur.

De guerre lasse, enfin, et avant de renoncer à obtenir le pilon par ces moyens, nous voulûmes essayer encore une fois de l'extraction directe avec la main.

X... fut couché sur le côté gauche, le corps à moitié plié en deux. Mon confrère, introduisant le pouce et l'index de la main droite dans l'anus, le dilate petit à petit de façon à enfoncer ces deux doigts aussi profondément que possible. Notons en passant que cet anus se prêtait énormément à la dilatation. En même temps une forte pression fut exercée à travers les parois abdominales sur la petite extrémité, de façon à la faire descendre le plus bas possible. Le pilon put ainsi être fortement saisi par les doigts qui, aidés par la pression exercée sur le ventre, le firent basculer et le mirent dans l'axe du petit bassin; il ne fallut plus alors qu'un très-léger effort pour l'extraire, au grand soulagement du patient.

Cet objet a 23 centimètres de longueur, sa petite extrémité 3 centimètres de diamètre, et la grosse 5 centimètres; il pèse 213 grammes.

Aussitôt après son extraction, quelques mucosités séro-sanguinolentes s'écoulèrent par l'anus; puis X... s'habilla et s'en alla tout joyeux et sans éprouver aucune douleur.

Je le revis le lendemain; il avait eu dans la matinée une selle naturelle, n'avait ressenti aucune douleur, se trouvait très-bien; et le surlendemain il ne songeait plus à son accident, et peut-être même, hélas! était-il prêt à recommencer.

Ce fait est un exemple de plus des actes incroyables auxquels une aberration de l'esprit et des sens, plus encore peut-être que la corruption des mœurs, peut porter certains individus. Plusieurs faits de cette nature se trouvent épars dans les ouvrages spéciaux ; mais on en trouve une fort jolie collection dans le *Dictionnaire* en 60 volumes, à l'article *Corps étrangers*. On y verra les objets les plus singuliers, depuis des tabatières jusqu'à des pots de confitures, remplir le rôle du pilon de notre homme.

Mais, indépendamment des considérations morales et psychologiques auxquelles ces monstruosités peuvent donner lieu, le cas que je vous raconte en détail offre des circonstances pathologiques curieuses à noter. Ainsi immunité complète et absence de toute espèce d'accident et de désordre, malgré un séjour de vingt-quatre heures du corps étranger dans le rectum. Cet homme va travailler toute la nuit avec un corps long de 23 centimètres dans le gros intestin sans éprouver aucun inconvénient. L'anus est travaillé et dilaté de toute manière sans aucun accident; et on ne constate, après l'extraction du corps étranger, ni inflammation, ni, ce que l'on pouvait craindre, paralysie du rectum, car il va naturellement à la selle le lendemain.

RÉSECTION TIBIO-TARSIENNE PRÉVENTIVE

pour cause traumatique

Par M. le docteur Ollier, de Lyon.

Après avoir donné autrefois de brillants résultats à quelques chirurgiens, la résection tibio-tarsienne est aujourd'hui à peu près abandonnée en France. Est-ce à tort? est-ce à raison? Telle est la question que je me proposais de traiter aujourd'hui devant vous, si le temps me l'eût permis. Mais limité par l'heure, et privé d'ailleurs, par une circonstance indépendante de ma volonté, des moyens de démonstration que je m'étais proposés, je me bornerai à examiner quelques points de cette importante question, et en particulier la valeur de la résection dans les cas traumatiques, et les avantages de la méthode sous-périostée dans cette catégorie de cas.

Les fractures multiples de l'extrémité inférieure du tibia avec ouverture de l'articulation tibio-tarsienne sont généralement, dans la chirurgie d'hôpital et dans la chirurgie d'armée, considérées comme des cas d'amputation. La multiplicité des accidents auxquels est exposé le blessé pendant la suppuration de la plaie, l'incertitude du résultat au point de vue du fonctionnement ultérieur du membre, ont fait préférer l'amputation qui, tout en mutilant l'individu, laisse une plaie dont la cicatrisation, relativement rapide, permet bientôt au blessé de suppléer au membre absent par un appareil prothétique.

Je ne crois pas que, même à ce point de vue, les avantages de l'amputation soient aussi évidents qu'on le croit généralement. Après les opérations de résection tibio-tarsienne que j'ai pratiquées, j'ai constaté des résultats plus satisfaisants au point de vue fonctionnel qu'après l'amputation sus-malléolaire, même dans un cas où j'avais été obligé de réséquer douze centimètres du tibia.

J'ai pratiqué deux résections tibio-tarsiennes primitives, c'est-à-dire au lendemain de l'accident, avant l'arrivée des phénomènes inflammatoires; les deux malades ont guéri. Dans un autre cas, sur un blessé qui ne voulait pas entendre parler d'amputation, j'ai réséqué la moitié du tibia fracturé en un grand nombre de fragments; le malade succomba à des accidents cérébraux dus à une lésion de la tête. Mais cette troisième opération est venue encore, malgré sa terminaison fatale, me confirmer dans l'idée que la résection des os de la jambe n'a pas la gravité immédiate qu'on pourrait lui supposer, d'après les idées généralement reçues. Tout s'était bien passé du côté de la plaie tibiale, il n'y avait eu qu'une inflammation modérée, et sans le traumatisme de la tête, la guérison eût été obtenue. Quant aux deux cas dans lesquels l'opération a été suivie d'un heureux succès, le premier, rapporté dans mon *Traité de la régénération des os*, t. II (*Résect. tibio-tarsienne*), a consisté dans la résection de douze centimètres de l'extrémité inférieure du tibia. Je ne touchai ni à l'astragale, qui était sain, ni au péroné, qui était fracturé en trois fragments. Je me bornai à faire chevaucher les fragments du péroné pour diminuer la longueur de la jambe et rapprocher l'astragale de la surface de section du tibia. Le blessé, âgé de cinquante ans, se trouvait dans de mau-

vaises conditions au point de vue de la régénération osseuse. Je devais d'autant moins attendre une reproduction complète, qu'il s'agissait d'une résection primitive, c'est-à-dire d'une résection dans laquelle le périoste, déjà privé par l'âge des propriétés ostéogéniques qu'il possède pendant la croissance du squelette, n'avait pas eu le temps d'être influencé favorablement par une irritation préalable. Aussi n'y a-t-il eu qu'une reproduction incomplète. Une colonne de 4 centimètres part du bout supérieur, mais ne se continue que par des tissus fibreux à une plaque osseuse de nouvelle formation, développée au niveau de la malléole. Malgré cela le pied, quoique légèrement incliné en dedans, appuie par toute sa face plantaire. A l'aide d'un appareil à tuteurs latéraux, le malade marcha toute la journée, et a repris depuis six mois son métier de tonnelier. L'opération avait été pratiquée le 19 juillet 1866.

Dans le second cas, les deux os, le tibia et le péroné ont été réséqués, les deux malléoles enlevées. L'opération date de quatre mois. J'ai revu le malade il y a quatre semaines, c'est-à-dire trois mois après l'opération : la suppuration était complétement tarie, et déjà le pied était solidement uni à la jambe et dans une bonne direction. Il exécutait quelques légers mouvements volontaires de flexion et d'extension. Six centimètres environ des deux os ont été retranchés à partir de la pointe des malléoles; c'est-à-dire que la longueur de la jambe a été diminuée de 4 centimètres. Le résultat déjà obtenu me permet d'espérer avant peu un membre solide propre à la station et à la marche, c'est-à-dire un membre qui rendra au blessé beaucoup plus de services qu'un moignon d'amputation.

J'ai pratiqué ces deux opérations par la méthode sous-périostée, et ici je ne ferai que répéter ce que j'ai déjà eu l'occasion d'exposer plusieurs fois devant vous. Même dans les cas les plus défavorables, le périoste, la capsule et les ligaments, c'est-à-dire tous les éléments fibreux de l'articulation, peuvent être séparés de l'os et conservés. A l'aide du *détache-tendon*, je dénude les os et je les retire aussi nets que s'ils avaient été préparés par une longue macération. C'est plus long sans doute qu'une résection ordinaire, mais c'est là une question secondaire, puisque le malade ne sent pas. Si l'on ne peut pas conserver toute la gaîne périostique, toutes les parties ligamenteuses, il faut en conserver le plus possible. Plus on en conservera, plus on aura de matériaux pour consolider la nouvelle articulation.

Comme je l'ai fait observer plus haut, je n'ai pas cherché à récupérer la longueur du membre. J'ai rapproché l'astragale du tibia, en réséquant le péroné dans un cas, en faisant chevaucher les fragments de ce dernier os dans l'autre. Il importe avant tout, ici, d'avoir un membre solide. La diminution de longueur de la jambe est chose secondaire lorsqu'elle n'excède pas quatre centimètres : aussi faut-il toujours rapprocher, lorsqu'on a dépassé l'âge physiologique des régénérations osseuses.

Indépendamment de la régénération osseuse que seule elle permet d'obtenir, la conservation du périoste et des parties fibreuses a pour avantage d'accumuler, autour des extrémités osseuses, des masses fibreuses qui forment des liens solides entre les os contigus. Elles assurent la solidité du pied et préviennent sa mobilité latérale. Il se forme, du reste, même dans les cas les plus défavorables, des masses ostéoïdes ou osseuses au niveau des malléoles, qui fixent l'astragale aux extrémités des os de la jambe.

Pour favoriser cette solidité de la nouvelle articulation, j'ai recours au bandage inamovible, plâtré ou amidonné, placé immédiatement après l'opération. C'est là, je crois, le point le plus important du traitement consécutif. L'immobilité prévient le développement de l'inflammation, diminue la période de suppuration et hâte la formation des liens nouveaux qui doivent fixer le pied à la jambe.

Le bandage plâtré me paraît préférable après les résections primitives, lorsqu'il n'y a pas encore d'inflammation dans le membre. Si cette inflammation a déjà commencé de se développer, le bandage amidonné, doublé d'une forte couche de coton cardé, doit avoir la préférence; la couche de coton permettant, par son élasticité, une certaine augmentation de volume des parties sous-jacentes. Il faut, du reste, se tenir prêt à enlever le bandage, s'il survient du gonflement, s'il y a menace d'étranglement. Surveillé, ce bandage n'a aucun inconvénient. On est toujours à temps de prévenir ses dangers. Des fenêtres latérales permettent de surveiller la plaie et d'appliquer les pansements nécessaires.

Quoiqu'un peu lourd, le bandage plâtré a de grands avantages lorsqu'il s'agit de transporter le malade et de lui faire faire un trajet plus ou moins long. Il immobilise mieux que tous les autres bandages et, à ce titre, il permettra, je l'espère, d'avoir recours à la résection tibio-tarsienne, dans la chirurgie d'armée. Par exemple, lorsque le blessé pourra être transporté et soigné dans un hôpital, avec des conditions hygiéniques suffisamment bonnes. Avec les anciens appareils à attelles et même les gouttières, on n'avait pas une immobilité suffisante, et c'est probablement là une des causes qui ont fait condamner cette résection par la plupart des chirurgiens militaires.

Dans les cas que j'ai observés, j'ai été frappé de la bénignité des suites immédiates. Le choc opératoire m'a paru moins grave qu'après l'amputation de la jambe faite dans les mêmes conditions.

Je considère ici que la méthode sous-périostée a encore, au point de vue des suites immédiates, des avantages sur la méthode ancienne. En se tenant dans la gaîne périostique, on ménage tous les organes voisins, vaisseaux, nerfs, gaînes tendineuses et musculaires. On limite le foyer du traumatisme, et on n'ouvre pas des portes aux fusées purulentes comme dans les anciens procédés.

Je ne parle pas de cette résection appliquée aux tumeurs blanches et diverses lésions chroniques spontanées de l'articulation tibio-tarsienne; j'ai voulu seulement appeler l'attention de la société sur les résections primitives pour cause traumatique, qui me paraissent aujourd'hui repoussées de la pratique des grands hôpitaux et qui, cependant, méritent, à mon avis, d'y être réintégrées, toutes les fois que l'état des parties molles permet de tenter la conservation du membre. Un de nos collègues, M. Broca, avec qui je m'entretenais tout récemment de ce sujet, m'a dit avoir pratiqué cette opération avec succès, il y a quelques semaines, à l'hôpital Saint-Antoine. Tout fait espérer que son malade fournira un nouvel argument en faveur de la réintégration de cette opération dans la pratique hospitalière. Nous devons d'autant plus soumettre la question à un nouvel examen, que le perfectionnement du traitement consécutif par les bandages inamovibles permet d'évacuer plus facilement les malades au dehors et de les soustraire à l'influence du milieu nosocomial.

APPAREIL COMPRESSEUR TRIDACTYLE

Cet appareil a été construit par M. Galante, fabricant d'instruments de chirurgie, sous les données de M. Amédée Tardieu, interne des hôpitaux.

Comme tous les compresseurs, il se compose de deux parties distinctes : l'une, chargée de comprimer l'artère, est la pièce principale; l'autre ne sert qu'à maintenir la première. Celle-ci, désignée vulgairement sous le nom de pelote, est dans cet ap-

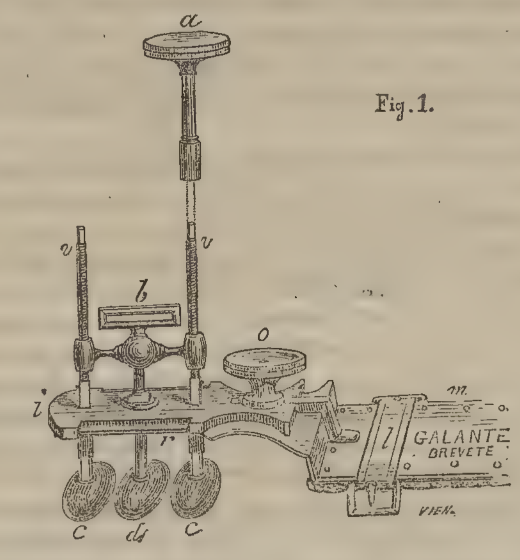


Fig. 1.

pareil différente de tout ce qui a été proposé jusqu'à ce jour. Elle se compose de trois petites pelotes parallèles entre elles et surmontées de trois tiges respectives qui traversent perpendiculairement la plaque *i* dans laquelle elles sont fixées; celle du milieu d'une façon absolue et les deux autres au moyen des vis *v v* qui, mues par la clef *H*, servent à rapprocher et à éloigner les pelotes de la plaque *i*. Une disposition particulière de ces deux tiges a pour effet de rendre constant le parallélisme des pelotes pendant les mouvements de haut en bas et de bas en haut qu'on leur fait exécuter.

Ces trois pelotes sont cylindriques; elles présentent environ 1 centimètre de diamètre sur 3 de hauteur, et sont disposées de telle façon qu'elles laissent entre elles deux espaces de quelques millimètres. Les trois boules *b r r* complètent cette partie de l'appareil.

L'autre est une simple plaque d'acier garnie de peau et munie de quatre boucles *l* destinées à recevoir des courroies passées sous le membre. Un bouton à vis fixe solidement la première partie de l'appareil à celle-ci.

1° Pour faire la compression de l'artère humérale, il suffit de séparer la plaque *i* de la plaque *m* et de faire passer dans les boucles *r r'* une bande faisant le tour du membre;

2° Pour faire la compression de l'artère fémurale, le compresseur doit être complet. La plaque *m* étant fixée par deux courroies sur la face antérieure de la cuisse, les pelotes viennent appuyer perpendiculairement sur l'artère. Elles sont maintenues en cette position par une bande *B* passée dans la boucle *b*

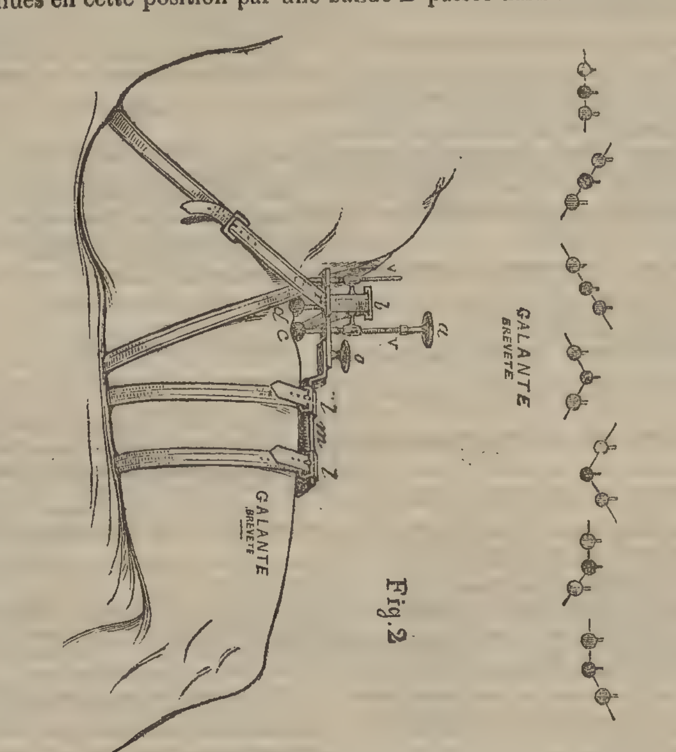


Fig. 2

et placée en spica du côté de l'artère comprimée. Grâce à la mobilité des pelotes, cette compression peut être faite suivant des plans différents, fig. 2.

Il est facile de voir que cet appareil tend à imiter la compression digitale.

Plusieurs essais suivis de succès ont permis de constater ce qui suit :

1° La compression est aussi parfaite qu'on puisse le désirer pour les artères humérales et fémorales ;

2° Au moyen de la mobilité des pelotes on peut établir une compression graduelle, réglée et suivant des plans différents;

3° Les pelotes agissent moins par la pression que par la rupture du courant. Effectivement, l'artère comprimée offre des renflements entre les pelotes et des rétrécissements au niveau des points comprimés;

4° De ce qui précède il résulte qu'une pression moins forte que celle nécessitée dans l'emploi des autres appareils qui agissent par la puissance avec laquelle ils sont appliqués sur le membre; qu'une pression moins forte, disons-nous, est suffisante.

Conséquemment les chances de gangrène locale de la peau se trouvent diminuées; d'autre part, cet accident est encore rendu moins possible par ce fait que les pelotes sont étroites, qu'elles ne compriment que suivant une ligne étroite et sans empêcher la circulation cutanée qui se fait entre elles;

5° La fixation de l'appareil est telle pour la cuisse que le malade peut faire des mouvements assez étendus sans compromettre la compression.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 18 décembre 1867. — Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie. Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

COMMUNICATION.

M. Després présente un ixode de France, vulgairement appelé tique ou ricin, qui a vécu six semaines attaché au ventre d'un vieillard âgé de soixante-neuf ans, et demeurant à Paris, rue de Lourcine, depuis plusieurs années. Ce fait, dit le présentateur, n'a d'intérêt que comparativement à un fait récemment présenté à la Société, celui d'un ixode du Mexique logé dans l'oreille, et que, eu égard au siége de cet arachnide sur la peau du ventre. L'ixode est tombé seul, après avoir acquis le volume d'une amande de noisette, et le malade n'a jamais souffert, quoiqu'il y ait quelques rougeurs angioleucicques autour du point d'implantation de l'animal.

M. Liégeois. Les faits analogues à celui signalé par M. Després sont fréquents parmi les chasseurs. Dans une réunion composée de dix personnes, huit d'entre elles prétendaient avoir été atteintes de tiques. Un de ces mêmes chasseurs affirmait avoir, sept à huit fois, été dans la nécessité de se faire extraire un tique; chacune de ces petites opérations était suivie d'une lymphite et de douleurs qui persistaient plusieurs semaines. L'opinion des chasseurs est que ce petit animal prend naissance dans les bois, à la surface des feuilles.

M. Désormeaux. J'ai enlevé bien des fois des tiques, et en particulier chez un enfant qui en avait autour du cou et des oreilles; on avait cru à l'existence de petites tumeurs. Dans aucun cas l'extraction n'a été suivie d'accidents.

M. Boinet. Chez les gens de la campagne on observe les tiques sur toutes les parties du corps. Jamais, si j'en crois mon expérience, l'arrachement n'a provoqué d'accidents.

RAPPORT.

M. Giraldès lit un rapport qu'il a composé au nom de la Commission chargée de désigner un candidat à la place de membre associé étranger. L'élection aura lieu dans une prochaine séance.

ÉLECTION.

La Société procède à la nomination d'une commission chargée de faire un rapport sur les titres des candidats à la place de membre titulaire. Sont désignés : MM. Després, Lefort et Tarnier.

COMMUNICATION.

M. Prestat, de Pontoise, présente une pièce anatomique et donne lecture de l'observation suivante :

Observation de tumeur du testicule sur un enfant de neuf mois. Ablation du testicule.

Henry P..., âgé de neuf mois, d'un tempérament lymphatique très-accusé, enfant gras, mais mou et pâle, a présenté dès le cinquième mois de sa vie un gonflement du côté gauche des bourses. Lors de mon premier examen, la transparence de la tumeur, son poids relativement léger me donnèrent à croire que j'avais affaire à une de ces hydrocèles si fréquentes dans la première enfance et dont un bon nombre guérissent sans opération. Je prescrivis des applications d'eau tenant en dissolution du sel ammoniac. Au bout de six semaines, voyant que je n'avais rien gagné, je conseillai des onctions avec une pommade contenant un gramme d'iodure de potassium pour trente grammes d'axonge. La maladie restait stationnaire, lorsqu'au milieu de novembre, cet enfant me fut ramené et je constatai que la tumeur était complétement opaque, qu'elle était beaucoup plus lourde et qu'elle augmentait rapidement de volume. Cette tumeur mesurait alors six centimètres en hauteur sur quatre de large. Elle était indolente, même à une pression modérée.

Une ponction exploratrice ne ramena que du sang en petite quantité et quelques gouttes d'un liquide visqueux et louche.

J'avais affaire à un sarcocèle tuberculeux ; les antécédents de la famille, — un frère aîné a succombé il y a trois ans à une phthisie pulmonaire; une autre fille, est lymphatique et presque idiote ; en outre, la coloration fraîche de l'enfant éloignaient l'idée d'un cancer, affection d'ailleurs assez rare chez l'enfant.

Après avoir pris conseil de notre collègue Marjolin, je proposai aux parents l'amputation du testicule, qui fut acceptée.

Cette opération fut pratiquée le 30 novembre avec l'aide de mes collègues de l'Hôtel-Dieu. L'enfant préalablement chloroformé, je disséquai rapidement le testicule en enlevant une portion de la peau de la face antérieure du scrotum, une ligature en masse fut placée sur le cordon testiculaire à la sortie de l'anneau inguinal, aussi haut que possible et le cordon fut coupé en deçà de cette ligature. L'enfant perdit à peine une petite cuillerée de sang.

Le pansement fut à peu près celui d'une hernie inguinale opérée.

Sauf la douleur inévitable des premiers jours, les suites de l'opération furent aussi simples que possible. La ligature se détacha le cinquième jour sous une légère traction; la plaie diminue rapidement et, aujourd'hui dix-neuf jours après l'opération, l'enfant est complétement guéri. Je vais diriger tous mes soins vers une modification de la constitution lymphatique de cet enfant, préoccupé que je suis de voir l'affection tuberculeuse se reproduire sur un autre organe. L'examen de la tumeur m'a montré la justesse du diagnostic. En incisant le testicule à la partie postérieure, j'ai mis à nu plusieurs tubercules gros comme des pois, d'une couleur jaune et encore consistants.

Plusieurs membres font observer qu'il serait nécessaire de faire l'examen microscopique de la tumeur pour déterminer quelle en est exactement la composition anatomique.

DISCUSSION SUR LA TAILLE MÉDIANE.

M. CHASSAIGNAC. On fait aujourd'hui beaucoup moins l'opération de la taille, cependant il y a parmi les membres de la Société plusieurs chirurgiens dont l'opinion pourrait être invoquée.

Je désire néanmoins présenter quelques considérations pour compléter ce que j'ai déjà dit dans une précédente séance. L'opération proposée par M. Borelli n'est qu'une boutonnière. On préconise cette manière de faire en disant que cette ouverture suffit pour l'extraction de gros calculs. J'ai déjà dit que l'incision devait être large et intéresser le col de la vessie, la difficulté n'étant point de sortir le corps étranger, mais bien d'introduire les tenettes. On a invoqué ici les travaux de M. Bouisson, je dois déclarer qu'il n'y a point d'analogie entre la manière de faire du chirurgien de Montpellier et celle de M. Borelli. M. Bouisson a opéré seulement les enfants qui portaient de petites pierres, ce sont des opérations de taille réduites à des proportions minimes, mais il n'y a rien de comparable avec les opérations de M. Borelli, qui a extrait par la taille médiane des calculs volumineux. Je crains qu'en procédant de la sorte on ne produise des déchirures graves, et je déclare n'être point suffisamment édifié pour renoncer à des principes que je considère comme fondamentaux.

Il faut tirer de l'incision prostatique tout ce qu'elle peut donner, et cela pour entrer les tenettes, puis la dilatation fera le reste au moment de l'extraction.

M. GIRALDÈS. Je partage l'opinion de M. Chassaignac; il ne faut pas extraire de gros calculs par la taille médiane, mais la valeur de cette opération devient toute différente lorsqu'à la petite incision on ajoute le broiement de la pierre. Avec la lithotritie périnéale, les mauvaises chances sont éloignées et la guérison est plus rapide. On a dit que l'hémorrhagie nécessitait le tamponnement, et que de là naissait le danger de l'infiltration urineuse.

Il n'est point possible d'accepter cette proposition quand on veut bien se rappeler certains procédés de tamponnement qui permettent le libre écoulement de l'urine.

M. VERNEUIL. M. Giraldès a ramené la question sur son véritable terrain; la taille médiane ne peut être défendue qu'à la condition d'y joindre le broiement des calculs. Pour pratiquer la lithotritie périnéale, il suffit d'une petite incision permettant le passage d'instruments déjà très-puissants. En agissant comme je viens de le dire, on a une plaie suffisante pour tirer les petits calculs, et lorsque la pierre est volumineuse, on combine la lithotritie à la taille médiane.

M. CHASSAIGNAC. On semble oublier le point de départ de la discussion; pour ma part, j'ai combattu la boutonnière comme un mauvais procédé de taille. M. Verneuil nous dit qu'il faut combiner la taille médiane avec le broiement des calculs, il a invoqué précédemment en faveur de son opinion la pratique de M. Bouisson; j'ai lu les observations de M. Bouisson, et je puis affirmer que notre collègue de Montpellier a tiré des calculs par la taille médiane sans les avoir fragmentés au préalable. M. Bouisson a bien dit qu'on pouvait casser les calculs, mais il ne l'a point fait; on ne peut donc invoquer la pratique de M. Bouisson en faveur d'une opération nouvelle à laquelle on donne le nom de lithotritie périnéale.

En terminant, je demanderai à M. Giraldès si, dans les statistiques qu'il nous a citées, il s'agit d'opérations dans laquelle la taille et la lithotritie se sont trouvées combinées.

M. GUERSANT. Dans les dernières années de ma pratique hospitalière, je n'ai jamais fait l'opération de la taille sans avoir à ma disposition un lithotriteur. Je me suis bien trouvé de cette précaution lorsqu'il s'agissait de calculs volumineux. Dans des circonstances semblables, j'ai aussi utilisé le débridement multiple, la taille quadrilatérale de Vidal, et j'ai pu tirer ainsi des calculs très-gros.

M. GIRALDÈS. Quand j'ai parlé de la taille d'Allarton, j'indiquais une opération dans laquelle il y a combinaison de la taille et de la lithotritie.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DOLBEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 3 janvier 1868, ont été nommés :

Vétérinaires en 1er : MM. Crouzon, Duverne, Guillemot, Vidal, Tapie, Ratelade, Liautard, Germain.

Vétérinaires en second : MM. Légier, Bidaud, Chevalier, Charon, Baillet, Vogt.

— Par décision impériale en date du même jour, ont été appelés à des emplois de vétérinaire dans la garde impériale :

MM. Bioche, vétérinaire en 1er; Logeay, Rawiez et Abrial, vétérinaires en second.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 29 janvier 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Cette séance s'est passée en élections et en pourparlers sur une question d'ordre intérieur et sur la réforme demandée dans le mode de déclaration des naissances. Un premier scrutin a eu lieu pour la nomination de la commission chargée de dresser une liste de candidats à la place d'académicien libre déclarée vacante. Un incident provenant d'un excès de zèle de la part du Bureau a provoqué une assez vive discussion qui a abouti à une proposition avortée et en définitive à l'ordre du jour. L'usage s'est établi dans l'Académie que, pour prévenir des pertes de temps et épargner aux membres des hésitations dans le choix et la composition de certaines commissions, le Bureau propose, à titre purement officieux, une liste qui, évidemment, dans sa pensée comme en fait, n'engage personne et laisse aux votes leur entière liberté. Cette liste est distribuée avant la séance. C'est un simple renseignement dont chacun tient compte comme il l'entend. Mais le président, en donnant lecture de la liste proposée, lui a donné en quelque sorte un caractère officiel, qui a soulevé de vives réclamations. Des scrupules se sont élevés sur cette sorte de tutelle que le Bureau semblait, a-t-on dit, vouloir exercer par là sur l'Académie. D'autres, moins chatouilleux à l'endroit de leur indépendance, qui n'était d'ailleurs nullement atteinte, ont réclamé sur la composition même de la liste. Pourquoi sept membres seulement, et pourquoi pas autant que le nombre des sections? Cette dernière proposition a paru prévaloir un moment, et elle a été mise aux voix. Mais, au milieu du bruit et de la confusion, il a été impossible d'apprécier le résultat du vote. Si bien qu'à la fin, au cri de : l'ordre du jour, tout le monde s'est rallié, chacun ayant dit ce qu'il avait sur le cœur, et l'ordre du jour a été adopté. L'ordre du jour, c'était le scrutin. Le scrutin a donné la majorité des voix aux sept membres proposés par le Bureau. La commission se trouve composée en conséquence de sept membres : deux médecins, MM. Tardieu et Roger; deux chirurgiens, MM. Laugier et Legouest; un pharmacien, M. Boutron, et deux membres libres, MM. Husson et Littré.

L'Académie a procédé ensuite à l'élection d'un correspondant étranger. M. Brown-Séquard a été élu à la presque unanimité. Applaudissons à ce choix.

Le second incident de la séance a été presque aussi tumultueux que le premier. M. Robinet qui, on s'en souvient, a provoqué par sa communication la démarche officielle de l'Académie auprès du Ministre, a voulu se rendre compte de la dépense qu'entraînerait, pour la ville de Paris, l'établissement d'un service de constatation des naissances par les hommes de l'art, semblable à celui qui existe déjà pour la vérification des décès; et il est arrivé, défalcation faite des constatations qui ont lieu dans les hôpitaux, à un chiffre relativement minime, et qui, dans son opinion, ne serait pas de nature à arrêter l'administration. Mais il croit voir dans l'application de cette mesure, il craint du moins d'autres difficultés légales, qui pour être levées réclameraient peut-être l'intervention des pouvoirs administratifs et judiciaires. De là, vives réclamations de la part de MM. Blot et Depaul. La discussion durerait peut-être encore si M. Larrey, comme le *deus ex machinâ*, n'eût dominé le bruit, de sa voix bien timbrée, pour demander l'ordre du jour sur une question qui se trouve déférée en ce moment par l'Académie elle-même aux pouvoirs publics.

Là-dessus la séance a été levée. Elle n'aurait donné, comme on le voit, qu'un bien faible contingent à la science, si M. J. Guérin, appelé à la tribune après le dépouillement de la correspondance pour donner lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie sur la tombe de M. Serres, n'avait sauvé du moins cette première partie de la séance. On trouvera dans ce discours, dont nous reproduisons les parties principales, un jugement élevé et une appréciation aussi juste que chaleureuse des œuvres et du caractère du savant éminent que nous venons de perdre.

Dr Brochin.

CLINIQUE DE STRASBOURG. — M. E. KOEBERLÉ.

OVARIOTOMIE

Obs. XXXV. — Ovariotomie pratiquée le 26 novembre 1866. Guérison.

Madame B..., de Domfessel (Bas-Rhin), âgée de quarante-trois ans, mère de trois enfants, dont le dernier est âgé de cinq ans, d'une constitution vigoureuse, avait vu depuis trois ans son ventre prendre un développement insolite. Elle était affectée d'un kyste multiloculaire de l'ovaire droit, dont l'une des loges s'est rompue spontanément huit mois avant l'ovariotomie, en donnant lieu à une péritonite grave. Depuis ascite, amaigrissement, anémie, fièvre hectique. Vers la fin du mois de septembre 1866, je pratiquai une ponction péritonéale, qui donna issue à environ 6 litres de liquide brunâtre, en partie séreux, en partie filant, sans que la tumeur ovarique ait été intéressée.

Avant la ponction, le diagnostic était indécis. On pouvait croire à l'existence d'une tumeur fibreuse de la matrice. Les bosselures résultant de la multiplicité des loges de la tumeur, le cathétérisme utérin indiquant 9 centimètres de profondeur et un engorgement marqué du col semblaient légitimer cette opinion. Mais l'évacuation du liquide ascitique mélangé d'albumine de kyste ovarique et la fluctuation évidente de la tumeur démontrèrent qu'il s'agissait d'un kyste.

Après la ponction, l'état de la malade, sous l'influence d'un bon régime, s'améliora très-notablement.

L'ovariotomie fut pratiquée le 26 novembre 1866, en présence et avec l'assistance de MM. Fantin, de Seine-Port; Goller, de Kehl; le professeur Küss, Caternault et Kien.

Chloroformisation. Incision de 25 centimètres. Issue de 3 litres environ de sérosité ascitique rougeâtre, par suite d'une hémorrhagie péritonéale récente de l'une des loges de la tumeur. Ponction de trois loges du kyste, dont l'une fournit un liquide jaunâtre, une autre un liquide brun et la dernière un liquide d'un blanc grisâtre, en tout 8 litres. Il restait encore une masse multiloculaire formée par une infinité de loges du poids de 2 kilogrammes, qui sortit facilement après que j'en eus séparé les adhérences qui la fixaient à l'épiploon et à la paroi abdominale. L'adhérence à l'épiploon, qui renfermait des vaisseaux volumineux, fut divisée par le cautère actuel. La tumeur provenait de l'ovaire droit. Le pédicule, long de quatre centimètres, fut compris dans une anse de fil de fer à l'aide d'un serre-nœud. L'ovaire gauche présentait un foyer hémorrhagique considérable, résultant de la dernière menstruation. Le caillot en partie décoloré fut extrait. Un follicule de Graaf, assez volumineux, fut incisé et débarrassé de son ovisac. La partie restante de l'ovaire était parfaitement saine. Nettoyage de la cavité abdominale. Réunion à l'aide de quatre points de suture profonde et de six points de suture superficielle. Un tube de verre de 10 centimètres plongeant dans le bassin le long de la paroi postérieure de la matrice fut disposé dans l'angle inférieur de la plaie pour donner un libre écoulement aux liquides. L'opération a duré trois quarts d'heure. La quantité de sang perdu par l'opérée a été de 400 grammes environ.

Il survint une péritonite pelvienne, qui resta localisée et qui guérit rapidement sous l'influence du libre écoulement des liquides et de la position demi-assise qu'on avait donnée à l'opérée. Tout semblait aller au mieux. Les urines étaient devenues claires et assez abondantes; l'intestin fonctionnait librement. Le pouls, assez développé, se maintint néanmoins à 130 pulsations.

Je recherchai avec soin la cause de l'accélération du pouls, que j'attribuai à un travail inflammatoire extra-péritonéal, soit sur le trajet de l'incision, soit dans le ligament large et le long des vaisseaux ovariques du côté droit, mais sans pouvoir constater aucune lésion. Malaise assez prononcé le quatrième et le cinquième jour.

Le sixième jour (1er décembre), l'opérée dormit une partie de la nuit. Vers deux heures du matin : agitation; anxiété; pouls très-variable, irrégulier, très-petit par intervalles, à 130 environ; 36 inspirations par minute; sueurs; langue chargée; urines diminuées; ventre ballonné.

Le septième jour (2 décembre), un examen très-attentif de l'abdomen et de l'excavation pelvienne ne fait découvrir aucun foyer de sérosité en voie de formation. Sueurs. Pommettes très-rouges. État sub-comateux. Agitation par intervalles. Urines chargées diminuant de plus en plus. Facies altéré. Soif prononcée. A cinq heures du soir je constatai une matité de la largeur de la paume de la main dans le flanc droit, entre la crête iliaque et l'hypocondre. Pouls petit, irrégulier, filiforme. Urines chargées en petite quantité. Facies très-altéré. Tendance au refroidissement. Il y avait évidemment une collection de sérosité en voie de formation depuis environ quinze heures. Elle résultait d'une péritonite locale, que j'attribuai à une inflammation des vaisseaux ovariques. Le foyer de l'inflammation péritonéale ne devait pas tarder à s'étendre et à donner lieu à une péritonite générale. L'état de la malade était extrêmement grave. Je me décidai à frayer au dehors une voie au liquide épanché, de manière à limiter la péritonite et à donner ou à ménager en même temps une issue à la collection purulente sous-péritonéale qui devait être en voie de formation.

Séance tenante, je fis une incision de 7 centimètres au-dessus de la crête iliaque, au centre de la matité. La division successive des plans musculaires présenta beaucoup de difficultés, en raison de la profondeur de la plaie, de la présence du nerf ilio-hypogastrique qui passait en travers de l'incision, et de l'hémorrhagie. L'opération eut lieu à la clarté de la bougie, avec l'assistance de M. le docteur Caternault. Comme la malade était trop faible pour être chloroformée, on fit usage de l'appareil pour l'anesthésie locale par la vaporisation de l'éther, qui diminua sensiblement la douleur et qui eut l'avantage, par le refroidissement qu'il produit, de diminuer et de calmer l'hémorrhagie. Après avoir divisé les tissus à une profondeur de 6 à 7 centimètres, je tombai sur le péritoine, qui donna écoulement, aussitôt qu'il fut ouvert, à environ 150 grammes de sérosité rougeâtre, analogue à celle que l'on observe dans la péritonite récente. L'exploration à l'aide du doigt des anses intestinales voisines et des parties situées en arrière du paquet intestinal sur le côté de la colonne vertébrale ne fit découvrir rien d'anormal; seulement la sensibilité de ces parties était très-vive. La sérosité épanchée ayant été complétement extraite à l'aide d'une canule, la plaie extérieure fut réunie en partie à l'aide d'un point de suture, et une mèche de charpie, que l'on remplaça les jours suivants par un tube de 10 centimètres de longueur, servit à maintenir provisoirement une communication de la cavité péritonéale avec le dehors. La matité locale avait disparu. On maintint la malade dans une position demi-assise et dans le décubitus latéral sur le côté droit pour faciliter l'écoulement des liquides.

La malade, qui était restée dans un état sub-comateux avec un pouls très-petit à 130, ne tarda pas à se remettre peu à peu, si bien que le lendemain il y eut une amélioration marquée. Le pouls, quoique irrégulier, s'était relevé et oscillait entre 118 et 125, et la respiration était revenue à 22 inspirations. Du reste, la langue était chargée; il y avait de l'inappétence; la soif était vive et les urines étaient rares.

Le 4 (neuvième jour), le pouls, toujours très-variable, est monté à 136. Les bords de la plaie iliaque étaient enflammés et envahis par un érysipèle, qui s'étendit les deux jours suivants à 12 centimètres en arrière. L'érysipèle est traité par un badigeonnage à la teinture d'iode sur la limite des parties enflammées : il s'arrêta le surlendemain. Urines plus abondantes et moins chargées. L'appétit revient. Cependant le flanc droit se tuméfie peu à peu; il devient mat et résistant depuis le rebord des côtes. Il ne s'écoule qu'une petite quantité de sérosité purulente par le tube. La tuméfaction du flanc droit était rétro-péritonéale et s'accrut progressivement les jours suivants. Le ventre était ballonné. Selles fétides, malgré le sous-nitrate de bismuth. On entretient la liberté du ventre à l'aide de lavements et de pilules purgatives.

Le 8 (treizième jour), des sueurs abondantes se manifestent pendant la nuit. Pouls à 120 très-petit. Faiblesse très-grande. La malade n'urine plus seule. Le ventre est toujours ballonné. Le lendemain, même état, mais cependant le ventre est moins tendu et le pouls est à 95. Au moyen de grosses sondes introduites dans la plaie iliaque et à l'aide du petit doigt je cherchai en vain à ouvrir en dehors le foyer purulent, qui avait pris des dimensions très-considérables et qui s'étendait alors jusqu'au milieu de la fosse iliaque.

Le 10 et le 11 (quinzième et seizième jours), on remarqua que les selles étaient grisâtres, purulentes, avec des gouttelettes huileuses. On pensa que la collection purulente s'était ouverte dans l'intestin, probablement dans le côlon ascendant. La malade, toujours très-faible éprouva un soulagement marqué. Cependant la tuméfaction demeura à peu près stationnaire. On essaya vainement de l'entamer avec une sonde.

Le 12, selles diarrhéiques, sans caractère spécial.

Le 13 (dix-huitième jour), la collection purulente s'ouvrit spontanément au dehors par le gros tube, qui avait été laissé à demeure au-dessus de la crête iliaque.

Une grande quantité de pus, environ un litre, continua à s'écouler en abondance pendant deux à trois jours. La tuméfaction qui siégeait le long du flanc droit diminua peu à peu et disparut entièrement. Le tube fut raccourci progressivement et au bout d'une quinzaine de jours la cicatrisation de la plaie iliaque était complète, aussi bien que celle de la ligne médiane, où l'on avait aussi laissé jusque là un tube de 14 centimètres de longueur dans l'angle inférieur, dans le cul-de-sac recto-vaginal, pour le cas où la collection purulente aurait eu de la tendance à s'ouvrir de ce côté. L'anémie, la faiblesse, la disposition à la transpiration ont peu à peu disparu, et un mois et demi après l'opération la santé était parfaite.

Le 10 janvier 1867, madame B... a été présentée à la Société de médecine de Strasbourg, complétement guérie.

La menstruation s'est rétablie le 20 janvier.

Le kyste présentait comme particularités notables des incrustations calcaires à la surface interne et à la surface péritonéale de l'une de ses loges. Une déchirure superficielle récente passait en travers de l'une de ces incrustations, dont les deux moitiés étaient écartées. Des dépôts de fibrine et de caillots partiellement décolorés, situés à l'intérieur et à l'extérieur de cette loge, accusaient nettement l'hémorrhagie, qui avait eu lieu tant à l'intérieur du kyste, dont le liquide était coloré en brun, que dans la cavité péritonéale, dont le liquide ascitique avait été rougeâtre, hématique au moment de l'opération et lors de la ponction péritonéale.

Dans cette observation, l'intervention chirurgicale, au com-

mencement de la péritonite, a eu pour résultat immédiat d'enrayer l'inflammation péritonéale, en créant une issue à la sérosité, qui était en voie de formation, avant qu'elle ait pu fuser au loin, en donnant lieu à une péritonite générale, et avant qu'elle soit devenue septique, après avoir subi une décomposition avancée. Le lendemain de l'évacuation de la sérosité péritonéale, l'amélioration était tellement prononcée que M. le docteur Voisin, de Paris, trouva que la malade était en très-bonne voie, et à la voir alors, on ne pouvait guère se rendre compte de la gravité extrême de son état de la veille. Une collection purulente s'est ensuite formée peu à peu sur le trajet des vaisseaux ovariques, probablement par suite d'une inflammation des vaisseaux et des glandes lymphatiques de l'ovaire excisé. L'abcès paraît s'être ouvert d'abord dans l'intestin, quinze jours environ après le début des premiers accidents, le onzième jour après l'incision qui a été faite au-dessus de la crête iliaque. L'écoulement du pus par l'intestin fut très-imparfait; il cessa même complétement au bout de deux jours, puis il se produisit une ouverture spontanée au dehors par le tube qui avait été laissé dans l'incision. L'abcès se vida alors entièrement et ne tarda pas à se cicatriser.

L'érysipèle qui se manifesta le surlendemain au pourtour de l'incision provenait de l'irritation produite par la sérosité péritonéale. Les bords de la plaie furent aussitôt touchés avec du perchlorure de fer à 40 degrés pour s'opposer à l'absorption des liquides décomposés. La marche envahissante de l'érysipèle fut ensuite enrayée rapidement par une application de teinture d'iode de la largeur d'un travers de doigt, mi-partie sur chaque côté de la limite de la surface enflammée, qui elle-même fut couverte de quelques rayures de teinture iodique. Je répétai la même application trois fois par jour, en poursuivant l'érysipèle dans les endroits où il ne s'était pas limité dans les intervalles des pansements. Ce traitement est celui qui m'a toujours réussi le mieux, ainsi que je m'en suis assuré en expérimentant à plusieurs reprises, sur le même sujet, les divers modes de traitement employés jusqu'ici.

Dans les cas de péritonite, lorsqu'on a constaté la présence d'une collection de liquide, l'ouverture de la cavité péritonéale est loin de présenter la même gravité que dans les cas où le péritoine est sain, lorsqu'il n'existe point d'inflammation. Les pseudo-membranes qui agglutinent alors les anses intestinales ont rendu possible entre celles-ci la formation de cavités circonscrites dans lesquelles les liquides exsudés ont pu s'accumuler. En décollant les anses intestinales dans une étendue limitée, on ouvre les foyers de liquide séreux ou purulent sans intéresser pour cela le reste de la cavité péritonéale. Ces liquides, qui ont une grande tendance à se décomposer, à devenir fétides et septiques, une fois évacués, rien n'empêche de laver le foyer par des injections d'eau et de solution de sulfate de soude ou d'acide phénique. J'ai pu ainsi, dans diverses circonstances, circonscrire et enrayer le développement de péritonites chez les malades qui ont dû leur salut à cette manière d'agir. En entretenant l'écoulement libre des liquides au moyen d'un tube, l'affection se réduit à une simple péritonite localisée. En temporisant simplement, les liquides augmentent, s'accumulent, deviennent septiques, empoisonnent le sang en provoquant des péritonites générales redoutables par leur gravité. L'emploi du bistouri peut paraître aventureux dans ces circonstances, et on peut ne pas être complétement rassuré au point de vue dogmatique. Les moyens chirurgicaux, employés dans la précédente, sont en effet en opposition avec les principes généraux depuis longtemps admis en médecine; mais les principes théoriques doivent s'effacer ou se modifier devant les faits contraires.

Les faits ont toujours leur raison d'être. Lorsqu'ils sont en opposition avec les idées courantes, avec des faits anciens, c'est que les faits anciens ont été observés dans des circonstances dissemblables ou bien ont été mal commentés et expliqués. Jadis les blessures du péritoine étaient très-redoutées et étaient considérées comme les causes de la péritonite. On s'efforçait de fermer hermétiquement l'ouverture à l'accès de l'air, sans se préoccuper de ce qui se passait dans la cavité péritonéale, sans chercher à évacuer les liquides, de peur de toucher, de froisser, d'irriter une partie du péritoine et de provoquer ainsi la péritonite. Aujourd'hui, le péritoine peut être frotté, coupé, pincé, déchiré, lié, brûlé, irrité par du perchlorure de fer, de l'alcool, les liquides que l'on y injecte et que l'on met en contact avec des parties déjà enflammées; il peut rester à découvert à l'air sur sa surface presque toute entière pendant une heure et au delà; des intestins peuvent rester exposés à l'air au dehors sur la paroi abdominale, de manière à être complétement refroidis et néanmoins, si on se comporte convenablement, il peut ne survenir qu'une réaction très-modérée ou même insignifiante. Les progrès réalisés dans le courant de cette année m'ont permis de sauver dans ces derniers temps plusieurs malades qui auraient succombé entre mes mains il y a quelques mois, et je suis persuadé que deux ou trois malades qui sont morts au commencement de cette année auraient guéri depuis. Dans les six derniers mois de l'année 1867, sur neuf opérations, je n'ai eu à déplorer qu'un cas de mort, et il n'y a eu sur ce nombre que trois cas simples, sans adhérence ou avec adhérences légères, où la guérison s'obtient presque toujours facilement, sans grand mérite, quelque soit d'ailleurs le volume de la tumeur. Dans cinq autres cas, les complications étaient toutes extrêmement graves; néanmoins les malades de diverses localités plus ou moins éloignées, ont toutes guéri. La malade qui a succombée (*Obs.* LIX) était âgée de cinquante ans; elle avait subi huit ponctions, dont l'une avec injection iodée il y a douze ans. La tumeur très-adhérente se déchirait sous l'influence des moindres pressions. L'hémorrhagie a été très-considérable pendant l'opération, et l'opérée est morte douze heures après, uniquement par anhématosie. La dernière opération de l'année 1867 était le cinquante-sixième cas. Je n'ai jamais laissé jusqu'ici aucune opération inachevée, nonobstant les plus graves difficultés qu'elle ait présentée.

DE L'EMPLOI DES BANDELETTES DE BAUDRUCHE GOMMÉE comme topique chirurgical

Par M. le docteur CHARLES BERNADET,

Médecin de la Société française de secours à Londres.

En lisant, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 19 décembre, l'intéressante communication de notre confrère M. le docteur Blondeau sur le traitement des brûlures par la baudruche gommée, traitement dont il rapporte à juste titre l'emploi à M. le professeur Laugier, il m'a paru qu'il serait équitable d'ajouter encore que l'inventeur de ce traitement si simple n'en borne pas seulement l'usage aux brûlures. M. Laugier donne en effet, depuis plusieurs années, une extension plus vaste à ce mode de pansement dans les affections chirurgicales telles que brûlures à divers degrés, angioleucites, phlegmons et érysipèles phlegmoneux.

Avant de faire ressortir les avantages attachés à cette méthode que j'ai eu l'occasion de voir et d'étudier au lit du malade, quand j'étais interne dans le service de ce maître vénéré, je demande la permission de rapporter d'abord six observations succinctes que j'avais recueillies dans ma rangée à cette époque. J'en tirerai ensuite les conclusions qu'elles comportent.

Ces six observations peuvent se classer ainsi :

Erysipèle phlegmoneux.

I. — Joseph-François M..., 43 ans, chiffonnier, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, lit nº 5, le 8 novembre 1864. Il portait depuis huit jours sur la face dorsale du pied une écorchure produite par une chaussure mal confectionnée. Il avait continué ses occupations jusqu'à la veille de son entrée. Le travail devenant impossible par suite de l'enflure de la jambe, il se fait transporter à l'hôpital le lendemain dans l'après-midi. Les jours précédents, les parties malades avaient été le siége d'une rougeur et d'une chaleur très-vives, accompagnées de souffrances et d'une migraine violentes. La peau de la jambe était luisante et présentait un empâtement œdémateux manifeste. Dans la nuit du 7 au 8, le malade fut saisi de claquements de dents, de frissons intenses, et de tout le cortége, en un mot des symptômes d'une réaction fébrile inflammatoire bien prononcée.

Le surlendemain de son entrée, 10 novembre, on enveloppe le membre malade depuis la racine des orteils, jnsqu'à 3 ou 4 centimètres de la rotule, d'un manchon de baudruche gommée.

Au bout de vingt-quatre heures, soulagement notable.

Le deuxième jour l'enveloppe protectrice offre de nombreuses rides, preuve de la résolution du phlegmon.

Le troisième jour l'appareil fut enlevé, et on réappliqua une autre bandelette mieux adaptée aux nouvelles conditions du membre.

Il se forma çà et là quelques phlyctènes purulentes qu'on recouvrit de baudruche après leur piqure.

Le 23 novembre, M. Laugier ouvre avec le bistouri un foyer purulent qui s'est produit à la partie moyenne et interne de la jambe.

Le 26, ouverture d'un second foyer sanguin et purulent un peu au-dessus de la malléole interne.

Deux autres ouvertures furent encore nécessaires; ici on se relâche du pansement prescrit pour appliquer un linge cératé sur les ouvertures du bistouri, et le malade quittait l'hôpital complétement guéri à la fin du mois.

II. — Etienne P..., 64 ans, teinturier, rue du Pont-Saint-Victor, 12, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, le 14 novembre, lit nº 11. Quelques jours avant, chute dans la rue sur le coude. Légère écorchure au niveau de l'olécrâne. Le malade s'applique chez lui des cataplasmes, mais un gonflement phlegmoneux ne tarde pas à survenir, et il passe cinq nuits absolument sans sommeil.

Le jour de son entrée : grand bain et enveloppe de baudruche gommée autour du coude. Soulagement au bout de deux jours; diminution de l'enflure le troisième. Tous les deux jours on enlève l'appareil pour le réappliquer. Ce pansement, pour ne pas être douloureux, se pratique en humectant d'eau tiède, avec une éponge, la bandelette desséchée qu'on retire. Le 23 novembre on a ouvert à la visite un abcès de très-petite dimension qui s'était formé à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'olécrâne. Le malade quitte l'hôpital guéri le 1er décembre.

Brûlures.

I. — G... (Jean-Clément), teinturier, demeurant rue Mouffetard, nº 307, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, le 14 novembre, lit nº 25, à 8 heures du matin. Quelques instants auparavant, il a été brûlé au pied et à la jambe par de la vapeur d'eau bouillante. Sa chaussure et ses vêtements ne lui ont offert qu'une protection insuffisante, car depuis la face dorsale du pied jusqu'au tiers moyen de la jambe le membre est affecté de brûlures du premier au troisième degré disséminées çà et là par plaques de dimensions et d'aspects multiples. Les souffrances sont très-vives.

M. Laugier fait immédiatement appliquer la baudruche gommée. Le lendemain, léger soulagement, puis graduellement la douleur et la cuisson deviennent chaque jour plus supportables. Il n'y avait que pendant la nuit que la chaleur du lit causait des élancements. Le sommeil a toujours été bon, sauf pendant les deux premiers jours où la réaction fébrile était assez intense.

Çà et là, plusieurs plaques de baudruche ont été remises au niveau des endroits ramollis par la suppuration. Toute phlyctène purulente était percée, vidée, puis aussitôt recouverte de baudruche.

Du mercredi au jeudi suivant, apparition d'une angioleucite à la face interne de la cuisse.

M. Laugier ordonne l'application d'une bandelette de baudruche tout le long des vaisseaux enflammés, depuis le genou jusqu'à l'aine. *Le lendemain même*, le malade pouvait presser les régions sans douleur, et le surlendemain enlever lui-même toute la bandelette. Guéri quelques jours après.

II. — G... (Gustave), entre à la salle Sainte-Marthe le 3 décembre 1864 pour une brûlure du deuxième degré de la face dorsale du pied gauche, produite huit jours avant par la chute d'un liquide bouillant (teinture de bois d'Inde et de couperose). — Le pied était nu au moment de l'accident.

Application d'une feuille de baudruche le jour même de l'entrée. Pendant deux heures, il y a d'abord des tiraillements douloureux, puis ensuite cessation de toute souffrance. On retire la baudruche le 7 décembre, et le malade quitte l'hôpital guéri, ne portant plus à la place de sa brûlure qu'une plaque circulaire, violacée, déjà recouverte d'une nouvelle couche épidermique.

Lymphangites.

I. — B... (Claude-François), 52 ans, porteur d'eau, entre le 9 décembre 1864 à la salle Sainte-Marthe, lit nº 24. Il éprouve des douleurs très-vives à la partie interne de la cuisse qui est rouge et chaude; Impossibilité de la marche. A la base de la face dorsale de l'orteil gauche existe depuis trois semaines un durillon, surtout douloureux vers le soir.

Il y a seulement trois jours que le malade souffre de la cuisse. A la visite du matin, on constate une traînée rouge de vaisseaux lymphatiques enflammés, traversant en diagonale la face interne de la jambe, cessant un peu au-dessus du genou, et formant sur toute la partie supérieure de la face antérieure et interne de la cuisse une large plaque rouge, chaude et douloureuse.

10 décembre, application de la baudruche gommée, depuis le genou jusqu'à la racine du membre.

Le lendemain, soulagement et amélioration considérables.

13 décembre, on enlève l'appareil, la rougeur est éteinte, mais on sent toujours une sorte de cordon induré vers la partie moyenne de la cuisse.

Le 19 décembre, le malade quitte l'hôpital, guéri.

II. — T... (René), cordonnier, couché à la salle Sainte-Marthe, nº 21, a été amputé depuis plusieurs semaines. Le lundi 12 décembre 1864, au milieu d'une constitution médicale, en apparence mauvaise (puisque deux varioloïdes et quelques angioleucites compliquant les plaies avaient éclaté dans nos salles), il éprouve un accès fébrile nettement tranché (frissons, claquements de dents, suivis de bouffées de chaleur, etc.,) qui dure depuis trois heures de l'après-midi, jusqu'à sept heures du soir.

A cette époque de son séjour, la plaie de l'amputation était presque fermée. Il ne restait plus qu'une petite ouverture par laquelle s'éliminait lentement une très-mince partie d'os nécrosé. Du reste aucune douleur.

Le 13 décembre, accès de fièvre d'une durée moitié moindre.

Le 14, rougeurs diffuses, traînées lymphatiques au niveau de la fesse jusque dans la région lombaire. Picotements douloureux, cuisson continue.

15 décembre, au matin, application de la baudruche qui a soulagé le malade *dans le courant même* de la journée. Les accidents locaux se sont dissipés graduellement. (Ici s'arrêtent les notes de l'observation, et je crois que le malade n'a pas tardé à sortir guéri).

Quelque incomplets peut-être que soient les détails cliniques de ces six observations, on voit que dans tous les cas, la bandelette ou l'enveloppe de baudruche gommée a toujours, quelque temps après son application sur la partie malade, soulagé notablement le patient et atténué en partie l'intensité des phénomènes locaux réactionnels : chaleur, tension, gonflement, douleur, etc.

M. Blondeau a été frappé comme nous de la rapidité du soulagement produit par ce mode de pansement. Il n'en précise pas toutefois les limites, et pour cette raison que celles-ci varient nécessairement d'après la nature des phénomènes locaux en évidence. Ainsi, dans notre premier cas, il y a soulagement notable au bout de vingt-quatre heures, dans les deuxième, troisième et sixième il se manifeste après quarante-huit heures seulement, le lendemain, ou dans le courant de la journée. Dans le quatrième cas, toute souffrance cesse après deux heures d'application de la baudruche, et dans le cinquième, l'amélioration produite le lendemain est considérable. Ainsi de quelques heures à un ou deux jours, jamais davantage, voilà les points extrêmes de rapidité entre lesquels le pansement en question produit comme résultat : l'amélioration; et il arrive quelquefois, ainsi que l'a reconnu M. le professeur Laugier, qu'elle est beaucoup plus prompte.

Relativement à la marche de la maladie, il n'a pas été fait d'expériences comparatives qui permettent de décorer la baudruche d'une influence topique supérieure aux autres pansements. Nous voyons en effet les phlegmons circonscrits, les inflammations localisées, etc. parcourir leurs périodes et arriver à la phase de suppuration, si le travail organique interstitiel qui préside à la formation du pus avait déjà commencé. Les moyens dont dispose l'Art, qu'ils soient médicaux ou chirurgicaux, ne peuvent, en effet, empêcher que d'une façon relative l'évolution des produits morbides qui s'effectue au sein des tissus de l'organisme. Ils aident la nature et l'empêchent de dévier de route, voilà tout. Là où la résolution peut encore s'obtenir, ils la favorisent, là, au contraire, où la collection purulente est fatale, ils en limitent l'étendue et les ravages, visent à la détersion rapide des foyers et aux réparations cicatricielles consécutives.

Comme pansement simple, l'avantage de la baudruche sur ses coadjuvants est facile à démontrer. Les désavantages du cérat sont trop connus pour que je les rappelle. Les bandelettes

de diachylon ne sont pas applicables dans tous les cas. Les linges mouillés avec lesquels on garantit indistinctement toutes les plaies, surtout en Angleterre, réclament une surveillance qu'on ne peut violer sans préjudice pour le malade. Enfin, les compresses, les matelas de charpie concentrent dans l'atmosphère des plaies et des malades les miasmes nuisibles des décompositions organiques. Ils causent un afflux sanguin et un surcroît de calorification locale qui s'opposent le plus souvent aux résultats que l'on veut atteindre, retardent la guérison ou contribuent à la retarder par la complication d'accidents graves.

Avec la baudruche rien de pareil. D'abord les doigts les plus inhabiles peuvent la manier. Il n'y a point de tour de force chirurgical à accomplir et le praticien est innocenté de l'inhabileté dont d'autres appareils ont trop de tendance à faire accuser son insuccès. Le pansement se renouvelle aisément. En humectant d'eau tiède l'enveloppe protectrice, on la retire sans douleur. Si dans quelques points elle est insuffisante, ou ramollie, on réapplique une seconde bandelette au niveau des solutions de continuité de la première.

En cas de brûlure, si le soulagement n'a pas la rapidité qu'on désire, on peut, suivant le sage conseil de M. Blondeau, faire usage d'une seconde couche qui ne tarde pas à produire ce résultat. Cette lamelle est de sa nature excessivement mince et légère, ce qui la dépouille des inconvénients des cataplasmes qui, quelque bien confectionnés qu'ils soient, pèsent toujours d'un certain poids sur les parties qu'ils protégent. Le collodion, qu'on peut disposer avec art sur une surface tégumentaire atteinte d'érysipèle, de lymphangite locale, de brûlure au premier degré, a le désavantage que n'offre pas la baudruche, d'être totalement inapplicable dans une infinité de circonstances.

La transparence de la bandelette de baudruche gommée permet au chirurgien de suivre à ciel ouvert, pour ainsi dire, la marche résolutive, suppurative ou indurative des lésions audessus desquelles on l'applique. Il jouit d'emblée des deux sens de la vue et du toucher sans déranger l'appareil ; du même coup par conséquent il découvre les complications et y remédie. S'il s'est formé un abcès ou une collection purulente, il en pratique l'ouverture directement à travers la partie de l'enveloppe où ils proéminent. Puis le foyer vidé, on le recouvre d'une nouvelle bande gommée.

Il n'est pas jusqu'au malade qui ne profite dans un certain sens de ces bienfaits. Il peut suivre lui-même de visu les progrès décroissants de son affection et cela tonifie son moral. S'il s'agit par exemple d'un phlegmon circonscrit ou diffus d'un membre; au bout de quelques heures d'application il remarque que des rides nombreuses, des sillons et des vides se sont formés au-dessous de l'enveloppe en même temps que la chaleur, la tension et la douleur ont diminué ou disparu. Les couches érysipélateuses pâlissent aussi à vue d'œil, de même que sous ses regards s'effectue rapidement la cicatrisation des parties brûlées.

En somme l'emploi de la baudruche gommée mériterait de devenir plus général. Le praticien qui exerce dans des centres lointains ou pauvres trouverait toutes sortes d'avantages à l'utiliser et pourrait s'en munir d'une assez grande quantité sous un volume très-exigu. Elle dispense des plus modestes pièces de linge dont sont dépourvues les malheureux, elle est d'un bas prix, son mode d'application est des plus simples, et elle se moule indistinctement sur toutes les parties du corps sans complication de bandages, ni sans embarras d'appareils. C'est par tous ces titres qu'elle est recommandable aux chirurgiens.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 28 janvier 1868. — Présidence de M. Ricord.

(CORRESPONDANCE MANUSCRITE).

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Amédée Latour, qui se présente comme candidat pour le titre d'académicien libre;

2° Une lettre de M. Scoutteten (de Metz), qui se présente comme candidat à titre d'associé national ;

3° Une lettre de M. le docteur Brochard, qui se présente comme candidat pour le titre de membre correspondant;

4° Un travail de M. le docteur Vincent Neroni sur l'emploi de la digitaline contre l'avortement et l'accouchement prématuré accidentel.

(Commissaires, MM. Regnault et Devilliers).

5° Une lettre de M. le docteur Gaillot (de Bercy), qui rappelle qu'il a soumis au jugement de l'Académie, dans la séance du 2 octobre 1866, un appareil pour les pieds-bots, semblable à celui qu'ont présenté MM. Mathieu, Robert et Colin, au nom de M. Nélaton;

6° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Veyne (accepté).

M. Béclard met sous les yeux de l'Académie un nouvel instrument construit par MM. Robert et Collin, sur les indications de M. Nélaton, pour l'aspiration des détritus lithiques dans la vessie après la lithotritie. Cet instrument se compose de trois pièces :

1° Une sonde à bec plat en forme de cuiller de brise-pierres, ayant son ouverture A sur la concavité au-dessus du talon. Cette disposition empêche la muqueuse de faire soupape. C sonde avec son mandrin.

2° D'une pompe aspirante et foulante à crémaillère et d'un grand pignon muni d'une clef en T pour imprimer les mouvements.

3° D'un vase intermédiaire en verre B percé aux deux bouts, l'un pour recevoir l'extrémité manuelle de la sonde, l'autre pour recevoir la douille de la pompe garnie d'un tamis en toile métallique pour arrêter les graviers. En imprimant un mouvement au piston, on aspire une colonne de liquide qui entraîne avec elle des détritus lithiques, qui tombent dans la partie la plus déclive du vase, et ne peuvent plus retourner dans la vessie, par une nouvelle injection. Cette manœuvre, répétée un certain nombre de fois, aspire avec un courant d'eau les fragments assez petits pour s'engager dans le tube aspirateur, et l'on évite ainsi les introductions répétées d'instruments souvent nécessaires pour extraire les fragments de pierre chez certains sujets ayant une grosse prostate ou une paralysie de la vessie.

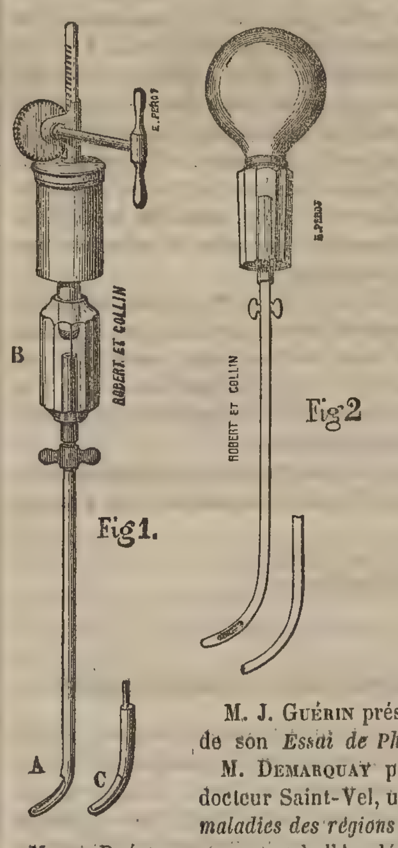


Fig1. Fig2

M. Nélaton a appliqué cet instrument à une personne qui, ayant un très-gros calcul, en a été débarrassée en sept séances.

Aucun gravier n'est sorti par l'urèthre, dans l'intervalle des séances de lithotritie.

M. J. Guérin présente en son nom la 3e édition de son *Essai de Physiologie générale.*

M. Demarquay présente, de la part de M. le docteur Saint-Vel, un ouvrage intitulé : *Traité des maladies des régions intertropicales.*

M. le Président annonce à l'Académie les deux pertes douloureuses qu'elle vient de faire dans les personnes de M. Serres et de M. Benjamin Voisin, correspondant, frère de M. Félix Voisin, membre associé de l'Académie.

M. J. Guérin a la parole pour la lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Serres, au nom de l'Académie.

Voici la partie de ce discours qui a plus particulièrement trait aux travaux et au caractère scientifique de M. Serres :

« ... J'ai hâte d'arriver, Messieurs, à la seconde phase de la carrière e des travaux scientifiques de M. Serres ; mais, auparavant, j'ai besoin de célébrer à mon tour cette conviction, cette ardeur, ce dévouement scientifiques, qui sont les signes certains d'une véritable vocation. Jusque-là, M. Serres, médecin de l'Hôtel-Dieu et de la Pitié, avait été surtout un savant pathologiste et un habile praticien. La profession et le public l'avaient accepté comme tel. Une clientèle aussi nombreuse que choisie avait ouvert les plus brillantes perspectives à notre éminent collègue. Il pouvait, mieux que personne, marcher d'un même pas à la gloire et à la fortune : car il avait reçu de la nature la distinction du corps comme celle de l'esprit. Mais il comprit bientôt que la science est une maîtresse exigeante, jalouse, exclusive; ou plutôt il céda tout naturellement à ses propres entraînements, et il devint exclusivement un savant, et un savant de premier ordre. C'est alors qu'il prit domicile au Muséum d'histoire naturelle, en qualité de professeur d'anthropologie d'abord, puis de professeur d'anatomie comparée, ne conservant de ses fonctions antérieures que celles de directeur de l'École anatomique des hôpitaux, où il avait été d'abord chef des travaux anatomiques.

« Ce renoncement complet aux avantages et aux agréments de la pratique ne coûte rien aux véritables inspirés de la science, surtout quand ils peuvent y trouver indépendance et repos; mais combien il en coûte davantage à ceux qui sont obligés de chercher ailleurs l'indépendance que la science seule ne peut leur offrir !

« Les principales productions anatomiques de M. Serres ont été, vous le savez déjà, son grand ouvrage sur l'anatomie comparée du cerveau et le système nerveux, ses lois de l'ostéogénie, et ses recherches sur l'embryogénie. Rappeler que les deux premiers de ces ouvrages ont été couronnés par l'Institut, ajouter qu'ils l'ont été sur deux rapports faits par le grand Cuvier, c'est être dispensé d'en faire l'éloge. Mais, comme l'a dit Montaigne, les ouvrages sont la mise au dehors de l'homme, et, quand l'homme a de la valeur, le dedans vaut mieux que le dehors. J'ajouterai à cette pensée du grand observateur, que les ouvrages eux-mêmes sont mieux compris, ils acquièrent plus de valeur à mesure que l'on comprend mieux l'esprit qui les a produits. Oui, Messieurs, quelque mérite qu'on eût reconnu à ses ouvrages, M. Serres leur était de beaucoup supérieur : il dominait son œuvre. Il faut l'avoir vu, suivi, observé, pendant près de quarante années, comme je l'ai fait, pour comprendre tout ce qu'il y avait en lui d'originalité, de force, d'élévation et de profondeur. Cette originalité, il l'a montrée dans la découverte et la systématisation des lois de l'ostéogénie ; cette force, il en a fait preuve dans sa théorie générale de l'embryogénie, la théorie *centripède* où il a démontré la dualité primitive de l'embryon et le développement successif des organes par fragmentations indépendantes du centre auquel elles convergent; cette élévation et cette profondeur, il l'a montrée dans ses études sur les monstres, où collaborateur et continuateur des deux Geoffroy, il travaillait pour leur compte et pour le sien tout à la fois, c'est-à-dire pour le compte de la vérité. Les monstres sont des manifestations excentriques des lois de l'organisme, dans lesquelles, suivant l'expression énergique de Gœthe, la nature en délire trahit ses mystères. C'est dans ces révélations que M. Serres cherchait et trouvait la confirmation de ses théories ; et c'est dans ses études patientes, approfondies, qu'il a fait voir, que dis-je, qu'il a laissé soupçonner une partie de ce qu'il était.

« Ce qu'était M. Serres, Messieurs, c'était un observateur philosophe, presque toujours seul avec sa pensée, demandant à son esprit la signification et le complément de ce que ces sens lui avaient fait apercevoir. C'était un génie inductif par excellence, c'est-à-dire de ceux qui sentent et devinent en quelque sorte la vérité presque avant de l'avoir vue, et qui n'en scrutent les détails que quand ils se décident à la montrer aux autres. Mais que de vérités senties, aperçues par ces esprits d'élite, fruits ignorés qui tombent et meurent au pied de l'arbre qui les donne! Tel était M. Serres ; telles ont été ses vues jetées au vent, sur l'anthropologie, dont il a fondé l'enseignement, sur l'anatomie comparée, qu'il n'a pas craint de professer après l'immortel Cuvier. A propos de cet enseignement, personne ici n'ignore comment, après avoir demandé et désigné un suppléant, il s'est vu, sous peine de faire violence à ses sympathies, il s'est vu, dis-je, obligé de reprendre son cours à 80 ans, accablé de fatigue et de douleurs. Nous avons assisté à cet effort suprême du courage et de l'indépendance, et nous osons le déclarer ici : personne ne se fût douté, à la sérénité de ses traits, au calme de sa parole, que sous ces dehors de la science paisible se contenait une vive douleur engendrée par une vive blessure. M. Serres était habitué dès longtemps à se contenir de la sorte. On vous l'a rappelé tout à l'heure en termes si élevés : en 1815, en donnant des soins aux blessés lors de la triste invasion de cette date, il avait reçu une grave blessure; cette blessure se rappelait de temps en temps à son souvenir : elle le surprenait au milieu d'un discours, d'une phrase; un instant de pause, tel était le signal discret de ce réveil inopiné...

..... « M. Serres était arrivé à sa quatre-vingt-deuxième année. Rien ne semblait faire prévoir qu'il dût nous quitter sitôt : il jouissait d'une santé parfaite et il n'avait encore du veillard que les années. Son esprit plein d'ardeur et de goût pour la science ne laissait pas passer un jour sans jeter sur le papier quelque remarque précieuse ; il avait pour règle : *Nulla dies sine littera.* Mais cette riche organisation devait s'arrêter là. Repris il y a quinze jours à peine d'une ancienne affection catarrhale, il s'est aperçu seulement alors que les résistances du corps ne sont pas toujours au niveau de celles de l'esprit. Mais il a bientôt jugé lui-même son état : il a vu sa fin s'approcher avec la résignation du sage et le calme supérieur qu'il avait montré durant toute sa vie. A son heure suprême, cette âme forte, ce grand cœur se sont réveillés pour ne répandre autour de lui que des paroles d'affection et de reconnaissance pour ses amis, et de recommandation bienveillante pour ses serviteurs.

« Ah ! que ne puis-je en terminant vous dire tout ce qu'il a fait pour celui qui vous parle ! comment, durant près de quarante années, il n'a cessé de le traiter en fils adoptif de sa science; comment cette affection scientifique, cimentée et accrue par l'amitié des deux Geoffroy, lui a servi de flambeau dans toute sa carrière; comment, jusqu'au dernier jour, jusqu'à la dernière heure, le vieux pilote s'est préoccupé du frêle navire ballotté par tant d'orages; comment... mais c'en est trop ! et je n'ai que le droit de parler à votre douleur commune, et de saluer avec vous pour la dernière fois l'homme qui a été l'honneur et la gloire de la science. » (Applaudissements répétés).

ÉLECTIONS

L'ordre du jour appelle la nomination d'une commission de sept membres, chargée de dresser la liste des candidats au titre d'académicien libre.

M. le Président donne lecture de la liste proposée par le bureau. Elle se compose de MM. Tardieu, Roger, des sections de médecine; MM. Laugier et Legouest, des sections de chirurgie ; M. Bouton, de la section de pharmacie; et MM. Husson et Littré, académiciens libres.

M. Blot demande pourquoi la commission est composée de sept membres seulement, quand l'Académie est composée de onze sections. Pourquoi toutes les sections n'y sont-elles pas représentées?

M. Guérin trouve que cette manière de procéder porte atteinte à la liberté des membres. Pourquoi ne pas faire comme dans d'autres Académies, où chaque membre est libre de voter pour qui il l'entend, sans que le bureau se croie obligé d'indiquer lui-même des candidats?

M. Dubois (d'Amiens) donne à cet égard des explications desquelles il résulte que le bureau, en agissant ainsi, n'a d'autre but que de prévenir des pertes de temps inutiles et de faciliter les nominations des commissions. Il est évident que les listes qu'il propose n'engagent en rien la liberté des membres.

La discussion s'engage sur ce sujet entre un grand nombre de membres. Les propositions se croisent. Le renvoi au conseil académique et la proposition de composer la commission de onze membres sont successivement mis aux voix sans qu'on puisse savoir s'ils sont acceptés ou refusés.

L'ordre du jour est proposé par un membre. Mis aux voix, il est immédiatement adopté.

L'Académie procède aussitôt au scrutin dont le dépouillement est confié à deux membres.

En voici le résultat :

Sont délégués, d'après le nombre de voix obtenues, pour faire partie de cette commission : MM. Tardieu, Roger, Husson, Laugier, Littré, Legouest et Boutron.

L'Académie procède ensuite au scrutin pour la nomination d'un membre correspondant étranger.

La commission a proposé et l'Académie a adopté la liste suivante :

En première ligne, M. Brown-Séquard (à New-York) ;

En deuxième ligne, M. William Turner (à Londres);

En troisième ligne, M. Tigri (à Sienne).

Sur 49 votants, majorité, 25.

M. Brown-Séquard obtient....... 45 voix.
M. Turner — ...... 2 —
M. Tigri — ...... 1 —

M. Brown-Séquard ayant obtenu la majorité des suffrages, M. le Président le proclame correspondant de l'Académie.

— M. Robinet demande la parole pour dire quelques mots au sujet de la constatation des naissance à domicile. « Si dans la dernière séance, dit-il, je n'ai pas répondu immédiatement aux paroles de M. Blot, c'est qu'il me fallait des chiffres qui m'étaient indispensables pour prouver à l'Académie ce que j'ai avancé. Or, aujourd'hui que je les ai, ces chiffres, je demande quelques minutes d'attention pour entretenir l'Académie des moyens à employer pour la constatation des naissances.

Il y a bien un moyen sur lequel nous sommes tous d'accord et que moi le premier je voudrais voir employer ; c'est de faire constater les naissances à domicile par les hommes de l'art, par les médecins chargés de la constatation des décès. Mais il y a un obstacle très-sérieux qu'il ne faut pas se dissimuler ; et c'est pour faire ressortir cet obstacle que j'avais besoin de chiffres. D'après des renseignements pris à bonne source, voici ce que j'ai obtenu. En 1866, ont été constatées 54,000 naissances dont 7,000 dans les hôpitaux. Or, vous savez tous, messieurs, que la constatation des naissances dans les hôpitaux se fait très-simplement et qu'on ne présente même pas l'enfant. C'est l'interne qui est chargé de la constatation ; de plus, en déduisant, avec le chiffre des naissances dans les hôpitaux celui des naissances

qui n'auraient pas absolument besoin d'être constatées à domicile, on peut réduire à 40,000 en moyenne le chiffre des naissances à constater à domicile. Or, disons-nous, ce que vous demandez, et ce que je voudrais qu'on pût obtenir, c'est de faire constater ces naissances par les médecins vérificateurs des décès dont les honoraires, grâce à l'intervention d'un de nos honorables confrères, ont été portés dernièrement à 3 francs par visite. Il faudrait donc leur donner aussi 3 francs pour les naissances, ce qui constituerait pour la ville une dépense de 120,000 francs par an. C'est bien peu de chose, direz-vous. Il est vrai, aussi la ville ne fait aucune résistance pour la dépense, et s'il n'y avait que cette difficulté, elle serait facilement levée. Mais malheureusement il y en a d'autres qui résident dans l'interprétation même de la loi. Aux yeux de la loi, en effet, ce qui se fait à Bordeaux, à Versailles, n'est pas rigoureusement légal. C'est donc dans la loi même que se trouvent les difficultés et non dans le danger que ce que vous demandez susciterait à la ville. Car, comme je vous l'ai dit, et c'est ce que je voulais vous faire savoir, au point de vue purement pratique, la ville n'oppose aucune résistance.

M. Blot demande la parole pour répondre à M. Robinet. Il regrette de voir M. Robinet s'attacher autant à trouver des obstacles pour la constatation des naissances à domicile. L'objection de la dépense qu'il a soulevée aujourd'hui tombe d'elle-même; car il n'est pas absolument nécessaire que ce soient les hommes de l'art qui se rendent à domicile constater les naissances. Dans l'état actuel des choses, les maires se font représenter par des employés subalternes. Or, pourquoi ces subalternes ne se rendraient-ils pas à domicile? Rien, en effet, n'est plus facile que de faire faire à domicile ce que ces délégués font à la mairie. Et puis d'ailleurs, nous ne demandons pas que la constatation à domicile soit obligatoire, mais bien facultative. Celui qui ne voudra pas faire venir quelqu'un ira lui-même à la mairie.

En résumé, nous demandons : 1° que la constatation à domicile soit facultative; 2° que le délégué qui est envoyé par le maire à la mairie le soit à domicile. Ce que nous demandons est si simple, surtout pour Paris, que je m'étonne de voir soulever de telles objections au sein même de l'Académie.

M. Depaul prend aussi la parole pour répondre à M. Robinet. Mais il se place à un autre point de vue que M. Blot, qui, à son avis, s'est trompé sur le compte de M. Robinet. M. Robinet, en effet, n'a pas soulevé d'obstacles; au contraire, il a proposé un moyen, mais un moyen qui, selon M. Depaul n'est pas bon. « Je veux prouver à M. Robinet, ajoute M. Depaul, qu'on peut faire la constatation des naissances à domicile plus économiquement qu'il ne pense. Il y a à Paris, tout le monde le sait, des médecins qu'on appelle les médecins des morts. Pourquoi ne pas les appeler les médecins de l'état civil, et ne pas les charger de la constatation des naissances en même temps que de celle des décès? Rien ne serait plus simple, et il n'est pas besoin de doubler pour cela leurs appointements : qu'on les augmente seulement, cela suffirait. Dans une ville où on manie des millions, il y a de l'inhumanité à faire de pareilles économies. Je maintiens que cela devrait être changé depuis longtemps. »

M. Devergie déclare qu'il est de l'avis de M. Depaul, et que la constatation des naissances à domicile devrait être faite par un homme de l'art. Car la reconnaissance seule du sexe exige quelquefois un homme de l'art, et ce n'est pas à des employés subalternes que l'on doit confier la constatation des naissances. Or, l'objection de la dépense doit disparaître devant une pareille question.

M. Larrey propose de passer à l'ordre du jour, en se fondant sur ce que la question a été déférée par l'Académie au ministre, qui s'occupe de lui donner une solution.

L'ordre du jour est mis aux voix et adopté.

La séance est levée à près de cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques de M. Serres ont eu lieu samedi dernier, à onze heures, à l'église Saint-Médard, avec une grande pompe et au milieu d'une assistance considérable de savants et d'amis. L'Académie des Sciences y était représentée par son bureau tout entier et par un grand nombre de membres. Le personnel du Muséum était au grand complet. L'Académie de médecine y avait envoyé une députation, son président en tête. La Faculté de médecine y était représentée par son doyen et une députation d'agrégés. Les cordons du poële étaient tenus par M. Laugier, président de l'Académie des Sciences, M. Élie de Beaumont, secrétaire perpétuel, M. Chevreul, directeur du Muséum, et M. Ricord, président de l'Académie de médecine.

Des discours ont été prononcés sur la tombe par M. Nélaton, pour M. Andral, empêché, et au nom de l'Académie des Sciences; par M. Chevreul, au nom des professeurs du Muséum, et par M. J. Guérin, au nom de l'Académie de médecine.

Nous apprenons que M. Serres a laissé deux legs considérables, l'un de 60,000 francs à l'Académie des Sciences, et le second de 75,000 fr. au Muséum.

— Le banquet des internes en médecine et chirurgie des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi gras, 22 février, à six heures, dans les salons du *Grand-Véfour* (Palais-Royal).

Le prix de la souscription est fixé à 15 francs.

On est prié de remettre sa cotisation, avant le 20 février, à l'interne économe de la salle de garde, dans chaque hôpital, ou à l'un des membres de la commission permanente :

MM. Denonvilliers, président; Tillot (Émile), secrétaire; Béhier, Guersant, Hardy, Bouchut, Piogey, Martineau, Horteloup (fils), Damaschino, Dieulafoy, Blache (fils).

— Une place de membre titulaire est vacante dans la Société de médecine de Paris.

MM. les médecins qui désireraient se porter candidats à cette place sont priés d'adresser leur demande à M. le docteur Blachez, secrétaire général, 21, rue Bonaparte.

— Quelques fautes de typographie se sont glissées dans le dernier feuilleton de la *Gazette;* il est bon de les rectifier de la manière suivante :

Merkel, et non Meckel; — présenter, et non persécuter; — l'appeau, et non l'appel; du laryngoscope, et non de ce larynsoscope.

Enfin la signature est Paul Fabre, et non Faliu.

Nous saisissons cette occasion de renouveler à nos correspondants la prière d'écrire un peu plus lisiblement, surtout les noms propres.

Le Directeur, Dr E. le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 31 janvier 1868.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes. — La phthisie dans les hôpitaux de Paris.

Il est difficile de se soustraire à la pression pénible qu'exerce sur l'esprit l'idée des ravages effrayants que fait tous les jours la phthisie pulmonaire au sein de nos populations. Lorsque, il y a trois mois environ, déroulant ici sous les yeux de nos lecteurs le triste tableau nécrologique annuel des hôpitaux de Paris, nous avons mis en saillie la part énorme qui revient à la phthisie dans le chiffre total de la mortalité, nous n'avons pu nous défendre d'un sentiment de découragement en présence de notre impuissance contre un mal si profond et si général. Ce que la thérapeutique n'a pu combattre jusqu'ici d'une manière efficace, l'hygiène pourra-t-elle du moins un jour le prévenir, ou tout au moins l'atténuer? C'est l'espérance de quelques-uns, et c'est dans cette vague espérance que nous avons accueilli avec tant d'intérêt les recherches récentes sur la nature, l'étiologie et la pathogénie de la tuberculose, qui sont en ce moment l'objet des importants débats de l'Académie de médecine. Aussi, au risque de redites, n'hésitons-nous pas, toutes les fois que l'occasion s'en présente, à montrer le mal dans toute sa profondeur et dans toute son étendue, dans l'espoir que de son excès même et des préoccupations incessantes dont il ne peut manquer d'être l'objet de la part de chacun, surgiront enfin un jour les moyens de le réduire.

En rendant compte, dans l'un des précédents numéros, de la séance de la Société médicale des hôpitaux, dans laquelle a été lu le rapport sur les maladies régnantes du mois de novembre et de décembre dernier, nous avons fait remarquer que le rapporteur avait surtout insisté sur les ravages croissants d'année en année de la phthisie dans les hôpitaux de Paris. Nous croyons utile de revenir aujourd'hui sur ce simple énoncé, et d'en justifier la triste exactitude par l'exposé des chiffres que M. Besnier a mis sous les yeux de ses collègues. On verra aussi par les réflexions que ces chiffres lui ont inspirées, combien cette préoccupation tend à devenir générale.

Nous laissons parler le rapporteur de la commission des maladies régnantes :

Au premier rang des affections des voies respiratoires, dit M. Besnier, se place, comme toujours, la *phthisie pulmonaire*, dont l'étude reprise par sa base est aujourd'hui si ardemment poursuivie au point de vue théorique et expérimental, mais qui n'en continuera pas moins pendant longtemps encore à frapper cruellement la population de nos hôpitaux. Sur 20 décès enregistrés par M. Moissenet, dans son service de l'Hôtel-Dieu pour le mois de novembre, il y a 15 phthisiques, et, sur un mouvement de 903 tuberculeux noté pour l'ensemble des hôpitaux pendant les mois de novembre et de décembre 1867, on compte 477 décès, 52,82 p. 100! Et cette mortalité est telle que le chiffre des décès par phthisie pulmonaire dépasse à lui seul le total des décès causés par toutes les autres maladies réunies. Il ne faudrait pas croire, en outre, que ce soit là un résultat accidentel, une série exceptionnellement malheureuse, ou l'effet de la rigueur de la saison actuelle. Non, cette mortalité épouvantable est la règle, et c'est une coupe en quelque sorte mathématiquement réglée que la tuberculisation pulmonaire pratique sans relâche, comme on peut le voir par les chiffres suivants des six derniers mois de l'année 1867.

1867.	Phthisiques sortis de l'hôpital.	Phthisiques décédés à l'hôpital.
Juin	313	192
Juillet	275	217
Août	235	218
Septembre	193	250
Octobre	200	241
Novembre	201	222
Décembre	225	255

Pendant l'année précédente, 1866, sur un total de 4,740 phthisiques traités dans l'ensemble des hôpitaux de Paris, il y a eu 2,440 décès, plus de la moitié encore (51,47 p. 100); tandis que l'épidémie cholérique de la même année, sur un mouvement de 4,970 cholériques admis dans les hôpitaux, n'avait encore que 1,679 décès (33,78 p. 100). Loin de diminuer à mesure que les années apportent dans l'hygiène et dans la thérapeutique les plus incontestables progrès, cette mortalité de la phthisie pulmonaire, dont on détourne à tort les yeux au lieu de l'envisager de face, semble s'accroître d'année en année, si l'on en juge du moins par les documents déjà publiés dans la *Statistique médicale des hôpitaux de Paris*.

A Paris, ajoute M. le rapporteur, la mortalité moyenne étant de 50,000 décès par an, on peut calculer environ 8,000 décès par phthisie pulmonaire, c'est-à-dire un sixième de la mortalité totale.

Alors qu'on est ainsi parvenu à se rendre numériquement compte des ravages exercés par une maladie que les procédés cliniques les plus parfaits permettent de reconnaître à ses premiers débuts, et que l'on peut même souvent pressentir avant qu'aucune localisation existe encore, il me paraît impossible d'envisager la mortalité qu'elle entraîne avec indifférence, et de la considérer comme un fait à jamais immuable. S'il était vrai surtout, comme je suis porté à le penser, sans pouvoir encore cependant l'affirmer d'une manière absolue, que la fréquence et la léthalité de la phthisie pulmonaire suivissent en ce moment même une marche progressivement croissante, la résignation générale en présence d'un pareil fléau ne saurait être trop énergiquement blâmée, et l'on ne saurait, d'autre part, trop hautement honorer et trop vivement encourager les efforts de ceux qui reprennent en sous-œuvre l'étude de cette lugubre question. Pour notre compte, nous nous associons pleinement aux vœux exprimés dans *la Gazette hebdomadaire* par un éminent hygiéniste, M. Fonssagrives, qui s'exprime ainsi à propos de la prophylaxie de la phthisie pulmonaire : « Ne serait-il pas temps de fonder une commission de phthisiologie qui se proposerait pour but de réunir, de coordonner, de soumettre à une analyse critique les documents considérables qui se rattachent à la phthisie pulmonaire, de formuler des questions, de les discuter, et de mettre au concours celles qui offrent le plus d'intérêt pratique? (1) »

Tumeurs à myéloplaxes (tumeurs bénignes des os) résultats des opérations pratiquées il y a huit, neuf, dix et onze ans.

Il nous est souvent arrivé, lorsque nous publions les résultats immédiats d'opérations ou de traitements d'une certaine importance, d'avoir à regretter de n'en pouvoir toujours faire connaître les résultats définitifs. Malgré les appels réitérés que nous avons faits à ce sujet aux chefs de services des hôpitaux et à ceux de nos confrères qui nous communiquent les faits intéressants de leur pratique, il arrive trop souvent, soit que les malades aient été perdus de vue peu de temps après la cessation de tout traitement, ou par tout autre motif, que nous restons dans une complète ignorance sur les résultats éloignés et l'issue définitive de ces opérations ou de ces traitements. Voici un bon exemple que nous donne sur ce point un de nos distingués et honorables confrères, M. le docteur Eugène Nélaton.

Quelques-uns de nos lecteurs peuvent se rappeler qu'il y a plus de sept ans, en septembre 1860, nous signalions à leur attention un excellent travail de M. le docteur Eugène Nélaton sur les tumeurs bénignes des os, désignées sous le nom de tumeurs à myéloplaxes ; travail dans lequel notre confrère prenait l'engagement de faire connaître aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, après un certain laps de temps, les résultats des opérations rapportées dans son travail. En effet, moins de trois ans après, en janvier 1863, M. E. Nélaton nous communiquait la liste des opérés qu'il avait pu revoir, et il avait la satisfaction de pouvoir affirmer qu'il n'y avait eu jusque-là, à sa connaissance, aucun cas de récidive parmi les opérés qui ont figuré dans ce mémoire. Cette assertion était, en effet, justifiée par les détails circonstanciés qu'il nous mettait à même de faire connaître sur la situation actuelle de ces opérés. (Voir le n° du 17 janvier 1863). M. E. Nélaton, dans cette communication, nous ajournait de nouveau à cinq ans de date, pour nous fournir encore des renseignements analogues sur ces mêmes opérés. Il vient de tenir cette deuxième promesse aussi fidèlement qu'il avait tenu la première. Il nous a adressé, de Cellette, à la date du 20 décembre dernier, un état de la situation actuelle des mêmes opérés, que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs. (Nous engageons nos lecteurs à remonter aux numéros du 17 janvier 1863 et du 29 septembre 1860 pour retrouver les premiers renseignements sur les faits dont il s'agit.)

« Sur les onze opérés dont je vous fis connaître, en 1863, l'état satisfaisant, il y en a trois qui ont été, depuis cette époque, complétement perdus de vue; ce sont les sujets des observations XVI, XXXVI, et XLIV.

Quant aux huit autres, ils ont été retrouvés en bon état de santé, et le résultat de l'opération qu'ils avaient subie ne laissait rien à désirer.

Voici, du reste, le relevé de ces opérations :

Obs. I. — Tumeurs à myéloplaxes multiples dans le maxillaire supérieur gauche (variété type). Pierre Bouss. . . . .

. . . .

On a eu de ses nouvelles en décembre dernier (1867) ; il se portait très-bien. L'opération date de onze ans.

Obs. VI. — Double tumeur à myéloplaxes de la mâchoire supérieure (variété type). Zénobie H..., opérée le 27 *mai* 1857 (par erreur on a mis 27 *juin* dans la *Gazette* du 17 janvier 1863). . . . . . .

. . . .

Elle a été revue bien portante en novembre 1866. L'opération datait alors de près de dix ans.

Obs. VII. — Epulis à myéloplaxes du bord alvéolaire supérieur gauche. — Magloire M... . . . .

. . . .

Il était en parfaite santé en novembre 1866. L'opération datait alors de huit ans.

Obs. VIII. — Epulis à myéloplaxes du bord alvéolaire supérieur droit. — Victorine F... . . . .

. . . .

En novembre 1866, le résultat de l'opération était toujours satisfaisant. L'ablation de la tumeur remontait alors à près de neuf ans.

Obs. XVII. — Tumeur à myéloplaxes intra-osseuse du maxillaire inférieur. — Pierre B... . . . .

. . . .

On a eu de ses nouvelles en mars et en décembre dernier (1867). Il ne s'est jamais ressenti des suites de son opération, qui date maintenant de dix ans.

Obs. XXIX. — Epulis à myéloplaxes de la mâchoire inférieure (variété fibroïde). — Mademoiselle Beil... . . . .

. . . .

Elle était bien portante en décembre dernier (1867), sauf de temps en temps quelques douleurs névralgiques dans la tête, se manifestant, disait-elle, tantôt du côté opéré, tantôt du côté opposé. L'opération date de huit ans et demi.

Obs. XXX. — Tumeur à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du fémur droit (variété type). — Joséphine B... . . . .

. . . .

En décembre dernier (1867), elle allait très-bien et marchait facilement. L'amputation de sa cuisse date de dix ans et demi.

Obs. XXXV. — Tumeur myéloplaxique pulsatile de la tête du tibia gauche (variété graisseuse). — Geneviève Kl... . . . .

. . . .

Elle se portait très-bien en novembre 1866, et marchait avec facilité. L'amputation remontait à près de huit ans. »

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 28 décembre 1867. — Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Opération de la taille. — M. DEMARQUAY. La Société de chirurgie s'occupe en ce moment de l'opération de la taille; je ne voudrais pas laisser passer cette occasion de revendiquer la priorité de certaines recherches qui me sont personnelles.

Il y a une vingtaine d'années, lorsque j'étais prosecteur, j'ai beaucoup étudié les rapports entre le rectum et le bulbe de l'urèthre, et les conclusions que j'avais tirées à cette époque sont absolument différentes de celles de M. Borelli. J'ai toujours pensé que dans les opérations de taille telles qu'on les pratiquait autrefois, il était fort difficile d'éviter la blessure du bulbe. Cette lésion est grave pour les raisons déjà énoncées ici, et j'en indiquerai une autre. L'une des artères du bulbe est quelquefois très-volumineuse, et si on la coupe, l'hémorrhagie est redoutable. Dans un cas semblable la ligature est chose difficile, je pense même qu'on serait fort embarrassé d'arrêter le sang si l'on avait employé le procédé de taille que recommande M. Borelli.

Les rapports entre le bulbe de l'urèthre et le rectum varient suivant diverses circonstances : si le bulbe présente un prolongement volumineux, ou bien encore si l'ampoule rectale es

(1) La Société médicale des hôpitaux, dans sa séance du 24 janvier, prenant en considération cette proposition, a nommé une commission de phthisiologie chargée de centraliser tous les documents qui seront adressés à la Société.

fort développée, les deux organes se rapprochent forcément l'un de l'autre, quel que soit d'ailleurs celui qui se rapproche de l'autre. Lorsque la symphise pubienne est très-élevée, l'urèthre présente une courbure plus considérable et le bulbe se rapproche du rectum. Pour toutes les raisons que je viens d'indiquer ici, j'avais conclu de mes recherches qu'il fallait, pour éviter le bulbe, isoler le rectum par une dissection. J'avais déjà parlé de cette circonstance dans un rapport fait ici à l'occasion d'une opération de M. Le Roy d'Etiolles; j'avais fait dessiner le résultat de mes dissections, et les figures se retrouvent dans l'ouvrage de M. Phillips. Pour me résumer, je dirai que j'avais imaginé la taille prérectale, opération qui est actuellement très-employée. Les élèves de M. Nélaton ont cru devoir rapporter à leur maître l'honneur de l'invention.

M. Larrey. Je crois qu'il n'est pas sans intérêt de citer des faits dans lesquels on a avantageusement combiné la taille et la lithotritie. En 1839, Bégin fit la taille bi-latérale pour un calcul volumineux.

L'extraction ne put se faire et le lendemain seulement, grâce au percuteur d'Horteloup, le calcul fut fragmenté, extrait et le malade guérit. Cette observation est relatée dans les *Mémoires de médecine militaire pour* 1840 (t. XLIX, 1re série).

ÉLECTION.

M. de Graefe, de Berlin, est élu membre associé de l'étranger par 19 voix sur 22 votants, en remplacement de sir William Lawrence.

COMMUNICATION.

M. Ollier, de Lyon, fait la communication suivante :

Des pointes métalliques et de leur application dans le cas de pseudarthroses.

J'ai appliqué depuis trois ans, dans sept circonstances, la pointe métallique de Malgaigne, ou un autre appareil du même genre, au traitement des fractures. J'ai pu vérifier ainsi la complète innocuité de cette méthode, contre laquelle j'avais eu, je dois l'avouer, une certaine répugnance au début de ma pratique chirurgicale. Je pensais qu'avec les moyens ordinaires on pouvait remédier, par des combinaisons variées, à toutes les espèces de déplacement dans les fractures du tibia; mais ayant rencontré quelques cas dans lesquels, après beaucoup de peine, je n'avais pu obtenir un résultat parfait, je me décidai à recourir à la pointe métallique, et je l'appliquai même à une fracture de cuisse pour rapprocher et maintenir en contact les fragments qui, après trois mois, n'avaient aucune tendance à se souder l'un à l'autre.

Indépendamment de l'appareil de Malgaigne, je me suis servi d'un nouvel appareil, basé sur la même idée fondamentale, mais en différant en ce que la pointe mobile, dans tous les sens, peut être portée dans toutes les directions et est applicable, par cela même, à tous les genres de fractures. Il est essentiellement composé de deux tiges verticales réunies par une tige horizontale, le long de laquelle court la pointe qui peut être inclinée dans toutes les directions. Les tiges verticales elles-mêmes, qui sont solidement fixées par de fortes griffes à une gouttière quelconque, peuvent être plus ou moins inclinées par rapport à l'axe de la gouttière.

Je considère la pointe comme le meilleur moyen de pression toutes les fois qu'il faut presser fortement sur un fragment. Tous les appareils qui agissent sur une surface, même limitée, doivent être rejetés; car, ou la pression est faible, ou elle est forte. Si elle est faible, elle est inutile; si elle est forte, elle occasionne au bout de quelques heures de vives douleurs et amène une mortification de la peau. La pointe, traversant la peau, n'agit que sur l'os; elle n'amène pas de mortification, ne produit que peu de douleurs et n'expose pas aux accidents inflammatoires qu'on pourrait craindre *à priori*. Je n'ai, je le répète, jamais eu d'accidents, bien que tous mes cas aient été observés à l'hôpital, ni érysipèles ni phlegmons.

Relativement aux fractures obliques du tibia, je n'ai rien de spécial à exposer. Je ne ferai que répéter ce qu'a dit autrefois Malgaigne; mais je désire ajouter quelques mots sur l'application de la pointe métallique dans certaines pseudarthroses et sur une région où elle n'a pas, que je sache, été tentée jusqu'ici, sur le corps du fémur lui-même.

J'avais affaire récemment à une fracture de la partie moyenne du fémur qui, après trois mois de traitement, ne présentait pas de traces de consolidation. Les deux fragments étaient complétement mobiles l'un sur l'autre et ne pouvaient être rapprochés que par une forte pression sur le fragment supérieur, qui faisait une saillie en dehors. On aurait pu croire même que ce fragment avait perforé le vaste externe pour faire saillie à travers ce muscle, sous la peau; mais un examen attentif me fit admettre que le muscle avait été seulement dilacéré et étalé sur l'extrémité saillante du fragment. J'appliquai d'abord un très-solide bandage amidonné, avec deux couches de fort carton, puis une fenêtre ayant été pratiquée au niveau de la fracture, j'enfonçai la pointe contre l'os; en pressant contre le fragment supérieur, je fixai solidement ce fragment contre l'inférieur.

La pointe resta un mois en place; il n'y eut pas d'inflammation appréciable; et au bout d'un mois, quand j'enlevai l'appareil, j'eus la satisfaction de voir que les fragments étaient unis l'un à l'autre. Je n'ai pas encore enlevé le bandage amidonné, afin de laisser se compléter la consolidation; mais tout me fait espérer un succès définitif.

Une indication analogue se trouvera dans d'autres pseudarthroses. Les bandages inamovibles seuls immobilisent le membre, mais ne rapprochent pas les fragments. Or, la pointe métallique presse les fragments l'un contre l'autre et les immobilise parfaitement; elle augmente en outre, par sa présence, l'irritation formative dans les tissus du col. Elle me paraît, en un mot, pouvoir être appliquée au moins comme première tentative, dans les cas où la consolidation est retardée, et où une véritable pseudarthrose menace de s'établir.

M. Lefort. Je viens confirmer ce qu'a dit M. Ollier relativement à l'innocuité des pointes métalliques. J'ai vu Malgaigne employer cette ressource précieuse et je dois dire que la suppuration provoquée par la pointe est une chose exceptionnelle. Quelle que soit l'acuité de la pointe, elle ne pénètre pas dans le tissu osseux, et son action se réduit à appuyer sur le fragment mobile. Malgaigne avait perfectionné son appareil de manière à permettre l'application de la pointe dans toutes les directions nécessaires.

M. Chassaignac. La communication de M. Ollier démontre que la pointe métallique est une ressource qui peut être utilisée en chirurgie. Lorsque Malgaigne imagina la pointe, les chirurgiens n'accueillirent point sans réserve ce procédé de contention des fractures, cependant c'était en vertu d'une prévention doctrinale que nous repoussions l'usage de la pointe; en effet, si pour réduire un déplacement on veut lutter directement avec le fragment, la pointe a sa raison d'être, mais je crois que c'est indirectement et par la position qu'on obtient la réduction graduelle des déplacements les plus compliqués.

Je ne dirai rien des résultats que m'a fournis personnellement la résection tibio-tarsienne, je rappellerai seulement que les faits consignés dans l'ouvrage d'A. Cooper étaient bien de nature à encourager les chirurgiens.

Quant à l'isolement du périoste conseillé par M. Ollier, j'ai peine à croire que cette tentative soit facile à exécuter au niveau des extrémités articulaires. C'est avec plaisir que j'ai entendu la condamnation de l'usage des gouttières; ce moyen autrefois si bon doit disparaître devant les avantages incontestables offerts par les appareils inamovibles.

M. Perrin. J'ai entendu avec satisfaction la relation des deux succès obtenus par M. Ollier; c'est un problème très-difficile que celui de la conservation des membres dans les cas de fractures comminutives de la jambe. Les insuccès semblent être la règle lorsque l'on tend à conserver le membre. Nous sommes tous du même avis sur l'excellence des appareils inamovibles. Cependant il y a encore une question d'opportunité, et les gouttières sont encore préférables lorsqu'il s'agit de transporter les blessés au loin. J'appuie ce qu'a dit M. Chassaignac sur la difficulté d'isoler le périoste; du reste, l'importance de la conservation du périoste est un point qui doit être réservé.

M. Larrey. La pratique des chirurgiens militaires peut servir à élucider la question de l'utilité des bandages inamovibles à la suite des résections. Mon père avait adopté cette pratique; les anciens chirurgiens prussiens, de Graefe le père, Dieffenbach ont conseillé les bandages plâtrés dans les résections de la partie intérieure de la jambe; enfin je rappellerai que M. Jules Périer a préconisé ce qu'il appelle la gouttière plâtrée.

M. Broca. J'ai l'intention de présenter ici une malade à laquelle j'ai pratiqué avec succès une résection tibio-tarsienne.

M. Ollier, répondant aux diverses objections qui lui ont été présentées, pense que les modifications qu'il a fait subir à la pointe de Malgaigne sont utiles et que, contrairement à l'opinion de M. Chassaignac, il est des déplacements que la position ne suffit point à réduire. Si j'avais voulu traiter la question historique des résections tibio-tarsiennes, j'aurais eu à citer bien des noms. Cette opération est abandonnée dans la plupart des hôpitaux de Paris; mon intention est de la réhabiliter et d'indiquer les moyens de la faire réussir. Ces moyens sont l'application immédiate du bandage inamovible, la conservation du périoste, circonstances qui diminuent l'innocuité de l'opération en même temps qu'elles facilitent la formation d'un tissu fibreux très-fort permettant la mobilité du pied sur la jambe. L'isolement du périoste est une chose simple; au lieu d'avoir un membre inutile, on conserve, en agissant ainsi, un membre qui peut rendre des services.

A cinq heures la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire, Dolbeau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 11 avril 1867. — Présidence de M. Barthez.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

LECTURE.

M. Meuriot lit à l'appui de sa candidature une observation intitulée : *Blennorrhagie, — Accidents articulaires, — Accidents cérébraux, — Endocardite, — Eruption cutanée, — Mort.*

Une commission composée de MM. Duguet, Cornil et Verliac, rapporteur, est nommée pour examiner les titres du candidat.

Le Secrétaire, V. Cornil.

Séance du 26 avril 1867. — Présidence de M. Barthez.

RAPPORTS.

M. Verliac lit un rapport sur l'observation de M. Meuriot, intitulée : *Blennorrhagie, — Accidents articulaires, — Accidents cérébraux, — Endocardite, — Eruption cutanée, — Mort.*

M. Cornil, secrétaire annuel, lit un rapport général sur les travaux de la société pendant l'année 1866-1867.

Compte rendu des travaux de la Société médicale d'observation pendant l'année 1866-67.

Messieurs,

La séance générale qui nous réunit tous aujourd'hui rappelle trop les vides que la mort a faits cette année au milieu de nous pour que mes premières paroles ne soient pas un juste tribut au souvenir de ceux qui ne sont plus. Vous avez nommé, messieurs, nos savants et regrettés collègues Menjaud et Fritz, tristes exemples tous les deux des déceptions et des écueils où peuvent échouer, au début de notre carrière, les plus brillantes qualités de l'intelligence fortifiées par un labeur constant; tous les deux ardents au travail et à la lutte, mais mesurant moins leurs efforts à leurs forces réelles qu'à leur courage et à leur juste ambition.

L'un n'a fait que passer parmi nous; l'autre, pendant nombre d'années, a éclairé nos réunions par son érudition patiemment acquise, par la lucidité et les qualités éminemment critiques de son esprit : sa mort, comme sa vie, a été un sacrifice à notre profession. Pour nous, messieurs, qui avons pu connaître Fritz assez pour l'apprécier pleinement et comme savant et comme ami, si sa place est vide ici à son siége accoutumé, elle est à jamais marquée dans notre mémoire.

Les cadres de la Société sont aujourd'hui au complet, et le nombre des membres titulaires est de trente.

Après la démission de M. Béhier, vous avez choisi comme président M. le docteur Barthez, que nous devons ici remercier pour le zèle qu'il a montré à assister à nos réunions, pour l'intérêt qu'il a pris à la constitution et à l'avenir de la Société.

Trois membres titulaires, MM. Besnier, Descroizilles et Pierreson ont échangé leur titre contre celui de membre honoraire. Les places vacantes ont été obtenues par M. Frarier, aujourd'hui membre correspondant, par MM. Fontan, Causit, Sanné et Gouraud, que leurs travaux ont désignés à vos suffrages.

Comme vous le faisait très-bien remarquer l'année dernière M. Topinard, la mission de votre secrétaire, dans le compte rendu qu'il doit vous faire de vos travaux, est bien simplifiée depuis qu'observations, rapports et discussions sont publiés dans *la Gazette des Hôpitaux*. Le compte rendu pourrait presque être remplacé par une table analytique bien faite du volume que nous publions chaque année, tandis qu'autrefois il était le seul écho d'un grand nombre des observations et de toutes les discussions : cependant, le compte rendu du secrétaire annuel est nécessaire pour vous présenter les résultats généraux, pour mettre plus en évidence les observations et les discussions importantes. C'est là notre inventaire de fin d'année.

Eh bien, nous devons l'avouer avec peine, la somme des travaux publiés ou à publier est loin d'approcher du chiffre atteint par ceux de l'année précédente, et c'est là un grave enseignement. En 1865-66, il a été lu cinquante-cinq observations et cinq mémoires, dont vingt-huit ont été publiés; cette année, nous n'avons à imprimer dans notre volume que dix-huit observations et deux mémoires, et encore le comité de publication n'a-t-il presque rien éliminé. Une pareille disette, disette relative, messieurs, car ce serait l'abondance si on la comparait à certaines années, s'explique naturellement par l'incertitude où nous avons été l'année dernière sur l'avenir de la Société, incertitude qui, ici comme partout ailleurs, paralysait toute production.

Maintenant, messieurs, je dois vous exposer l'analyse aussi succincte que possible des communications qui vous ont été faites dans le cours de cette année, en réclamant votre indulgence, s'il est impossible, avec des observations n'ayant les unes avec les autres aucun lien, de constituer un tout homogène.

Les observations relatives à la médecine forment comme toujours au sein de notre Société essentiellement composée de médecins, l'immense majorité de nos lectures.

Les *maladies générales fébriles* ont été l'objet de deux communications seulement : l'une de M. Gouraud avait trait à une fièvre typhoïde terminée par la guérison malgré une hémorrhagie intestinale survenue le vingt-troisième jour, complication qu'il faudrait néanmoins bien se garder de considérer comme bénigne, quoi qu'en ait dit M. le professeur Trousseau. A ce propos vous avez pris part à une discussion sur la contagion de la fièvre typhoïde, question tout à fait insoluble avec les matériaux dont vous disposiez, et que vous avez eu la sagesse d'abandonner.

Une autre observation lue par notre collègue M. Causit, portait sur une complication survenue à la suite de la rougeole, sur une gangrène de l'oreille et des régions avoisinantes, avec carie du rocher. Il y avait en même temps dans ce cas une oblitération des carotides par un caillot ramifié, mais vous avez récusé cette oblitération comme cause productrice de la gangrène qui vous a paru mieux expliquée et par l'état général consécutif à la rougeole, et par les mauvaises conditions hygiéniques au milieu desquelles vivait la petite malade de M. Causit.

Les maladies de l'appareil digestif ont servi de sujet à deux observations : M. Verliac vous a lu la relation d'un cas de stomatite aphtheuse compliquée de fausses membranes probablement diphthéritiques. L'examen microscopique n'en a pas été fait, mais leur apparence, leur dureté, l'hypertrophie des ganglions cervicaux témoignaient en faveur de leur nature diphthéritique.

Je vous ai communiqué moi-même l'observation d'un ma-

lade atteint de rétrécissement de l'œsophage causé par un cancroïde identique comme nature avec les cancroïdes cutanés. Les tumeurs à cellules pavimenteuses et à globes épidermiques sont en effet les plus communes parmi celles qui déterminent les rétrécissements organiques de l'œsophage. J'ai insisté, dans l'anatomie de cette production, sur la participation des glandes acineuses de la muqueuse œsophagienne.

Deux observations ayant trait aux *maladies des voies respiratoires* vous ont été lues cette année, l'une par M. Sanné, sur un fait de pneumonie, l'autre par M. Gouraud. Il s'agissait, dans cette dernière, d'une pleurésie purulente qui nécessita l'opération de la thoracenthèse. Malgré cette opération, l'épanchement se reproduisit et fut évacué par les bronches sans qu'il survînt de pneumo-thorax. L'enfant guérit. Le fait de M. Gouraud nous a valu des communications très-intéressantes sur l'opportunité de la thoracenthèse dans les pleurésies purulentes des phthisiques, et une instructive communication de notre président, M. Barthez, sur les perforations du poumon chez les enfants.

Dans la pleurésie infantile, en effet, la plèvre peut être perforée, et l'épanchement est fréquemment rejeté par les bronches sans qu'il y ait de pneumo-thorax consécutif. M. Barthez attribue cet heureux effet curatif à la flexibilité des parois costales chez les enfants.

Les maladies du système nerveux nous offrent un plus grand nombre de travaux. Moins bien connues que celles des voies respiratoires et des voies digestives, elles sont en effet par cela même à l'ordre du jour, et dans le sein de notre Société, comme dans tout le monde médical, on s'empresse de porter des matériaux à l'édification de leur histoire.

M. Martineau a relaté un fait de congestion avec hémorrhagie probable du cerveau : je dis probable, parce que le malade a guéri ; mais le fait clinique n'en a pas moins toute sa valeur : dans ce cas, la sensibilité générale et spéciale de la peau, le sens musculaire et la sensibilité articulaire étaient abolis dans la moitié droite du corps : la motilité, au contraire, était conservée, et il n'y avait pas d'ataxie du mouvement. L'absence d'ataxie coïncidant avec une paralysie aussi absolue des divers modes de la sensibilité a servi à M. Martineau pour attaquer cette équation formulée par M. Jaccoud « que l'ataxie du mouvement signifie abolition du sens musculaire, perturbation du sens musculaire, perturbation dans les irradiations spinales et dans les actes reflexes. »

M. Sanné nous a communiqué une observation d'abcès du cerveau chez un jeune homme de dix-sept ans. Les symptômes observés ont été, pendant quatre ou cinq jours, de la céphalalgie, de la dilatation des pupilles, des troubles de l'intelligence et de la constipation. On pensa tout d'abord à une méningite tuberculeuse, lorsque survint une hémiplégie du côté droit. A l'autopsie, on trouva un abcès ancien de l'hémisphère gauche, du volume d'un œuf de dinde, siégeant à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs du cerveau, et tapissé par une membrane pyogénique épaisse et vascularisée.

M. Hémey vous a rapporté un fait de tumeur du cervelet présentée par une femme de vingt-huit ans. Les principaux symptômes observés étaient la contracture des muscles de la nuque, la diminution de la sensibilité de la main droite, l'abolition de la vue et de l'ouïe du côté droit. A ce propos on a discuté pour savoir si les lésions des nerfs optiques et les troubles de la vue étaient primitifs, comme semblaient l'indiquer les phénomènes observés pendant la vie ou s'ils étaient secondaires à la tumeur du cervelet. Nous fondant sur la nature histologique de la tumeur et des lésions des nerfs, ainsi que sur les données de la physiologie, nous avons pensé, M. Leven et moi, que les altérations de la vision étaient secondaires à la tumeur cérébelleuse.

M. Pelvet vous a lu une observation très-remarquable de paralysie double de la face. M. Bordier a apporté à l'appui de sa candidature une observation intitulée : *Aphasie avec ataxie phonétique*.

Un charpentier, âgé de trente-deux ans, avait reçu de bas en haut un choc à la mâchoire inférieure ; il en était résulté une paralysie faciale incomplète, mais double, de la gêne des mouvements de la mâchoire inférieure et la perte du langage articulé avec conservation de l'intelligence. Il y avait une paralysie portant à la fois sur le facial, la branche maxillaire inférieure et supérieure du trijumeau, le glosso-pharyngien et le grand hypoglosse.

Suivant l'opinion de M. Gubler, dans le service duquel se trouvait ce malade, la cause de ces troubles devait être rapportée à une lésion des faisceaux intermédiaires du bulbe. Votre rapporteur, M. Voisin, n'a pu accepter cette interprétation des phénomènes cliniques, et a admis une contusion des nerfs crâniens à la sortie de leur trajet osseux.

Un fait très-intéressant de paralysie ascendante aiguë terminé par la mort et complété par l'autopsie, vous a été lu par M. Hayem. La maladie avait marché avec une rapidité telle qu'une semaine à peine s'est écoulée entre le début de l'affaiblissement de la motilité et la mort. L'autopsie, comme dans tous les cas analogues publiés, n'a rien montré du côté de la moelle qui put expliquer les symptômes paralytiques, mais des lésions du côté du foie, de la rate, des reins, des ganglions lymphatiques, etc., ont semblé à M. Hayem prouver que la paralysie ascendante était une maladie primitivement générale.

M. Frarier nous a présenté à l'appui de sa candidature une observation très-complète de névralgie avec phénomènes convulsifs se rattachant à l'épilepsie. Le malade de M. Frarier, âgé de trente-quatre ans, était sujet depuis l'âge de quatorze ans à des attaques d'épilepsie.

Plus tard, ses grandes attaques furent remplacées par du vertige épileptiforme ; enfin, pendant cinq mois, il fut atteint d'une névralgie de l'épaule gauche, du cou, de la face, du bras et de la région thoracique du même côté. Il n'y avait pas de points douloureux, mais une douleur sourde continue avec des élancements. En outre survenaient, plusieurs fois par jour, des contractions des muscles de la face et du cou du côté douloureux : la motilité et la sensibilité de ces parties étaient en même temps atteintes. Tant que durèrent ces accidents nouveaux, les attaques d'épilepsie et le vertige cessèrent, mais aussitôt que le malade fut débarrassé de sa névralgie, le vertige épileptiforme reparut. C'est bien là, comme vous le voyez, messieurs, un exemple de ces faits si communs dans les services spéciaux consacrés à l'épilepsie, des mutations et de l'aspect protéiforme de cette névrose.

M. Dujardin-Beaumetz nous a lu un long et savant mémoire sur les troubles oculaires dans les maladies de la moelle épinière : notre collègue a eu surtout en vue ce qui se passe dans l'ataxie locomotrice. Voici les principales conclusions de son travail :

Les troubles oculaires dans les maladies de la moelle portent, soit sur les fonctions du nerf optique ou de la rétine, soit sur des modifications de la motilité de l'appareil oculaire, soit sur des désordres survenant dans les fonctions du sympathique cervical (phénomènes oculo-pupillaires).

Les deux premiers groupes de ces troubles oculaires (amaurose et désordre de la motilité) se remarquent presque exclusivement dans la sclérose des cordons postérieurs. La marche des symptômes et l'identité des lésions font penser à M. Beaumetz qu'il y a plus qu'une simple coïncidence entre l'apparition de ces phénomènes oculaires et la maladie de la moelle, et lui font admettre un même processus portant à la fois sur la moelle et d'autres parties du système nerveux, en particulier les nerfs optiques.

Quant aux phénomènes oculo-pupillaires, les faits pathologiques concordent avec les données de la physiologie pour démontrer qu'ils sont toujours en rapport avec une altération du grand sympathique ou de la portion cervicale de la moelle dans la région cilio-spinale.

Parmi les *maladies des voies génito-urinaires*, la blennorrhagie, dans ses rapports avec le rhumatisme, devait attirer votre attention pendant qu'elle était en discussion au sein de la Société des hôpitaux : trois observations vous ont été lues en effet sur ce sujet, deux par M. Hemey et recueillies chez des femmes ; la troisième vous a été apportée par M. Meuriot à l'appui de sa candidature, et fait l'objet d'un rapport qui doit vous être lu aujourd'hui. Malgré l'intérêt qui se rattache à cette question et les conséquences qui pourraient découler des faits intéressants que vous avez enregistrés, il n'y a pas eu parmi nous de discussion générale sur les rapports du rhumatisme avec la blennorrhagie.

M. Rigal vous a communiqué un fait d'anémie probablement consécutive à une uréthrite chronique, et M. Gerin Roze une observation d'orchite rhumatismale.

La Chirurgie ne nous a fourni cette année qu'une seule communication, un intéressant mémoire de M. Lannelongue, sur la fracture de la partie moyenne du radius, basé sur quatre observations recueillies par l'auteur. Lorsque la fracture siége à la partie moyenne du radius, les deux fragments de cet os sont enfoncés dans l'espace interosseux en se rapprochant du cubitus : le fragment inférieur est entraîné par le carré pronateur dans la rotation en dedans ; le fragment supérieur est au contraire porté dans la rotation en dehors par le court supinateur. Les symptômes locaux de la fracture sont donc un rétrécissement médian de l'avant-bras et une dépression en coup de hache : la main et la partie inférieure de l'avant-bras sont fixés en pronation, tandis que la partie supérieure de l'avant-bras se trouve en supination.

Tous les travaux que nous avons passés jusqu'ici en revue, bien que faisant, comme cela est nécessaire, une grande part à la *thérapeutique*, ne l'avaient pas comme objet essentiel et unique. M. Topinard nous a fait deux communications ayant trait, l'une à l'indication et aux propriétés des bains contenant des essences de certaines labiées, l'autre relative à une guérison d'une albuminurie par les bains sulfureux. Le fait d'albuminurie remontait à neuf mois et était consécutif à une fièvre scarlatine. A ce propos, M. Barthez nous a fait remarquer que l'albuminurie scarlatineuse était beaucoup moins fréquente que l'assure la majorité des auteurs, et qu'habituellement il était facile de la prévenir en soustrayant les malades à toutes les causes de refroidissement.

En terminant, messieurs, cet exposé sommaire des travaux de l'année, je vous rappellerai qu'une question avait été proposée comme devant attirer spécialement votre attention et mise à l'ordre du jour : « *Les rapports de la glycosurie avec les diverses maladies où elle se montre.* » Jusqu'à présent, on ne nous a apporté aucune observation ayant trait à ce sujet.

Ici, messieurs, se termine le mandat que j'avais reçu de vous et que je dépose en vos mains. Laissez-moi vous remercier, en finissant, et de la bienveillance que vous m'avez toujours montrée dans le cours de mes fonctions et des enseignements que j'ai pu puiser dans la lecture de vos observations et dans la rédaction du compte rendu de vos séances.

M. Pelvet, trésorier, lit un rapport sur l'état des finances de la Société.

ÉLECTIONS.

La Société procède ensuite au renouvellement de son bureau.

A la suite d'un scrutin, sont nommés :

Vice-président, M. Cornil;
Secrétaire annuel, M. Pelvet;
Vice-secrétaire, M. Duguet.
Membres du comité de rédaction : MM. Hayem et Hémey.

M. le docteur Meuriot est nommé membre titulaire de la Société.

Le Secrétaire, V. Cornil.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 6 décembre 1867. — Présidence de M. Boys de Loury.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance écrite comprend une lettre de M. le secrétaire général, le Dr Gros, qui donne sa démission.

M. le Président, au nom de la Société tout entière, exprime ses vifs regrets à M. Gros et ose espérer qu'il reviendra sur sa détermination.

M. Gros, tout en remerciant en termes chaleureux la Société et son interprète M. le Président Boys de Loury des sentiments qu'on lui témoigne, persiste dans sa résolution. Sa santé ne lui permet pas de pouvoir satisfaire, comme il le voudrait, à toutes ses occupations, et il regrette beaucoup d'être forcé de résigner ses fonctions de secrétaire général.

M. Giraldès montre à la Société des aquarelles qui représentent des injections faites dans des carotides de chevaux à Alfort, de concert avec M. Goubaux, avec du perchlorure de fer à 30° et à 45°, en 1853.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU

Le scrutin est ouvert pour le renouvellement du bureau.

Pour la présidence, sur 26 votants :

M. Chausit obtient........ 23 voix.
M. Briquet — .... 1 —
et 2 bulletins blancs.

En conséquence, M. Chausit est proclamé pour l'année 1868, président.

Pour la vice-présidence, sur 28 votants :

M. Lagneau obtient........ 17 voix.
M. Gros — .... 9 —
M. Richelot — .... 1 —
M. Bergeron — .... 1 —

En conséquence, M. Lagneau est nommé vice-président pour l'année 1868.

Pour le secrétariat général, sur 28 votants :

M. Blachez obtient....... 23 voix.
M. Forget — .... 1 —
M. Simonnot — .... 4 —

En conséquence, M. Blachez est proclamé secrétaire général.

Pour le secrétariat annuel, sur 27 votants :

MM. Aimé Martin et Charrier obtiennent chacun 25 voix;
MM. Motel et Blondeau chacun 2.

En conséquence, MM. Aimé Martin et Charrier sont nommés secrétaires pour l'année 1868.

Le scrutin est ouvert pour la nomination des membres du Conseil d'administration, sur 22 votants :

M. Boys de Loury obtient... 17 voix.
M. Géry père — ... 17 —

Le Conseil de famille est ainsi formé, sur 19 votants :

M. Andry obtient....... 19 voix.
M. Duparque — .... 19 —
M. Deville — .... 19 —
M. Delasiauve — .... 19 —
M. Briquet — .... 19 —

Le Comité de publication est ainsi formé :

De droit, le Secrétaire général;

M. Martin (Aimé) obtient... 18 voix.
M. Charrier — ... 17 —
M. Collineau — ... 13 —
M. Worms — ... 11 —

Le scrutin est ensuite ouvert sur la candidature de M. le Dr Duroziez. Sur 19 votants : M. le Dr Duroziez obtient 19 voix.

En conséquence, M. Duroziez est nommé membre résidant de la Société de médecine de Paris.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr A. Charrier.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

246. Paillard (A. E. Romain). Considérations sur la Thoracentèse.
247. Lion (Ernest). Contribution à l'histoire de l'Ataxie locomotrice.
248. Payot (J. Baptiste). De l'Asthme.
249. Lavaux (Alphonse). Du secret en médecine dans ses rapports avec la jurisprudence.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Association des médecins de la Seine a tenu son assemblée générale dimanche, 26 janvier, sous la présidence de M. Barth, premier vice-président.

M. Louis Orfila, secrétaire-général, a donné lecture du compte rendu de l'exercice de 1867. Voici quelques chiffres que nous empruntons à ce compte rendu et qui feront connaître la situation financière de l'Association.

Elle a consacré à l'assistance une somme de 23,270 francs, divisée en deux parts, l'une de 7,400 francs en secours à des sociétaires, et l'autre de 11,640 francs répartie entre les veuves et les enfants de sociétaires.

Les recettes ont été de 55,212 fr. 70 c. Les cotisations et admissions entrent dans ce chiffre pour 19,997 francs. Les dons et legs s'élèvent à la somme de 22,501 fr. 80 c.

Voici le tableau du mouvement de la caisse pendant l'exercice 1867:

RECETTES

Fonds de secours 25,940 90	Rente 3 p. 100	12,713 90
	Cotisations (portion du fonds de secours)	13,227 »
Fonds de réserve 30,245 90	Admissions et cotisations (portion du fonds de réserve)	6,770 »
	Dons et legs	22,501 80
	Reliquat de l'année 1867	974 10
	Total	56,186 80

DÉPENSES ET EMPLOI

Secours à onze sociétaires et à vingt veuves ou enfants de Sociétaires	19,040 »
Secours à 25 personnes étrangères à l'Association	4,230 »
Recouvrement des cotisations	400 »
Frais d'impression, des ports, etc	1,138 30
Achat de 1,300 francs de rente 3 p. 100	29,987 50
Total	54,795 80

BALANCE

Recettes	56,186 80
Dépenses	54,795 80
Reste	1,391 00

L'Assemblée a procédé, dans cette séance, au renouvellement partiel de son bureau, par la nomination d'un président et de deux vice-présidents.

Ont été nommés :

Président pour l'année 1868, M. Nélaton;

Vice-présidents, MM. Barth et J. Béclard.

En conséquence, le bureau est composé, pour l'année 1868, ainsi qu'il suit :

MM. le professeur NÉLATON	Président.
le docteur BARTH, le docteur BÉCLARD	Vice-présidents.
le docteur ORFILA	Secrétaire général.
le docteur L. GENOUVILLE	Trésorier.
le baron P. DUBOIS	Président honoraire.
Me PAILLARD DE VILLENEUVE, avocat à la Cour impériale, SEBERT, notaire	*Conseil judiciaire.*

— La *Société protectrice de l'enfance* tiendra sa séance annuelle dimanche prochain, 2 février, dans l'amphithéâtre du Conservatoire des Arts et Métiers, rue Saint-Martin, à deux heures précises.

La séance sera consacrée à la lecture du compte rendu de M. le Secrétaire général et à la distribution des prix et récompenses.

La Société avait mis au concours la question suivante :

« *De l'allaitement maternel étudié aux points de vue de la mère, de l'enfant et de la société.* »

Le prix à décerner est de 500 francs.

Nous apprenons avec plaisir que l'auteur du mémoire couronné est M. le docteur Brochard, bien connu par ses travaux antérieurs sur la mortalité des enfants.

La Société distribuera des récompenses (argent et médailles) à un certain nombre de nourrices méritantes.

On trouve des cartes d'entrée au siége de la Société, 13, rue des Saints-Pères.

— Nous venons de recevoir le premier numéro des *Archives de Physiologie normale et pathologique*, publiées à la librairie Victor Masson et fils, par MM. Brown-Séquard, Charcot et Vulpian.

Ce premier numéro, très-soigné et accompagné de planches gravées et coloriées, renferme les mémoires originaux suivants :

1° Recherches anatomiques et physiologiques sur le ganglion sphéno-palatin, par M. J.-L. Prévost, interne des hôpitaux. — 2° Recherches sur la circulation des parois du cœur, par M. le docteur Lannelongue, aide d'anatomie de la Faculté. — 3° Mémoire sur le mouvement de certains corps organiques à la surface de l'eau et sur les applications qu'on peut en faire à la théorie des odeurs, par M. Liégeois, professeur agrégé. — 4° Note sur l'arrêt de la circulation carotidienne pendant l'effort prolongé, par M. le docteur F. Guyon, professeur agrégé. — 5° Description et définition de l'ostéite, de la carie et des tubercules des os, par le docteur Ranvier. — 6° Du tubercule spécialement étudié dans ses rapports avec les vaisseaux, par M. V. Cornil, chef de clinique de la Faculté. — 7° Nouvelles recherches sur la pathogénie et l'hémorrhagie cérébrale, par MM. Charcot et Bouchard. — 8° Note sur l'état des nerfs sensitifs, des ganglions spinaux et du grand sympathique dans les cas de sclérose des faisceaux postérieurs de la moelle épinière, avec atrophie des racines postérieures, par M. Vulpian. — 9° Sur l'arrêt immédiat de convulsions violentes par l'influence de l'irritation de quelques nerfs sensitifs, par M. le docteur Brown-Séquard. — 10° Sur quelques anthropathies qui paraissent dépendre d'une lésion du cerveau ou de la moelle épinière, par M. Charcot. — 11° Action physiologique et médicamenteuse de la caféine, par M. le docteur Leven.

Les *Archives de Physiologie normale et pathologique* paraissent régulièrement tous les deux mois, par fascicules formant à la fin de chaque année un volume in-8° d'environ 600 pages, au prix de 20 francs.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 3 février 1868.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

Académie des sciences. — M. le docteur Demaux vient d'adresser à l'Académie une note dans laquelle il confirme par de nouveaux faits la proposition qu'il a formulée dans un précédent travail : « que les conceptions opérées pendant l'ivresse sont une des causes de l'épilepsie et d'autres affections qui ont pour point de départ les centres nerveux. »

En outre, notre savant confrère attribue à la même cause un grand nombre de monstruosités, de conformations vicieuses, de lésions congénitales des centres nerveux, etc., qui empêchent les malheureux produits de parvenir au terme de la grossesse, ou, s'ils naissent à terme, ne les laissent vivre que quelques semaines ou quelques mois.

Société des professeurs de médecine de Londres. — Nos lecteurs se rappellent sans doute que cette Société se fonda, il y a quelques mois, dans le but de fortifier autant que possible, ou, pour mieux dire, de constituer l'enseignement médical à Londres.

Il ne faut pas croire, en effet, que nos voisins d'outre-Manche ne possèdent rien qui ressemble à nos Facultés. Chez eux, les grades sont conférés dans un certain nombre d'écoles, qui se font concurrence et s'offrent au choix des élèves, à quelques pas les unes des autres.

L'enseignement en est-il meilleur? Je voudrais qu'il en soit ainsi. Le libre développement, dans une seule ville, de dix-huit ou vingt Facultés de médecine, présente d'abord à l'esprit le tableau d'une activité intellectuelle très-remarquable. On se figure tous ces professeurs, aiguillonnés par la concurrence, faisant des efforts surhumains pour ne pas paraître inférieurs à leurs rivaux. On aime à voir dans les élèves les juges de ces joutes courtoises, décernant la palme au vainqueur par leur assistance empressée.

Pour détruire tous ces beaux rêves, il faut le fait, le fait brutal.

Nous venons de lire le discours annuel de M. Simon, président de la Société des professeurs. Nulle part ailleurs nous n'avions trouvé un exposé plus éloquent de l'état lamentable des écoles médicales de Londres.

Le nombre des élèves que peut compter chacune est nécessairement limité, et les professeurs seraient exposés à n'avoir personne à leurs cours, s'ils n'employaient pas les mesures les plus vexatoires pour rendre effective la présence des candidats qui doivent subir les examens dans leur école.

Comme le dit M. Simon, lorsque par des appels réitérés, en notant le nom des élèves, à vous connus, qui sortent de la classe avant la fin de la leçon, vous avez forcé un certain nombre de jeunes gens à rester sur les bancs où ils s'endorment, vous leur avez fait perdre un temps qui eût été précieux pour leurs études s'ils avaient pu l'employer avec fruit.

Rendez les examens sérieux, comme ils ne le sont pas en Angleterre, et rendez aux étudiants cette liberté d'allure et cette indépendance dont ils jouissent nécessairement au sein des grandes facultés, lorsqu'ils échappent dans la masse au contrôle des professeurs, et les suivent s'ils le méritent.

M. Simon a fait une étrange peinture des examens tels qu'ils existent dans les principales écoles; par exemple, *au collége des Chirurgiens de Londres*, les plus vieux membres de ce collége sont examinateurs de droit; ils arrivent à *cet honneur*, très-envié et très-lucratif, entre soixante et quatre-vingts ans, et ils s'en retirent le plus tard possible, s'ils y renoncent avant leur mort.

Ce sont des vieillards décrépits qui établissent le niveau où doivent atteindre les connaissances des générations qui surgissent; et leurs questions peuvent porter sur des sujets qu'ils n'ont jamais connus, comme sur ceux qu'ils ont oubliés.

L'inanité de tels examens apparaît chaque jour davantage, à mesure que s'accélèrent les progrès des sciences médicales. Pour être bon examinateur, il faut plus de qualités peut-être que pour faire un cours, et c'est pourquoi on aimait à voir des hommes du plus haut mérite, astreints chez nous à ce rôle ingrat, car ils faisaient ainsi, plus qu'en toute autre chose, acte de professeurs utiles.

Dans la Société des professeurs, plus d'une voix s'est élevée après celle de M. Simon pour proclamer les mêmes principes, reconnaître les mêmes abus; mais cette Société, ne possédant encore aucun caractère officiel qui lui donne juridiction sur les écoles, ne pouvait entreprendre de réformer leurs réglements.

Académie royale de médecine de Belgique. — Cette Académie vient de discuter un projet de loi sur l'art de guérir.

L'article 4 de ce projet de loi établissait des commissions ayant pouvoir disciplinaire sur les médecins; et il s'agissait de savoir si les médecins seraient appelés à élire les membres de ces commissions.

C'était bien le moins, à ce qu'il nous semble; mais l'Académie ne l'a pas cru. A une grande majorité, par 21 voix contre 7, elle a refusé à nos confrères belges le droit d'élire les commissaires qu'elle appelait à les juger.

On voit que s'il nous plaisait en France de changer les lois qui régissent l'exercice de la médecine, ce ne serait pas en Belgique qu'il nous faudrait chercher nos modèles.

Ce ne serait pas non plus dans ces États allemands où les médecins sont enrégimentés comme en Égypte, et sont promus du village au bourg, du bourg à la petite ville, de la petite ville à la grande.

Si la médecine est au premier rang dans les professions libérales, c'est parce qu'elle est, et lorsqu'elle est, indépendante dans son exercice. N'abandonnons pas un privilége qu'on nous envie à l'étranger.

Hôpitaux. — Je ne saurais dire pourquoi on trouve toujours un si grand nombre d'hystériques à l'hôpital Necker. Mais le fait est que nulle part ailleurs on ne rencontre autant d'occasions d'étudier les diverses formes des affections nerveuses à leur début. La Salpêtrière, peuplée de vieillards et d'incurables, présente les mêmes affections dans leur développement complet et leur période terminale; il faut y passer également pour les bien connaître. Dans ce dernier hospice, on est souvent en face des hystéro-épilepsies : problèmes toujours difficiles à déchiffrer, car les deux névroses qui s'y mélangent dans les proportions les plus diverses, névroses complétement dissemblables dans leur nature intime et leurs allures, donnent à l'ensemble l'aspect le plus bizarre.

Est-ce un cas de ce genre qui se trouve actuellement dans le service de M. Potain, à l'hôpital Necker?

Il s'agit d'une jeune fille qui, trois fois déjà dans sa vie, à quatre ou cinq ans d'intervalle, a présenté des accès convulsifs. La première fois, elle avait huit ans. Sous l'influence d'une émotion vive, elle aurait été prise alors d'un unique accès épileptiforme. Quatre ans plus tard, également à la suite d'une émotion, elle aurait perdu connaissance et, dans un nouvel accès, serait tombée du haut d'une échelle. Puis, pendant plusieurs jours de suite, elle serait restée dans ce qu'on a nommé, chez les épileptiques et les éclamptiques, « l'état de mal. » C'est-à-dire qu'entre les attaques qui se suivaient rapidement, il n'existait aucun intervalle de rétablissement complet des facultés. La période d'anéantissement et d'hébétude qui suit les accès se prolongeait de l'un à l'autre. Puis tout se dissipa sans laisser trace ; et dans le cours de sept autres années, il y eut un seul accès convulsif isolé.

Tels étaient les antécédents de cette femme, lorsque, se trouvant de nouveau en *état de mal*, elle fut transportée dans le service de M. Potain.

Ceux qui ont vu des épileptiques ou des éclamptiques en état de mal savent combien il est difficile d'affirmer, d'après les symptômes, que le cerveau ou les méninges sont ou ne sont pas vraiment en cause. Ici les vomissements eux-mêmes s'étaient rencontrés; les pupilles étaient inégales; il existait une anesthésie occupant tout le côté gauche jusqu'au niveau de l'aine (le membre inférieur de ce côté restait sensible, ainsi que la conjonctive); la malade, plongée dans l'abrutissement le plus complet, n'avalait plus ce qu'on lui versait dans la bouche, et ramassait de temps en temps ses draps par un mouvement automatique qui ressemblait à la *carpologie*. Chez une personne qui depuis longtemps avait joui d'une santé parfaite, on devait songer à une méningite et formuler le traitement en conséquence. Mais après quelques jours les accès cessèrent, la malade revint complétement à elle, raconta toute son histoire; puis elle retomba de nouveau dans l'*état de mal* et y est encore.

La délimitation singulière de l'anesthésie, semblable à celle qu'on rencontre chez les hystériques;

L'intensité des symptômes cérébraux, qui semble indiquer, pour le moins, une congestion vive;

Les longs intervalles de santé parfaite entre les crises, qui se sont produites au nombre de quatre en quinze ou seize ans;

L'absence complète de ces phénomènes qu'on a désignés sous le nom de petits accès;

Toutes ces particularités rendent très-intéressante cette malade, dont nous recommandons vivement l'étude.

Il ne faut pas oublier, du reste, que la congestion résultant des accès épileptiformes peut, suivant Schroeder van der Kolk, dilater, à la longue, les vaisseaux intracrâniens vers la base de l'encéphale.

— Nous avons vu employer par M. Bouchut, à l'hôpital des Enfants, un procédé très-simple pour remplacer les gargarismes, que les enfants ne font pas, ou font mal. Ce procédé consiste à injecter, à l'aide d'une seringue, au fond de la bouche ouverte, les liquides qu'on veut y porter.

Le petit malade penche le tête au-dessus d'un vase, et nous avons constaté *de visu* qu'en général il se prête très-bien à cette manœuvre qui l'amuse.

Cette méthode est tout à fait semblable à celle que M. Jarjavay met en usage pour nettoyer les plaies.

— Dans le même service, nous avons vu un cas de goître exophthalmique chez un enfant qui en mourait, et chez un autre un cas de névrite optique à la suite de plaie du sourcil; nous en reparlerons avec détails.

— A l'Hôtel-Dieu, dans la petite vérole, M. Guéneau de Mussy a soin de cautériser avec le crayon de pierre infernale toutes les pustules qui peuvent se produire sur la conjonctive.

A l'aide de cette précaution, facile à prendre, il a toujours sauvé les yeux de ses malades.

Nous rappellerons à ce sujet qu'en Angleterre on pique avec une aiguille d'argent, trempée dans une solution de pierre infernale, chacune des pustules qui se forment sur le visage; on les fait avorter ainsi, et l'on empêche le malade d'être défiguré par des marques difformes.

— A l'hôpital des Cliniques, il est probable que l'opération de fistule vésico-vaginale dont nous avons parlé la semaine dernière aura pleinement réussi.

Hier, onzième jour, M. Jarjavay a retiré sept fils sur neuf; pas une goutte d'urine ne s'est écoulée.

S'il en est de même après l'extraction des deux autres fils, le résultat sera vraiment remarquable; vu la situation et les dimensions de la fistule, dont le diamètre était au moins de deux centimètres et demi, vu surtout l'état du col utérin, sur lequel M. Jarjavay a fait porter l'avivement et la suture.

— Mercredi dernier, M. Jarjavay a fait l'ablation d'un énorme adénome suppuré du sein droit. Cette tumeur fut jugée bénigne, malgré son volume considérable, parce que la peau qui entourait l'ulcération avait conservé une mobilité relative, et parce qu'il n'existait aucun engorgement ganglionnaire du côté de l'aisselle.

Dr Victor Revillout.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Rougon.

OBSERVATION DE RAGE

Le dimanche 22 septembre 1867, à onze heures du matin, je suis appelé à donner des soins à M. D..., demeurant rue Vieille-du-Temple, n° 29. Sa femme me raconte que, le 12 août, M. D., avait été mordu au doigt indicateur et à la face dorsale de la main droite, par un jeune chien appartenant à sa nièce. L'accident a eu lieu aux Batignolles dans les circonstances suivantes :

Ce chien, d'ordinaire doux et caressant, sans cause d'excitation, avait répondu aux caresses de M. D... en l'égratignant à la main et en essayant de le mordre. D... frappa alors violemment ce chien à plusieurs reprises, et l'animal, se jetant sur la main qui le châtiait, lui fit deux morsures aux points indiqués. Il ne fut porté aucune attention à ces blessures, elles ne furent point cautérisées et, trois jours après, survint un peu de douleur avec rougeur et tuméfaction de la face dorsale de la main, douleur et gonflement qui cédèrent à l'application de préparations émollientes.

Depuis lors, M. D... se trouva très-bien, ne pensa plus à l'accident, ou mieux n'en parla plus, et ses parents, de leur côté, évitèrent avec le plus grand soin d'y faire allusion. Quant au chien, nous rapportons

ci-après les renseignements recueillis près de sa maîtresse et du vétérinaire à qui il fut présenté.

M. D..., âgé de 56 ans, d'une belle constitution, s'est toujours bien porté et n'a éprouvé qu'une attaque de rhumatisme articulaire, il y a environ vingt ans. Depuis quatre jours, du 15 au 19, il a eu des moments de tristesse et d'isolement, un peu de malaise. Le 19, il ressent des douleurs à la main droite (c'est la main mordue), douleurs que sa femme pensa être de nature rhumatismale. Le 21, frisson se répétant plusieurs fois dans la journée, vomissements bilieux, dégoût pour les aliments et les boissons; enfin, dans la nuit du 21 au 22 gêne, spasmes, accès de suffocation avec tremblement général; accidents pour lesquels je suis demandé dans la matinée du 22.

En examinant le malade et en lui faisant préciser le point de la douleur qu'il a éprouvée à la main, il ne porte pas les doigts sur la surface articulaire du poignet et des métacarpiens, mais sur le dos de la main, à la partie moyenne du troisième métacarpien, où je reconnais ainsi que sur l'indicateur, une cicatrice, dans le moment entièrement indolore à la pression exercée tant sur les surfaces elles-mêmes que sur une assez grande étendue au-dessus et au-dessous.

D... garde un silence absolu sur ces cicatrices qu'il aperçoit cependant, sur leur cause, sur les morsures qu'il a subies, et je me tais près de lui sur toutes ces circonstances qui me sont suffisamment connues. Les plaintes de D... portent principalement sur cette gêne de la respiration, revenant par accès, et sur le tremblement qui les accompagne.

Les bruits du cœur sont normaux; le pouls, par moments fréquent, est un peu irrégulier; l'expansion vésiculaire s'entend bien, mais pendant les accès de spasmes, de gêne respiratoire, il s'affaiblit sensiblement et est à peine perçu. Pas de bruits anormaux; la peau est sans chaleur. La langue est bonne, sans enduit; pas d'injection de la muqueuse du voile du palais. Pas de vomissements depuis la veille; pas de selles depuis trente-six heures. Les recherches les plus minutieuses ne révèlent point la présence de *lysses* sous la langue. Rien qui puisse leur ressembler ou en avoir l'apparence.

Les pupilles sont contractées; le malade se tient dans une demi-obscurité, pour éviter, dit-il, les accès de gêne respiratoire et d'anxiété. La vue des corps brillants n'est point gênante; l'ouïe et l'odorat n'ont pas d'impressionnabilité exagérée. L'hyperesthésie cutanée est accentuée, et, répondant catégoriquement à ma question, M. D... assure éprouver, depuis la nuit, de fréquentes érections. L'intelligence est nette, la parole saccadée. Le malade insiste encore sur son dégoût pour les aliments et pour les boissons, surtout pour ces dernières, qu'il ne peut prendre, malgré son énergique volonté.

C'est alors que, le faisant asseoir et lui présentant un verre contenant de l'eau, je l'engage à boire, affirmant qu'il y parviendrait. Il saisit le verre, est pris d'un mouvement d'effroi, l'approche, l'éloigne de ses lèvres, l'approche encore et, faisant un suprême effort, le porte entre les dents qui s'entrechoquent sur les bords du gobelet. Le liquide est répandu sur les draps, le devant de la poitrine, la barbe; un tremblement général s'empare du malade, qui retombe sur l'oreiller; la face se congestionne, le pouls devient fréquent, irrégulier, l'accès de suffocation s'accentue, et peu après tout revient au repos. Ces phénomènes avaient duré quarante secondes.

Un lavement purgatif est prescrit; une injection sous-cutanée de morphine proposée est vivement repoussée par les parents et le malade à la vue du petit appareil à employer. Large vésicatoire sur la poitrine et pansé d'heure en heure avec de la morphine; pilules d'extrait de belladone que le malade avale en laissant accumuler un peu de salive dans la bouche. Jusqu'à minuit, il est visité quatre fois; les accès spasmodiques se sont montrés à cinq reprises différentes; l'intelligence est toujours nette; la même répulsion existe pour les liquides; toutefois, la dysphagie n'est pas absolue. C'est surtout, dit le malade, la préparation, l'apprêt de la boisson, l'idée qu'il faut boire qui le tourmentent et l'agitent.

Le lendemain 23, à neuf heures du matin, M. D... est visité par mon ami le docteur Fraigniaud, qui obtient les mêmes renseignements, soumet le malade aux mêmes épreuves et voit se dérouler la même scène. Le docteur Fraigniaud veut bien s'associer aux soins à donner à M. D... La médication narcotique est continuée en y joignant des bains de vapeur de deux heures en deux heures : c'est la période que je mets dans les visites. Il y a eu, après le premier bain, une sudation assez abondante. Les accès spasmodiques sont devenus plus fréquents; l'agitation est plus grande. Il n'existe pas de délire. Il y a un crachottement presque continuel; les crachats sont projetés sur la barbe; les mouvements que fait le malade, pour les essuyer, sont saccadés, convulsifs; la vue de ces crachats augmente l'agitation. Pas d'écume à la bouche. A la fin de chaque bain de vapeur (trois), D... se lève brusquement, rejette les couvertures, s'agite, se roidit, est pris de convulsions, sans jamais tenter de se porter à des actes de fureur ou de violence envers ceux qui l'entourent. A la visite faite vers huit heures du soir, avec le docteur Fraigniaud, D... venait de mourir depuis une demi-heure. Les accès s'étaient rapprochés, et après une crise nerveuse plus prolongée que les autres, il était resté dans le coma.

L'autopsie n'a pas été faite, la décomposition cadavérique fut assez rapide; dix-huit heures après existaient de larges ecchymoses sur sa figure et sur les plans antérieur et postérieur du cadavre.

La nièce de M. D..., maîtresse du chien, confirme la relation faite par sa tante et ajoute que, les trois jours suivants, le chien était triste et grognait à la vue des personnes qui, cependant, lui étaient familières. Sur le conseil de ses amis, elle conduit l'animal à un médecin vétérinaire qui déclare que ce chien n'a pas la rage mais que, dans moins de trois jours, il l'aura infailliblement : l'animal est tué. — Le vétérinaire ne se souvient pas du nom de cette dame et ne retrouve pas le fait sur son journal. Le dire de cette dame doit être vrai, et il m'affirme que, si telle a été sa réponse, le chien avait déjà la rage, car il évite de répondre affirmativement dans de semblables circonstances, afin de ne pas donner de l'inquiétude aux personnes mordues : mode d'agir, à mon avis, très-préjudiciable et funeste. Enfin il m'est annoncé qu'un garçon boucher avait été mordu par le même chien et en même temps que M. D... Je n'ai pu avoir ni son nom, ni sa demeure, et j'ignore les conséquences de cette morsure.

En résumé, la symptômatologie de ce cas de rage est commune à celle des autres cas relatés. Je signale particulièrement, comme prélude de la scène pathologique, la douleur des cicatrices, et je crois que l'asphyxie a été le dernier terme de cette lutte fatale.

M. D... succomba à la rage en soixante heures, après une incubation de quarante jours. Je pense, avec M. le docteur Bergeron, qu'en présence de la période d'incubation aussi longue qui existe pour cette maladie, il faut surtout espérer sur le traitement prophylactique; les médicaments altérants, dont l'efficacité est consacrée dans d'autres maladies toniques, en seraient les principaux agents, secondés par l'entraînement, les bains de vapeur et la sudation. Que les médecins vétérinaires, que ceux qui constatent ou supposent la rage chez les animaux s'abstiennent de l'annoncer directement au blessé, soit! mais puissent-ils se convaincre qu'ils doivent en prévenir amis ou parents. Le médecin pourra dès les premiers jours, par une médication altérante poursuivie longtemps et avec persévérance, obtenir peut-être, soit l'arrêt complet de la manifestation ultérieure des symptômes de la maladie confirmée, leur avortement, soit leur atténuation. — Insuccès constant, voilà pour le traitement curatif. C'est donc dans le traitement prophylactique, dans une médication à longue portée qu'est la ressource possible, la voie rationnelle.

HOPITAL DU HAVRE. — M. Desnouettes.

Variole (guérie), péritonite consécutive, suite de perforation intestinale. — Mort.

(Observation recueillie par M. J. Michel, interne du service).

Le 10 septembre 1867. H..., âgé de trente-huit ans, homme fort et vigoureux, d'une constitution solide, est envoyé d'un service de chirurgie où il se trouve pour un ulcère, peu étendu, de la jambe droite, à la salle de médecine Saint-Éloi, n° 18.

Depuis deux ou trois jours, ce malade est pris de frissons répétés qui s'accompagnent de symptômes fébriles. Il accuse de la céphalalgie, de la courbature, des douleurs lombaires très-vives; il vomit fréquemment.

L'analyse de ces symptômes et la présence, dans d'autres salles, de quelques varioleux, mirent immédiatement sur la voie du diagnostic, que confirma le lendemain matin, à la visite, l'apparition de quelques taches rosées sur la peau de la face.

Dès lors, la maladie suivit son cours.

L'éruption, confluente seulement à la face, s'accompagna de gonflement et de ptyalisme, et les autres périodes se succédèrent sans qu'il y eut rien d'anormal.

Le 20 (dixième jour), on commence avec la plus grande circonspection, toutefois, l'alimentation du malade. Aucun incident ne survient, seulement les garde-robes sont pénibles et n'ont lieu qu'avec le secours de lavements émollients additionnés de miel.

Le 26 (seizième jour à partir de l'éruption), le malade est mis au rôti et au quart, régime qu'il continua à suivre jusqu'à sa sortie.

Le 14 octobre suivant, sur sa demande, il quitte la salle parfaitement rétabli. La constipation a persisté; l'ulcère qu'il portait à la jambe droite et dont la cicatrisation avait été interrompue par l'éruption est complétement réparé.

Le 2 novembre, au soir, le malade revient salle Saint-Éloi, n° 17.

Il nous raconte que, depuis sa sortie, il a pu à peine travailler quelques jours et que, sans éprouver cependant aucune douleur en un point déterminé, il avait souffert constamment; l'appétit avait été presque nul; la soif, au contraire, très-vive; les selles difficiles.

Le 31 octobre, dans la journée, il se sentit pris de frisson tout à coup, et fut obligé de se mettre au lit. Aussitôt apparurent des symptômes fébriles intenses, accompagnés de vomissements.

Le 2 au soir, le malade, les traits contractés, le visage anxieux, est en proie à des coliques violentes; le ventre est très-douloureux, sans ballonnement considérable, la douleur semble siéger surtout dans le flanc et la région iliaque droites. Il vomit incessamment : les matières rejetées sont verdâtres, porracées, sans qu'on y trouve de traces de matières fécales; une soif très-vive le tourmente.

On prescrit à l'intérieur de l'eau de seltz pour boisson, — 0,10 c. d'opium en deux pilules, — et à l'extérieur, l'application sur le ventre de cataplasmes fortement laudanisés, et des émollients en permanence.

La douleur persiste et devient plus aiguë, les vomissements plus fréquents. Le malade succombe dans la nuit.

A l'autopsie faite vingt-huit heures après la mort, on constate l'existence d'une péritonite suraiguë.

La cavité abdominale est remplie d'un liquide blanc verdâtre, lactescent mêlé de pus, dont la quantité peut être évaluée à un litre environ. Des adhérences commencent à s'établir entre les feuillets du péritoine.

Si l'on examine le tube digestif, on trouve dans la dernière portion de l'iléon deux ulcérations comprenant, l'une toute l'épaisseur de la paroi de l'intestin, l'autre n'intéressant que la muqueuse seulement.

La première de ces ulcérations, parfaitement ronde, a environ un demi centimètre de diamètre; les deux tuniques internes sont ulcérées sur une plus grande surface que l'externe, mais leur rebord n'est ni boursouflé, ni induré, sans coloration spéciale; la tunique externe seule est violacée, injectée et épaissie sur le pourtour.

La seconde a le même aspect; toutefois la muqueuse seule est intéressée, et encore n'est-elle pas détruite complétement, elle semble plutôt amincie.

Le reste de la muqueuse intestinale n'offre rien de particulier à noter : point d'arborisations sanguines, point de saillies glandulaires, elle est seulement quelque peu ramollie et d'un blanc laiteux.

L'examen attentif des autres organes, et des poumons en particulier, ne nous révèle aucune lésion appréciable.

A quelle cause devons-nous maintenant rapporter cette lésion? et quel doit être le diagnostic? M. Grisolle (*Traité de pathologie interne. — Variole*) dit : « Pendant la convalescence, il faut surveiller les malades et éviter qu'ils ne se donnent des indigestions que leur voracité rend très-fréquentes.

« Beaucoup de varioleux meurent par l'intestin avec des ulcérations ou un ramollissement général de la muqueuse. »

Bien que la variole ne soit pas mentionnée dans les auteurs parmi les maladies soit aiguës (fièvre typhoïde, dyssenterie), soit chroniques (cancer et entérite tuberculeuse), dans le cours desquelles on voit survenir des perforations intestinales, il nous est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de chercher ailleurs le point de départ de ces ulcérations.

En effet, leur forme en particulier, l'aspect général du tube digestif, et surtout les antécédents et la constitution du malade, l'absence ailleurs de toute lésion organique, font rejeter l'idée d'une manifestation locale qui puisse se rattacher à une affection diathésique, soit tuberculeuse, soit cancéreuse.

Nous n'avons non plus rien qui ressemble aux ulcérations de la fièvre typhoïde; le malade, du reste, n'en a éprouvé aucun symptôme, rien qu'on puisse rapporter à la dyssenterie aiguë ou chronique.

Reste donc l'hypothèse d'une ulcération dont la variole aurait été le point de départ et qui aurait suivi une marche progressive durant la convalescence, fait sur lequel nous avons voulu appeler l'attention.

ÉTUDES SUR LES EAUX DE VALS.

De leur emploi dans le traitement des maladies des voies digestives.

Par M. le Dr Clermont (de Lyon).

I.

Un véritable progrès s'est accompli depuis quelques années dans le traitement de la gastrite chronique : c'est de ne pas l'éterniser par une diète interminable, et de ne plus livrer invariablement les patients à la lancette ou aux sangsues. On a fait pour la gastrite chronique comme pour l'inflammation chronique de la muqueuse palpébrale, et la médecine substitutive a eu de tels succès que l'on doit la préférer au système débilitant préconisé par le médecin du Val-de-Grâce.

Les eaux alcalines de Vals agissent d'abord par substitution; en excitant la muqueuse, elles en dénaturent l'inflammation qu'elles ramènent à une marche plus rapide, plus régulière et plus résolutive. Leur gaz carbonique produit ensuite sur la membrane malade ses effets anesthésiques, et le bicarbonate de soude, par son action générale sur l'économie, complète la déroute des symptômes.

Pour faire élection d'une eau de Vals, l'intensité de la souffrance doit être prise en considération, et l'on choisira celle d'une source d'autant moins minéralisée, que la douleur sera plus aiguë. La petite proportion d'arséniate de soude qu'elle contient, son faible degré de minéralisation nous font souvent donner la préférence à l'eau de la source *Saint-Jean*; ce précepte a été heureusement mis en pratique dans l'exemple suivant qui nous a été fourni par une des clientes de M. le professeur Berne, de Lyon.

Observation de Gastrite chronique.

Madame B..., âgée de 34 ans, d'un tempérament délicat et nerveux, habite, dans d'excellentes conditions de salubrité et de bien-être, une maison de campagne située sur les bords du Rhône, non loin de Valence. Elle n'a éprouvé aucune de ces secousses morales qui ébranlent le système nerveux, et retentissent d'une manière vive sur l'estomac, en y produisant ces dyspepsies sans causes physiques et sans lésions anatomiques appréciables.

Cependant, depuis 11 ans, après quelques tentatives avortées d'allaitement, ses digestions devinrent lentes et pénibles, sa langue est blanche avec les bords et la pointe un peu rouges. L'épigastre est presque toujours douloureux, et après les repas, il survient ordinairement des palpitations sympathiques de cœur.

La maigreur générale, la pâleur de la face, la petitesse du pouls, la soif, les nausées, quelques vomissements dénotent une gastrite chronique et une lésion primordiale ayant pour siége l'estomac, qui devint même assez endolori pendant les trois ou quatre premiers jours qui suivirent l'arrivée à Vals de madame B..., pour que nous eussions recours à un emplâtre de ciguë et d'opium, *loco dolenti*.

L'examen de la malade confirme ce que M. le docteur Berne nous avait écrit, en nous signalant d'une manière spéciale l'état d'atonie générale produit par cette longue irritation sub-aiguë du viscère, et que le quina, les ferrugineux, l'eau de Spa, etc., n'avaient pu détruire.

Le 14 juillet, infidèle aux prescriptions que nous donnons nous-même, nous fîmes commencer le traitement par l'eau de la *Désirée*, et la diarrhée se manifesta aussitôt. L'eau de la source *Saint-Jean*, au contraire, bien tolérée par cet organisme débile, fut alors conseillée et prise pendant vingt-cinq jours. Son premier effet fut une douce stimulation, puis, deux ou trois jours plus tard, une sédation marquée de l'estomac, et dès lors la malade fit de sensibles progrès vers la santé. Elle partit satisfaite autant qu'on peut l'être d'une première saison thermale, après un aussi long état de souffrance.

Dans le cours de son traitement, madame B... avait spontanément essayé de prendre de l'eau des sources plus minéralisées, mais le mal augmentait, et malgré le désir qu'elle avait, comme presque tous les malades, de courir d'une source à une autre, elle se résigna à laisser à l'eau de la source *Saint-Jean* tous les mérites de sa guérison.

La gastrite est, pour les Allemands, le catarrhe chronique de l'estomac; c'est qu'en effet, souvent la bronchite chronique fait

place à la gastrite, et il n'est pas rare de voir les deux maladies être concomittantes.

Quoi qu'il en soit, dans la gastrite chronique, l'atonie des fibres musculaires de l'estomac a pour résultat de prolonger le séjour des aliments dans le viscère, où ils se décomposent; de là, la voussure de l'épigastre, des régurgitations, etc. On comprend facilement que lorsque l'atonie locale est considérable, les eaux de nos sources plus minéralisées (*Rigolette, Madeleine*), doivent avoir la préférence sur celle de la source *Saint-Jean.*

Les médecins de Vienne et de Prague conseillent, dans cet état morbide, l'emploi des alcalins, comme arrêtant la décomposition des substances alimentaires, et aussi comme astringents de la muqueuse stomacale hyperémiée et boursouflée. L'acide carbonique de nos eaux alcalines contribue, dans une large mesure, à obtenir ces effets thérapeutiques.

II.

Lorsque la gastrite étend plus loin sa sphère d'activité, ou, comme disent les médecins d'outre-Rhin, quand le catarrhe stomacal descend sur les intestins, en un mot lorsque l'on a affaire à une gastro-entérite chronique, le traitement est un peu différent; et c'est pourquoi nous allons présenter quelques courtes considérations sur ce sujet.

Les symptômes diffèrent de ceux de la gastrite; le vomissement est très-rare; la douleur qui est plutôt une sorte de malaise s'irradie dans les flancs et dans les profondeurs du ventre, qui se météorise quelquefois. Les mouvements péristaltiques des intestins sont gênés, ce qui donne souvent lieu à de la constipation, à des flatuosités et à l'émission de gaz; le canal cholédoque s'irrite; la bile est par ce fait retenue et résorbée, et produit une sorte d'ictère; la peau devient jaune, pâle et terreuse; l'émaciation et la flaccidité des chairs sont manifestes; la langue est recouverte d'une épaisse couche de matière saburrale d'un blanc jaunâtre. La digestion se fait parfois un peu mieux que dans la gastrite, mais laisse beaucoup à désirer; enfin un léger mouvement fébrile apparaît, chez quelques malades, le soir, ou une heure environ après les repas.

Il peut arriver que la douleur et les phénomènes de réaction soient plus considérables, car les altérations matérielles de la gastro-entérite peuvent aller de la simple rougeur de la muqueuse, jusqu'à son ramollissement, son hypertrophie, et même son ulcération.

En général, plus une maladie est grave, plus il semble que le remède qu'on lui oppose doit être actif. C'est souvent une conduite inverse qu'il faut tenir dans l'hydrothérapie minérale de Vals, et c'est à la gastro-entérite la plus grave, que l'on opposera les sources peu minéralisées avec le plus de succès, tout au moins dans les premiers jours du traitement, et les malades en s'obstinant à prendre les eaux les plus sodiques, malgré l'avis contraire qui leur en est donné, compromettent leur guérison et souvent font un pas en arrière.

Si l'eau de la source *Saint-Jean* convient, alors qu'il y a une douleur vive à l'estomac ou dans le ventre, il n'en est pas de même dans un grand nombre d'autres circonstances, et le traitement de la gastro-entérite par nos eaux alcalines doit varier selon la manière dont se font les évacuations alvines.

Dans un premier degré d'irritation, la sécrétion des flux muqueux est diminuée, il y a constipation : c'est aux sources sodo-magnésiennes, à la *Désirée* ou à la *Précieuse* qu'il faut adresser le malade; au contraire, lorsque les selles sont liquides, ce qui d'ordinaire a lieu sans ténesme, et à une époque plus avancée de la maladie, dans sa forme plus chronique, c'est à une source tonique reconstituante qu'il faut conduire le malade, à la *Rigolette* ou à la *Magdeleine*, dont les eaux réconfortantes et astrictives conviennent dans toutes les affections qui s'accompagnent d'une diarrhée atone ou d'un état anémique prononcé.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 8 janvier 1868. — Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Verneuil présente deux thèses soutenues par MM. Folet et Merlateau, ses élèves; il en donne une analyse succincte.

La thèse de M. Folet est une dissertation complète *sur la résection de l'articulation du poignet*. Soixante-dix cas, la plupart venus de l'étranger, ont servi à écrire cette histoire. L'auteur énumère successivement les résections traumatiques et organiques, partielles ou totales, et compare cette opération à l'amputation de l'avant-bras, et montre qu'elle est infiniment moins grave; en un mot, c'est une excellente monographie qui restera dans la science.

M. Folet a envoyé deux exemplaires de son travail pour le prix Duval.

La thèse de M. Merlateau est intitulée : *Des mouvements forcés en thérapeutique*; le titre suivant conviendrait mieux : *Des attitudes forcées des membres, de leur action sur la circulation artérielle et des applications qui en résultent.*

On sait qu'il suffit de fléchir ou d'étendre fortement l'avant-bras pour supprimer le pouls radial, d'étendre fortement la cuisse ou de fléchir à angle aigu la jambe pour modifier également la circulation dans le membre inférieur; enfin, on constate également l'arrêt du pouls radial dans certaines attitudes du bras, le moignon de l'épaule étant porté en bas et en arrière.

M. Merlateau a repris tous ces faits au point de vue anatomique et thérapeutique, et il a rappelé le parti qu'on en pourrait tirer dans l'hématose et la cure des anévrysmes.

Quoiqu'il ne soit pas parvenu à tout expliquer par l'anatomie, l'auteur a fait un travail intéressant que de nouvelles recherches compléteront, sans doute.

M. Guyon. L'arrêt de la circulation dans le membre supérieur a été exclusivement cherché à l'aide des attitudes forcées qui abaissent le moignon de l'épaule et portent l'humérus dans la rotation en dedans. M. Verneuil vient de nous le rappeler en analysant les principales expériences consignées dans la thèse intéressante de son élève, M. Merlateau.

Le hasard m'a conduit à constater que la suspension de la circulation dans le membre supérieur pouvait être aussi sûrement obtenue par l'élévation forcée du bras combinée avec la rotation en dehors. Je ferai remarquer en passant que le mouvement d'élévation de l'humérus ne se complète qu'à l'aide de la rotation en dehors. Quoi qu'il en soit, en soulevant le coude fortement et en le conduisant au-dessus de l'horizontale, si l'on imprime un mouvement de rotation en dehors à l'humérus, on arrête la circulation dans le membre supérieur.

J'ai souvent répété cette expérience sur le vivant; sur le cadavre, j'ai cherché à reproduire l'arrêt de la circulation et à me rendre compte du mécanisme de l'arrêt. M. B. Anger a bien voulu me prêter son concours pour les expériences qui nous ont permis de constater la réalité de l'arrêt de la circulation, dont nous représentions le cours, en injectant, par l'aorte, de l'eau qui jaillissait par une ouverture pratiquée à l'humérale tant que l'attitude indiquée n'était pas atteinte.

La dissection de la région axillaire dans la position déterminée semble prouver que l'arrêt de la circulation est due à la tension de la boutonnière formée par les racines du médian.

Cette attitude, qui me paraît avoir l'avantage de découvrir largement toute la région vasculaire du bras, a, d'ailleurs, les inconvénients de toutes les attitudes forcées; elle est douloureuse et difficile à supporter. Après l'avoir expérimentée à plusieurs reprises sur moi-même, j'ai longtemps éprouvé des douleurs axillaires assez pénibles.

ÉLECTIONS :

La Société procède à l'élection de 6 correspondants nationaux. Sont élus : MM. Monteils, à Mende; Sarazin, à Strasbourg; Aubry, à Rennes; Mordret, au Mans.

Election de 4 membres correspondants étrangers. Sont nommés : MM. Pemberton, à Birmingham; Barbosa, à Lisbonne; Wilms, à Berlin; Mazzoni, à Rome.

Renouvellement du bureau de la Société de Chirurgie, pour l'année 1868 :

Election du président. M. Legouest est élu président à l'unanimité.

Election du vice-président. — Sur 25 votants, M. Verneuil obtient 14 voix, M. Desormeaux 6, M. Boinet 3, M. Guérin 1, M. Demarquay 1.

M. Verneuil est nommé vice-président.

Election du secrétaire général. — Sur 22 votants, M. Trélat obtient 14 voix, M. Perrin 8.

En conséquence, M. Trélat est nommé secrétaire général.

Election de 2 secrétaires annuels. — Sont élus MM. Labbé 16 voix et Lefort 13 voix.

La Société désigne par acclamation M. Liégeois pour remplir les fonctions de bibliothécaire archiviste, M. Houel pour remplir les fonctions de trésorier.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dolbeau.

Séance du 15 janvier 1868. — Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. le Président annonce à la Société la mort de M. Laborie. Le Bureau et plusieurs membres assistaient à la cérémonie.

Sur l'invitation de M. le Président, le secrétaire général donne lecture du discours suivant :

Paroles prononcées sur la tombe de Laborie au nom de la Société de chirurgie,

Par M. Verneuil, Secrétaire général.

Lorsqu'une épidémie meurtrière ravage notre cité, nous redoutons à chaque heure d'apprendre qu'elle a frappé quelqu'un de nos amis. Nous sommes sur le qui-vive, et si le coup, bien que mortel, n'a pas été trop violemment porté, il nous reste au moins la consolation de revoir une dernière fois celui qui va nous quitter pour toujours.

En dehors de ces temps d'alarme, l'insouciance renaît, on ne craint plus le danger ou bien on l'oublie, et l'on ne fait plus le soir, avec angoisse, le dénombrement de ceux qui vous sont chers.

Emporté par le tourbillon de la vie active, on apprend que l'un d'eux est souffrant, on pense à une affection légère, à un malaise sans gravité; on attend de nouvelles informations que, le plus souvent, le patient rétabli vous donne en personne; on passe donc à l'ordre du jour, ou du moins on remet à un autre moment le soin de quérir des nouvelles.

Mais, tout à coup, on rencontre quelqu'un au visage attristé, qui vous annonce l'irréparable dénoûment.

Ainsi se sont passées les choses dans le triste épisode qui nous rassemble aujourd'hui.

Pendant le cours du mois dernier, Laborie avait été très-assidu à nos séances; il était, comme de coutume, alerte et vivace. Rien ne paraissait menacer ses jours.

Mercredi dernier, une lettre écrite par un disciple nous parvenait : Laborie s'excusait, empêché par une indisposition dont on ne nous signalait point le péril. Nous en fûmes si peu soucieux, que nous crûmes inutile de le visiter, comme c'est le devoir et l'usage au moindre indice inquiétant.

Cependant, insidieuse et rapide, l'œuvre de destruction suivait son cours et s'achevait. Une angine maligne provoquait un phlegmon gangreneux du cou; l'érysipèle si fréquent, si formidable depuis quelques mois, s'y ajoutait : avant-hier, notre collègue rendait le dernier soupir.

Nous avions à peine connu les débuts; nous ne fûmes point informés de la terminaison. Il y a quelques heures, par un hasard fortuit, nous apprîmes la funeste nouvelle, que confirmait un journal du soir.

Je courus chez notre président, aussi ignorant que moi-même. Tous deux nous restions stupéfaits. A ceux qui redoutent la mort, de semblables catastrophes inspirent une terreur indicible; mais ceux-là même qui la méprisent ne peuvent se soustraire à un profond sentiment de tristesse en la voyant frapper traîtreusement des organisations robustes et vaillantes, faites pour lui résister longtemps et la repousser si elle les attaquait en face.

On est pris de découragement en songeant qu'ainsi se termine en quelques jours, que dis-je ? en quelques heures, une vie entière d'honneur et de travail, heureuse par ses œuvres, et utile au bonheur des autres.

Pris à l'improviste, ayant eu devant moi à peine une nuit et ne pouvant recueillir les informations les plus indispensables, j'ai voulu cependant exprimer ici, ne fût-ce qu'en quelques mots, les regrets profonds et sincères qu'éprouve la Société de chirurgie à la perte d'un de ses membres les plus honorés et les plus aimés.

Ces détails, messieurs, serviront d'excuses à la brièveté, à l'imperfection, à la pâleur de mon allocution. Ce n'est point en quelques heures qu'on récapitule une vie bien remplie, qu'on résume des travaux nombreux et qu'on apprécie des mérites de nature diverse.

Vous n'entendez donc ici que des paroles de regret et d'adieu, prélude improvisé d'une apologie future qui célébrera dignement le collègue et l'ami, l'homme et le savant.

Laborie est mort à peine âgé de cinquante-cinq ans.

Il avait brillamment débuté dans la carrière et comptait parmi les internes les plus distingués de son temps.

Il avait un penchant prononcé pour la chirurgie et, de bonne heure, élève favori de Jobert, il prêtait à son chef l'aide d'une plume élégante et correcte.

Un mémoire remarqué sur les *Amputations partielles du pied*, un autre sur les *Plaies intestinales et l'entérorrhaphie* furent ses premiers essais : ils promettaient beaucoup et révélaient des aptitudes littéraires et scientifiques de bon aloi.

Cependant, il sembla changer de voie. Devenu chef de la clinique d'accouchements de la Faculté, il étudia avec ardeur et succès l'art obstétrical. Il y excella bientôt comme praticien et comme auteur.

En même temps, il aborda les luttes ardues des concours; l'arène, à cette époque, était fort encombrée; les compétiteurs étaient nombreux et fort éminents pour la plupart; aussi la porte, quoique bravement heurtée, ne s'ouvrit pas à tous ceux qui, quelques années plus tôt ou plus tard, l'eussent aisément franchie.

Laborie n'y passa pas, sans nul doute faute de persévérance, car rien ne lui manquait de ce qui peut procurer le succès. Il s'en consola difficilement.

En 1852, il lut à la Société de chirurgie, sur le *Traitement actif de la grossesse extra-utérine*, un travail important qui le fit entrer d'emblée dans nos rangs.

Cette admission était particulièrement honorable. En effet, d'après un principe qu'il n'y a pas lieu de discuter ni de justifier en ce moment, la Société se recrute presque exclusivement parmi les praticiens placés à la tête d'un service hospitalier. Sans repousser systématiquement les praticiens libres et les spécialistes, elle les sacrifie d'ordinaire, son personnel étant limité, à ceux qui cultivent et pratiquent la chirurgie générale. Compter parmi vous est donc une distinction rare et flatteuse pour ceux qui n'ont pas de titre officiel et qui n'apportent comme dot scientifique que leur travail et leur bonne volonté.

Nul plus que Laborie, je m'empresse de le dire, ne légitima l'exception.

Pendant les premières années et même jusqu'à ces temps derniers, il a fourni à nos bulletins et à nos mémoires plusieurs travaux originaux et surtout une foule de rapports remarquables, par le fond et la forme, sur les points les plus délicats de l'obstétrique.

Vous me dispenserez d'en faire l'énumération; mais vous vous rappellerez, comme moi, avec quelle attention et quelle faveur méritée nous écoutions ses jugements sagaces et réfléchis.

Toutefois, si la pratique journalière de la ville, l'expérience privée, la lecture, la méditation, fournissent matière à de fortes études et à de sérieuses productions, elles remplacent mal, il en faut convenir, le vaste théâtre d'un service d'hôpital avec sa variété, son imprévu, son inépuisable mine de cas rares et de faits vulgaires.

Laborie avait toujours désiré une scène de ce genre.

Cette satisfaction lui fut accordée : il y a dix ans, il fut nommé médecin et chirurgien tout à la fois de l'Asile des convalescents de Vincennes. Aussitôt ses goûts et ses aptitudes pour la grande chirurgie se réveillent ou du moins se manifestent de nouveau. Il prend, pour employer une locution usitée dans les arts, sa dernière manière.

Vous le savez, la composition des services de Vincennes est tout à fait spéciale; point de maladies aiguës, sauf celles qui naissent par hasard dans l'asile; point de maladies chroniques à longue échéance, sauf le cas où une recrudescence rend impossible la réintégration du patient dans les grands hôpitaux.

La population se compose essentiellement de sujets échappés aux péripéties des affections internes et des traumatismes accidentels ou chirurgicaux. L'amputé y achève sa cicatrisation à côté du pleurétique qui y résorbe les derniers grammes de son épanchement.

Là, en un mot, et sur une vaste échelle, on peut observer et étu-

dier l'épilogue des maladies viscérales, des blessures et des actes opératoires.

Notre illustre Malgaigne l'avait hautement proclamé. Après avoir prudemment posé les indications et habilement employé la main, le fer et le feu, après avoir mis, à force de soins, le blessé hors de danger, le chirurgien doit encore le suivre longtemps au delà de la guérison anatomique et jusqu'à la guérison fonctionnelle qui exige bien souvent des mois, sinon des années.

Ce complément si nécessaire, nous sommes mal placés pour le donner dans nos services encombrés et avec notre population mobile et flottante.

Laborie, imbu de l'importance de cette enquête ultérieure, s'empressa de profiter des matériaux immenses mis à sa disposition. Il prit des observations nombreuses qui, je l'espère, ne seront pas perdues, et de temps à autre nous donna, sur le sort de nos opérés ou de nos blessés, des renseignements d'un intérêt sans égal.

Je n'aurai qu'à citer ses statistiques sur *l'amputation de la jambe aux divers lieux d'élection*, puis les documents sur son étude favorite : *es Amputations partielles du pied*.

Il associait, à ce labeur si vaste, ses élèves internes et leur faisait publier sur les fractures, sur les amputations ou sur d'autres sujets, des thèses précieuses qui resteront dans la science.

Puisse le successeur de Laborie, animé du même désir de servir notre art, suivre cette voie féconde et continuer une œuvre éminemment française. Quel blâme ne mériterait-il pas s'il laissait en friche un aussi fertile terrain?

Depuis longtemps chevalier de la Légion d'honneur, Laborie fut, dans ces dernières années, promu au grade d'officier. Nous fûmes tous heureux de cet avancement.

En 1861, notre collègue fut nommé président de la Société de chirurgie. Nous connaissions depuis longues années ses aimables qualités; nous aimions son regard si franc, sa physionomie ouverte, son sourire affable, ses manières exquises, sa parole claire, ses allures loyales et tous les indices extérieurs d'une nature bonne et honnête. Jamais tous ces dons ne furent mieux utilisés que pendant l'année où il dirigea nos travaux.

Que sa famille et ses amis sachent bien que nous n'avons rien oublié et que, jusqu'à l'heure où ils s'éteindront à leur tour, les contemporains de notre cher ami conserveront de lui le plus vivace et le plus affectueux souvenir.

La séance est levée à quatre heures.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

250. Drouet (Jules). De la Convalescence dans les maladies mentales.

251. Lapeyre (J. Numa). Étude de quelques phénomènes dynamiques liés aux maladies organiques du cœur et des modifications que ces phénomènes présentent suivant l'état des fonctions cardiaques.

252. Philouze (Jules Émile). De la Coqueluche.

253. Gourdon (Paul). De l'Intoxication par le sulfure de carbone.

254. Ordenstein (L.). Sur la Paralysie agitante et la Sclérose en plaques généralisées.

255. Raingeard (H. Léon). Observations de gangrène spontanée des extrémités.

256. Roger (Jules). Étude physiologique et thérapeutique de l'acide carbonique.

257. Piron (Eugène). Des Complications les plus fréquentes de la Coqueluche.

258. Jouannet (Arthur). Recherches étiologiques sur la Chorée.

259. Cancalon (Auguste). Essai sur quelques phénomènes de sensibilité reflexe se montrant dans les maladies.

260. Folet (Henri). De la Résection du poignet.

261. Grandclément (J. Émile). Quelques remarques sur une épidémie du Choléra asiatique, observée à Chambéry (Savoie), en septembre 1867.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La douzième *Année scientifique et industrielle*, par M. Louis Figuier, vient de paraître à la librairie Hachette (prix : 3 fr. 50). Outre les matières ordinaires de ce recueil, c'est-à-dire l'exposé des découvertes et des inventions scientifiques et industrielles qui ont attiré l'attention publique en 1867, ce volume renferme le compte rendu des nouveautés scientifiques qui ont apparu à l'*Exposition universelle*, ainsi qu'une vue et un plan du Palais du Champ de Mars.

— Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, au lieu de *docteur Gaillot (de Bercy)*, il faut lire : M. Guillot, fabricant d'instruments de chirurgie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Éléments de pathologie chirurgicale générale, par Th. BILLROTH, professeur à l'Université de Vienne, traduit de l'allemand par MM. Culmann et Sengel, précédé d'une introduction par M. le professeur Verneuil, 1 fort vol. gr. in-8°, avec 100 figures dans le texte, 14 fr. — Paris, 1868. Germer Baillière.

Du mouvement dans les fonctions de la vie, leçons faites au collége de France, par E. J. Marey. 1 vol. in-8°, avec 144 figures intercalées dans le texte, 10 fr. — Paris, 1868. Germer Baillière.

Des Épitheliums, *anatomie et physiologie comparées*, par Ch. ROBIN, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8° à deux colonnes, de la BIBLIOTHÈQUE DES SCIENCES NATURELLES. — Paris, 1868. Germer Baillière.

De la résection du poignet, par M. le docteur Henri FOLET. Brochure in-8° de 90 pages, 2 fr. — Paris, 1868. Germer Baillière.

Pathologie morale, *Influences des affections organiques sur la raison*, par le docteur Clément OLLIVIER. 1 vol. in-8° de 236 pages, 4 fr. — Paris, 1868. Germer Baillière.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 15. — JEUDI 6 FÉVRIER 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 6 FÉVRIER 1868. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 5 février 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a repris hier la discussion sur la tuberculose. C'est M. Chauffard qui a tenu pour la seconde fois la tribune. M. Chauffard n'est pas homme à transiger avec ses principes. Quand il s'est emparé d'une idée, ou plutôt quand une idée s'est emparée de lui, il en poursuit l'exposition et le développement jusque dans les derniers recoins de la logique, et il n'est ni commode ni facile de chercher à le rétorquer. C'est assez dire que cette deuxième argumentation, nonobstant les objections et les critiques adressées à la première, ne fait que raffermir et renforcer celle-ci par de nouveaux et plus amples raisonnements.

En présence de cette question, qui est la question capitale et fondamentale du débat : Les faits d'inoculation énoncent-ils une réalité ou ne cachent-ils qu'une illusion? Ces inoculations amènent-elles un résultat qui leur soit propre et qui ne se reproduirait pas sans elles, ou ces résultats ne sont-ils qu'une simple et trompeuse coïncidence et ne présentent-ils aucune relation de cause à effet avec l'inoculation? M. Chauffard déclare de nouveau et nettement que pour lui le doute n'est pas permis. Il croyait et il croit encore à l'action efficace des inoculations tuberculeuses. Il est, à cet égard, contrairement à M. Béhier, de l'avis de M. Hérard qui a péremptoirement prouvé qu'on ne saurait passer les résultats acquis au compte banal des coïncidences.

Mais s'il accepte le fait, M. Chauffard repousse les déductions pathologiques, et sur ce point son opposition est beaucoup plus radicale que celle de M. Béhier, qui a déclaré que, si le fait lui était démontré un jour, il accepterait ces déductions.

M. Chauffard regarde comme acquis ces deux points : en premier lieu, les inoculations de matière caséo-tuberculeuse sont réellement génératrices et provoquent la production de tubercules; en deuxième lieu, ces inoculations n'engendrent pas la phthisie tuberculeuse, elles ne prouvent pas la spécificité et la virulence de la phthisie pulmonaire.

Quelle est donc l'influence pathogénique qu'exercent ces inoculations? Quelle est la signification de leurs résultats? — Ce n'est, dit M. Chauffard après avoir examiné l'une après l'autre ces deux hypothèses, ni la théorie des embolies, ni celle des greffes.

Pour lui, il n'y a qu'une manière d'expliquer les caractères et l'évolution des accidents morbides observés à la suite de ces inoculations, c'est par la prolifération des éléments des tissus plasmatique et ganglionnaire.

Voici comment M. Chauffard résume et résout, en définitive, la question :

Les inoculations de matière caséo-tuberculeuse sont réelles et fécondes, c'est-à-dire déterminent une reproduction de matière tuberculeuse. Cette reproduction n'est pas le résultat d'une maladie générale, spécifique et virulente, ayant comme produit spécifique et virulent la matière caséo-tuberculeuse; en un mot, ces inoculations n'inoculent pas la tuberculose. Elles provoquent, non une affection primitivement générale et diathésique, mais un travail local, gagnant de proche en proche les vaisseaux et les ganglions lymphatiques, les viscères internes où le tissu plasmatique est naturellement abondant et disposé aux proliférations cellulaires. Ce travail local et les proliférations qui le suivent ne sauraient trouver leur raison d'être ni dans les embolies capillaires, ni dans les greffes animales; il réside tout entier dans la fécondation des éléments cellulaires du tissu plasmatique et des éléments lymphatiques. De la sorte s'expliquent à ses yeux et la production au point d'inoculation, la génération sur place de la matière caséo-tuberculeuse et son expansion dans les organes lymphatiques et dans les viscères internes.

C'est au développement et à la démonstration de cette thèse qu'est consacrée la partie la plus importante et la plus étendue de ce deuxième discours. Nous la mettons tout entière et textuellement sous les yeux de nos lecteurs, parce qu'elle constitue certainement la discussion la plus approfondie qui ait été faite encore de ce point de pathogénie.

Mais M. Chauffard ne s'en est pas tenu là. Au sujet de quelques-unes des critiques adressées aux idées qu'il a exprimées relativement à la propriété de prolification et de fécondation du tissu plasmatique, idées qui font la base de sa théorie de la reproduction tuberculeuse, il est entré dans des considérations très-élevées, et qui n'ont eu peut-être que le tort, aux yeux de quelques-uns des assistants, de faire un peu perdre de vue et oublier momentanément le point de départ et le fait même de la discussion. Ces considérations sont relatives à la vie générale de l'individu et à la vie propre de chaque tissu, à la propriété de fécondation et de génération dont est doué chacun de ses éléments, comme en est doué l'individu lui-même, et aux nombreuses applications en physiologie et en pathologie de cette loi générale de la vie, savoir que les éléments constituants de l'organisme sont incessamment et alternativement fécondés et fécondants. La justification de cette excursion dans le domaine de la physiologie générale, si toutefois une justification était nécessaire, se trouverait dans cette vérité incontestable qu'on ne saurait rien isoler absolument dans les questions de physiologie et de pathologie, et que, quelque circonscrit que soit en apparence le phénomène que l'on envisage, il tient toujours, en réalité, par quelque point au système organique tout entier et qu'on ne saurait le scruter attentivement sans soulever du même coup les problèmes les plus ardus de la vie elle-même. C'est ce qu'a fait et ce que ne pouvait pas ne pas faire M. Chauffard avec l'esprit généralisateur qu'on lui connaît.

Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. MOUTARD-MARTIN.

Congestion cérébrale et pulmonaire. — Suite d'effort.

Par M. LOLLIOT, interne des hôpitaux.

Le 29 avril dernier, se présentait à la consultation de l'hôpital Beaujon un jeune homme de 23 ans, palefrenier, que la démarche chancelante, l'abattement et la stupeur exprimés par son visage firent croire tout d'abord atteint d'une fièvre typhoïde.

Admis dans le service de M. Moutard-Martin, il put le soir même nous donner les renseignements suivants :

Quoique d'une constitution peu robuste, d'une grande pâleur habituelle et d'un développement musculaire peu prononcé, il jouit cependant ordinairement d'une très-bonne santé. Il n'a jamais toussé ni craché de sang, et se portait très-bien lorsque, deux jours auparavant, il voulut monter dans un grenier un sac d'avoine pesant 160 kilogrammes.

Écrasé sous ce poids bien au-dessus de ses forces, il voulut, par amour-propre, aller jusqu'au bout, mais, arrivé à destination, après avoir fait pour cela de grands efforts, il éprouva une telle lassitude, que ses genoux fléchirent sous lui, et qu'il laissa tomber plutôt qu'il ne déposa son fardeau. Il fut pris, au même moment, d'une violente céphalalgie, de toux, de courbature et d'une faiblesse excessive. Il voulut continuer son travail, mais cela lui fut impossible; il dut rentrer chez lui, où il resta pendant deux jours avec de l'abattement, de la fièvre, et un peu de diarrhée, avant de se décider à entrer à l'hôpital.

Nous le trouvons dans l'état suivant :

Son visage exprime, comme je l'ai dit déjà, la stupeur, la prostration; ses réponses sont lentes, embarrassées, il faut, pour ainsi dire, lui arracher les mots de la bouche. Il se plaint, en outre, d'un grand mal de tête, de bourdonnements d'oreilles, d'insomnie depuis deux nuits, mais sans rêvasseries.

Il a une diarrhée peu intense; d'ailleurs, absence de douleur et de gargouillements dans la fosse iliaque; pas d'épistaxis; point de taches lenticulaires ni de ballonnement du ventre; la langue n'est pas saburrale.

Le pouls, un peu augmenté de fréquence, n'a pas une grande force : il est plutôt mou et dépressible. La peau n'est pas très-chaude.

Pendant cet examen, et à plusieurs reprises, se sont déclarés des accès de toux sèche quinteuse paraissant pénible, douloureuse, et suivie d'une grande fatigue.

Dans le crachoir, nous trouvons des crachats muqueux, incolores, non visqueux.

Le malade accuse aussi dans la poitrine une douleur vague, généralisée. Il n'y a pas de point de côté proprement dit; c'est plutôt de la gêne que de la douleur.

A l'examen des poumons, voici ce que nous constatons :

Sonorité normale des deux côtés.

A l'auscultation, râles sibilants et ronflants, surtout à la base, dans le poumon gauche.

A droite, nous entendons à la partie moyenne et dans une certaine étendue, du souffle et des râles crépitants très-manifestes.

Quel nom fallait-il donner à la maladie dont était atteint ce jeune homme? Devions-nous penser à une fièvre typhoïde à début brusque, ainsi qu'on en a cité des exemples? Mais ces cas sont extrêmement rares, et malgré la stupeur et l'abattement, l'absence d'un trop grand nombre de symptômes ne nous permettait pas de nous arrêter longtemps à ce diagnostic.

Les signes que nous avions constatés du côté des organes respiratoires devaient attirer plus volontiers notre attention de ce côté; et la nature des râles entendus dans la poitrine devaient tout d'abord et tout naturellement nous conduire à l'idée d'une pneumonie. Mais une pneumonie survenant brusquement chez un jeune homme bien portant, ne toussant pas, ne présentant ni catarrhe, ni bronchite, devait être une pneumonie franchement inflammatoire.

Or, nous ne trouvions ni le frisson initial, ni le pouls, ni la toux, ni le point de côté, ni les crachats caractéristiques de cette forme de la pneumonie. Le pouls, en effet, n'avait ni la fréquence, ni la force qu'il a habituellement, et la toux, qui était quinteuse et revenait par accès, se rapprochait plutôt de la toux de la pleurésie, dont nous ne trouvions d'ailleurs aucun autre signe.

Ici nous avions, dans les antécédents, une cause parfaitement nette, l'effort; et il nous a paru beaucoup plus rationnel d'admettre que, sous l'influence de cet effort violent et longtemps continué, il s'est produit une congestion des organes internes, et principalement du cerveau et des poumons.

La marche ultérieure de la maladie est venue, du reste, pleinement confirmer le diagnostic qui avait été porté.

Dès le surlendemain, en effet, il y a une amélioration très-sensible des symptômes généraux et locaux. La fièvre, la céphalalgie, la prostration ont presque complétement disparu. Le facies est meilleur, la toux beaucoup moins fréquente.

A la percussion, on trouve bien un peu de submatité à la partie inférieure du poumon droit, mais les râles sont devenus franchement sous-crépitants et humides; le souffle a disparu. Évidemment la congestion a diminué et est entrée en voie de résolution.

Cette rapidité dans la marche de la maladie vient donc bien à l'appui du diagnostic, car la maladie débute le vendredi; le lundi, elle est à son summum, et le mercredi, le malade est presque en convalescence.

Une pneumonie inflammatoire, quelque bénigne qu'elle soit, a toujours une marche beaucoup plus lente.

Les jours suivants, le malade continue à aller de mieux en mieux; il se lève, et, comme signes locaux, nous ne trouvons pendant plusieurs jours que des râles sous-crépitants très-peu nombreux.

Le dixième jour, le malade était presque complétement guéri, lorsque, à la suite d'un refroidissement, il fut pris de fièvre et de toux qui nous firent croire un moment à un développement d'une pneumonie, mais l'examen de la poitrine ne révéla, dans les deux poumons, que les râles sibilants et ronflants d'une bronchite que le malade avait gagnée en se refroidissant au jardin. Elle fut, du reste, de courte durée, et le 11 mai, c'est-à-dire treize jours après son entrée, le malade quittait l'hôpital parfaitement guéri.

Le traitement employé a été des plus simples : il n'a consisté que dans l'emploi de révulsifs intestinaux (purgatifs légers) et cutanés (vésicatoire et ventouses scarifiées). Comme médication interne, du kermès fut administré en potion, à la dose de 0 g. 20 par jour.

Cette observation, quoique très-simple en elle-même, m'a paru digne d'être rapportée. D'abord, parce que les faits de ce genre ne sont pas très-fréquents. M. Woillez, dans son Mémoire inséré dans les Archives, n'en cite qu'un cas; de plus, le diagnostic présentait une petite difficulté, et on a vu qu'il n'a pu être établi qu'en tenant compte, avant tout, des commémoratifs et de l'absence ou de la modification de certains signes généraux, auxquels on n'attache pas toujours l'importance qu'ils méritent dans le diagnostic des affections pulmonaires.

Enfin, elle nous a offert un exemple assez remarquable d'une forte congestion pulmonaire, ayant traversé rapidement toutes les phases sans se compliquer de l'inflammation du poumon que l'on voit si souvent survenir dans de semblables circonstances.

OBSERVATIONS

Pour servir à l'histoire de la rage.

Par M. le Dr DAGAND.

I. — Pendant l'hiver de 1864, plusieurs chiens enragés avaient parcouru les communes de Hévy et de Cusy (Haute-Savoie); l'un d'eux avait mordu le mulet du sieur T..., qui, après trente-deux jours, fut pris des premiers symptômes de la rage. Le propriétaire eut recours au domestique de son voisin, le sieur X..., pour faire avaler à sa bête malade une bouteille de prétendu spécifique qu'il était allé acheter chez un empirique; celui-ci introduit le bras et la main dans la bouche du mulet, et ne peut parvenir à lui faire avaler la potion : il ignorait quelle était la maladie.

Le lendemain, on a recours à un vétérinaire qui, après examen, déclare que le mulet est atteint de la rage et qu'il faut l'abattre.

Le jeune homme qui, la veille, avait essayé de faire avaler au mulet la bouteille médicatrice, apprenant que cet animal était enragé, croit avoir contracté la rage; il devient inquiet, perd l'appétit et le sommeil, vient me consulter, et je constate chez lui : agitation continuelle, yeux hagards, inégalité de dilatation des pupilles, sentiment de strangulation et grande difficulté de déglutition, mouvements convulsifs des muscles de la face, horripilations, horreur de l'eau et des objets brillants. Ces symptômes nerveux ont duré plusieurs jours et n'ont cédé qu'à l'assurance réitérée que je lui ai donnée qu'il ne courait aucun danger, et à la promesse formelle que les pilules que je lui faisais prendre (pilules camphrées), guérissaient toujours et certainement de la rage.

II. — Le 7 mai 1863, M. J..., agent voyer, est assailli, en passant sur le pont d'Alby, par un gros chien qui se dresse et s'élance sur lui pour le mordre.

Avec beaucoup d'adresse et de sang-froid, M. J... saisit ce chien à la gorge et parvient à le terrasser, mais dans la lutte, il est cruellement mordu à l'avant-bras droit.

La veille, ce chien avait été poursuivi à Aix-les-Bains comme enragé; d'Aix à Alby (20 kilomètres), il avait mordu tous les chiens qu'il avait rencontrés sur son passage, et au dire de tous ceux qui l'avaient vu, il présentait tous les signes de la rage.

Aussitôt après l'événement, le blessé s'empresse de laver ses blessures à grande eau, les fait saigner autant que possible, et les lotionne ensuite avec de l'eau ammoniacale.

J'arrive auprès du blessé un quart d'heure après l'événement; je constate quatre blessures sur la région postérieure de l'avant-bras droit, et deux sur le dos de la main; une seule de ces blessures, près du coude, a pénétré profondément dans les tissus; toutes les autres ne sont que de simples excoriations. Immédiatement, je cautérise chaque blessure profondément avec le fer chaud; après l'opération, je fais entourer l'avant-bras avec des compresses imbibées d'eau froide, et je prescris une infusion de thé additionnée de quelques gouttes d'ammoniaque.

Le lendemain, le bras a peu enflé; il n'y a pas de réaction fébrile; je fais placer un petit vésicatoire sur chaque plaie, et j'introduis dans la petite plaie pénétrante du coude une mèche de charpie imbibée d'ammoniaque; je prescris une potion à l'acétate d'ammoniaque.

Le 9, le bras et l'avant-bras ont considérablement enflé, la douleur des vésicatoires est très-vive; il y a réaction fébrile. Cataplasmes de farine de lin sur les plaies, diète et séjour au lit.

Le 12, l'enflure du bras a beaucoup diminué, la fièvre a baissé. Pansement à plat avec de la charpie enduite de cérat.

Le 15, les vésicatoires sont guéris, et les escarres se détachent.

Le 16, le membre ne présente plus d'enflure, le blessé n'a plus de fièvre.

Le 17, toutes les escarres sont tombées, les plaies sous jacentes ont belle apparence. Jusqu'à ce jour, le moral du blessé s'est soutenu; à dater de cette époque, son énergie va graduellement en faiblissant.

Le 20, survient de l'inappétence, avec insomnies et terreurs nocturnes; sous cette influence, quelques plaies déjà cicatrisées se rouvrent; les autres prennent un aspect grisâtre. J'ai recours à une nouvelle cautérisation avec le nitrate d'argent, aux purgatifs et aux pilules camphrées.

Du 25 mai au 10 juin, l'état du blessé varie bien souvent; il a de bons et de mauvais jours, ces derniers caractérisés spécialement par de l'insomnie et un sentiment de constriction à la gorge. A cette date, toutes les plaies, excepté celle du coude, sont cicatrisées, et le blessé reprend ses occupations ordinaires.

Le 11, trente-quatre jours après l'accident, il rencontre sur la route, dans une de ses tournées, un gros chien noir : il croit qu'il va être assailli de nouveau par un chien enragé, il est comme paralysé par la frayeur, rentre tout ému chez lui, se met au lit, est saisi par un frisson, est très-agité, ne peut dormir pendant la nuit, et me fait appeler le lendemain. La face est tiraillée, les muscles en sont convulsivement agités, le pouls est fréquent et profond, la déglutition difficile, l'abattement considérable.

Le 13, la déglutition des liquides est impossible, la sputation est continuelle, l'agitation est considérable, la gorge est légèrement rouge. J'engage le malade à se rendre à Aix pour y prendre des bains de vapeur, et je l'adresse à mon confrère, le docteur Vidal. Sous l'influence des bains de vapeur, une détente survient, les symptômes alarmants disparaissent, et après huit jours, notre malade nous revient des eaux entièrement remis.

A la fin de juin, la guérison était complète, et aujourd'hui M. J..., bien portant, ne se préoccupe plus de son accident du 7 mai.

Les accidents d'hydrophobie et les symptômes alarmants éprouvés par M. J..., le 11 mai, ne provenaient-ils pas évidemment de la frayeur qu'il avait éprouvée à cette date?

III. — Le 12 juillet 1863, la fille M. L..., de Balmont, âgée de 6 ans, est mordue sous l'œil par un jeune chien de la maison, avec lequel elle jouait. La blessure est petite, superficielle et linéaire. Les parents de l'enfant, qui avaient déjà remarqué quelques symptômes inquiétants sur ce chien, l'abattent immédiatement; ils négligent de faire cautériser la petite blessure de leur fille et vont chez un empirique chercher le *remède contre la rage*. La blessure guérit vite et on ne pensait déjà plus à cet accident, quand, dans la nuit du 6 août, vingt-cinq jours après la morsure, cette enfant est prise de frayeurs, de mouvements convulsifs intermittents, et de spasmes à la gorge s'opposant à la déglutition.

Le lendemain, on m'amène cette petite fille dans mon cabinet. La distraction de la route, la vue de la foire, avaient tellement influé sur elle, qu'elle avait pris un air naturel et qu'elle avalait sans difficulté des petits gâteaux qu'on lui avait achetés; elle but même un verre d'eau sans répugnance dans mon cabinet; ce que voyant, je rassurai les parents et leur dis qu'ils pouvaient être tranquilles, que rien chez leur enfant ne faisait soupçonner l'apparition de la rage.

Cependant, la nuit suivante, les symptômes de la nuit précédente reparurent avec plus d'intensité; le moindre bruit, la lumière, un objet brillant excitaient les convulsions; la déglutition était devenue impossible; il y avait sputation, et cette pauvre enfant mourut le surlendemain dans les accès les moins douteux de la rage.

Ici encore l'influence de la distraction n'avait-elle pas amené dans l'état morbide de l'enfant une amélioration tellement notable, qu'il me fut impossible de reconnaître chez elle aucun symptôme de sa maladie.

Dans les trois cas que j'ai rapportés, l'influence des agents extérieurs sur les symptômes d'hydrophobie n'est-elle pas évidente?

La rage, cette maladie si horrible, toujours suivie de mort, ne saurait trop préoccuper les médecins et l'administration. L'enquête permanente établie au sein de l'Académie se poursuit-elle activement? Le questionnaire à remplir, envoyé quelquefois aux conseils d'hygiène et aux médecins des épidémies, est trop compliqué et demande des choses impossibles à savoir; ce questionnaire ne peut être utilement et exactement rempli que par les employés des écoles vétérinaires. Si l'on se bornait à demander à chaque département l'histoire médicale des cas de rage humaine survenus dans sa circonscription, il serait facile d'obtenir des éléments d'une grande valeur pour la statistique, la prophylaxie et la thérapeutique.

L'administration ne devrait-elle pas interdire la vente de ces remèdes secrets contre la rage, qei font négliger la cautérisation, le seul moyen efficace?

Outre les avis utiles affichés en placard sur les moyens préventifs, ne serait-ce pas le cas de faire imprimer au dos des reçus des déclarations de chiens faites aux mairies, une notice indiquant quels sont les premiers symptômes de la rage et à quels moyens on doit avoir recours pour la prévenir?

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 4 février 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémie, par M. le docteur Joyeuse de Mirecourt et Claudot de Neufchateau;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1867 dans les départements du Jura, des Vosges, de la Vienne, de l'Aube et de la Manche (commission des épidémies).

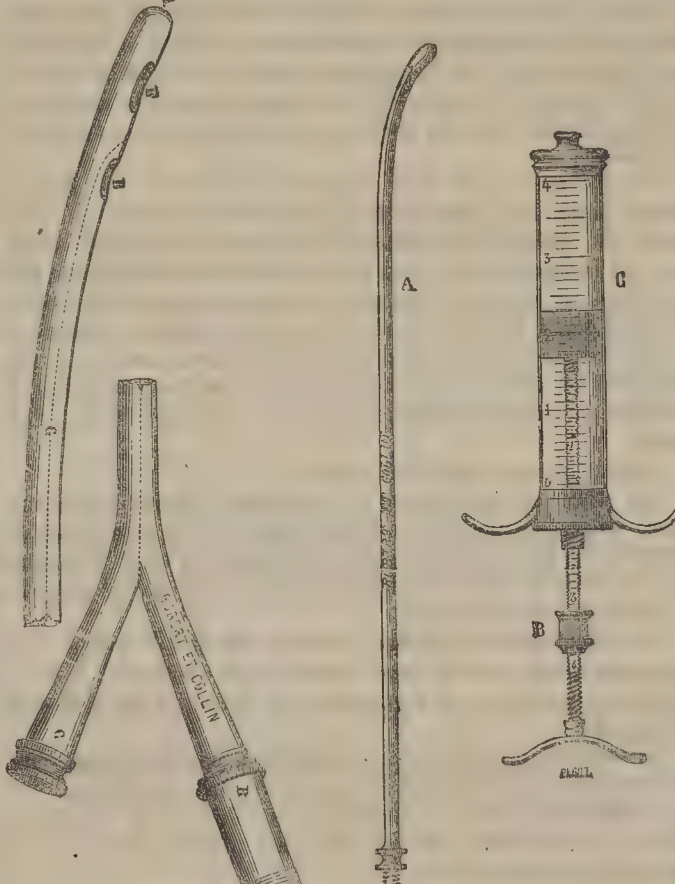
CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° M. le docteur Garrigou Désarènes adresse une lettre en réponse à une réclamation de M. Bonnafont au sujet de l'instrument destiné à l'extraction des polypes de l'oreille.

2° M. le docteur Avrard, de la Rochelle, présente à l'Académie une sonde à double courant, fabriquée par MM. Robert et Collin.

Cet instrument est destiné à faire des injections intra-utérines.

A. — Extrémité utérine.
B. — Pavillon du canal afférent.
C. — Pavillon du canal afférent.
D. — Ajutage à frottement pouvant s'adapter à tous les irrigateurs.
E. — Œil du canal offérent.
F. — Œil du canal efférent.
G. — Cloison.



3° M. le docteur Gantillon présente un instrument également construit par MM. Robert et Collin, pour la même destination.

Cet instrument se compose :

1° D'une seringue graduée de la capacité de 4 grammes;

2° D'une canule de la longueur des hystéromètres ordinaires, percée à son extrémité de trous à jet récurrent, sur le principe de la seringue de M. le docteur Langlebert.

Cette disposition et les petites dimensions de l'instrument permettent aux liquides injectés de rétrograder facilement par l'orifice du museau de tanche.

A. — Canule à jet récurrent.
C. — Corps de pompe gradué.
B. — Curseur pour mesurer les liquides à injecter.

4° M. le docteur Strohl, de Strasbourg, adresse une communication sur le même sujet.

MM. Depaul, Ricord, Hugnier et J. Cloquet prennent successivement la parole au sujet de ces communications, et plus particulièrement de celle de M. Avrard, et il résulte, de leurs explications, que l'instrument présenté par ce médecin n'a rien de nouveau et qu'il est d'ailleurs inutile.

M. le Président donne lecture d'une lettre de madame veuve Gayrard, qui fait hommage à l'Académie du buste de M. Trousseau, fait par feu son mari, P. Gayrard. Le buste est dans la salle des Pas-Perdus.

M. Broca présente un appareil compresseur destiné à prévenir des attaques d'épilepsie, construit par M. Gendron, orthopédiste, d'après les indications de M. le docteur Rozier (de Bordeaux).

Ce compresseur, dit M. Broca, a été fabriqué pour prévenir des attaques d'épilepsie qui sont précédées d'une *aura epileptica*, dont le point de départ est dans l'index de la main droite. Le malade exerçait la profession de carrier, et les attaques auxquelles il était sujet et qui venaient environ toutes les six semaines, l'exposaient à de tels dangers, qu'il avait dû quitter sa profession. Tous les traitements médicaux ayant échoué, le docteur Rozier a pensé que la compression de l'humérus, pratiquée immédiatement après la sensation de l'*aura*, pourrait avoir pour conséquence d'empêcher l'attaque et surtout la perte de connaissance. — Il a donc fait construire son compresseur qui, placé autour du bras comme un bracelet, est porté continuellement par le malade. Celui-ci, dès que l'*aura* se manifeste, tire la petite lame de cuir qui lâche la détente, et l'artère humerale se trouve immédiatement comprimée.

Or, depuis onze mois que le malade porte son bracelet, il a pu conjurer toutes les attaques dont le début lui était annoncé par l'*aura*. Il n'a pas une seule fois perdu connaissance, et il a pu reprendre sa dangereuse profession de carrier.

Le fait si heureusement démontré par M. Rozier est plein d'intérêt, mais il reste à se demander si la compression conjure l'attaque d'épilepsie en comprimant l'artère humerale ou en comprimant le nerf médium. Quoique l'auteur, en établissant un parallèle entre son instrument et le tourniquet de J. Le Petit, indique que c'est l'artère qu'il se propose de comprimer, il me paraît extrêmement probable que c'est en comprimant les nerfs que son instrument fait avorter l'attaque d'épilepsie.

M. Mége, membre correspondant, présente en son nom une brochure intitulée : « *Essai sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours.* »

M. Tardieu présente en son nom un nouvel ouvrage intitulé : « *Étude médico-légale sur l'infanticide.* »

M. Devilliers présente de la part de M. le docteur Odier (de Genève), une brochure intitulée : « *Recherches sur la loi d'accroissement des nouveau-nés constatés par le système des pesées régulières et sur les conditions d'un bon allaitement.* »

M. Briquet présente, de la part de M. Tigri (de Sienne), un opuscule sur le sang.

M. Michel Lévy présente : 1° au nom de l'auteur, M. le docteur Jeannel, un ouvrage intitulé : « *De la Prostitution dans les grandes villes au dix-neuvième siècle et de l'extinction des maladies vénériennes.* »

2° Au nom de M. le docteur J. Périer, médecin en chef divisionnaire de la province d'Alger, deux brochures, l'une sur le choléra de 1866, et l'autre sur la constitution médicale et l'état sanitaire de cette province.

M. le Président annonce à l'Académie que, dans la prochaine séance, il y aura un comité secret dans lequel M. Hardy lira un rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de therapeutique.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la Tuberculose.

La parole est à M. Chauffard.

Discussion sur la tuberculose.

M. Chauffard : Devant les faits d'inoculation rapportés par M. Villemin, la première question à poser était celle-ci : Ces faits énoncent-ils une réalité, ou ne cachent-ils qu'une illusion? Ces inoculations amènent-elles un résultat qui leur soit propre, qui ne se produirait pas sans elles; ou les résultats que l'expérimentateur accuse ne sont-ils qu'une simple et trompeuse coïncidence, ne présentent-ils aucune relation de cause à effet avec l'inoculation pratiquée? Le doute ne me paraissait pas permis : je croyais, et je crois à l'action efficace des inoculations tuberculeuses.

Cependant l'un des savants orateurs que l'Académie a entendus semble refuser, jusqu'à présent, à l'inoculation de matière tuberculeuse aucun pouvoir producteur; si ce pouvoir existait, la question serait jugée suivant lui; la tuberculose serait spécifique, inoculable, contagieuse. Telle est, en effet, la déclaration de notre éminent confrère, M. Béhier. C'est aux diverses circonstances étiologiques et aux qualités du terrain qu'il faut rapporter, suivant lui, la formation des tubercules. L'inoculation ne semble donc y être pour rien à ses yeux.

Une négation aussi entière me paraît en contradiction formelle avec les faits expérimentaux. Je ne reproduirai pas les excellentes considérations par lesquelles mon ami M. Hérard vous prouvait qu'on ne saurait passer au compte banal des coïncidences les résultats signalés, et que, si *follement tuberculisable* que soit le lapin, au dire de M. Béhier, les expériences pratiquées sur cet animal et sur d'autres sont si nombreuses et si accentuées qu'elles ne peuvent laisser de doute sur l'influence des inoculations. Mais ces considérations, quelle que soit leur valeur, ne sont encore qu'accessoires pour juger de l'influence productrice des inoculations : il faut, pour apprécier vraiment celle-ci, étudier la marche des accidents morbides consécutifs aux inoculations. Cette marche, si bien décrite par votre savant rapporteur, n'est-elle pas la preuve vivante de l'action inoculatrice? Ces traînées de lymphatiques indurés, allant des points d'inoculation aux ganglions voisins, l'engorgement de ceux-ci se propageant de proche en proche, l'accumulation de matière caséeuse sur place et dans les ganglions engorgés, le développement ultime de granulations miliaires dans les poumons, le foie, la rate, etc., tout cela n'accuse-t-il pas ouvertement l'inoculation pratiquée, et peut-on soutenir qu'entre tous ces faits aucun lien causal n'existe, qu'il n'y a là que des juxtapositions de phénomènes et de lésions, et qu'il n'y a pas à rechercher une

explication pour des relations qui n'ont pour elles qu'une vaine apparence? Sans doute, ce jugement sommaire et expéditif délivre de toute préoccupation ultérieure et ne trouble pas ceux dont le siége est peut-être fait d'avance. Mais qu'importe la négation devant un fait brutal, que l'on peut renouveler à volonté? Un jour vient inévitable où la négation est emportée et où le fait s'impose. Ce jour, M. Villemin peut l'annoncer comme prochain, et il sera en droit de dire à son savant contradicteur, M. Béhier : Vous ne pouvez contester plus longtemps l'évidence; les inoculations caséo-tuberculeuses provoquent une génération de matière tuberculeuse; réformez donc toutes vos idées sur la nature et les causes de la tuberculose; car, vous l'avez déclaré, devant le fait prouvé de ces inoculations, il faut changer la place que la tuberculose occupe dans le cadre nosologique, et cela en dépit de toutes les déductions contraires.

Pour nous, Messieurs, notre négation est moins absolue et notre opposition plus radicale. Nous admettons le fait expérimental et nous repoussons les déductions pathologiques, tandis que M. Béhier, s'il acceptait le fait, accepterait les déductions. Ces déductions, vous les connaissez; elles consistent à faire de la tuberculose une maladie essentiellement spécifique, virulente, contagieuse; l'inoculation de la matière caséo-tuberculeuse n'est autre que l'inoculation d'un virus tuberculeux.

Je n'ai pas à revenir sur la réfutation que j'ai donnée de cette opinion. Étudiant les faits morbides qui suivent, d'un côté, les inoculations virulentes avérées, et, de l'autre, les inoculations caséo-tuberculeuses, j'ai montré quelle distance séparait les unes des autres. J'ai surtout fait valoir les différences profondes de l'évolution pathologique qui suivait chacun de ces ordres d'inoculation : ici, la généralisation primordiale, en quelque sorte, de l'affection virulente, aussitôt que le contage inoculé a impressionné l'organisme; là un état local progressif, dont on suit la trace pas à pas, et qui amène une prolifération successive des éléments du tissu plasmatique touché par la matière inoculée ou par les produits cellulaires dus au travail local primitif.

En toute cette étude, je n'ai pas dépassé l'examen des faits immédiatement afférents aux inoculations de matière tuberculeuse, pratiquées par M. Villemin et par notre savant rapporteur, M. Colin. C'est sur les résultats fournis par l'expérimentation elle-même que j'ai voulu asseoir et le jugement de l'expérimentation et celui de la doctrine pathologique suscitée par elle.

M. Pidoux, dépassant le cercle que je n'avais pas voulu franchir, a abordé, avec une ampleur magistrale, l'étude de la tuberculose considérée dans sa nature propre, et il a soumis les opinions de M. Villemin au double contrôle de l'étiologie et de la clinique. Il a fait ressortir le caractère tout spontané de l'affection tuberculeuse, la puissance des causes occasionnelles communes dans la production de la maladie; il a montré à quel point les caractères des produits tuberculeux sont des caractères communs, et s'éloignent, comme la maladie elle-même, des caractères vrais des produits spécifiques. Elargissant encore la question, il a montré comment les affections morbides, à mesure qu'elles s'élèvent dans l'échelle diathésique, deviennent de moins en moins spécifiques, de moins en moins propres à produire des contages et des virus. Toutes ces questions et d'autres, qu'il serait trop long de rappeler, M. Pidoux les a largement traitées, et quelles que soient les dissidences sur tel ou tel point particulier de ses doctrines, on ne peut méconnaître la haute valeur de cette critique qui a toujours en vue le côté fondamental et pratique des choses, et qui pénètre souvent au plus profond de l'art et de l'observation médicale.

Il y a donc eu de la part de M. Pidoux et de la mienne une réfutation parallèle de la doctrine de M. Villemin sur la spécificité de la tuberculose, l'une basée sur l'étude des phénomènes et des lésions qui accompagnent les inoculations caséo-tuberculeuses, l'autre sur l'étude de la tuberculose elle-même. Je regrette que mon savant ami, M. Hérard, n'ait pas paru soupçonner cette réfutation à la fois expérimentale et clinique, et que dans son excellent discours, il se soit borné à démontrer la réalité des inoculations de matière tuberculeuse que nous ne contestons pas, sans se demander si, cette inoculation étant admise, il s'ensuit nécessairement que la tuberculose est une maladie spécifique et virulente. Là est pourtant le point essentiel, le nœud même de la question. C'est à éclairer cette question litigieuse que notre collègue aurait dû consacrer ses efforts de démonstration. M. Hérard admet toutes les opinions de M. Villemin, sauf celle qui concerne la spontanéité de la tuberculose repoussée par M. Villemin, que M. Hérard défend, au contraire, et associe à la virulence de la tuberculose; il range cette dernière à côté de la morve, maladie à la fois virulente et spontanée. Il importait donc de démontrer cette spécificité et cette virulence, et M. Hérard n'a démontré que l'inoculation d'un produit. Or, l'inoculabilité du produit emporte-t-elle de soi l'inoculabilité de la maladie elle-même? Nous essayons de démontrer le contraire, M. Pidoux et moi : pourquoi ne pas nous opposer des démonstrations inverses? M. Hérard s'étend longuement sur la distinction de la pneumonie caséeuse et de l'affection tuberculeuse; il veut nous présenter cette distinction comme profonde, et après l'avoir établie anatomiquement aussi radicale que possible, il avance que cette pneumonie caséeuse doit cependant rentrer dans la grande unité tuberculeuse, et n'en saurait être isolée; il distingue et puis il confond; il sépare et il réunit. Soit; ne cherchons pas à voir si ce n'est pas renverser d'une main ce qu'on édifie de l'autre; acceptons le fait comme on nous le présente; n'est-il pas tout au moins une preuve que la différence dans les produits anatomiques n'implique pas la différence dans l'affection productrice? Pourquoi, en revanche, deux modes affectifs différents n'engendreraient-ils pas un même produit morbide? Pourquoi la même matière tuberculeuse ne serait-elle pas l'œuvre, ici, d'un simple travail local de prolifération cellulaire, là, d'une affection diathésique primitive et générale? M. Hérard, qu'il me permette cette appréciation, semble avoir suivi la pente de ses déductions anciennes sans se préoccuper des idées jetées depuis sur la route qu'il parcourait; il nous a présenté les enseignements condensés du livre qu'il a publié en collaboration avec M. Cornil, plutôt qu'il n'a cherché à résoudre les graves objections présentées contre la nosologie nouvelle de la tuberculose. Il y a là, croyons-nous, un desideratum qui infirme la portée d'un discours, si digne d'ailleurs de l'estime et de la faveur qui l'ont accueilli.

Je regarde donc comme acquis ces deux points : en premier lieu, les inoculations de matière caséo-tuberculeuse sont réellement génératrices, et provoquent la production des tubercules; en second lieu, ces inoculations n'engendrent pas la phthisie tuberculeuse, elles ne prouvent pas la spécificité et la virulence de la phthisie pulmonaire. Que sont donc ces inoculations, quelle sorte d'influence pathogénique exercent-elles, que sont les résultats pathologiques qu'elles entraînent, quelle est la signification de ces résultats? C'était là, messieurs, le problème que je m'étais posé; je vous demande la permission de défendre la solution que j'en ai donnée.

L'action virulente étant mise de côté, comme opposée à l'observation des faits expérimentaux et aux enseignements de la clinique, trois hypothèses s'offrent à nous pour expliquer le fait de l'inoculation : ou la matière caséo-tuberculeuse inoculée est directement entraînée dans le torrent circulatoire et agit à la manière des embolies; ou cette matière se comporte comme une sorte de greffe animale; ou elle provoque, par fécondation des éléments lymphatiques ou plasmatiques, la production de granulations tuberculeuses. Examinons rapidement la valeur respective de ces trois hypothèses.

L'embolisme de la matière caséo-tuberculeuse inoculée est accepté par plusieurs expérimentateurs, qui, de certains faits où le mécanisme embolique est évident, concluent par analogie à un mécanisme pareil dans les inoculations actuelles. En effet, quelques expérimentateurs injectent dans les veines ou dans les bronches du lapin les substances les plus diverses, de la poudre de charbon, de la fleur de soufre, des graines végétales, de la graisse fondue, et après avoir sacrifié l'animal au bout de quelque temps, ils trouvent dans les poumons des infarctus d'apparence tuberculeuse, et d'origine evidemment embolique.

Devant ces expériences, rajeunies et variées plutôt que nouvelles, il était difficile que l'on ne pensât pas à accuser d'un même mode d'action les inoculations de M. Villemin. Dès lors, il n'y avait plus d'action spécifique d'un virus, mais simplement inflammation locale disséminée par l'entraînement et la dispersion des corps étrangers. Je ne répondrai pas que telle ne soit au fond la pensée de M. Béhier, et que la fin de non-recevoir qu'il oppose aux inoculations n'ait uniquement en vue l'action d'inoculation véritable, et non la production par embolie de la matière tuberculeuse. Je suis porté à le croire, quoiqu'il ne s'en soit pas expliqué clairement. Notre savant confrère, en effet, nous a rappelé les injections de graisse fondue qu'il avait autrefois pratiquées, et il déclare avoir obtenu ainsi une production de matière tuberculeuse. Il ne repousserait donc pas les déductions que M. Villemin a tirées de ses inoculations, et il nous fournirait lui-même, à l'encontre de ce qu'il soutient, la preuve qu'on peut admettre le fait brut, la production expérimentale de matière tuberculeuse, sans accepter des inductions pathologiques mal assises, sans enlever à la tuberculose le rang qu'elle occupe dans l'ordre nosologique.

Eh bien! messieurs, malgré l'autorité de savants que j'estime, malgré la pente naturelle qui semble conduire à l'hypothèse de l'embolie, je ne puis l'admettre dans ce cas. Comme mon ami M. Hérard, je ne puis accepter en rien la comparaison entre des faits d'inoculation et des faits d'injection dans les veines ou dans les bronches. Il n'y a entre ces faits que de trompeuses analogies; en réalité, il n'est pas un trait qui ne les sépare, et qui ne montre qu'ils appartiennent à des ordres pathologiques essentiellement différents. Où est, en effet, la preuve que la matière caséo-tuberculeuse passe directement, et comme un corps étranger, dans le torrent circulatoire, et qu'elle peut ainsi se disséminer et se fixer sur divers points des viscères? Tout n'établit-il pas, au contraire, que cette matière séjourne au point d'inoculation, que son action morbifique commence à ce point, se propage ensuite, non pas mécaniquement, mais par impression pathogénique, aux ganglions lymphatiques voisins, pour de là envahir peu à peu toute la portion afférente du système lymphatique, et infecter secondairement le sang et les viscères? S'il ne s'agit que de simples embolies, comment expliquer la production sur place de matière caséo-tuberculeuse, la masse primitivement déposée étant moindre que celle que l'on retrouvera après un certain temps? Comment expliquer ces traînées lymphatiques indurées et enflammées, ces gonflements de ganglions qui se chargent de matière tuberculeuse? Est-ce là le processus ordinaire de l'embolie? Ne faut-il pas rendre compte de tous ces faits, avant de dire que ces inoculations ne sont que des modes d'embolie, et qu'inoculer ou injecter des matières irritantes dans les vaisseaux sont une seule et même chose? Si l'identité que l'on veut affirmer existe réellement, n'a-t-on pas le droit de la pousser jusqu'au bout, et de demander que ces substances irritantes, poussières minérales ou organiques, graines végétales, graisse fondue, au lieu d'être injectées dans les vaisseaux ou les bronches, soient seulement déposées sous la peau en petite quantité, comme pour une inoculation, et que de là, transportées dans le torrent circulatoire, elles agissent emboliquement comme elles agiraient si elles étaient injectées? Dans le mécanisme embolique, tous les corps étrangers de même dimension se valent, et la matière caséo-tuberculeuse ne peut jouir d'aucun privilége. Or, montrer les difficultés insolubles que soulèvent les hypothèses de l'action embolique, n'est-ce pas condamner sans retour ces hypothèses?

Mais, dira-t-on, que peuvent toutes les distinctions et tous les raisonnements contre la similitude dans le résultat final, contre cette production identique de matière tuberculeuse dans les cas d'embolie et dans ceux d'inoculation? L'identité du produit n'indique-elle pas l'identité des agents producteurs? Cette identité, dans les produits, n'est peut-être pas incontestable, comme s'est efforcé de le prouver M. Hérard; mais le serait-elle que la démonstration du fait embolique n'y aurait rien gagné; car l'agent producteur n'est ni la matière caséo-tuberculeuse de l'inoculation, ni la poussière ou la graisse injectées. Le véritable agent producteur c'est l'organe, c'est le tissu, c'est l'élément histologique vivant; l'agent morbifique qui l'excite peut varier, et néanmoins, sous des incitations différentes, il peut répondre par la même production morbide, par les mêmes symptômes, par la même réaction. Aussi avais-je signalé ces faits dans mon premier discours, et montré pourquoi les éléments plasmatiques communs, sollicités par des corps étrangers, par des poussières emboliques, produisaient des granulations d'apparence tuberculeuse, tout comme lorsque l'inoculation suscitait un travail de prolifération cellulaire, tout comme aussi lorsqu'une affection tuberculeuse primitive déterminait des proliférations misérables des granulations pathologiques. L'affection tuberculeuse et l'action embolique seraient-elles identiques ou seulement congénères, par cela qu'elles aboutiraient à des productions analogues ou plus ou moins comparables? Évidemment non; pourquoi alors invoquer l'analogie de ces mêmes productions pour identifier les inoculations caséo-tuberculeuses et les injections emboliques? Il faut bien le savoir, ces rapprochements, ces analogies dans les produits morbides n'ont qu'une valeur relative et subordonnée. C'est dans les caractères du fait morbide, dans l'évolution pathologique qu'il faut trouver la raison des assimilations ou des dissemblances réelles entre les causes morbifiques; là est le seul criterium qu'un médecin puisse accepter.

L'hypothèse des greffes que l'on a pareillement soulevée ne vaut pas mieux que celle des embolies. La greffe animale n'est pas comme la greffe végétale, une greffe envahissante, un individu nouveau qui s'accroît et s'étend dans l'individu ancien. La greffe animale est toujours une greffe languissante et chétive, qui vit, mais plutôt en diminuant, en rétrogradant, qu'en augmentant de vie et de puissance. La matière caséo-tuberculeuse inoculée, par cela qu'elle s'accroît sur place, qu'elle envahit les ganglions lymphatiques, qu'elle gagne et lèse les viscères internes, cette matière par cela même ne se comporte pas comme une partie animale greffée. Il y a, dans l'ensemble des lésions consécutives aux inoculations tuberculeuses, un enchaînement de faits qui témoignent d'un véritable processus pathologique, et non d'une greffe vivant solitairement sur le point où elle a été déposée. D'ailleurs je ne sais jusqu'à quel point il est permis de regarder comme capable de se greffer une matière aussi peu vivante, aussi bas placée dans l'échelle d'organisation que la matière caséo-tuberculeuse, ou que les granulations pigmentaires dont je parlais dans mon précédent discours, et qui ne sont pas des greffes, quoiqu'on en ai dit. Il faut pour qu'une greffe animale prenne, qu'il y ait entre elle et le sujet qui la supporte un echange actif de matière, un mouvement continu d'assimilation et de désassimilation que les matières caséo-tuberculeuse et pigmentaire ne peuvent réaliser de leur côté. On ne peut donc demander aux théories de greffe animale la raison des faits observés à la suite des inoculations de M. Villemin.

Nous venons de le voir, ni la négation des faits d'inoculation tuberculeuse, ni l'opinion de la nature virulente de la matière caséo-tuberculeuse, ni la théorie de l'embolie capillaire, ni celle de greffe animale, n'expliquent les caractères et l'évolution des accidents morbides observés chez les animaux inoculés : il ne nous reste que la prolifération des éléments du tissu plasmatique et ganglionnaire pour rendre raison de la génération de la matière tuberculeuse. Cette prolifération elle-même, nous ne pouvons la concevoir, si elle n'est pas un effet sans cause, que sous l'incitation fécondante déterminée sur les éléments plasmatiques par l'approche des éléments caséo-tuberculeux. Nous avons donc essayé d'appliquer à ces faits les notions générales de physiologie histologique, à l'aide desquelles M. Wirchow explique le développement de toutes les tumeurs néoplasiques.

Quelques objections ont été présentées contre l'application de ces idées de physiologie pathologique. L'une des plus considérables a été formulée par notre savant et respecté confrère M. Briquet. La matière caséo-tuberculeuse que l'on inocule est morte suivant lui; elle ne peut donc servir d'agent fécondant pour exciter la prolifération des éléments plasmatiques et lymphatiques. Il n'y a que des éléments vivants qui puissent exercer une action fécondante, de même que, seuls, des éléments vivants peuvent être fécondés. Cette objection, d'une apparence spécieuse, se présentait tout naturellement à l'esprit, et elle s'était déjà trouvée sous la plume d'un agrégé distingué de la Faculté de Montpellier. En rendant compte de ces débats dans le *Montpellier médical*, M. le docteur Jacquemet nous accusait de féconder la vie par la mort, tout en demandant, d'ailleurs, où étaient les organes et le fluide fécondant dans les éléments histologiques que nous mettions en présence.

Ces objections tiennent à des vues imparfaites sur la mort organique. (Ici l'orateur engage une discussion incidente sur la manière dont il faut considérer, suivant lui, deux morts dans l'être vivant qui s'éteint : la mort du tout, de l'unité vivante, mort première et générale, et la mort des éléments histologiques, de la multiplicité infinie des parties organiques, mort seconde et particulière; l'une frappant et anéantissant l'individu, en laissant subsister pour un temps variable les vies inférieures des cellules organiques; l'autre ne venant que par dégrés, etc. Il répond ensuite à l'objection du même critique relative au fait général de la fécondation cellulaire, fait qu'il déclare maintenir de toutes ses forces, comme livrant à lui seul toute la vie et étant en quelque sorte l'aboutissant dernier de la physiologie. Puis reprenant quelques-unes des petites querelles que lui a faites incidemment M. Béhier, il y répond par quelques courtes réflexions justificatives, et revient en ces termes à la question principale :)

Je ne veux pas diminuer derrière ces détails la question scientifique qui doit remplir tous ces débats, et qui est assez importante pour éloigner toute autre préoccupation.

Cette question, suivant moi, doit se résumer et se résoudre en ces termes : Les inoculations de matière caséo-tuberculeuse sont réelles et fécondes, c'est-à-dire déterminent une reproduction de matière tuberculeuse. Cette reproduction n'est pas le résultat d'une maladie générale, spécifique et virulente, ayant comme produit spécifique et virulent la matière caséo-tuberculeuse; en un mot, ces inoculations n'inoculent pas la tuberculose. Elles provoquent, non une affection primitivement générale et diathésique, mais un travail local, gagnant de proche en proche les vaisseaux et les ganglions lymphatiques, les viscères internes où le tissu plasmatique est naturellement abondant et disposé aux proliférations cellulaires. Ce travail local et les proliférations qui le suivent ne sauraient trouver leur raison d'être ni dans les embolies capillaires, ni dans les greffes animales; il réside tout entier dans la fécondation des éléments cellulaires du tissu plasmatique et des éléments lymphatiques. De la sorte s'expliquent et la production au point d'inoculation, la génération sur place de la matière caséo-tuberculeuse, et son expansion dans les organes lymphatiques et dans les viscères internes. Toute autre interprétation ne me paraît pas répondre à toutes les conditions des faits, soit de ceux que l'expérimentation décèle, soit de ceux que l'observation traditionnelle confirme. La pathogénie que nous osons proposer sauvegarde à la fois les enseignements de la clinique, ceux de la physiologie intime et profonde qui s'attache à l'étude des éléments organiques, ceux encore de la science expérimentale qui suscite des faits nouveaux destinés à éclairer et à contrôler les faits d'observation pure.

Quel est, messieurs, le caractère doctrinal de cette solution? De quelle philosophie relève-t-elle? Je n'en ai rien dit jusqu'ici, et j'aurais, sans doute, gardé le silence sur ce sujet, si M. Béhier ne m'avait donné l'exemple de plus de hardiesse. En prenant la défense de l'école de Paris, qu'il a tant de droits à représenter, mon honorable ami M. Béhier nous disait que la devise de cette école était tout entière

dans le mot *biologisme*, mot qui ressemble beaucoup, comme il l'avouait, à celui de vitalisme. « Si l'on n'a pas pris le mot de vitalisme, ajoutait-il, c'est probablement parce qu'il a été par l'un, par l'autre, revêtu de tant d'habits différemment nuancés, qu'on a craint qu'il fût difficile d'en bien saisir le sens. »

Je ne vois aucune difficulté, messieurs, à ce que cette courte devise soit celle de cette école, celle même de toute science médicale; je tiens non à tel ou tel mot, mais à l'idée, à la réalité vivante que le mot exprime. J'accepte donc le mot biologisme, sous la réserve cependant de quelques explications, car si le mot vitalisme représente à l'esprit bien des nuances différentes, le mot biologisme, quoique moins vieux, pourrait cacher déjà non-seulement des nuances, mais des oppositions tranchées. S'il est des vitalistes, en effet, pour qui les progrès de la science moderne ne comptent pas, et qui, endormis ou immobiles depuis Bichat, croient que la vie combat, annihile, change dans l'organisme les lois physiques, et que, par conséquent, physique et chimie sont inutiles et même dangereuses à interroger dans l'étude des phénomènes vitaux; par contre, il est des biologistes qui estiment que l'organisme est sous l'unique et absolue dépendance des lois physico-chimiques, qui pensent que rien ne distingue la vie d'avec l'ensemble des phénomènes inorganiques, et qui refusent à l'être vivant toute spontanéité propre, toute autonomie, toute unité. Le vitalisme et le biologisme sont certainement innocents de ces aberrations doctrinales; les vitalistes et les biologistes seuls sont coupables. Les premiers, s'il en existe encore, tendent à disparaître de la scène, et leur voix, si elle se fait entendre, rencontre si peu d'écho qu'elle tombe aussitôt, ne témoignant que de son impuissance : les seconds parlent peut-être plus haut, et leurs accusations ne sont pas toujours justes et éclairées; ils rendent responsables des préjugés et des erreurs accumulés par les vitalistes attardés dont nous parlions, ceux qui, aujourd'hui, démontrent que ces erreurs et ces préjugés, loin d'être inhérents à la doctrine de l'autonomie vitale, en sont comme la honte qu'il faut répudier hautement. Ils ne veulent comprendre le vitalisme que sous les traits dessinés par Bichat ou Barthez, et sous la forme d'un ontologisme arbitraire et scolastique; et encore dénaturent-ils à plaisir ces traits et cette forme, et les exagèrent-ils jusqu'au ridicule, jusqu'au mépris de toute vérité historique.

Si donc nous prenons le biologisme pour drapeau, que ce soit un biologisme pur de tous ces excès, de tous ces dénis de justice, que ce soit un biologisme sain et viril, prêt à reconnaître ce que notre passé doctrinal a eu d'inspirations élevées et pratiques. Que ce biologisme ne raille et ne méprise pas, mais qu'il étudie même l'histoire; qu'il sache retrouver dans les anciens maîtres de l'art, dans la grande tradition médicale, l'instinct profond, le sentiment sincère de l'idée de vie qui a conduit et soutenu la médecine pendant des siècles; qu'il continue cette œuvre, qu'il achève de dégager cette grande idée de tous les voiles qui la couvrent encore; que fort d'une expérimentation plus habile et plus pénétrante, d'une analyse plus savante et plus hardie, il contemple la vie dans ses œuvres intimes et premières, qu'il en suive l'évolution harmonique, qu'il la sente et la dévoile en retrouvant dans toutes ses œuvres, sentiment, génération, finalité; que surtout ce biologisme, dans son libre essor vers la vie, n'hésite pas à proclamer que cette physique et cette chimie qu'il emploie, et sans lesquelles toutes ses tentatives d'analyse avorteraient, ne peuvent pourtant lui livrer que les conditions des phénomènes vitaux, lesquelles sont toutes d'ordre physique; qu'il se garde de ce sophisme, si spécieux et si commun dans notre science, et qui fait prendre les conditions des phénomènes pour leur cause; qu'il démontre pleinement que la cause seule, quand on lui rapporte les phénomènes qu'elle engendre, peut constituer une science, que la phénoménalité pure y est de soi et toujours impuissante; qu'il sache voir l'unité et la fin dans les manifestations variées et successives de la vie; que le biologisme mette ces vérités en pleine lumière, qu'il les donne pour base à la science affermie, et l'avenir lui appartient. Il ouvrira à notre science une nouvelle ère de progrès; il assurera, en particulier, à la médecine française, un caractère, une originalité élevée, une puissance et un élan, qui maintiendront pour longtemps en ses mains ce sceptre médical que des nations voisines prétendent lui enlever. Mais, je ne me le dissimule pas, messieurs, mes vœux ne sont pas près de devenir des réalités. (Applaudissements.)

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Samedi prochain, M. Desormaux, chirurgien de l'hôpital Necker, doit faire une leçon sur l'Endoscope, sur l'invitation et dans l'amphithéâtre de M. le professeur Richet, à la Pitié.

— La Société médicale du sixième arrondissement met au concours la question suivante :

« Étudier sur l'homme et sur les animaux les effets physiologiques, toxiques et thérapeutiques du bromure de potassium; rechercher les voies d'élimination de ce médicament. » (Prix de 300 francs).

Les mémoires devront être adressés avant le 1er janvier 1869, terme de rigueur, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Léon Duchesne, rue de Seine, 91, à Paris.

Les mémoires dont les auteurs se feront connaître seront exclus du concours : les mémoires doivent seulement porter avec le titre une épigraphe qui sera répétée dans un bulletin cacheté joint au mémoire. Ce bulletin contiendra le nom et l'adresse de l'auteur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'entraînement chez l'homme *au point de vue physiologique, prophylactique et curatif*, par Hippolyte JAQUEMENT, ancien externe des hôpitaux de Paris. In-8° de 118 pages, 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Recherches chimiques et physiologiques sur l'érythroxylum coca du Pérou et la cocaïne, par M. le Dr Th. MORÉNO Y MAÏZ; in-8 avec planches. Prix : 3 fr. — Paris, 1868. Louis Leclerc.

Essai d'interprétation de l'action évacuante du tartre stibié, par M. le Dr DAVREUX ; in-8 de 66 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Recherches sur l'apoplexie placentaire et les hématomes du placenta, par le Dr VERDIER, in-8 de 64 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 16. — SAMEDI 8 FÉVRIER 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 8 FÉVRIER 1868. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 7 février 1868.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sur l'action physiologique et thérapeutique du bromure de potassium.

On sait de combien d'études et de recherches cliniques et expérimentales, le bromure de potassium a été déjà l'objet. Il s'en faut cependant que le dernier mot ait été dit sur cet agent thérapeutique, dont l'importance semble grandir et s'étendre à mesure qu'on y regarde de plus près. Il règne encore beaucoup d'obscurité sur le sens véritable de son action. Ce n'est que par le concours des expériences physiologiques et de l'épreuve clinique que l'on arrivera à dissiper cette obscurité. Faisant appel au contrôle réciproque de ces deux procédés de recherche, MM. Martin-Damourette et Pelvet se sont proposé d'étudier l'action physiologique du bromure de potassium, l'ordre de succession et la subordination des phénomènes qui se manifestent à la suite de son administration, et ils ont consigné les résultats de leurs recherches dans un travail récemment publié, et auquel nous empruntons les détails qui suivent (1) :

C'est une préoccupation toute pratique qui a conduit ces deux habiles expérimentateurs à entreprendre leurs recherches; il s'agissait pour eux de déterminer les indications du sel bromique dans l'épilepsie, en les appuyant sur le mécanisme de son action. On sait qu'en Angleterre, dès les premiers essais thérapeutiques du bromure de potassium, on a cherché à en circonscrire l'emploi dans une seule forme du mal caduc, l'hystéro-épilepsie. Les auteurs de ces études avaient traité une dizaine d'épileptiques par le bromure de potassium, sans tenir compte des formes ni des degrés du mal, quand le fait suivant vint s'offrir à leur observation. A un jeune homme de vingt-quatre ans, d'un tempérament nerveux, épileptique depuis neuf ans et ayant cinq ou six grandes attaques par mois, il avait été prescrit de prendre le bromure de potassium à la dose de deux grammes par jour pendant la première semaine, avec recommandation d'augmenter de deux grammes par semaine jusqu'à production d'amélioration dans les attaques ou de signes d'ivresse bromique. L'amélioration n'eut lieu qu'au bout d'un mois (avec les doses de huit grammes), et elle se manifesta immédiatement par la cessation des grandes attaques. Mais en même temps le pouls était tombé de dix pulsations depuis la semaine précédente; le sujet était d'une grande pâleur et tout à fait anaphrodisiaque. A première vue, on aurait pu trouver là une confirmation de l'efficacité du bromure par sédation génésique; mais comme, d'une part, il n'existait pas d'excitations génitales anormales, et que, d'autre part, la dépression génitale produite par le bromure de potassium avait eu lieu parallèlement avec la cessation des attaques d'apoplexie, il était plus naturel de rattacher ces deux phénomènes l'un à l'autre et de les subordonner à une même cause, la sédation de la circulation capillaire, révélée d'ailleurs dans ce cas par les deux autres phénomènes concomitants, la pâleur du tégument et le ralentissement du pouls.

Afin de vérifier cette hypothèse et de résoudre ce point délicat de thérapeutique, MM. Martin-Damourette et Pelvet résolurent de faire appel à l'expérimentation sur les animaux.

Voici les résultats principaux de ces expériences :

Les symptômes de l'intoxication bromique ont varié suivant la dose du bromure, le procédé et le lieu de son application.

Sous l'influence de doses faibles, comprises entre cinq et vingt-cinq milligrammes de bromure, l'animal (grenouille) est tranquille et assoupi. Il semble oublier de respirer pendant de longs instants. A la moindre excitation (toucher, bruit), il se met à respirer et à sauter pour retomber dans le même calme, dès qu'on l'abandonne au repos; cela dure de six à vingt-quatre heures, suivant la dose.

Ces résultats sont d'accord avec ceux que fournit l'observation clinique sur l'homme, où l'effet le plus apparent des petites doses (de un à deux grammes) est un sommeil plus prolongé, des envies de dormir dès que les sujets sont en repos, un système nerveux plus calme.

Ces petites doses déterminent en outre, chez les grenouilles, un ralentissement du cœur et un amoindrissement de la circulation capillaire, qui font présumer que de pareils effets de sédation vasculaire pourraient être obtenus chez l'homme sans s'élever aux doses perturbatrices.

Sous l'influence des doses moyennes, de trois à cinq centigrammes de bromure, deux résultats peuvent se produire : l'animal succombe ou il guérit.

Dans le premier cas, voici l'ordre de succession des phénomènes :

1° Douleur au point injecté; 2° frémissement musculaire, se produisant d'abord dans les muscles voisins de la partie injectée et ensuite, en une ou deux minutes, dans ceux des parties plus éloignées; 3° affaiblissement du mouvement et de la sensibilité; 4° amoindrissement de la circulation capillaire, ralentissement des battements du cœur, cessant de se contracter le dernier (*ultimum moriens*).

Dans le cas de guérison, la marche des symptômes du bromure ne diffère pas au fond de celle qui vient d'être indiquée.

Les effets de l'action du bromure de potassium, sur les grands systèmes et appareils de l'organisme, sont les suivants :

L'irritabilité d'un muscle ou du cœur s'éteint en une ou trois minutes par le contact du bromure solide ou dissous.

Les nerfs sensitivo-moteurs perdent leur excitabilité par le contact direct du bromure.

L'excitabilité de la moelle épinière paraît aussi directement atteinte par le bromure de potassium.

MM. Martin et Pelvet font remarquer à ce sujet l'importance des résultats qu'assure à la thérapeutique cette diminution de la sensibilité et du pouvoir réflexe de la moelle dans le traitement des affections douloureuses et convulsives, telles que l'irritation spinale, l'épilepsie, la chorée, l'hystérie, peut-être le tétanos, etc. Pour tous les praticiens, disent-ils, qui auront la sage hardiesse de s'élever aux doses nécessaires pour ramener la moelle à un juste équilibre entre la vivacité des actions qui lui arrivent et celle des réactions qu'elle engendre, il y a là de grands éléments de succès.

L'encéphale est également atteint par le bromure. Il produit un véritable sommeil anesthésique, comme le chloroforme et l'éther.

Les mouvements respiratoires sont affaiblis d'abord, puis abolis comme tous les autres.

Le cœur subit l'action paralysante du bromure comme tous les autres muscles; mais loin d'être atteint spécialement par cet agent, il lui résiste le dernier dans les cas de bromisme régulier.

La circulation capillaire s'est montrée constamment amoindrie à des degrés divers dans toutes les expériences.

L'abaissement de la température a été constant. C'est là un des résultats les plus importants de ces expériences, qui montrent que par sa double propriété d'abaisser la température et d'apaiser la circulation capillaire et centrale, le sel bromique vient se placer à côté de la quinine, de la digitale, de l'aconit, de la vératrine, de l'arsenic, du nitre, de l'émétique, etc.

En rapprochant de cette propriété sédative vasculaire et de calorification l'action sédative nerveuse du bromure, disent les auteurs de ces recherches, on ne peut s'empêcher d'être prévenu en faveur de ses applications au traitement des phlegmasies et de toutes les hyperémies, surtout à celles où prédominent quelques éléments nerveux (délire, douleurs, convulsions).

De toutes les sécrétions, la sécrétion urinaire est la seule qui se soit montrée fortement influencée chez les animaux, elle a toujours été activée; ce qui confirme la loi posée par MM. Trousseau et Pidoux, à savoir que les agents sédatifs de la circulation et de la chaleur sont en même temps des diurétiques.

La constipation que présentent beaucoup de malades soumis au traitement bromuré révèle une diminution de sécrétion intestinale et, plus encore, la diminution de sensibilité et de contractilité du plan musculaire de l'intestin. Il en est de même pour le pharynx, l'œsophage et les bronches, en un mot pour tous les plans musculaires de la vie organique. Ceci explique les succès du bromure contre les spasmes et l'hyperesthésie de ces plans musculaires (dysurie, incontinence d'urine, spermatorrhée, dysphagie, toux, coqueluche, asthme, etc.)

MM. Martin et Pelvet n'ont pas vu de salivation marquée ni d'angine, pas plus que de coryza, de bronchorrée ou de larmoiement; et ils pensent que les auteurs qui ont signalé ces phénomènes n'ont dû de les avoir constatés, qu'à ce qu'ils se sont servis d'un bromure iodu ré ou, tout au moins, d'une très-forte dose de bromure pur.

L'affaiblissement de la puissance génésique de l'homme ne s'accuse d'ordinaire, d'une manière marquée, que vers la dose de deux grammes de bromure et au delà. Le pouvoir anaphrodisiaque du bromure trouve sa raison principale, sinon exclusive, dans sa propriété vaso-motrice, qui paraît être la seule commune aux anaphrodisiaques les moins incertains, tels que la digitale, la ciguë, la belladone, le café, le camphre, le nitre, etc.

Voici, en résumé, en quels termes MM. Martin-Damourette et Pelvet exposent les conclusions et les déductions pratiques des recherches expérimentales et cliniques auxquelles ils se sont livrés sur le bromure de potassium.

1° Les effets du bromure de potassium sont toujours directs, c'est-à-dire dus au conflit de cet agent avec les tissus, soit au point où l'on applique, soit dans toute l'économie où il est transporté par la circulation, soit enfin sur les organes d'élimination.

La plus grande abondance du bromure de potassium au lieu de l'application et sur les surfaces d'élimination, explique la précocité et l'intensité plus grandes de son action en ces divers points. Ce fait légitimerait les applications topiques du bromure de potassium sur une plus grande échelle qu'on ne le fait généralement pour y combattre les éléments nerveux et vasculaire exagérés.

Il explique les succès du traitement bromique contre les hyperémies, les hyperesthésies et les spasmes des premières voies digestives et respiratoires, et de l'appareil génito-urinaire, sans que l'on soit obligé d'invoquer d'autre action élective, d'autre affinité du bromure pour les muqueuses de ces parties que celle qui résulte de leur situation sur la route d'entrée et de sortie du modificateur. Il explique la généralité de la sédation nerveuse et vasculaire, sans obliger davantage à localiser les effets du bromure sur la moelle épinière.

2° Le caractère spécifique du bromure de potassium consiste à atteindre également les propriétés des nerfs sensitifs et moteurs, du cerveau et de la moelle, ainsi que celle des muscles, qu'il affaiblit graduellement pour finir par les éteindre toutes successivement.

Les nerfs sensitifs perdent leurs propriétés avant les nerfs moteurs, ceux-ci avant la moelle et la moelle avant les muscles.

Le cœur survit seul souvent pendant plusieurs heures. Lorsqu'il s'arrête, son irritabilité peut encore être réveillée pendant quelques instants pour disparaître bientôt définitivement.

Cependant dès le début de la scène physiologique ou toxique, la circulation capillaire est très-amoindrie et les battements du cœur ralentis.

Quant à la respiration, elle ne paraît influencée que mécaniquement, c'est-à-dire que ses mouvements se paralysent plus ou moins rapidement comme tous les autres.

La température s'abaisse très-sensiblement chez les animaux à sang chaud d'abord, et pendant plusieurs heures dans la région injectée, et ensuite dans tout l'organisme. Ce phénomène est subordonné à la diminution de la circulation capillaire, d'abord locale, puis générale.

Il en est de même des sécrétions des muqueuses et de la peau, qui sont réduites en proportion de l'anémie de ces surfaces. Pareillement la dépression génitale se lie à la contraction des artérioles afférentes du corps caverneux, à son anémie qui constitue une véritable frigidité.

La nature des effets physiologiques du bromure de potassium fournit une explication satisfaisante des résultats thérapeutiques obtenus contre les éléments nerveux et vasculaire en excès dans les maladies.

Les expériences de MM. Martin-Damourette et Pelvet montrent que l'action du bromure de potassium est générale, et qu'elle atteint partout les systèmes nerveux et musculaire; c'est un anesthésique aussi bien des centres et des cordons nerveux que des surfaces muqueuses et tégumentaires; c'est un acynésique aussi bien des plans musculaires digestif, urinaire et respiratoire que des muscles striés.

Cette double propriété anesthésique et amyosthénique, rapprochée de l'effet sédatif sur la circulation, la chaleur et les sécrétions, expliquerait parfaitement, suivant eux, les applications faites jusqu'ici de ce médicament, sans qu'il soit nécessaire de recourir à des spécificités d'organes et à des localisations d'ac-

(1) Étude expérimentale sur l'action physiologique du bromure de potassium, par MM. Martin-Damourette et Pelvet. Brochure in-8°. (Extrait du *Bulletin de Thérapeutique*.)

tion. L'action bien constatée sur les grands systèmes permet d'embrasser d'un seul coup d'œil, et sans efforts, tout le domaine thérapeutique du bromure de potassium. Ainsi, par son action anesthésique et amyosthénique générale, il s'attaque aux névroses les plus étendues et les plus complexes (épilepsie, chorée, hystérie), tout comme il combat les névroses plus localisées (dysphagie, asthme, coqueluche, dysurie spasmodique, spermatorrhée, palpitations, etc.) ou seulement des éléments morbides isolés, tels que la douleur dans les névralgies, la migraine, le rhumatisme, etc. De même, son action sédative sur toute l'étendue de la circulation capillaire le rend propre à effacer les hyperémies de quelque siége et de quelque nature qu'elles soient, aussi bien dans les méningites, les fluxions oculaires, utérines, rhumatismales et goutteuses, etc., que dans les angines, le coryza, la bronchite, la cystite, l'uréthrite, les dermatoses, peut-être la scrofule et la syphilis.

Enfin, c'est parce que le bromure de potassium possède la double action hyposthénisante nerveuse et vasculaire, qu'il se montre si remarquablement utile contre les grandes névroses à processus congestif, des centres nerveux, telles que l'épilepsie et l'éclampsie, l'hystérie et le nervosisme, la chorée, etc.

Prolapsus du rectum. — Périnéoraphie.

Nous avons assisté hier matin à une opération de périnéoraphie, pratiquée à l'hôpital de la Charité par M. le professeur Gosselin, pour un cas de double prolapsus de la matrice et du rectum. Le rectum procident formait, hors de l'anus démesurément dilaté, une tumeur énorme qui n'avait pas moins de 6 à 7 centimètres de longueur, et un volume approchant celui du poing. La matrice, de son côté, faisait en dehors de la vulve une saillie du volume d'une grosse pomme. La tumeur rectale une fois réduite, — l'opération n'avait pour but que de remédier au prolapsus du rectum, — M. Gosselin a pratiqué une excision semi-lunaire de la peau et de la portion sous-jacente du sphincter de l'anus dans sa région postérieure ou coccygienne; puis, après cet avivement des parties, il les a rapprochées fortement jusqu'au contact et les a réunies au moyen d'une double suture enchevillée faite avec des fils métalliques, de manière à ne laisser dans la région anale qu'un orifice juste assez grand pour recevoir l'extrémité de l'index. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des suites de cette opération, et nous rappellerons à cette occasion, dans l'une des prochaines revues, les principales opérations du même genre que nous avons vues ou dont nous avons conservé le souvenir.

Appareil pour l'extraction des fragments lithiques de la vessie après l'opération de la lithotripsie.

Le numéro du 30 janvier de *la Gazette des Hôpitaux* contient la description de l'appareil qui a été construit par MM. Robert et Collin, sur les indications de M. Nélaton, pour l'aspiration des détritus lithiques dans la vessie après l'opération de la lithotritie. Nous n'avons pas l'intention de critiquer cet appareil instrumental, qui nous paraît parfaitement adapté au but qu'on s'en est proposé, comme le démontre d'ailleurs le résultat qu'il a donné déjà entre les mains de l'éminent chirurgien. Mais nous ne saurions dissimuler nos préférences pour les instruments les plus simples et les plus usuels. Or, il nous a paru, sauf vérification clinique, que ces conditions se trouvaient réunies dans l'appareil suivant, que M. le docteur A. Amussat a bien voulu faire fonctionner devant nous. Il se compose d'une sonde d'argent ordinaire sans anneaux, dont l'extrémité manuelle est introduite de 4 centimètres dans l'orifice d'une seringue à injection, en passant par un bouchon de liège qui sert à la fixer. Le piston est limité dans sa course, afin de ne pas chasser la sonde. Le bec de la sonde plongeant dans un vase contenant de l'eau et des détritus lithiques, plusieurs coups de piston ont été donnés, et nous avons pu constater qu'une certaine quantité de poudre lithique était restée dans le corps de pompe. La poussière lithique puisée avec le liquide à chaque aspiration se déposant très-rapidement dans le corps de l'instrument, on comprend qu'on peut ainsi en quelques coups de piston en retirer une grande quantité.

MM. Robert et Collin doivent fabriquer pour notre confrère une sonde évacuatrice entrant à frottement dans l'orifice de la seringue, pour remplacer la sonde ordinaire dont il s'est servi dans cette petite expérience.

MANŒUVRE DU RETROCEPS (1).

Par M. le Dr HAMON (de Fresnay).

Les femmes de ce pays accouchent souvent sur une simple ballière jetée à terre. Dans ces conditions, l'accoucheur s'agenouille entre les jambes de la parturiente où, dans les conditions ordinaires, il se trouve très-convenablement placé pour effectuer les manœuvres de l'extraction, au moyen du retroceps.

La femme préfère-t-elle accoucher dans son lit? Comme dans le cas précédent, on lui fait affecter l'attitude dorsale, en ayant soin de la faire se rapprocher, autant que possible, du bord droit de sa couche; condition qui permet à l'accoucheur de disposer de la main droite, pour opérer des tractions sur le manche de l'instrument.

La position classique, en travers du lit, n'est de rigueur, même dans les cas où la tête est arrêtée au détroit supérieur, que lorsqu'un obstacle sérieux s'oppose à la descente de l'organe et nécessite, de la part de l'opérateur, un certain déploiement de force.

Lorsque la femme repose en supination dans son lit, les cuisses écartées, l'accoucheur se tient debout, autant que possible appuyé contre le bord droit de la couche. Les organes sexuels sont-ils suffisamment lubréfiés par les produits utéro-vaginaux? Il est inutile d'enduire, au préalable, d'un corps gras la surface externe des cuillers de l'instrument. Cette précaution n'est nécessaire que dans les conditions opposées, et pour des motifs sur lesquels il serait oiseux d'insister.

Il est parfaitement loisible de procéder tout d'abord au placement soit de l'une, soit de l'autre branche. Comme, toutefois, on est toujours plus adroit de la main droite que de la gauche, il est préférable de réserver pour le second temps, l'usage du premier organe. J'ai donc pour habitude de commencer par mettre en place la branche gauche. Une seule fois j'ai été obligé de procéder d'une façon opposée, dans un cas où cette même branche, entraînant avec elle le col utérin insuffisamment dilaté, interceptait tout passage pour le placement du second levier; celui-ci retiré, j'introduisis en premier lieu son congénère, puis le second le suivit avec la même facilité.

L'accoucheur se tenant au bord droit du lit, l'intromission de la branche gauche se fait toujours avec la plus grande facilité. Pour ce qui est de la droite, s'il éprouve quelque peine à l'introduire, c'est qu'il peut se trouver mal placé, pour contourner aisément l'orbe de l'organe, au moyen d'une cuiller très-fortement cintrée; manœuvre qui ne peut s'exécuter qu'en inclinant très-fortement la tige de la branche vers l'aine opposée au point de pénétration du bec de l'instrument. Pour mener promptement à bien cette petite manœuvre, il faut que l'opérateur se mette à son aise. Il suffit, en cette vue, si besoin est, de monter sur une chaise et de s'agenouiller, sur le genou droit, entre les jambes écartées de la patiente, en regard des organes sexuels.

La seconde branche ainsi mise en place, on redescend à terre.

Le placement des cuillers doit toujours s'effectuer avec une extrême douceur et une très-grande légèreté de main. Les tiges sont tenues, par leur partie taillée, entre l'index, le médius et le pouce. Grâce à l'heureuse disposition des cintres, grâce à la liberté entière laissée à chaque cuiller de s'aller poser, comme à la garde de Dieu, ce premier temps de la manœuvre du retroceps est d'une incroyable facilité. Cette extrême facilité dépend surtout du plus grand degré de perméabilité de la lèvre postérieure du col utérin, en avant de laquelle doivent à peu près constamment s'engager les cuillers. Par ces divers motifs, l'introduction de ces dernières, qui est loin de s'effectuer toujours sans périls, lorsque l'on met en usage les forceps symétriques, est d'une innocuité absolue lorsque l'on met en œuvre le retroceps, dont les becs, d'ailleurs, plus cintrés et moins tranchants, sont par-là beaucoup moins susceptibles de blesser les parties molles. Même au détroit supérieur, il est complétement inutile d'introduire la main tout entière pour préparer la voie aux becs des cuillers. Le plus ordinairement, je me contente de porter l'index à l'encontre de l'organe; sur ce conducteur, je fais glisser l'un ou l'autre bec, et pour mettre les cuillers en place, il suffit de les laisser glisser entre la tête et le col utérin. Cette intromission doit s'effectuer en quelque sorte par le contrepoids de la tige, qui parcourt un arc de cercle fort étendu, puisqu'il a pour point de départ l'aine opposée de la femme, et qu'il doit aboutir au plan du lit de misère.

Voilà donc les deux leviers en place, en arrière de la tête. Reste maintenant à les articuler sur leur support commun.

Invariablement la branche basculante, c'est-à-dire la gauche, s'articule la première. A cet effet, il faut engager son extrémité digitale aplatie L (fig. 1) dans la longue mortaise du manche S (fig. 4). Cet engagement n'est possible qu'à la condition de rendre cette même mortaise promptement libre, en retirant de son champ la vis modératrice F et la goupille fixatrice de ce levier G. Le mécanisme du retrait de la première se comprend de lui-même; quant à celui de la seconde, il suffit de se rappeler qu'il s'agit d'un système de bayonnette. On imprime un quart de rotation sur son axe à cette goupille; on tire à soi de six à huit millimètres, et le champ de la mortaise est libre. La partie digitale de la branche une fois engagée dans ladite mortaise, on pousse le bouton G; la goupille s'engage au travers de la petite ouverture O; on fait accomplir un quart de cercle, cette fois en sens inverse, à ce même bouton, et la branche est articulée.

Ainsi, pour effectuer l'articulation de la branche basculante, quatre temps à accomplir, en supposant que la vis F ait été au préalable suffisamment retirée : 1° retrait du bouton G; 2° introduction de la partie L de la branche dans la mortaise S; 3° engagement de la goupille au travers de l'ouverture O; 4° mouvement de un quart de cercle imprimé au bouton G, pour s'opposer à tout retrait de la goupille. L'accomplissement de ces quatre temps ne demande que quelques secondes.

Passons maintenant à l'articulation de la branche pivotante. La manœuvre s'effectue également en quatre temps, d'une exécution non moins facile et rapide.

1° Le pont-volant H est levé, pour rendre la mortaise circulaire accessible;

2° La portion sus-discoïde cylindrique de la branche droite y est engagée;

3° Le pont-volant est rabattu et fixé par quelques tours de vis du bouton E;

4° La pointe d'arrêt N est engagée dans l'une des ouvertures du disque D. Cette dernière manœuvre est effectuée au moyen de l'anneau A, tenu entre le pouce, l'index et le médius de la main droite; l'organe congénère étant conjointement utilisé pour maintenir la poignée de l'instrument, pendant le mouvement plus ou moins étendu de rotation sur son axe, effectué invariablement, de droite à gauche, par la branche pivotante, dans ce dernier temps de son articulation.

Les deux branches une fois articulées, l'aspect extra-vulvaire de l'instrument est le plus ordinairement le suivant :

Triple obliquité du manche; obliquité de gauche à droite, de haut en bas et d'avant en arrière, toujours par rapport à l'accoucheur;

Mouvement de bascule, qui fait incliner plus ou moins fortement la tige gauche (branche basculante) vers sa congénère.

C'est pour prévenir le redressement de cette même branche basculante, qui, par l'effet des tractions, pourrait avoir pour effet de faire lâcher prise à l'instrument, qu'il est, je ne dirai pas invariablement, mais parfois nécessaire de lui assurer la position oblique qu'elle affecte, en engageant la vis F dans la mortaise S, jusqu'à ce que sa pointe mousse arrive au contact de la portion externe correspondante de la tige. Grâce à ce simple système d'arrêt, toute déviation en dehors du bec de la cuiller devient impossible. C'est par le bénéfice d'un mécanisme, en réalité d'une simplicité sans égale, que le retroceps parvient à mettre à la hauteur des mains les plus inhabiles le second temps de l'application du forceps, l'articulation de ses deux branches; manœuvre trop souvent inexécutable au plus grand nombre d'entre nous qui, en fin de compte, ne sommes que des accoucheurs de circonstance.

Combien de fois, la difficulté que je signale n'a-t-elle point été la condamnation d'un être innocent, que la si facile mise en œuvre du retroceps eût sûrement pu arracher à un trépas aussi prématuré!

Voici donc l'instrument en place. Il ne reste plus qu'à l'utiliser.

Lorsque l'on n'a pas de trop grandes difficultés à vaincre, la femme reste en supination, et le manche de l'instrument est saisi entre l'index, le médius et le pouce droit de l'accoucheur. Souvent même l'index et le médius suffisent pour opérer les tractions.

Ces tractions doivent toujours être effectuées avec douceur et ménagement, ne durer que quelques secondes, et être séparées par des temps de repos de trois à cinq minutes, qui représentent les intervalles analytiques de l'accouchement naturel.

En même temps que l'on exécute les tractions au moyen de la main droite, la gauche est utilisée pour obtenir, s'il y a lieu, par une dilatation digitale bien ménagée, l'effacement du col, puis le décoiffement de la tête; plus tard, pour repousser soigneusement, en arrière et au-dessus du pubis, les parties molles maternelles déplacées, entraînées par le passage de l'organe. Au dernier temps de l'extraction enfin, cette même main gauche est très-utilement employée, pour protéger le plancher périnéal.

On voit que nul instrument obstétrical, autre que le rétroceps, n'est susceptible, dans toutes les positions de deux leviers, d'être manœuvré d'une seule main la seconde restant toujours complétement libre et susceptible comme telle d'être le plus fructueusement utilisée.

Lorsque la résistance à surmonter est plus considérable, il convient de saisir la poignée à pleine main droite. Est-il besoin d'un plus grand déploiement de force? La patiente est mise en travers du lit, et le chirurgien, faisant usage d'une seule main, par rare exception des deux mains à la fois, prend, en même temps un point d'appui en arcboutant un ou deux genoux contre le bois du lit de misère.

Je n'ai jamais eu, fort heureusement, jusqu'ici à dépasser le contingent de la force d'un seul homme. Cette facilité, comparativement beaucoup plus grande, des manœuvres de l'abaissement tient à ce que la tête, entièrement libre en avant des cuillers de mon instrument, a toute facilité de présenter à la filière utéro-pelvienne ses diamètres les plus favorables. Avec les divers forceps symétriques, au contraire, les tractions directes ont nécessairement pour effet d'entraîner l'organe dans la position même où il se trouve saisi; manœuvre bien autrement laborieuse, et loin d'être toujours couronnée du plus heureux succès.

Les conditions de mon instrument, d'ailleurs, sont telles qu'on peut le plus ordinairement déployer une énergie musculaire considérable sans le faire lâcher prise. J'ai pu, un jour, dans un cas fort épineux, faire faire dépenser, par un vigoureux campagnard, une force de 145° au dynanomètre, sans déterminer le dérapement des cuillers. Dans toute ma carrière d'accoucheur, je puis assurer qu'il ne m'est pas arrivé une autre fois de pousser aussi loin la puissance des tractions.

Du reste, qui ne l'a suffisamment appris à ses détriments? Tous les forceps, quels qu'ils soient, sont susceptibles de déraper. Combien de fois mon croisé ne m'a-t-il pas valu, dans

(1) Voir les dessins de cet instrument, n° 143 (1867) de la *Gazette des Hôpitaux*.

un temps, de trop habituelles mortifications. Le professeur Tarnier nous rappelait à ce propos un accident très-grave; une déchirure intéressant même le rectum, produite par le fait du léniceps, manié cependant par des mains fort habiles.

De tels accidents sont beaucoup moins à craindre, en faisant usage du rétroceps. D'une part, en effet, l'organe complétement libre en avant de la double cuiller, est susceptible d'accommoder beaucoup plus aisément ses diamètres avec ceux de la filière ouverte devant lui; d'autre part, les tractions doivent toujours être effectuées avec une seule main, la seconde étant utilisée pour surveiller l'action des deux leviers, et l'impulsion imprimée par eux à la tête, dont l'abaissement doit s'effectuer, non pas brusquement, mais ligne par ligne.

Je sais, du reste, qu'aucun accoucheur n'est assuré de ne point trouver quelque jour sa roche Tarpéienne. Mais chacun reconnaîtra que les conditions d'un bon instrument sont faites aussi pour éviter, à qui sait convenablement s'en servir, bien de cruels mécomptes.

Je craindrais d'abuser de l'attention de mes lecteurs en insistant davantage sur le présent objet. On trouvera plus tard, dans la relation de quelques faits cliniques, un certain nombre de renseignements complémentaires, qui permettront à chacun de se faire une idée très-précise de la manœuvre de mon rétroceps. Il est d'ailleurs assez difficile de bien saisir l'esprit d'un instrument qu'on n'a point sous les yeux. J'ai vu plus d'un professeur d'accouchement porter sur lui un très-faux jugement, pour n'en avoir pu comprendre, *a priori*, ni le mécanisme, ni le mode d'action. J'ai vu, au contraire, les plus modestes esculapes de bourgades utiliser, j'oserai dire, en véritables aveugles, mais toujours avec succès, un instrument qui, dix-neuf fois sur vingt peut-être, supprime en quelque sorte toute difficulté opératoire; j'ai vu, par son bénéfice, les plus inhabiles triompher heureusement et presque sans peine de bien des obstacles, devant lesquels leur impuissance n'eut été que trop notoire, s'ils n'eussent pu disposer que du forceps classique dont le maniement exige trop souvent l'expérience consommée d'un maître. Il s'agit donc, dans l'espèce, d'expérimenter d'abord, sauf à raisonner ensuite.

QUELQUES MOTS

Sur l'utilité des saignées permanentes dans les fractures du crâne, justifiant une sage réserve dans l'emploi du trépan,

Par M. le Dr Adolphe Beauclair, d'Agde (Hérault.)

Le trépan a semblé reprendre un moment son ancienne faveur; Malgaigne l'avait stigmatisé, presque relégué aux choses oubliées; des autorités chirurgicales voudraient le remettre en honneur. Certes, entre sa proscription et son emploi prudent et raisonné, il est une juste limite, le difficile est de la trouver et de la trancher nettement. M. Brocca vient, à la Société impériale de Chirurgie, de présenter, en termes précis, les indications du trépan. M. Perrin est plus explicite, ses conclusions sont plus rigoureuses. Pour lui, à part l'extraction des corps étrangers et des esquilles mobiles, qu'il faut toujours enlever, la trépanation est indiquée toutes les fois qu'à la suite d'un traumatisme du crâne, fracture ou contusion, surviennent des complications limitées en un point de l'encéphale, sans retentissement sur les fonctions cérébrales. M. Trélat accepterait ces dernières conclusions, si le diagnostic pouvait être porté avec précision. Pour M. Lefort, il faut trépaner quand il y a hémiplégie simple ou compliquée de convulsions, mais s'abstenir dans le coma et les convulsions. On ne saurait trop tenir compte des conclusions de M. Larrey, elles établissent rationnellement de nombreuses contre-indications et elles mettent, avec non moins de raison, la trépanation au nombre des opérations que la chirurgie actuelle a su, depuis le commencement de ce siècle, employer avec une prudente réserve.

Sans idée préconçue, toutes les observations venant à l'appui de cette prudente réserve doivent être consciencieusement étudiées, et j'en expose ici deux, l'une ancienne, l'autre très-récente, qui sont de nature à tempérer les élans des trépanophiles, qui tendraient à trop rajeunir une opération rangée sagement, depuis longtemps, dans les pratiques chirurgicales exceptionnelles.

Dans la nuit du 14 au 15 septembre dernier, le sieur M..., âgé de 28 ans, cantonnier sur le chemin de fer du Midi, en résidence à Villeneuve-les-Béziers, faisait sa tournée de nuit, vers dix heures du soir, à mi-chemin environ de Vias à Villeneuve. Assis sur le bord de la voie, à très-peu de distance des rails, il prenait, à la lueur de sa lanterne, certaines notes près d'un poteau kilométrique, quand le sommeil le surprit. Le train arrive, et le marche-pied d'un wagon l'atteint à la région pariétale droite et vient, avec une cruelle brutalité, le tirer de sa funeste somnolence. Comme foudroyé par le coup, il s'élance automatiquement hors de la voie et, ruisselant de sang, par une nuit sombre, il parcourt un espace de plus de 50 mètres et va tomber dans un fossé, où il reste, sans secours, jusqu'à trois heures du matin. Le chef cantonnier, parcourant la voie à cette heure, aperçoit, au pied d'un poteau kilométrique, une mare de sang et arrive, en suivant sa trace prolongée, jusqu'au lieu où gît le blessé, dont il entend à peine les sourds gémissements. Revenu de son émotion, devant l'affreux spectacle de sa découverte, il se met aussitôt en mesure de faire transporter le blessé à la station de Vias.

Ce n'est qu'à neuf heures du matin que je pus arriver auprès du blessé, avec un lit de secours où il fut déposé, et le train le transporta immédiatement à la station de Villeneuve, où il fut procédé sans retard à un examen rendu si tardif par les circonstances.

La figure du blessé n'est qu'un caillot de sang; le pouls est régulier, vibrant et lent, les idées obtuses, mais demi-lucides; ses plaintes sont modérées. Point d'hémorrhagie auriculaire. L'examen de la tête fait constater ce qui suit : plaie du cuir chevelu, pénétrant jusqu'à l'os, et siégeant à la région pariétale droite : son étendue est de 10 centimètres; elle est oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Les bords sont assez nettement tranchés. Je coupe avec soin les cheveux, déterge le fond de la solution de continuité et la débarrasse des débris de terre sablonneuse qu'elle renferme. Le doigt, porté dans la plaie, constate un décollement du péricrâne ayant 5 centimètres de long sur deux de large. Dans cet espace du crâne dénudé, on sent une aspérité inégalement circulaire, grande comme une pièce de 5 francs; ses bords sont découpés et aigus. On reconnaît une fêlure de la table externe du pariétal, avec légère dépression du diploé. Toute pensée de trépanation paraissant téméraire, en présence d'une fracture n'intéressant, probablement, quoique la chose soit rare, que la table externe et fort peu la trame celluleuse intermédiaire, on procède au rétablissement des parties divisées. Les lambeaux du péricrâne sont replacés sur les faces correspondantes du pariétal dénudé; les bords de la plaie, affrontés et réunis par la suture entortillée, ménageant à la partie déclive un espace béant pour donner issue à la suppuration. Un pansement à plat est maintenu par une sorte de capeline. Le patient, porté dans son domicile, suivant la méthode fort vantée par Gama, on établit aux apophyses mastoïdes un écoulement de sang permanent et lent par une succession de sangsues renouvelées au fur et à mesure de leur chute. La saignée brachiale était ici contre-indiquée par l'état de concentration du pouls; d'ailleurs l'hémorrhagie qui avait eu lieu durant la nuit pouvait dispenser des larges émissions sanguines fort recommandées en pareil cas.

Des attractifs sont, en outre, placés aux membres inférieurs et le calomélas, à dose réfractée, est administré.

Les suites de cet accident ont été des plus simples : celles d'une plaie se réunissant presque par première intention. Le malade, après trois semaines, a pu reprendre son service, et rien ne dénote, dans son attitude, un trouble des idées, pas plus que la moindre souffrance du cerveau.

Cette observation, dans sa simplicité, a sa valeur, elle démontre que la trépanation, jadis si usitée, non-seulement pour les fractures incomplètes sans enfoncement et même pour les simples fêlures ou contusions, doit être, en ce cas, employée avec discernement. Ici la fracture ou fêlure n'a, très-probablement, intéressé que la table externe et bien peu le diploé. La table interne a-t-elle cédé, il y avait présomption pour la négative et pour une commotion cérébrale peu intense, faisant peu redouter une inflammation suppurative de la dure-mère ou une encéphalite, ou une exfoliation du point fêlé et contusionné. La trépanation est certainement de rigueur, quand il y a preuve de collection purulente localisée, à laquelle il faut donner issue, ou d'hémiplégie. Les cas de résolution inflammatoire spontanée et d'innocuité des fêlures et fractures incomplètes du crâne à la région pariétale, quoique avec violente contusion, ne sont pas rares, et une manœuvre chirurgicale difficile, chanceuse, a été plus d'une fois témérairement tentée, devenant pire pour le blessé que sa blessure.

L'observation que je viens d'exposer vient donner un nouvel appui à cette assertion et plaide en faveur d'une lenteur réfléchie pour la trépanation qu'on ne doit faire intervenir qu'en dernier ressort, dans les fractures incomplètes du crâne.

Cette autre observation que me transmet le docteur Beauclair, mon père, quoique de date lointaine, mérite d'être citée. Je l'expose succinctement :

En 1827, le sieur C... (habitant Clermont-l'Hérault), âgé de 12 ans, reçut, dans l'écroulement de la maison qu'il habitait, une pierre sur le pariétal gauche. Le cuir chevelu fut divisé dans une étendue de 15 centimètres au moins et dans une direction perpendiculaire atteignant l'os.

Là, le pariétal était littéralement partagé en deux, suivant la même direction perpendiculaire. La partie antérieure de cet os n'avait subi aucune dépression, mais la postérieure était enfoncée de telle façon, qu'entre les deux fragments il existait une ouverture béante assez grande pour permettre l'introduction d'une spatule. Quelques lambeaux de substance cérébrale se trouvaient épars sur la plaie, témoignant de la violence et de l'étendue de la lésion. L'introduction d'un levier était impossible pour opérer le soulèvement de la portion enfoncée. L'assoupissement du blessé était carotique.

L'indication était certes précise : il fallait trépaner pour juxtaposer le fragment déprimé du pariétal à la moitié restée en place. Faute de trépan, car aucun médecin n'en possédait dans le pays, la plaie, minutieusement détergée, fut recouverte d'un pansement à plat, dit pansement simple. Nonobstant la perte de sang abondante qui avait suivi l'accident, sur un sujet de frêle constitution, deux sangsues furent placées aux apophyses mastoïdes. Tant que durait l'écoulement, le jeune malade reprenait son intelligence et l'usage de la parole. Aussitôt qu'il était suspendu, le coma reprenait. Nouvelle application, amenant le même résultat.

Cette manœuvre fut continuée pendant trois jours et trois nuits consécutives. Les symptômes cérébraux ayant alors cessé, des pansements simples amenèrent, après quarante jours, une cicatrisation complète, mais avec une dépression effrayante.

Le sujet de cette observation vit encore, et la division du pariétal peut être appréciée à travers le tissu cicatriciel épaissi qui le recouvre sur le point fracturé.

Il ressort de cette observation, en dehors de l'importance des saignées permanentes, que les lésions corticales du cerveau n'ont pas toujours la gravité qu'on pourrait redouter. Il est évident qu'en l'espèce, la trépanation était indiquée, vu l'impossibilité de soulèvement du fragment déprimé dans la substance cérébrale. Le patient aurait-il résisté au traumatisme d'une manœuvre jugée ici indispensable et établie récemment, en principe, à juste titre? Il est permis de douter qu'il eût encore, à cette heure, depuis 1827, l'avantage de compter parmi les vivants.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 3 janvier 1868. — Présidence de M. Boys de Loury.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Boys de Loury, président sortant, adresse à la Société ses remerciements pour les marques de confiance, de sympathie et de bonne confraternité qu'elle lui a données; et la Société voudra bien accepter toute sa reconnaissance. « La Société, ajoute M. Boys de Loury, s'est recrutée de jeunes membres dont les antécédents scientifiques et l'honorabilité professionnelle sont faits pour faire rejaillir sur elle un nouveau lustre et une nouvelle splendeur. La Société est presque au complet; elle compte maintenant 58 membres sur 60, le nombre réglementaire. Mais si nous avons à souhaiter la bienvenue à de jeunes et savants confrères, nous ne saurions oublier ceux qui ne sont plus. MM. Guibourt et Lagneau père ont, pendant cette année 1867, terminé leur longue et savante carrière; tous deux ont été, en leur temps, de glorieux travailleurs, et la Société entière témoignera, par ses unanimes regrets, de la grandeur de la perte qu'elle vient de faire.

M. Gros, dit encore M. Boys de Loury, a donné sa démission de secrétaire général; il n'a pu continuer à remplir ces délicates fonctions. Tout le monde regrettera profondément une décision pareille, qui prive la Société d'un secrétaire général qui s'est acquitté de ses devoirs avec un zèle constant et une ardeur sans égale. Si cependant quelque chose doit diminuer et adoucir nos regrets, c'est le choix que la Société a fait pour lui succéder de M. Blachez. M. Blachez est connu de nous tous, son passé répond de l'avenir, et l'on peut compter sur son zèle et sa science pour s'acquitter d'une manière remarquable de ses nouveaux devoirs.

Messieurs, une lacune restait à combler dans les annales de la Société, depuis 1834 jusqu'en 1865; il existait un grand vide dans les travaux de la Société : ses mémoires, ses discussions avaient été publiés épars dans les diverses feuilles périodiques. Un jeune membre plein de mérite et de savoir, M. Leudet, veut bien se charger de corriger ces documents épars pour en faire un tout homogène qui sera un monument élevé à notre Société. Remercions, messieurs, notre collègue qui veut bien se livrer à un pareil travail, et qu'il sache que la gratitude de la Société est pleinement acquise à ses efforts.

M. Boys de Loury appelle à la présidence M. Chausit, président pour l'année 1868.

M. Chausit prononce l'allocution suivante :

Messieurs, avant de prendre place au fauteuil de la présidence, mon premier devoir est de vous exprimer ma vive gratitude pour l'honneur que vous m'avez fait. Le sentiment de légitime fierté que j'en éprouve, et que je ne cherche pas à dissimuler, serait sans mélange, si je pouvais me reconnaître l'autorité nécessaire pour remplir dignement la difficile mission que vous m'avez confiée.

A défaut de cette autorité que vous avez rencontrée chez mon honorable prédécesseur, j'aurai du moins, pour remplir ma tâche, pour veiller aux intérêts de la Société, un zèle et un dévouement que nul autre ne pourrait surpasser.

C'est une faible compensation, j'en conviens; mais, en accordant vos précieux suffrages à un humble pionnier de la science, vous n'entendez, messieurs, exiger de lui que ce que peut donner tout homme de cœur et de bonne volonté. Aussi je compte, non pas sur votre bienveillance, vous en êtes toujours prodigues, mais sur votre indulgence, et il m'arrivera d'en avoir besoin parfois.

Je suis heureux de commencer l'exercice de mes nouvelles fonctions en vous proposant un vote de remerciements pour tous les membres du bureau sortant.

Je m'abstiendrai de vous faire l'éloge de M. Boys de Loury; à coup sûr, je heurterais sa modestie; et d'ailleurs, que pourrais-je vous dire de nouveau que vous ne connaissiez déjà et bien mieux que moi? Cet éloge n'est-il pas inscrit dans les annales de la Société? Avant d'élever M. Boys de Loury aux honneurs de la présidence, votre juste confiance, vos sympathies l'avaient maintenu, pendant près de vingt ans, dans les difficiles fonctions de secrétaire général; et durant cette longue période, vous avez constamment apprécié les qualités aimables de son esprit, son caractère à la fois ferme et conciliant, son infatigable ardeur à stimuler les travaux de la Société.

M. Gros a cru devoir résigner ses fonctions avant l'expiration de son mandat. Quelques inquiétudes, heureusement exagérées, sur l'état de sa santé, mais surtout une position nouvelle qui lui impose des occupations fatigantes, lui ont fait craindre de ne pouvoir consacrer, comme par le passé, aux fonctions de secrétaire général, tout le temps nécessaire, toute cette incessante activité que vous avez déjà connue et qui ne s'est pas un instant démentie. Susceptibilité délicate et honorable à laquelle vous vous êtes associés avec regret; mais en conservant l'espoir que, dans le vaste champ d'observation qui lui a été confié, M. Gros saura recueillir des matériaux d'instruction dont il vous donnera la première communication.

Enfin, messieurs, vos zélés secrétaires annuels, MM. Charrier et Martin, devaient être remplacés, lorsqu'ils ont spontanément demandé à continuer leurs fonctions, si vous les jugiez dignes de votre confiance.

C'est un exemple trop rarement suivi dans les sociétés, où les fonctions de secrétaire annuel sont généralement considérées comme une dette de reconnaissance acquittée par les nouveaux membres admis, pour que je ne m'empresse pas de le signaler à votre attention.

La détermination prise par MM. Charrier et Martin est un hommage direct et éclatant rendu à l'importance de vos travaux, car des confrères aussi laborieux auraient montré peu d'empressement à continuer la rédaction des procès-verbaux si vos séances n'offraient aucun intérêt. Et si vous voulez bien vous rappeler cette rédaction substantielle, élégante, dans laquelle se trouve reproduite la physionomie animée de vos importantes discussions, vous reconnaîtrez, avec moi, que vos secrétaires annuels ont sérieusement rempli leur mandat, fourni une utile coopération à vos travaux en facilitant la besogne du

comité de rédaction. La Société saura plus tard s'en souvenir, je n'en doute pas; et même vous verrez ce précédent trouver, à l'avenir, d'autres imitateurs si vous continuez, messieurs, à déployer cette activité scientifique dont vous avez fait preuve dans le cours de l'année dernière, ainsi que l'attestera le compte rendu de votre honorable secrétaire général.

M. Gros, secrétaire général sortant, lit un compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1867.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Le secrétaire annuel, A. Charrier.

M. le docteur A. Garrigou-Desarènes adresse à M. le Président de l'Académie une lettre où il soutient son droit de priorité au sujet de l'écrasement linéaire des polypes de l'oreille, en réponse à la lettre du docteur Bonnefont, du 7 janvier.

Cette longue lettre se trouve résumée dans les sept propositions suivantes :

1° Que l'argumentation de M. Bonnafont ne s'appuie que sur la confusion qu'il tend à établir entre le sens chirurgical du mot ligature et celui du terme écrasement linéaire.

2° Que dans son livre, à propos du traitement des polypes et fungus de l'oreille, c'est sous la dénomination générale, traitement par la ligature, que M. Bonnafont range l'examen du moyen qu'il tend à assimiler rétrospectivement aujourd'hui au procédé ablation immédiate par écrasement et sans effusion de sang, dont M. A. Garrigou-Desarênes est l'auteur.

3° Que, pour prouver que M. Bonnafont n'a songé qu'à la ligature extemporanée, il suffira de rappeler la faiblesse du serre-nœud, c'est ainsi que M. Bonnafont appelle lui-même l'instrument dont il se sert et de constater que l'auteur ne cherche à faire valoir son instrument et son procédé que contre le procédé et l'instrument de Fabryzi.

4° Que, au sujet de la sixième conclusion de son mémoire du 4 octobre 1864, qui semble à M. Bonnafont une preuve péremptoire, M. Garrigou-Desarênes lui adresse les questions suivantes.

Mais l'excision sera-t-elle immédiate? Car c'est là qu'est la question.

Si l'excision se fait quelquefois immédiatement dans les polypes fougueux, où cela est le moins utile, en sera-t-il toujours nécessairement ainsi?

Le procédé consiste-t-il à laisser encore l'instrument dans le conduit auditif quand la section aura été impossible?

Dans quel cas sera-t-on en présence de la règle; dans quel cas, en présence de l'exception?

Le procédé consistera-t-il à chercher l'écrasement, sauf à se contenter, si faire ne se peut autrement, de poser une ligature, ou bien agira-t-on dans l'intention de lier, avec la chance favorable d'obtenir quelquefois une section complète et immédiate?

Et alors ne se trouve-t-on pas dans les données rigoureuses de la méthode préconisée, en 1860, par M. Bonnafont, dans son ouvrage?

M. Bonnafont a inventé un serre-nœud évidemment incapable de déterminer la section certaine d'un nombre considérable de polypes. Si c'est de l'écrasement qu'il entendait faire, comment ne s'était-il pas réservé la plus nécessaire des conditions, l'assurance d'obtenir mécaniquement une force suffisante?

5° Un fait seul justifie une assimilation qui ne résiste pas à l'analyse : l'emploi d'un moyen mécanique qui, pour se rencontrer dans les deux méthodes, n'en laisse pas moins scientifiquement, parfaitement distinct, le procédé chirurgical de la ligature et le procédé chirurgical de l'écrasement dont M. A. Garrigou-Desarènes a le premier proposé l'emploi dans le traitement des polypes de l'oreille en le distinguant nettement de la ligature, ce qui prouve au surplus péremptoirement la puissance de son instrument, auquel n'est pas comparable le serre-nœud qu'invoque M. Bonnafont et qui n'a pas seulement de vis de rappel.

M. A. Garrigou-Desarènes prie le Président de jeter un coup d'œil sur son instrument, qu'il a déposé à l'Académie au commencement de cette discussion, et, si celui de M. Bonnafont s'y trouve, de comparer; ce qui jugera tout à fait le différend.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 29 janvier dernier, M. le baron Larrey a été nommé membre du conseil consultatif d'hygiène et du service médical des hôpitaux près le Ministère de l'Intérieur, en remplacement de M. Rayer.

— Par décret en date du 5 février 1868, M. le médecin en chef Dufour a été élevé au grade de directeur dans le corps de santé de la marine.

— Par décret en date du 5 février 1868, M. Richaud, médecin principal, a été promu au grade de médecin en chef dans le corps de santé de la marine.

— Un concours pour une place de chirurgien-adjoint près les hôpitaux de Marseille, s'ouvrira dans cette ville le 15 juin 1868.

Un second concours pour une place de médecin adjoint près les mêmes hôpitaux s'ouvrira à Marseille le 22 juin 1868.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices civils de Marseille.

— La prochaine séance de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris aura lieu mercredi prochain, 12 février, à la mairie du 1er arrondissement.

Ordre du jour : 1° Rapport et vote sur une demande d'admission; 2° communications diverses.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des Épitheliums, *anatomie et physiologie comparées*, par Ch. Robin, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8° à deux colonnes, de la Bibliothèque des sciences naturelles. — Paris, 1868. Germer Baillière.

Pathologie morale, *Influences des affections organiques sur la raison*, par le docteur Clément Ollivier. 1 vol. in-8° de 236 pages, 4 fr. — Paris, 1868. Germer Baillière.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 10 février 1868.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

Société médico-chirurgicale d'Alexandrie (Egypte). — Lorsque nous étions en Égypte pendant le choléra de 1865, nous avons connu plusieurs des membres qui composent cette Société, et nous avons pu apprécier particulièrement le vrai mérite, la science étendue, comme le zèle et le dévouement inépuisables de son secrétaire, M. le docteur Dumesthé.

Aussi, après en avoir lu le second bulletin semestriel, sommes-nous heureux, mais non surpris, de constater la bonne direction qu'elle a suivie dans ses travaux.

Fixant spécialement son attention sur les maladies qui, rares en Europe, sont au contraire communes en Orient, elle a commencé par l'étude des abcès du foie, considérés surtout au point de vue du pronostic et du traitement chirurgical qui pouvait leur être appliqué.

Ce traitement devait-il consister à ponctionner la poche avec un gros trocar, comme on le fait pour les kystes de l'ovaire, sans s'inquiéter de provoquer d'abord la formation d'adhérences entre les surfaces correspondantes du péritoine?

Cette méthode comptait de nombreux partisans; mais il fallait avant tout montrer que la ponction du foie dans de telles circonstances n'était pas suivie par elle-même de péritonite suraiguë ou de phénomènes inflammatoires du côté de l'organe blessé.

Toute une série d'expériences sur le lapin, le chien, le bœuf, etc., prouvèrent qu'on pouvait, chez ces animaux, traverser le foie avec un trocar, sans qu'il survînt aucun phénomène morbide bien caractérisé.

La plaie du foie, comme la plaie extérieure, se fermait de suite; et il restait à peine à la surface de l'organe une cicatrice linéaire, lorsqu'on ouvrait les animaux peu de jours après. Du reste, aucune péritonite suppurative, alors même qu'on établissait une sorte de séton à travers le foie en y faisant passer un fil. Il se formait seulement dans ces derniers cas, autour du fil, des foyers de suppuration hépatique, qui se comportaient à peu près comme les abcès spontanés du foie.

Les résultats de ces expériences étaient importants, car ils concordaient avec des faits observés sur l'homme. Les médecins anglais de l'Inde étaient arrivés à proclamer l'innocuité des piqûres du foie; les nègres du Soudan, ceux du Gabon, ont coutume d'ouvrir les abcès hépatiques à l'aide d'une lame acérée; plusieurs médecins d'Alexandrie avaient vu des blessures du foie guérir de suite; et la Société crut pouvoir conclure sur ce premier point « que la ponction du foie n'est pas immédiatement suivie d'accidents graves ».

Nous devons rappeler qu'un peu plus tard M. le docteur Ramirez a soutenu la même opinion devant le congrès médical international. Suivant lui, la ponction du foie, pratiquée fréquemment, soit par le professeur mexicain Jimenès, soit par ses élèves, aurait presque toujours été inoffensive dans ses résultats immédiats.

Ajoutons que nous avons vu dans les hôpitaux de Paris des malades dont le foie a été impunément blessé par un trocar, alors qu'on voulait pratiquer la thoracentèse.

Il paraît donc que les blessures du foie sont réellement moins dangereuses qu'on ne le supposait, il y a quelques années.

Maintenant, en admettant que la ponction du foie soit à peu près inoffensive, quelle est son efficacité contre les abcès de cet organe?

La Société médicale d'Alexandrie a entrepris sur ce sujet une sorte d'enquête qui a duré tout un semestre; tour à tour, chacun de ses membres est venu exposer les résultats de son expérience personnelle, et voici les chiffres qui résument la statistique ainsi rassemblée.

Sur un nombre total de quatre-vingt-deux opérations pour abcès hépatiques, gros ou petits, il y eut vingt et une guérisons : soit cinquante pour cent.

De ces abcès, vingt-deux dépassaient le volume du poing; il en guérit sept, un peu moins d'un tiers.

D'une autre part, sur quatre-vingt-une observations d'abcès hépatiques abandonnés à eux-mêmes, il en guérit seulement quatorze, qui, pour la plupart, s'étaient ouverts dans le poumon.

La conclusion pratique est donc toute favorableà l'opération. Il résulte aussi des mêmes recherches que cette opération doit être faite le plus tôt possible, pour avoir les plus grandes chances de succès. Il ne faut pas laisser les abcès s'agrandir, mais les ponctionner aussitôt qu'on reconnaît leur existence, fussent-ils encore profondément situés.

Une fois le trocar introduit, pour favoriser l'écoulement du pus, plusieurs membres ont fait pénétrer dans la poche un tube à drainage qu'ils y ont laissé pendant des jours et des semaines.

Généralement, après l'opération, la diarrhée s'établit, quand elle n'existait pas précédemment, et elle a duré souvent quelques mois dans des cas qui se sont terminés par une guérison définitive.

Nous avons déjà dit que nos confrères d'Alexandrie ne songent pas établir des adhérences sur le point qu'ils doivent ouvrir. Ils rejettent donc l'emploi des caustiques, et, sauf que plusieurs vérifient préalablement leur diagnostic à l'aide d'un trocar explorateur, ils se comportent exactement comme on le fait pour une thoracenthèse.

Ils se rapprochent en cela de la pratique mexicaine; mais ils n'adoptent pas, ainsi que le font M. Jimenès et ses élèves, les espaces intercostaux comme lieu d'élection, quand on peut ponctionner plus bas.

Ils n'ont pas non plus cette crainte des adhérences pariétales qui nous semble fort exagérée chez M. le docteur Ramirez. Les parois du ventre sont trop mobiles pour s'opposer au retrait du foie, lorsque la poche se cicatrise; et il faut chercher d'autres causes pour les insuccès rapportés par notre confrère espagnol.

Hôpitaux. — Samedi dernier M. Richet a donné la parole à M. Désormaux pour compléter son enseignement clinique par une leçon sur l'endoscope.

La foule était grande ce jour-là dans l'amphithéâtre, et le succès de M. Désormaux a été complet.

Bien que limité par le temps, il a su exposer d'une manière lucide les principaux résultats cliniques auxquels l'a conduit sa nouvelle méthode d'exploration.

Il y a quelques années, nous avons rendu compte, dans ce journal, des travaux publiés par M. Désormaux sur l'endoscope, et sur l'histoire des granulations uréthrales que l'emploi de cet instrument avait appris à connaître.

Peut-être y aurait-il à faire quelques réserves au sujet d'une loi posée par M. Désormaux, qui attribue toujours ces granulations uréthrales à quelque ancienne blennorrhagie virulente.

On pourrait rappeler que, sur d'autres muqueuses, des granulations tout à fait semblables seront attribuées difficilement dans tous les cas à cette cause; et que la supposition d'un virus *granuleux*, sorte de virus blennorrhagique en miniature, en déplaçant la difficulté, ne la fait pas entièrement disparaître.

Mais ces objections de détail viendraient ici mal à propos, car elles portent sur des théories qui ont été développées ailleurs plus longuement qu'à la Pitié.

Samedi dernier, il s'agissait de donner une vue d'ensemble; et M. Desormaux y a très-bien réussi, ainsi qu'on a pu en juger par l'attention soutenue et les applaudissements réitérés de l'auditoire.

Parmi les traditions de la Faculté de Paris, il en est peu qui soient aussi précieuses que celle de permettre à tous les professeurs d'appeler dans leur chaire, pour une leçon sur un sujet donné, ceux qui le possèdent d'une manière spéciale.

Les leçons de ce genre sont toujours très-suivies et très-instructives; et parmi les maîtres qui ont ainsi utilement cédé leur place pour un jour, dans leur amphithéâtre à l'Ecole de médecine ou dans un hôpital, on compte les orateurs les plus éloquents, les vulgarisateurs les plus lucides, les illustrations de notre Ecole, Malgaigne, Trousseau, Velpeau, Bouillaud, Nélaton, etc. Nous félicitons M. Richet d'avoir joint son nom à cette liste.

— Entre les mains de M. Delpech, le phosphore a donné d'excellents résultats dans le traitement des paralysies.

Parmi les malades dont l'état s'améliore très-rapidement sous l'influence de cette médication, nous en signalerons trois qui sont dans le service en ce moment et qui présentent trois types différents de paralysies :

L'un a été empoisonné par l'action prolongée du sulfure de carbone;

Un autre était atteint d'une paralysie *à frigore* de forme ascendante;

Un autre avait été frappé d'une attaque d'apoplexie.

Chez tous le phosphore a produit des effets semblables.

Les érections ont reparu d'abord; il est maintenant parfaitement démontré que le phosphore est, en effet, un aphrodisiaque des plus puissants; ensuite, les fonctions locomotrices et sensitives se sont ranimées, sans que l'on observât jamais aucun accident qu'on pût attribuer à l'ingestion de ce médicament.

Du reste, M. Delpech emploie de faibles doses, un à trois milligrammes de phosphore par jour; chez une seule malade, exceptionnellement, il est monté jusqu'à six milligrammes.

Le phosphore est dissous dans l'huile à la dose d'un gramme par cinq cents grammes, et c'est cette huile phosphorée qu'on émulsionne, au moment du besoin, dans une solution gommeuse.

Les questions de thérapeutique ont souvent besoin d'être reprises.

Déjà Hueand, Franck et quelques autres, avaient guéri des paralysies par l'emploi de l'huile phosphorée; mais cette méthode était dans l'oubli, quand M. Delpech l'a reprise et en a montré les avantages.

— Nous parlerons prochainement d'une double série de malades, observés tant à la Pitié que dans le service de M. Bouchut, et qui montrent l'utilité des recherches ophthalmogiques dans la pratique médicale usuelle.

— Chez la malade que M. Jarjavay a récemment opérée pour une fistule vésico vaginale, il reste encore à retirer deux fils, avant de connaître le résultat.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. MARJOLIN.

Ostéite sous-périostée du Scapulum.

Dans le cas actuel, il ne s'agit plus, comme nous l'avons observé si fréquemment, d'un de ces enfants exténués par la fatigue ou des travaux au-dessus de leurs forces; c'était une jeune fille de 13 ans et demi, grande, forte, parfaitement constituée, sans antécédents scrofuleux; réglée depuis six mois, placée comme apprentie fleuriste chez de bons patrons. Sa position, comme on le voit, n'était pas mauvaise.

Vers les derniers jours de décembre 1867, sans avoir été exposée soit à l'humidité soit au froid, sans avoir fait de chute, elle ressentit dans le côté droit du cou et dans plusieurs articulations des membres inférieurs des douleurs sourdes; bientôt elles semblèrent se fixer principalement à l'épaule droite; leur intensité augmenta, la fièvre survint, et la malade fut obligée de se mettre au lit.

Tels sont les seuls renseignements que nous avons pu obtenir de l'enfant lorsqu'elle entra, le 5 janvier, dans notre service, venant des salles de M. Barthez, où elle avait été admise la veille comme atteinte de rhumatisme articulaire.

Notre collègue, en voyant la tuméfaction de l'épaule et la fluctuation qui était déjà manifeste sur plusieurs points de la région scapulo-humérale, avait reconnu de suite qu'il ne s'agissait pas d'une affection rhumatismale, mais d'une collection purulente profonde. La malade avait eu déjà du frisson, le visage était très-animé, le pouls fréquent, le ventre très-météorisé.

La malade fut placée, le jour même, dans mon service, et, en examinant avec soin toute la région scapulo-humérale, je ne tardai pas à voir que la fluctuation était surtout manifeste au niveau de la fosse sous-épineuse. Immédiatement je fis une incision profonde, pénétrant jusqu'à l'os; il sortit une grande quantité de pus, et, ayant introduit un stylet, je pus vérifier le diagnostic que j'avais porté, d'un abcès sous-périosté de la face postérieure du scapulum. Le périoste était décollé dans une étendue assez considérable, et l'os se trouvait ainsi à nu. Cette première ouverture amena un peu de soulagement, mais, contre mon espoir, je ne vis pas le gonflement articulaire diminuer sensiblement.

Comme toutes les articulations étaient douloureuses et que la maladie datait déjà de douze jours, j'examinai avec soin tous les points sensibles, principalement aux membres inférieurs, craignant qu'il ne se fût formé d'autres collections purulentes; n'ayant rencontré de fluctuation nulle part, je me contentai de faire recouvrir les régions les plus douloureuses avec de la ouate imbibée de laudanum, et d'entourer le tout avec du taffetas gommé, ce mode de pansement étant beaucoup plus commode et tout aussi efficace que les cataplasmes.

Je n'employai de cataplasmes que pour l'épaule.

Comme prescription, outre l'extrait de quinquina, j'ajoutai, dans le julep, 2 grammes d'alcoolature d'aconit. Sur le ventre, on fit des frictions avec l'huile de camomille camphrée. La malade dut prendre ce qu'elle pourrait d'aliments.

Le lendemain et le surlendemain, il y avait fort peu d'amélioration dans l'état général; le pus s'écoulait bien par l'ouverture, mais une autre collection isolée s'était formée au niveau de la région sus-épi-

neuse, et il fallut faire une nouvelle ouverture. Cette fois encore, le stylet arriva sur l'os, dénudé de son périoste.

Malgré cette double incision, l'articulation scapulo-humérale était toujours très-tuméfiée, excessivement douloureuse. On ne pouvait imprimer au bras le plus léger mouvement sans provoquer de suite des cris. En voyant la fluctuation qui existait au devant de l'épaule, je n'hésitai pas à faire une troisième ouverture en avant. Comme les deux premières fois, le pus s'écoula en abondance; je crus même, après un premier examen, l'articulation ouverte, mais je ne voulus pas pousser trop loin mes recherches.

Le 10 janvier, bien que l'état général fût encore des plus graves, il y avait comme une sorte de rémission. La malade, qui avait été très-agitée les nuits précédentes, avait un peu reposé; la peau était fraîche, le pouls moins fréquent, le visage moins coloré, la soif moins vive, la langue humide; le volume de l'épaule était presque normal et la douleur avait diminué. Cette amélioration relative était, je crois, le résultat d'une abondante évacuation alvine provoquée par un peu d'huile de ricin.

Mais si quelques symptômes généraux s'étaient amendés, il était survenu une nouvelle complication d'un pronostic très-grave : un engorgement de la région sous-maxillaire du côté gauche s'était produit, il y avait là une inflammation de la glande sous-maxillaire et de tout le tissu cellulaire environnant. Des onctions avec l'onguent napolitain et l'extrait de belladone furent faites sur cette région, et la prescription interne fut continuée. A dater de ce moment jusqu'à la mort, arrivée le 16, il survint de l'insomnie, du délire, des frissons très-marqués; de temps à autre, un peu de toux. Tout nous annonçait l'existence d'une infection purulente. Dans les derniers jours, il survint une hémorrhagie peu abondante par l'incision antérieure, et une escarre assez considérable au coude droit.

L'autopsie ne put être faite que partiellement : il nous fut seulement permis d'examiner la région scapulo-humérale, point de départ de tous ces désordres.

Presque tout le scapulum, dans les fosses sus et sous-épineuse, était dépouillé de son périoste. La partie inférieure cartilagineuse était détachée. L'articulation n'était pas ouverte, mais remplie de pus; la surface glénoïdienne était dépourvue de son cartilage. Quant à la tête de l'humérus, son cartilage était aminci, et en pratiquant une section suivant la longueur de l'os, il fut évident pour nous que déjà la portion spongieuse de la tête était malade jusqu'au cartilage épiphysaire. Il y avait déjà un commencement d'ostéo-myélite.

Très-probablement, si nous avions eu la permission de compléter l'autopsie, nous aurions trouvé d'autres altérations organiques consécutives à l'infection purulente.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. Fleury.

Pneumatocèle du crâne. — Mort.

Le pneumatocèle du crâne est une maladie rare, puisqu'on n'en trouve la description dans aucun des ouvrages de pathologie externe que nous avons entre nos mains.

Le *Compendium de chirurgie pratique* renferme, il est vrai, une observation de M. Jarjavay, mais il est question d'une perforation des sinus frontaux.

Dans l'année 1865, M. le professeur Denonvilliers en a observé un exemple assez remarquable, et le fait qui a été publié dans l'un des premiers numéros de *la Gazette des Hôpitaux* de l'année dernière, a été le point de départ des recherches qui ont été faites par M. Thomas, l'un de ses élèves, qui a réuni huit observations. Elles lui ont servi à composer la monographie qu'il a publiée.

Comme les malades dont il parle dans son mémoire sont guéris ou ont été perdus de vue, il a émis des hypothèses plus ou moins vraisemblables pour expliquer le développement de cette affection, mais aucune démonstration anatomique n'a été produite à l'appui.

J'espère combler cette lacune en faisant parvenir à la Société de chirurgie la pièce anatomique qui a été recueillie à l'Hôtel-Dieu de Clermont, et en adressant à ses honorables membres la description de l'affection qui a été observée.

Je pense que la discussion à laquelle donnera lieu cette communication servira à élucider un point de pathologie qui est encore bien obscur.

Le passage de l'air contenu dans les sinus frontaux ou les cellules mastoïdiennes peut, il est vrai, facilement expliquer le décollement du péricrâne; mais en dehors de toute lésion traumatique, la cause qui détermine la perforation de ces cavités me paraît encore environnée d'obscurité.

M. Thomas croit devoir la trouver dans l'atrophie de la lame externe des cellules mastoïdiennes et dans une perforation de cette lamelle. C'est une supposition purement gratuite et qui ne peut être admise lorsque l'on a sous les yeux la pièce anatomique que j'ai l'honneur d'adresser à la Société. Comment admettre, en effet, l'intégrité de l'ouïe et une altération primitive de l'apophyse mastoïde? Il est bien plus rationnel de supposer que la maladie a débuté par le périoste ou les os du crâne, et que l'usure ou l'ulcération qui en a été la conséquence, en établissant une communication avec l'apophyse mastoïde, la cavité tympanique et le périoste, a décollé cette membrane fibreuse et déterminé la formation du pneumatocèle.

Dès l'instant où les os du crâne sont mis à nu, cette altération doit être bien plus grave que ne le pense M. Thomas, et on peut se demander si on a jamais obtenu par la compression un recollement complet de cette membrane.

Le pneumatocèle du crâne ne me paraît donc pas une affection aussi bénigne que le pense l'auteur de la monographie en question, et le traitement n'est pas aussi facile qu'il l'assure et la guérison aussi radicale qu'il le suppose.

François G...., âgé de 30 ans, exerce à Clermont la profession de tailleur. C'est un homme assez robuste qui a toutes les apparences d'une bonne constitution.

Il sentit, il y a quinze mois à peu près, derrière le côté gauche de la tête, au niveau de l'apophyse mastoïde, une petite tumeur qui avait le volume d'une noisette. Elle était dure, indolente, sans changement de couleur à la peau; sa marche fut d'abord très-lente, son développement peu rapide, mais, depuis quatre mois, elle a pris un accroissement considérable et a gagné la région occipitale et la région pariétale du côté gauche.

Jusqu'au milieu de décembre, le malade n'a éprouvé aucune gêne, n'a pas senti la moindre douleur et a continué son travail comme par le passé; il percevait parfois néanmoins dans les oreilles de petit sifflements qui augmentaient d'intensité lorsque, par une cause quelconque, la tumeur était comprimée. L'oreille gauche en était bien plus fortement impressionnée que celle du côté opposé. Cependant, comme il ne souffrait pas, il ne fut pas autrement préoccupé de cet état et ne consulta personne.

Depuis quinze jours, G.... éprouve des étourdissements et de violents maux de tête qui l'obligent à suspendre son travail et qui le forcent à prendre un point d'appui sur les objets qui l'environnent pour prévenir une chute qui lui paraît à chaque instant imminente. C'est alors qu'il se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu de Clermont, où il est reçu le 7 avril.

On remarque, à la partie postérieure de sa tête, une tumeur qui a 56 centimètres de circonférence et qui mesure dans ses diamètres antero-postérieur et transversal 29 centimètres. Le premier part de la protubérance occipitale externe et aboutit au sommet de la tête, au niveau de la région fronto-pariétale; le second s'étend du milieu du pariétal gauche, au point correspondant du côté opposé.

Elle est irrégulièrement arrondie et présente au sommet de la tête trois ou quatre bosselures volumineuses; la peau, qui a conservé sa coloration normale, n'est point douloureuse à la pression. En la pressant dans ses différents diamètres, on a la sensation d'un corps mou et résistant. La percussion n'a pas été exercée; elle eut pu mettre sur la voie de la maladie.

Le 9 avril, après avoir préalablement fait raser la tête, je pratique une petite incision à la partie postérieure et inférieure de la tumeur. Mon étonnement fut grand, je l'avoue, lorsque je la vis s'affaisser comme un ballon de caoutchouc distendu par de l'air. Les douleurs qu'éprouvait le malade me faisaient croire plutôt à l'existence d'une collection liquide que gazeuse. Une petite artériole a été ouverte, sa ligature a pu être facilement pratiquée. En introduisant le doigt dans cette vaste poche, on sent des inégalités séparées par des enfoncements plus ou moins profonds et qui existent à gauche, surtout au niveau des apophyses mastoïde et occipitale.

Quelques boulettes de charpie sont introduites dans sa cavité, et on exerce une compression assez forte au moyen d'un couvre-chef, afin de se mettre à l'abri d'une hémorrhagie.

Dans la journée, le malade a de la fièvre et accuse un sentiment de chaleur dans toute la tête.

Le 10, la fréquence du pouls a encore augmenté : il y a 120 pulsations dans la journée.

Le 11, deux hémorrhagies successives ont lieu; on les arrête avec des tampons imbibés de perchlorure de fer et une compression assez énergique.

Le 12, les paupières sont le siége d'un œdème dur qui tend à gagner le visage.

Les liquides qui s'écoulent de la plaie ont une odeur très-fétide; des injections d'eau chlorurée sont pratiquées dans la cavité, et on y introduit quelques brins de charpie imbibés d'eau-de-vie camphrée.

A dater de ce moment, le moral du malade, qui était resté bon, commence à fléchir. Le gonflement qui existait aux paupières s'est étendu aux joues, aux lèvres, et a gagné les parois de la poitrine; la bouche ne s'entr'ouvre qu'avec difficulté, la déglutition est difficile, les yeux sont cachés par les paupières, qui ne peuvent plus s'entr'ouvrir.

Pendant quelques jours, l'amélioration qui s'est manifestée a pu donner quelque espoir. En même temps que la plaie se détergeait, que la suppuration était moins abondante et de meilleure nature, l'œdème diminuait, l'œil gauche commençait à s'ouvrir, la parole devenait plus facile, l'appétit reparaissait.

Mais ce bien-être n'a pas été de longue durée.

Le 22 avril, une nouvelle hémorrhagie plus abondante que les deux autres s'est manifestée; il semble à l'interne de garde, qui est appelé, que le sang est fourni par les surfaces osseuses, et qu'il provient des parties les plus profondes de la cavité.

A dater de ce moment, les forces s'affaiblissent de jour en jour, l'œdème gagne le thorax en totalité; la figure, énormément boursouflée, est hideuse à voir et rappelle celle des individus qui sont restés longtemps plongés dans l'eau.

Jusqu'au 25 avril, les facultés intellectuelles ont conservé toute leur intégrité, mais, dès ce jour, la mémoire s'affaiblit, du délire se manifeste, et lorsqu'on cherche à soulever le malade, il est saisi d'un tremblement convulsif.

Le 27, il y eut encore une légère hémorrhagie.

La déglutition n'est plus possible; il meurt le 2 mai, dans la soirée.

Ce malade était intelligent et a pu nous donner tous les renseignements désirables.

Il ne sait à quelle cause attribuer l'affection dont il a été atteint. Ses parents ont toujours été bien portants, lui-même a joui jusque là d'une bonne santé.

Il n'a jamais reçu de coups sur la tête; il n'a été atteint d'aucune affection vénérienne; sa vie a toujours été sobre et régulière; ses facultés intellectuelles et sensitives ont toujours été intactes, et malgré les petits sifflements dont il se plaignait parfois et qui n'ont existé que depuis le mois de décembre, l'ouïe a joui de toute sa sensibilité.

L'examen de la tête offrait un intérêt tout particulier; on pouvait le faire avec d'autant plus de facilité, que le cadavre n'a pas été réclamé.

Lorsque les os du crâne ont été dépouillés des parties molles, en ayant soin de conserver le périoste, ce qui n'a pas permis d'envoyer une pièce aussi nette qu'on l'aurait désiré, j'ai cherché à introduire une petite sonde métallique dans un conduit osseux, dont l'ouverture s'ouvrait à la partie postérieure de l'apophyse mastoïde; elle n'a pu pénétrer très-profondément. Je lui ai substitué une bougie en caoutchouc très-fine qui est allée plus loin, mais qui a été arrêtée à son tour : je voulais voir si la communication qui avait dû exister entre la trompe d'Eustache et le tissu sous-périostique serait conservée, mais ces tentatives n'ont pas abouti.

J'ai substitué aux instruments solides une injection d'eau; elle est sortie par le trou stylo-mastoïdien.

Lorsque, après avoir vidé le crâne et enlevé la dure-mère, j'ai voulu recommencer l'opération, le liquide disparaissait sans laisser aucune trace à l'extérieur.

Soupçonnant une communication avec la cavité encéphalique, j'y ai fait une ouverture qui m'a confirmé dans l'opinion que j'avais émise. Une petite tige de plomb indique le point où existe la perforation. Elle a servi à constater l'existence d'une usure dans la portion de l'occipital qui est creusé d'une dépression pour loger le sinus latéral, usure qui s'étend également à la base du rocher.

A l'extérieur, la cavité crânienne est dénudée de son périoste dans une surface qui est circonscrite par une ligne assez irrégulière qui s'étend à droite de l'apophyse mastoïde à la protubérance occipitale externe pour gagner de là la moitié droite de l'occipital, le pariétal du même côté et arriver, en se rétrécissant, au point de jonction de la suture fronto-pariétale.

Du côté gauche, la même ligne arrive en longeant le côté correspondant du pariétal à la même suture.

Les altérations osseuses les plus profondes n'existent point à l'apophyse mastoïde elle-même, qui a conservé sa forme et son volume mais plus en arrière; c'est là où les saillies et les enfoncements sont les plus prononcés.

Une altération de même nature se voit au niveau de la protubérance externe de l'occipital. Cet os est rugueux dans toute son étendue, mais les inégalités diminuent à mesure que l'on se rapproche de la suture lambdoïde pour disparaître presque complétemeet dans la région pariétale.

L'altération la plus profonde a donc son siége au point de jonction de l'occipital et du temporal, au niveau et un peu en arrière de la base de l'apophyse mastoïde. C'est là en effet où le mal a commencé.

Il est probable que la destruction des parois du crâne dans cette région aurait amené la dénudation et l'inflammation de la dure-mère et que, plus tard, G.... aurait succombé à une méningite.

On ne peut donc, d'après cela, considérer le pneumatocèle du crâne comme une affection sans gravité.

QUELQUES OBSERVATIONS

Sur les faits de la contagion de la fièvre puerpérale,

Par M. le Dr Stanski

(Communiquées à la *Société médicale des hôpitaux de Paris.*)

Une communication sur la contagion de la fièvre puerpérale a été faite, à la Société médicale des hôpitaux, le 22 novembre 1867; elle a été reproduite avec empressement par plusieurs journaux. Nous allons d'abord rapporter les faits avec d'autant plus d'exactitude que ces faits, appréciés sans idée préconçue, parlent contre la contagion de cette affection.

Les salles d'accouchement à la Pitié, dit M. Empis, médecin de ce service, se trouvent dans une situation hygiénique très-bonne, et la fièvre puerpérale y est relativement rare. Les femmes qui étaient dans ces salles se trouvaient dans un très-bon état de santé lorsque, tout à coup, trois nouvelles accouchées furent prises ensemble de la fièvre perpuérale. Elles furent immédiatement transportées dans le service des maladies aiguës, où elles succombèrent bientôt. Le surlendemain, une quatrième accouchée est frappée des mêmes accidents et transportée dans une autre salle où elle est morte. A partir de ce moment, aucun autre cas ne s'est produit.

Or, voici, d'après M. Empis, la clef de ces quatre fièvres puerpérales : cette maladie s'est déclarée à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Lorain, et trois femmes enceintes, prêtes d'accoucher, furent transportées de Saint-Antoine à la Pitié, où elles furent placées dans la salle des femmes en couches. L'une d'elles accoucha la première et commença, dit M. Empis, la série de fièvres puerpérales mortelles qui se sont produites après.

M. Lorain est venu ensuite compléter cette communication avec l'impartialité et l'exactitude qui sont indispensables pour résoudre, ou au moins pour éclairer une question scientifique quelconque.

D'abord, la salle d'accouchement à l'hôpital Saint-Antoine se trouve aussi dans les meilleures conditions de salubrité, d'après ce chef de service, et l'administration ne néglige rien pour la maintenir dans ces conditions.

Le 8 novembre, une femme accouchée dans cette salle meurt d'une fièvre puerpérale. Ce qui n'avait rien d'extraordinaire, car depuis quelques semaines, selon M. Lorain lui-même, la fièvre puerpérale régnait à la Maternité, à Cochin et en ville, chez les nouvelles accouchées.

Ce fait et l'existence d'une ophthalmie purulente chez les nouveaux-nés, qui est un précurseur avéré de la fièvre puerpérale, dit M. Lorain, lui faisait craindre l'invasion de cette épidémie; et en effet, le 12 novembre, une autre femme récemment délivrée a été atteinte d'une fièvre puerpérale foudroyante. Dans cette position des choses, l'évacuation de la salle fut immédiatement ordonnée.

Dix-sept femmes furent placées dans les différents services des maladies aiguës; plusieurs autres furent envoyées en ville.

Le jour de l'évacuation, il restait dans la salle trois femmes près d'accoucher; l'une y ayant séjourné environ quarante-huit heures, et les deux autres entrées entre huit et neuf heures du matin, furent presque immédiatement envoyées avec la précédente à l'hôpital de la Pitié.

Or, c'est à l'arrivée de ces trois femmes enceintes que M. Empis attribue le développement de la fièvre puerpérale chez les deux femmes de la Pitié (puisque les deux autres atteintes étaient les nouvelles arrivées), et il en conclut à *la contagion*. Il se garde bien de relever toutes les circonstances bien plus graves et plus importantes relativement à la question, probablement parce qu'elles contredisent complétement la contagion.

Voici ces circonstances :

I. — On dit qu'avant l'arrivée des femmes de Saint-Antoine et avant l'invasion de la maladie, l'état sanitaire dans ces salles était des plus satisfaisants. Mais en fait d'état sanitaire, il en est toujours ainsi : tout le monde se porte bien avant de tomber malade. Dans le service de M. Lorain aussi, les femmes en couches étaient dans un état satisfaisant avant le 8 novembre, jour du développement de l'épidémie à Saint-Antoine; et si, à l'hôpital de la Pitié, la fièvre puerpérale ne devait se développer que le 18 du même mois, rien que de naturel qu'avant ce jour la fièvre puerpérale n'y existât pas.

II. — On attribue l'invasion de la fièvre puerpérale, à la Pitié, à l'arrivée des femmes de Saint-Antoine; mais cette maladie a éclaté à Saint-Antoine sans que d'autres femmes y soient entrées venant d'un établissement infecté; mais la fièvre puerpérale existait à la Maternité et à Cochin sans que des femmes en couches aient été évacuées de Saint-Antoine dans ces hôpitaux; mais la fièvre puerpérale régnait chez les femmes qui accouchaient dans les maisons particulières, sans que des femmes enceintes y aient été transportées encore de Saint-Antoine.

III. — On attribue à l'évacuation des femmes atteintes la cessation de la fièvre puerpérale à la Pitié; cependant nous avons vu que, malgré le transport des trois premières atteintes dans les salles des maladies aiguës, le surlendemain une quatrième fut frappée. On peut donc voir que l'évacuation des malades n'a pas arrêté le développement ultérieur de la maladie. Je sais bien qu'on me répondra qu'après le départ de la quatrième la fièvre a cessé, et c'est vrai; mais il est probable que la fièvre a cessé parce qu'elle devait cesser. Mais si la fièvre puerpérale est contagieuse, et si ce sont les trois premières qui l'ont donnée à la quatrième accouchée, comment se fait-il que cette dernière n'ait pas infecté les autres femmes en couches comme l'ont fait les trois premières sur la quatrième? C'est qu'apparemment la fièvre puerpérale n'est pas contagieuse. Il est vrai que la fièvre puerpérale a éclaté à la Pitié après l'arrivée des femmes de Saint-Antoine, mais rien ne prouve qu'elle n'aurait pas commencé sans elles, comme elle a commencé à Saint-Antoine, à Cochin, à la Maternité et dans les maisons particulières. Elle a cessé après le transportement des malades parce qu'elle ne persiste nulle part indéfiniment. Seulement, elle cesse plus tôt ou plus tard, selon l'intensité de l'épidémie. Ce qu'il y a de plus certain dans toute cette question, c'est qu'un grand secret couvre la véritable cause de la fièvre puerpérale comme il couvre les causes de presque toutes les épidémies; mais, parce que nous ignorons la cause d'un fait quelconque, il ne s'ensuit pas que nous découvrons le secret en donnant des explications imaginaires.

IV. — Faire intervenir l'imagination dans la science, c'est ouvrir la porte à toutes les conjectures; on peut s'en convaincre par ce qui arrive avec la contagion de la maladie dont nous nous occupons. Ainsi, voilà une contagion qui n'agit ni sur les enfants, ni sur les adultes, ni sur les femmes en général, mais qui garde son action spéciale sur l'état puerpéral! Or, quand la contagion imaginée pour la fièvre puerpérale se comporte si différemment de tout ce que nous connaissons des faits de la contagion, on a tout lieu de s'étonner que cette seule circonstance ne fasse pas réfléchir et changer d'opinion les contagionistes, au moins relativement à cette affection. Mais peut-être que la contagion a aussi ses spécialités.

V. — En ne tenant pas compte de ce qui s'est passé ailleurs, on a l'air de croire que, comme la fièvre puerpérale a éclaté spontanément à la Maternité, à Saint-Antoine, à Cochin et chez les femmes accouchées à leur domicile, ces faits prouvent sa non contagiosité; par conséquent, ils tombent sous l'appréciation des anticontagionistes, tandis qu'à la Pitié la maladie commençait après l'arrivée des femmes de Saint-Antoine; et comme le *post hoc ergo propter hoc* paraît être aux yeux de M. Empis une démonstration évidente de la contagion, il en résulte que la fièvre puerpérale, pour sûr, a été importée à ce dernier hôpital par la contagion et qu'elle est réellement contagieuse.

Je présente dans leur ensemble les faits rapportés par MM. Empis et Lorain, j'en fais ressortir des conséquences opposées; et si le lecteur et peut-être M. Empis lui-même, après une lecture bien réfléchie, reconnaissent que mes observations ne manquent pas de justesse, il en résulterait que dans ce cas l'opinion de notre savant confrère est erronée.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 22 janvier 1868. — Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Prestat assiste à la séance.

COMMUNICATIONS.

Anévrysme poplité guéri par la compression digitale

M. Houel. (*Voir la* Gazette *du* 23 *janvier*.)

Luxation de l'Astragale avec fracture de cet os et rotation de la trochlée autour de son axe transversal. — Subluxation de l'Astragale sur le scaphoïde.

M. Guérin. Quand on examine l'astragale dans ses rapports avec les os sur lesquels ses surfaces articulaires doivent se mouvoir, et les ligaments qui la fixent et s'opposent à son déplacement, on serait tenté de révoquer en doute la possibilité de la luxation de cet os. Mais des faits nombreux prouvent que sa luxation sur la mortaise péronéo-tibiale est assez fréquente, et déjà la science a enregistré un certain nombre d'observations de luxations de l'astragale sur le calcanéum.

Je ne dirai rien des cas dans lesquels l'astragale, restant uni au reste du pied, se luxe sur la jambe. C'est réellement la luxation du pied. Je tiens seulement à consigner dans nos bulletins une observation curieuse de luxation de l'astragale avec fracture au niveau du col de cet os, luxation de la trochlée sur l'apophyse postérieure du calcanéum et luxation incomplète, en haut de la tête de l'astragale sur le scaphoïde.

Le nommé F..., peintre en bâtiment, âgé de 27 ans, revenant le soir de son travail, se heurta contre des tuyaux placés sur la voie publique et, perdant l'équilibre, il tomba en arrière et sur le côté gauche. Dans cette chute, il fut retenu par le pied gauche, qui s'était enfoncé dans l'intérieur d'un des tuyaux, et, le poids de son corps entraînant la jambe en sens inverse, il y eut une grande violence exercée sur le bas de la jambe. Le malade ayant été porté dans une pharmacie, le pharmacien saisit le pied et, se faisant aider de deux hommes, il tira de toutes ses forces pour *rebouter* la luxation ou la fracture à laquelle il pouvait avoir affaire. Après cette opération, qui ne devait pas avoir été d'une grande utilité, le malade fut apporté dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, le 16 décembre 1867. Les internes l'ayant examiné avec soin, reconnurent une luxation de l'astragale. L'un d'eux crut qu'il s'agissait de l'espèce que l'on a appelée complète, dans laquelle l'os a perdu les rapports naturels qu'il a avec les autres os du pied et avec la poulie astragalienne. Un autre pensa que c'était simplement une luxation du pied sur la jambe.

Le malade ressentant une vive douleur, les internes crurent devoir, pour le calmer, procéder immédiatement à la réduction de la luxation.

Je regrette de ne pas pouvoir décrire l'état dans lequel était le pied lorsque le malade fut apporté à l'hôpital. Les élèves qui eurent occasion de l'observer disent qu'il y avait, en avant de la mortaise péronéo-tibiale, une saillie qu'ils crurent formée par l'astragale déplacé en avant. Aussi, dans leurs tentatives de réduction, ils pressèrent d'avant en arrière sur cette saillie, pendant que le pied était tiré en sens inverse.

A la suite de cette opération, pensant que tout avait été remis en place, ils mirent la jambe et le pied dans une gouttière et firent faire des applications de compresses trempées dans l'eau-de-vie camphrée.

Le lendemain, à la visite, ne trouvant que du gonflement, sans autre déformation que celle qui accompagne une violente entorse, je crus, comme les internes, que la réduction avait eu lieu, et j'espérai qu'aucun accident ne surviendrait.

Je fus bientôt détrompé, car, au bout de quelques jours, je constatai, au-dessous de la malléole interne, de la fluctuation dénotant un abcès qui s'ouvrit de lui-même par un pertuis que j'agrandis pour faciliter l'écoulement du pus. Malgré l'étendue de cette incision, il fallut, le surlendemain, en refaire une autre près de la malléole externe, et, ayant introduit une sonde vers l'articulation tibio-tarsienne, je reconnus que l'astragale n'était plus recouverte de ses ligaments et que plusieurs articulations avaient été ouvertes.

Pendant huit jours, on pansa avec des cataplasmes de farine de lin et l'on maintint le membre malade dans la gouttière, où il avait été placé.

Malgré l'immobilité, la suppuration augmentant chaque jour et le malade s'affaiblissant rapidement, je pratiquai, le 18 janvier, l'amputation de la jambe, au-dessus des malléoles. Je ne parlerai pas de cette opération, dont les suites semblent devoir être favorables. Je ne rapporte l'histoire de ce malade qu'à cause du déplacement inattendu que nous constatâmes dans le pied.

L'astragale, fracturé au niveau de son col, avait deux fragments : l'un antérieur, maintenu encore en place par le ligament interosseux, avait pourtant subi une grande violence dans son articulation astragalo-scaphoïdienne, qui était largement ouverte; bien que les ligaments dorsaux de cette articulation eussent été rompus, on ne voyait en ce point aucun indice d'inflammation, mais le plan supérieur de la tête de l'astragale dépassait de près d'un centimètre la surface correspondante du scaphoïde.

Le fragment postérieur présentait un déplacement plus curieux, car il avait subi un mouvement de rotation sur son *axe transversal*, de telle sorte que la surface calcanéenne était devenue postérieure et verticale, se trouvant ainsi sur le même plan que la surface postérieure du tibia. Par suite de ce déplacement, la face supérieure de la trochlée était devenue antérieure, et c'était sur son bord postérieur que la mortaise péronéo-tibiale reposait.

Je ne crois pas qu'il y ait dans nos recueils une observation indiquant un pareil déplacement.

M. Dubrueil, dans une thèse fort intéressante, a bien rapporté trois faits de luxation de l'astragale avec fracture du col de cet os; mais, dans la première de ces observations, « l'os, en se luxant et en abandonnant à la fois la surface tibiale et la surface calcanienne, avait subi un mouvement de rotation autour de son *axe vertical*, de telle sorte que sa partie postérieure était devenue antérieure et réciproquement. Ce mouvement avait été tel, que la surface malléolaire externe regardait en dedans et un peu en bas, tandis que l'interne regardait en dehors. »

Dans la seconde, qui, comme la précédente, a été empruntée à Foucher, le fragment postérieur de l'astragale avait été renversé en dedans, de manière que la poulie articulaire était devenue parallèle au bord interne du pied, en tournant sur son axe antéro-postérieur.

Dans la troisième, qui a été communiquée par M. Jarjavay, le fragment trochléen avait encore tourné sur son axe antéro-postérieur, mais en sens inverse du précédent, de telle sorte que la face supérieure regardait en dehors, la face inférieure en dedans et la surface malléolaire interne en haut.

Ces observations prouvaient que le déplacement peut se faire par rotation sur les axes vertical et antéro-postérieur. La pièce que j'a l'honneur de communiquer à la Société prouve que la rotation peut s'effectuer sur l'axe transversal.

Sur la pièce que je présente, on voit, en outre, que la mortaise péronéo-tibiale et le fragment d'astragale avec lequel elle a conservé des rapports, ont été portés en arrière sur l'apophyse postérieure du calcanéum, immédiatement derrière la surface astragalienne de cet os; et malgré le déplacement, l'allongement de la portion prétibiale du pied n'était pas appréciable à la vue, par suite du gonflement résultant de l'inflammation des parties molles.

Dans le déplacement que nous avons constaté après l'amputation, quelle part faut-il attribuer aux tentatives de réduction? Je serais assez disposé à croire que la portion antérieure de l'astragale a été un peu réduite par la pression exercée sur une saillie observée sur l coude-pied au moment de l'arrivée du malade à l'hôpital, et que la mortaise péronéo-tibiale a été reportée en arrière par suite de la traction en avant que l'on a opérée sur le pied.

En voyant dans ce fait : 1° une luxation de l'astragale sur la mortaise, 2° une subluxation de l'astragale sur le scaphoïde, 3° une luxation du pied sur la mortaise et le fragment postérieur de l'astragale, 4° une fracture comminutive du corps de l'astragale, on se demande avec étonnement, et sans pouvoir en donner une explication suffisante, comment tant de lésions et comment des lésions si graves ont pu se produire dans une chute faite sur le côté et en arrière, le pied étant simplement retenu dans l'orifice d'un tuyau où il s'était introduit sans violence.

Le mode de production de ces lésions me paraît de nature à augmenter l'intérêt que présente la luxation sur laquelle j'ai appelé l'attention de la Société.

M. Broca. J'ai pris connaissance de la plupart des observa tions qui sont relatives à la luxation de l'astragale, et je dois dire qu'il n'existe pas un seul fait analogue à celui dont M. Guérin vient d'entretenir la Société. Ordinairement la fracture porte sur le col de l'astragale et consécutivement la tête de l'os se luxe sur le scaphoïde, tandis que le fragment postérieur prend une situation variable.

Dans le cas de M. Guérin, la fracture porte sur le milieu de l'os; de plus, on peut affirmer que par suite d'une pression directe et verticale, la fracture et la luxation de l'os se sont effectuées simultanément.

Pour ce qui est de la luxation du scaphoïde par rapport à l'astragale, je dois déclarer que je n'admets point les luxations dites du scaphoïde, car toutes les autopsies ont démontré que les prétendues luxations du scaphoïde ne sont que des luxations sous-astragaliennes. Les notions d'anatomie sont contraires à l'idée d'un déplacement permanent du scaphoïde par rapport à la tête de l'astragale. Dans l'observation de M. Guérin, il s'agit simplement d'une luxation de l'extrémité antérieure de l'astragale sur le scaphoïde. Sans nier absolument la possibilité des luxations du scaphoïde, il faut attendre des faits la démonstration de ce déplacement.

M. Chassaignac. Le fait que vient de rapporter M. Guérin est des plus intéressants. Toutes les fois qu'il s'agit d'une luxation de l'astragale, il faut faire une distinction capitale, suivant que la luxation s'accompagne ou non d'une fracture de l'os. Quand l'astragale est brisé, chacun des fragments peut se déplacer sans que la forme du pied soit pour cela modifiée d'une façon notable; on comprend donc les difficultés du diagnostic d'une pareille lésion; au contraire, lorsque l'os entier est déplacé, il y a une difformité considérable, l'os fait une saillie en dedans en même temps qu'on observe une déviation latérale du pied. Je dois signaler cependant une exception : dans un cas présenté ici par moi, la déviation du pied n'existait pas, et cela par suite de l'existence d'une fracture du cuboïde.

M. Broca fait remarquer que dans le cas rapporté par M. Chassaignac, la fracture du cuboïde changeait toutes les conditions physiologiques du pied, ce qui rendait possible la luxation du scaphoïde.

M. Chassaignac. Je n'accepte pas l'interprétation de M. Broca j'ai, du reste, caractérisé la lésion non point de luxation du scaphoïde, mais bien de luxation de l'avant-pied sur l'arrière-pied.

M. Legouest. M. Broca avait bien raison de dire que les faits pouvaient donner tort aux inductions tirées des dispositions anatomiques. J'ai observé l'année dernière, à ma clinique, un fait incontestable de luxation du scaphoïde en haut par rapport à la tête de l'astragale. La luxation résultait d'une torsion considérable du pied; elle s'était produite chez un soldat dont le cheval s'était abattu, le pied restant dans l'étrier. Cette luxation incomplète est demeurée irréductible, quelles qu'aient été les manœuvres mises en usage, et lorsque tout gonflement a eu disparu, le déplacement est demeuré très-évident. On sentait au niveau du col de l'astragale une dépression notable, et immédiatement en avant, on constatait un relief formé par le scaphoïde; le doigt constatait même l'existence de la cupule formée par la face postérieure du scaphoïde. La voûte du pied était un peu abaissée, mais on ne sentait point la tête de l'astragale du côté de la face plantaire.

M. Broca. Le fait de M. Legouest paraît assez probant; ce-

pendant, pour modifier mes convictions sur l'existence de la luxation du scaphoïde, il faudrait qu'on nous montrât une pièce pathologique. Bien des fois on a diagnostiqué la luxation du scaphoïde sur le vivant, et l'autopsie a fait voir qu'il s'agissait de tout autre chose. Je ne puis admettre que M. Legouest ait observé un cas d'énucléation ou de luxation du scaphoïde par rapport aux os qui s'articulent avec lui, notre collègue n'eût pas manqué de le dire.

M. Legouest. Il y avait continuité parfaite à la face dorsale du pied, entre le scaphoïde et le premier métatarsien; il s'agissait bien certainement d'une luxation du scaphoïde et des os qu'il supporte en haut par rapport à la tête de l'astragale.

M. Guérin. Je reconnais que sur ma pièce la fracture de l'astragale porte un peu en arrière par rapport au col de cet os. Indépendamment de la variété de luxation dont vous pouvez constater l'existence en ce moment, j'insiste sur l'importance de la lésion eu égard à la simplicité de la chute; ordinairement, les luxations de l'astragale s'observent à la suite de violences considérables.

Résection tibio-tarsienne traumatique.

M. Broca présente les pièces pathologiques provenant d'une résection tibio-tarsienne qu'il a pratiquée à l'hôpital Saint-Antoine.

Il ajoute les détails suivants : Une femme de 33 ans, très-lourde, chaussée de talons très-élevés, saute d'une voiture et se luxe par un mouvement de torsion le pied en dedans; les deux os de la jambe restés en dehors perforèrent la peau, le bas, la bottine et pénétrèrent dans le sol. Dès les premiers instants, on songea à l'amputation du bas de la jambe. La malade fut endormie, et au moyen d'une large incision, on put extraire l'astragale qui était complétement mobile grâce à une fracture qui intéressait la face inférieure de cet os. Cela fait, les deux os malléoles furent reséqués, sans toutefois conserver le périoste qui se trouvait déchiré en plusieurs points. Des accidents inflammatoires se manifestèrent consécutivement; néanmoins la malade guérit, et à sa sortie de l'hôpital, elle marchait sur une bottine munie de deux montants en acier. Le raccourcissement du membre paraissait notablement moindre que la hauteur des os reséqués.

Ostéite sous-périostée du Scapulum.

M. Marjolin. Plusieurs fois déjà, j'ai entretenu la Société de la fréquence et de la gravité des abcès sous-périostés ou des ostéo-myélites chez les jeunes sujets, et presque toujours j'ai eu à signaler en même temps l'erreur de diagnostic à laquelle cette maladie peut donner lieu, lorsque l'on n'a pas été à même de l'observer dès son début ou lorsque l'on manque de renseignements précis. Aussi, je n'aurais pas cru convenable de vous faire cette nouvelle communication si, par sa marche rapide, ses complications et son siége assez insolite, l'affection ne m'avait paru, cette fois, sortir un peu des faits du même genre. (*Voir plus haut.*)

M. Chassaignac. La communication de M. Marjolin est des plus intéressantes; on ne saurait en effet trop insister sur le diagnostic et le traitement des phlegmons sous-périostés. Je profite de cette occasion pour affirmer de nouveau l'importance capitale du drainage chirurgical dans les cas d'abcès sous-périostés. J'ai obtenu par cette méthode, en y joignant les injections désinfectantes journalières, des guérisons parfois inespérées. M. Marjolin a bien raison d'insister sur les erreurs qui sont commises journellement; il serait désirable que le diagnostic fût porté de suite, car, suivant moi, le désordre initial se réduit à fort peu de choses. Mais si l'on temporise, la vie des malades se trouve en danger.

J'ai publié dans mes ouvrages un certain nombre de faits analogues à celui qui vous est apporté par M. Marjolin.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dolbeau.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

262. Bach (Gustave). Aperçu historique de la Syphilis et résumé des principales opinions émises, de nos jours, sur cette malaie.

263. Merlateau (P. Jules). Des Mouvements forcés et de leur emploi en thérapeutique.

264. Bérard (Zénon). Faits et considérations sur l'Hydronéphrose et la suppuration chronique du rein.

265. Debout (A. J. Émile). De l'Entorse, de son traitement, et en particulier du Massage.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'entraînement chez l'homme *au point de vue physiologique, prophylactique et curatif*, par Hippolyte Jaquement, ancien externe des hôpitaux de Paris. In-8° de 118 pages, 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Recherches chimiques et physiologiques sur l'érythroxylum coca du Pérou et la cocaïne, par M. le Dr Th. Moréno y Maïs; in-8 avec planches. Prix : 3 fr. — Paris, 1868. Louis Leclerc.

Essai d'interprétation de l'action évacuante du tartre stibié, par M. le Dr Davreux ; in-8 de 66 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Recherches sur l'apoplexie placentaire et les hématomes du placenta, par le Dr Verdier, in-8 de 64 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris 1868, Adrien Delahaye.

Pathologie morale, *Influences des affections organiques sur la raison*, par le docteur Clément Ollivier. 1 vol. in-8° de 236 pages, 4 fr. — Paris, 1868. Germer Baillière.

Le Directeur, Dr E. le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 18. — JEUDI 13 FÉVRIER 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 13 FÉVRIER 1868. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 12 février 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a partagé hier sa séance entre le dépouillement de la correspondance et un comité secret. La correspondance comprend une pièce importante, c'est une lettre de M. le Ministre de l'Intérieur informant l'Académie qu'il a pris en considération sa réclamation relative au mode de constatation des naissances, et qu'il est disposé à prendre, dans la limite de sa compétence, les mesures qui répondront le mieux aux vœux qu'elle a exprimés. Parmi les présentations faites à la suite de la correspondance, il en est une particulièrement qui devra prochainement nous occuper, c'est celle du rapport de MM. Béclard et Axenfeld sur les progrès de la médecine en France depuis 25 ans. Nous avons déjà depuis quelque temps entre les mains le rapport de MM. Guyon et Léon Labbé sur les progrès de la chirurgie. Il y aura un très-grand intérêt à rapprocher ces deux documents de l'histoire contemporaine de l'art médico-chirurgical.

Le comité secret a été consacré à la lecture du rapport de M. Hardy, au nom de la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, sur les candidats à la place vacante dans cette section. La liste de candidature présentée par la Commission, et acceptée par l'Académie, porte :

En première ligne, M. Davaine; en deuxième ligne, et ex æquo, MM. Marrotte, Moutard-Martin et Oulmont.

L'élection aura lieu mardi prochain.

Dr Brochin.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. — M. ANCELET.

De la môle hydatoïde.

Les môles vésiculaires sont rares : sur 20,375 accouchements faits à l'hospice de la Maternité, madame Boivin n'en a rencontré qu'un seul cas et un autre dans sa clientèle privée ; Antoine Dubois n'en avait point vu dans sa longue pratique. Desormeaux et Paul Dubois, dans leur savant travail sur les maladies de l'œuf, ne signalent aucun fait nouveau, et ce dernier observateur disait en 1858 qu'il n'avait que peu d'expérience sur ce sujet, à propos duquel il n'avait point fait de recherches particulières. Enfin les divers recueils que j'ai pu consulter n'en contiennent qu'un petit nombre, d'ailleurs, pour la plupart incomplets et obscurs. *Non ita casus vulgaris est quin mereatur recenseri*, dit Haller. C'est pourquoi j'ai pensé que celui que j'ai rencontré pouvait présenter quelque intérêt, et, sans que je veuille entrer, quant à présent, dans de longs développements, ce fait nous fournira l'occasion d'exposer, de discuter brièvement les points principaux de l'histoire de ces productions.

Expulsion d'un œuf à six semaines. — A neuf mois, expulsion d'une môle hydatoïde. — Phénomène semblable chez la sœur du sujet. — Caractères spéciaux de la môle.

Madame P..., de Nampteuil-la-Fosse (Aisne), âgée de 38 ans, est mère de trois enfants : un fils de 17 ans, deux filles de 16 et 14 ans, tous nés à terme et sans que les grossesses aient présenté rien de particulier. D'ailleurs, la santé générale antérieure de cette dame ne donna lieu à aucune remarque spéciale.

En février 1866, elle devint enceinte une quatrième fois. Six semaines après, c'est-à-dire vers la fin de mars, sans cause appréciable, elle fit une fausse couche qui s'accompagna d'une hémorrhagie peu abondante, et la malade fut bientôt rétablie.

Violemment éloigné alors de ma clientèle, je ne pus voir le produit de l'avortement, mais le mari, instituteur très-intelligent, que j'interroge de façon à ne pas dicter ses réponses, m'expose avec une grande netteté que la pièce expulsée avait la forme et le volume d'un œuf de poule, à parois transparentes, laissant voir dans sa cavité un embryon encore mal formé, long d'un pouce environ. Ainsi l'état de l'œuf concordait avec l'âge qui lui était assigné.

Les règles reparurent aux époques habituelles, plus abondantes qu'à l'ordinaire, avec une durée de deux ou trois jours en plus. Il y avait, dans l'intervalle, un écoulement muqueux accompagné de douleurs lombaires et d'un état de malaise général.

Je fus consulté en septembre.

J'appris alors les particularités qui précèdent. Le toucher vaginal fut ajourné, par la malade, à une prochaine séance, mais je constatai que l'utérus était médiocrement développé et s'élevait à peu près de quatre travers de doigts au-dessus de la symphyse du pubis. Sa forme, sa consistance ne présentaient rien d'anormal. Quinze jours auparavant, cette dame avait été consulter le docteur Marcotte, de Soissons, qui avait constaté un abaissement de l'utérus, ainsi qu'elle me le dit plus tard, mais cet habile confrère n'en a conservé aucun souvenir et ne peut me fournir aucun renseignement sur ce sujet.

Les règles, suspendues en septembre, revinrent en octobre à l'époque ordinaire.

Dans la nuit du 14 au 15 novembre, je fus mandé, le commissionnaire m'annonçant que madame P... avait une perte et qu'après un quart d'heure de douleurs expulsives, elle avait rendu quelque chose d'analogue à des œufs de grenouille.

A mon arrivée, on me présenta en effet la pièce qui va être décrite. Pendant la soirée, la malade avait été prise de malaise général et de coliques vagues, qui ne l'avaient point inquiétée. L'utérus atteignait à peine l'ombilic; depuis mon examen fait en septembre, il s'était accru avec la même lenteur que dans les grossesses précédentes, et elle se croyait encore loin du terme présumé de l'accouchement en tenant compte surtout de l'avortement qui avait précédé. Vers minuit, ces douleurs avaient augmenté d'intensité, étaient devenues expultrices, une hémorrhagie assez abondante avait eu lieu, puis l'expulsion de la môle. A trois heures, l'hémorrhagie ne présentait plus aucun caractère alarmant. Il y avait un peu d'abaissement, le col, dilaté comme une pièce de 10 centimes, contenait des caillots, l'utérus était notablement revenu sur lui-même, mais encore très-proéminent dans la cavité abdominale.

La malade perdit encore, pendant quelques jours, une certaine quantité de sang liquide ou en caillot, mais ne rendit rien qui ressemblât à des débris de placenta ou de membrane caduque. Elle eut un peu de fièvre; les seins se gonflèrent et donnèrent un peu de sérosité mais rien de plus, et elle put bientôt reprendre ses occupations. Sa santé s'est complétement rétablie et n'a rien presenté depuis cette époque.

Chose singulière! dix-sept ans auparavant, la sœur de cette dame, qui habite les environs de Saint-Quentin, avait rendu une môle que l'on me dit en tout semblable à celle-ci.

La pièce qui est mise sous mes yeux se présente sous la forme d'une membrane irrégulièrement circulaire, à bords déchirés, de 25 à 30 centimètres de diamètre au moins, épaisse de quelques millimètres seulement et de consistance fibreuse.

L'une de ses faces, rouge, d'apparence réticulée, présente des prolongements membraneux et filamenteux, et rappelle exactement l'aspect d'une muqueuse détachée des parties auxquelles elle adhère.

L'autre face, qui attire plus particulièrement l'attention, est tout entière recouverte d'une multitude de kystes d'un blanc légèrement rosé, à demi transparents, un peu opalins, dont le volume varie à l'infini de celui d'une tête d'épingle à celui d'un œuf de pigeon. Ils sont disposés en plusieurs couches superposées, de telle sorte que les plus volumineux sont les plus superficiels. L'ensemble rappelle assez bien l'aspect d'une grappe de raisin, mais un examen plus approfondi va nous démontrer que ce n'est là qu'une simple apparence.

Disons de suite, pour n'y plus revenir, que des caillots sanguins couvrent cette surface en certains points et pénètrent même dans les interstices; mais ils n'ont contracté avec elle aucune adhérence et peuvent être facilement enlevés.

Les kystes sont uniloculaires, non cloisonnés. Ils sont remplis d'un liquide de couleur citrine, transparent, filant, qui ne fut point analysé; il est identique dans chaque vésicule et ne présente pas dans le voisinage des caillots la teinte plus ou moins rosée que l'on a constatée dans certains cas. L'enveloppe est constituée par deux membranes minces, à peu près d'égale épaisseur, contiguës, adhérentes, néanmoins facilement séparables, surtout dans les kystes les plus développés. La face adhérente de chacune d'elles est filamenteuse; la face externe de la membrane externe, la face interne de la membrane interne est lisse, onctueuse, et, à l'œil nu, elles offrent toutes deux le même aspect. La surface extérieure de quelques-uns de ces kystes présente un, deux, trois kystes plus petits, mais il y a entre eux simple juxtaposition de leur membrane interne. En effet, en agissant avec précaution, on peut les enlever dans leur intégrité et l'on constate que la tunique externe se continue avec celle de la vésicule la plus considérable, tandis que l'interne est contiguë à la couche correspondante, à laquelle elle adhère plus ou moins intimement, dans une étendue plus ou moins considérable. Aussi souvent que je renouvelle cette expérience, je constate la même disposition, et jamais une communication réelle entre plusieurs kystes, quel que soit leur degré de développement réciproque. Dans les cas où l'on aurait pu croire à une communication, il était aisé de s'assurer qu'il y avait seulement déchirure, car l'une des deux vésicules en expérience était intacte.

La disposition était la même dans les vésicules plus développées qui, comme je l'ai dit, étaient plus superficielles. Elles adhéraient à une vésicule plus profonde, et cette adhérence se présentait sous trois formes qui étaient évidemment une simple modification, un état plus avancé du mode d'adhérence ci-dessus décrit : tantôt il y avait seulement adhérence en un point de deux sphères contiguës; tantôt ce point d'adhérence s'était allongé verticalement et formait ainsi un pédicule plein plus ou moins étendu; tantôt enfin le pédicule était conique, creux, en communication directe avec la vésicule à laquelle il appartenait, c'est-à-dire, en somme, que cette vésicule était pyriforme; mais il était aussi oblitéré à sa partie supérieure et il était aussi impossible de faire refluer le liquide d'une vésicule dans l'autre.

Outre ce pédicule principal, de différents points de la périphérie du kyste partaient des filaments très-déliés, très-tenus qui suivaient diverses directions, s'enchevêtraient quelquefois les uns dans les autres et allaient se rendre soit à la vésicule supérieure, soit à un groupe de vésicules, en rappelant la disposition des cordages qui unissent un ballon à sa nacelle, si l'on veut me permettre cette comparaison. La plus légère traction, le moindre attouchement même détruisaient ces adhérences et détachaient les kystes les plus développés.

Envisageant cet amas de vésicules d'une manière générale, en tenant compte du fait dominant, on pouvait distinguer cet enchevêtrement en trois couches assez mal délimitées, il est vrai : l'une, plus superficielle, composée en général de vésicules très-développées, moins nombreuses, facilement séparables; la plus profonde, composée d'un nombre infini de vésicules plus petites, très-adhérentes; et enfin une couche intermédiaire par sa position et le développement des parties qui la constituaient.

La dernière couche couvrait en totalité la membrane kystifère. En écartant ces derniers kystes, on constatait dans les interstices une surface absolument semblable à celle des kystes eux-mêmes, sans ligne de démarcation.

Il n'y avait absolument rien qui rappelât la forme d'une tige centrale, d'un pédoncule commun autour duquel les vésicules eussent été groupées. En réalité, elles n'étaient point *racemosæ*, elles étaient *pendulæ*.

Aucune trace d'embryon, ou de parties d'embryon.

Tel est le résultat de l'examen auquel je me livrai. J'étais à treize kilomètres de mon domicile, par un froid extrêmement rigoureux; craignant que ces conditions n'altérassent la pièce, je me dispensai de l'enlever pour le moment, et je recommandai de la mettre en place afin de l'examiner de nouveau dans la journée. Malheureusement, à mon retour, elle avait été jetée par mégarde.

Cette circonstance explique les regrettables lacunes que l'on remarquera dans cette observation. Je crois devoir les signaler afin que d'autres observateurs s'appliquent à les combler.

Ainsi, je me proposais :

De faire faire l'analyse chimique et microscopique du liquide et des tuniques d'enveloppe, en prenant les kystes à tous leurs degrés de développement;

De constater, au moyen de l'insufflation pratiquée avec précaution, l'indépendance absolue des différents kystes;

De rechercher si le pédicule, si le segment de la vésicule, situé au-dessus du point de départ des tractus filamenteux, étaient aussi composés de deux membranes ou d'une seule; cette dernière circonstance devant les faire considérer comme des débris de la membrane externe commune déchirée par suite de l'accroissement excentrique des vésicules, la première tendant, au contraire, à y faire voir un produit de secrétion en voie d'organisation;

Enfin d'examiner, au moyen de coupes, la membrane kystifère et surtout ses rapports avec les kystes auxquels elle donnait naissance.

Quoiqu'il en soit, cette observation m'a paru encore assez intéressante pour être publiée. J'en résume les principaux points :

Expulsion à six semaines d'un fœtus revêtu de ses membranes;

Développement de l'utérus beaucoup moins prononcé que dans la grossesse ordinaire, contrairement à ce qui a été noté dans la plupart des cas.

Vers l'époque terminale de la grossesse, expulsion d'une môle vésiculaire.

De là cette question : Quel rapport y a-t-il entre l'avortement et la môle? Y a-t-il eu double fécondation simultanée, l'un des deux œufs s'étant normalement développé et ayant été expulsé avant terme par suite de la présence de l'œuf anormal?

Y a-t-il eu deux fécondations successives, celle qui a donné naissance à la môle étant postérieure à l'avortement?

Y a-t-il eu une seule fécondation, le fœtus et la môle faisaient-ils partie du même œuf, et, dans ce cas, la coque qui entourait l'embryon était-elle l'amnios seulement auquel cas le chorion serait devenu le siége des vésicules; la coque représentait-elle

l'amnios et le chorion, et faudrait-il chercher ailleurs la membrane qui sert de substratum aux vésicules? Après avoir mûrement réfléchi, c'est à cette dernière hypothèse que je m'arrête.

Bien qu'il ne m'ait point été possible de reconstituer la cavité du produit expulsé, sa disposition purement membraneuse dont aucune partie ne rappelle le placenta même ébauché, l'apparence de l'une de ses faces qui indique que cette face était *récemment* adhérente, l'intégrité des vésicules si fragiles, intégrité difficilement explicable en admettant leur contact direct avec les parois de l'utérus en travail; toutes ces circonstances m'ont fait rejeter l'idée d'une affection du chorion, et dès l'année dernière, en communiquant cette observation à la Société médicale de Reims, je demandais s'il n'y fallait pas voir plutôt une affection spéciale de la membrane caduque. Une étude plus approfondie du sujet a transformé pour moi cette hypothèse presque en certitude.

Quel est le siége, quelle est la nature de ces singulières productions?

Pour H. Cloquet, ce sont des acéphalocystes pédiculées en grappe (acephalocystes racemosa), libres dans la cavité utérine, naissant naturellement et d'une manière alterne à droite et à gauche, en avant et en arrière autour d'un pédoncule commun que Percy a vu dans deux cas différents s'agiter pendant quelque temps, et qui pésentent par conséquent les caractères de l'animalité.

Mais les observateurs qui l'ont précédé et suivi n'ont point retrouvé ce caractère, n'ont jamais constaté la présence d'échinocoques, et pour eux les môles hydatoïdes ne sont autre chose qu'une dégénérescence du produit de la conception.

Ainsi, d'après madame Boivin, qui la première a rassemblé les faits épars, tandis que la môle charnue, rouge, vasculeuse est le résultat du développement anormal du système sanguin de l'embryon ou de celui des annexes qui aurait été frappé de maladie, la môle blanche, hydatoïde ou vésiculaire, est occasionnée par une lésion de la coque membraneuse de l'œuf, avant le développement du système sanguinifère; la môle complexe, charnue et vésiculaire serait le produit de la maladie simultanée des deux systèmes vasculaires de l'œuf et le résultat de leur développement désordonné.

Il ne paraît point, d'ailleurs, qu'elle ait d'idées bien précises, car elle déclare successivement que c'est une affection des séreuses de la coque de l'œuf; qu'elle consiste en une disposition morbide des vaisseaux capillaires de l'amnios, que c'est une affection particulière du chorion et du placenta, puis que c'est une maladie des membranes de l'œuf et des villosités dont se recouvre une partie de leur surface.

Enfin Velpeau, Desormeaux, C. Robin leur assignent comme siége unique le chorion. Que s'il s'agit de déterminer la nature de l'altération, nous ne trouverons pas moins de divergences.

Bidloo, Vallisnieri, Sœmmering placent le siége des vésicules dans les vaisseaux lymphatiques. La circulation étant interceptée par une cause quelconque, les valvules deviennent adhérentes par leurs bords libres, les parties intermédiaires se dilatent en vésicules, puis graduellement les pédicules s'allongent. Mais y a-t-il des lymphatiques dans le placenta? Reuss, Bartholin, Muller appliquent cette doctrine aux vaisseaux sanguins, mais, objecte M. Cruveilhier, on voit tous les jours l'interception du cours du sang amener l'oblitération complète; par conséquent, il ne suffit pas d'admettre l'oblitération des vaisseaux de distance en distance pour se rendre compte de la formation des vésicules; il faut, en outre, reconnaître une altération des parois vasculaires qui les ramène au type celluleux.

Telle est aussi l'opinion de Ruysch. Il les attribue à l'accumulation de sérosité dans le tissu cellulaire qui unit les tuniques vasculaires par suite de laquelle la cavité des vaisseaux s'efface et s'oblitère. Ce point fondamental de l'oblitération, de la disparition des vaisseaux établirait un rapprochement entre sa théorie et celle de M. Robin, dont il nous reste à parler.

Velpeau, madame Boivin, Desormeaux avaient déjà attribué la môle hydatoïde au développement exagéré des villosités choriales. M. le professeur Robin a développé cette théorie, qui a été exposée avec beaucoup de soin et de talent par M. Cayla, dans sa thèse sur l'hydropisie des villosités choriales, et qui est maintenant généralement acceptée (Mattei, Cazeaux, Courty, Joulin, Martin-Saint-Ange).

Selon cet habile observateur, il y a identité absolue de structure entre le chorion et ses villosités d'une part, d'autre part, entre les vésicules hydatiformes et le chorion; d'où il suit que celles-ci sont constituées par les villosités, les prolongements canaliculés du chorion.

Elles se produisent quand les villosités de la totalité ou d'une partie du chorion dépourvues de vaisseaux par suite de la destruction précoce de l'embryon, se sont dilatées en vésicules pleines de sérosité claire. Ces vésicules sont disposées en grappes, ayant la forme des ramifications de chaque villosité choriale ou placentaire, puisque ce sont leurs subdivisions qui sont dilatées d'espace en espace sans que les villosités communiquent les unes avec les autres. Les villosités du chorion continuent à grandir en empruntant par imbibition des matériaux de nutrition à la caduque utérine, bien qu'elles n'aient pas de communications vasculaires directes avec elle et ne renferment pas de vaisseaux du fœtus.

Je possède dans ma collection la preuve évidente de ce fait, dit M. Martin-Saint-Ange. En effet, là où l'allantoïde vasculaire de l'embryon ne s'est pas assez développée pour se mettre en contact avec un certain nombre de villosités choriales primitives, on voit celle-ci remplies de sérosité se développer démesurément et l'embryon périr, puis disparaître en partie ou en totalité par une sorte de macération dans l'eau de l'amnios où il est plongé.

En résumé, cette théorie est basée sur trois ordres de preuves : l'identité de structure, le mode de ramification, la situation des grappes, dit M. Cayla.

J'ai voulu soumettre ces questions au contrôle du plus grand nombre de faits possible, et je suis parvenu à en réunir cent six. Malheureusement, sous cette apparente richesse se cache une misère très-réelle, et dans la plupart des cas la précision brille par son absence. Cherchons néanmoins à démêler la vérité.

I. — Si la théorie de M. Robin est vraie, les vésicules doivent avoir pour *siége* constant la surface utérine du chorion. Or sur quarante-sept observations qui nous fournissent des renseignements sur ce point, sept seulement rentrent dans cette catégorie. Elles sont dûes à Albinus, Mercatus, Coste, Leray, Dufour, Martin-Saint-Ange. Mais les vésicules étaient peu apparentes dans la plupart des cas, et peut-être n'y doit-on voir autre chose que des villosités plus développées que de coutume. Les vésicules siégeaient-elles bien à la face externe dans le cas de Gardien, qui dit : le sac ouvert a l'étendue de la main; les corps grenus qui entourent la membrane se détachent successivement, ajoute Gardien, ils paraissent avoir été des corps vésiculaires; et dans l'un de ceux de Martin, le jeune, qui se borne à dire : l'examen du corps étranger fit reconnaître un placenta dégénéré en une multitude de vésicules de divers volumes attachées à un sac membraneux. Enfin M. Cruveilhier écrit : en écartant les vésicules, on arrive à une membrane transparente, c'est le chorion. Sous le chorion très-tenu est l'amnios; l'amnios ouvert, on pénètre dans une poche énorme : de l'un des bords de l'incision naît un cordon auquel pend un petit fœtus. Voilà bien cette fois les vésicules faisant partie du chorion, mais comment expliquer ce qui suit : le *chorion* et l'amnios sont *sains*, mais plus intimement unis que de coutume.

Les vésicules adhèrent à une membrane dont il est impossible de déterminer la cavité dans l'une des observations de Martin, le jeune, dans la mienne et dans celle de M. Depaul, que rapporte M. Cayla. La membrane est semblable à l'épichorion, plus épaisse, en un point, dans les deux faits de madame Boivin.

Elles sont suspendues à l'intérieur d'un sac membraneux dans les faits mentionnés par Leray, Lossius, Percy, Bremser, Malichecq, Tarneau, Dardignac, Fauconneau-Dufresne, Leclerc, Labrousse, Valeriola, Souville, Chevelier, Stalpart van der Wiell, Melcieul. Ce dernier dit, il est vrai, qu'elles adhéraient à la paroi de l'amnios, mais il ajoute que le placenta, le cordon, les membranes étaient dans leur état normal. S'agissait-il donc réellement de l'amnios? J'avoue que je ne sais dans quelle catégorie placer le cas que Martin, le jeune, décrit comme il suit : Expulsion d'un placenta assez volumineux dont les membranes sont intactes. On remarque dans son épaisseur, tant à la surface qu'à l'intérieur, un grand nombre de vésicules ayant la forme de grappes de groseilles, séparées par des bandelettes de tissu spongieux de ce corps ainsi dégénéré. En le divisant, on ne trouve aucune trace d'embryon dans sa cavité qui est remplie par deux hydatides plus grosses que les autres.

Comme Lossius, M. Pelvet a eu l'occasion d'observer la môle encore contenue dans l'utérus, les vésicules étaient couchées sur les parois de l'utérus, fixées à sa face interne par une de leurs extrémités. Morgagni avait rencontré la même chose chez une chienne.

Enfin, elles adhéraient à l'une des faces du placenta (Haller, Morgagni, Leblanc, Villiers, Cruveilhier) ou à un corps que l'on peut considérer comme le placenta, et que les observateurs désignent sous le nom de placenta dégénéré (Nauche), de chair confuse (Mauriceau), de tissu analogue à un morceau de foie (Millot), de masse fibrineuse (Carteaux), de masse un peu parenchymateuse, bulbeuse (Bourguin), de tissu charnu, spongieux, vasculaire, friable (Bienfait, Garnier, Debourge, Gibert), de membrane ténue, adhérente à des masses semblables à un placenta multilobé (Dardignac). Leclerc les a trouvées adhérentes à une masse de couleur et de consistance du placenta, mais distincte du placenta auquel elle était attachée par plusieurs filets rouges liés ensemble au moyen d'une membrane commune. Etait-ce un placenta succenturié, ou une simple masse fibrineuse recouvrant une membrane?

Quelle face du placenta portait le produit pathologique? Il est évident que c'était la face fœtale, puisque les grappes étaient pendantes dans la cavité utérine. Brachet dit expressément qu'elles siégeaient à la face fœtale. Carteaux, il est vrai, dit bien qu'une grappe attenait à un petit placenta en raquette du côté opposé à l'insertion du cordon, mais que signifie ce mot : côté opposé? Est-ce la face opposée, par conséquent la face utérine? Ne veut-il pas plutôt parler seulement d'un point opposé du limbe?

De ce long exposé, malgré les obscurités de certaines descriptions, on peut conclure que si les vésicules ont été quelquefois rencontrées à la surface extérieure de l'œuf, sur le chorion, elles attenaient beaucoup plus souvent à une membrane adhérente à l'utérus, que nous aurons à déterminer, qui n'est point le chorion, et qu'elles étaient pendantes dans la cavité utérine.

(La fin prochainement.)

HYGIÈNE MILITAIRE

Par M. le Dr Judée, médecin-major de 2e classe.

L'uniforme de la garde mobile est à l'étude. Celui qui paraît obtenir les suffrages de l'Empereur se composerait d'une veste gris argentin, à deux rangs de boutons, d'un pantalon de même couleur et d'un képi gris, gansé d'écarlate. (*Figaro.*)

Celui proposé par le docteur Judée, qui s'occupe depuis longtemps, sinon avec un entier succès, du moins avec persistance, de trouver pour notre armée un habillement à la fois commode et hygiénique, se composait des éléments suivants :

Comme coiffure : du képi ou bien encore de la casquette.

Comme habillement : 1° d'une chemise de flanelle; 2° d'un gilet de drap; 3° de la capote; 4° de deux pantalons, un de drap, un autre de toile.

Comme chaussure, des souliers et des guêtres actuellement en usage.

Si la casquette avait été donnée à la garde mobile de préférence au képi, sa forme aurait dû se rapprocher de celle spéciale à certains corps de troupes de l'armée anglaise. Sa couleur aurait été grise; la chemise de flanelle, aussi de couleur grise, et serait ouverte par derrière au lieu de s'ouvrir par devant, de façon à former en avant une sorte de plastron, cette chemise aurait eu un col en drap, destiné à remplacer la cravate; le gilet, sans collet, semblable à une veste de zouave dépourvue de ses manches, de même couleur que la chemise, aurait pu rester ouvert, retenu sur la poitrine par un seul bouton, le plus élevé, ou bien être boutonné jusqu'au cou. En outre, lorsqu'il aurait été porté seul, afin de l'empêcher de faire des plis sur le devant, il aurait été légèrement échancré aux entournures pour permettre aux contre-sanglons du sac de passer entre sa face antérieure et la chemise. Quant aux autres vêtements, répondant actuellement au but que l'on s'est proposé en les adoptant, ils seraient restés ce qu'ils sont.

On aurait porté, été comme hiver, la même coiffure et la même chaussure. L'habillement seul aurait varié suivant les saisons. En été, il se serait composé uniquement de la chemise de flanelle, du gilet de drap et du pantalon de toile; en hiver, de la chemise de flanelle, du gilet, de la capote et du pantalon de drap en remplacement de celui de toile.

Le docteur Judée voulait doter la garde mobile de cette tenue, parce qu'il la regardait comme la plus simple, la plus commode, la plus hygiénique et la moins dispendieuse pour l'Etat peut-être qu'il fût possible de trouver. Celle qui paraît avoir obtenu la préférence, indique assez que tout le monde est loin de partager son avis.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 11 février 1868. — Présidence de M. Ricord.

(CORRESPONDANCE OFFICIELLE).

M. le Ministre de l'Intérieur adresse à M. le Président la lettre suivante :

« Monsieur le Président,

« J'ai pris connaissance du mémoire que vous avez bien voulu m'adresser au sujet de la question de la constatation des naissances à domicile, dont vous m'avez fait l'honneur de m'entretenir au nom de l'Académie de médecine.

« Prévoyant les objections que font naître soit l'insuffisance du personnel médical dans les campagnes, soit l'impossibilité d'assurer une rémunération convenable aux praticiens qui seraient chargés de ce service, l'Académie voudrait du moins que la présentation de l'enfant né fût pas la conséquence immédiate de la déclaration de la naissance, et qu'il y eut un intervalle de trois mois entre l'une et l'autre formalité.

« Je suis tout disposé, M. le Président, à prendre, dans la limite de ma compétence, les mesures qui répondent le mieux aux vues de l'Académie, si elles peuvent se concilier avec les prescriptions légales, et je m'empresse de vous annoncer que j'ai chargé M. le Préfet de la Seine de me soumettre les propositions que l'étude de cette importante question lui aura suggérées en ce qui concerne la ville de Paris. J'appelle spécialement son attention sur une disposition qui, sans donner lieu aux objections que soulèvent des mesures plus générales, suffirait peut-être à prévenir, dans la plupart des cas, les inconvénients dont se préoccupe l'Académie. Je veux parler de la délégation qui pourrait être donnée, dans les grandes villes, à un médecin désigné par le maire pour la constatation de la naissance, toutes les fois qu'un certificat du médecin de la famille présenterait le transport à la mairie comme nuisible à l'enfant. Cette mesure est admise par la législation (loi du 12 septembre 1792). »

(CORRESPONDANCE MANUSCRITE).

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Dujardin sur l'emploi de la glycérine contre les fausses membranes des amygdales et du voile du palais. (Commissaire, M. Demarquay).

2° Un pli cacheté de M. Alliot, officier de santé à Jouy-sur-Marne (accepté).

3° Un pli cacheté de M. le docteur Gellé (accepté).

Injections intra-utérines.

M. Gosselin demande la parole au sujet des différentes réclamations de priorité qui ont eu lieu dans les dernières séances pour les injections intra-utérines.

Ne m'étant pas trouvé là, dit M. Gosselin, lorsque ces réclamations ont été faites, je voudrais savoir si M. le Président a porté un jugement sur la méthode des injections intra-utérines. Il ne faut pas que l'Académie laisse passer la présentation de ces instruments sans les juger. La méthode des injections intra-utérines est généralement adoptée. Pour ma part, je suis de l'avis de M. Courty; à savoir que cette méthode est mauvaise. Elle est même dangereuse. On a vu de nombreux accidents suivre l'emploi des injections intra-utérines. Il y a eu un cas de mort dans le service de M. Jobert de Lamballe. Mais en admettant même qu'il n'y ait pas de danger de mort, cette méthode, selon moi, doit être abandonnée parce qu'elle ne donne pas de résultats et qu'elle n'est évidemment pas sans dangers. C'est pour cela que je n'ai pas laissé passer cette présentation sans donner mon avis, qui est, je crois, celui de la majorité de l'Académie.

M. Huguier reconnaît, comme M. Gosselin, que la méthode des injections intra-utérines n'est pas sans inconvénients; mais on ne saurait nier, dit-il, qu'en se servant d'instruments bien faits, on puisse arriver à des résultats satisfaisants. Je demande donc qu'une discussion soit ouverte à ce sujet.

M. Ricord. Je devais prendre la parole avant M. Gosselin pour dire justement ce qu'il a dit, car je suis revenu sur ce que j'ai écrit dans le temps à ce sujet. Bien qu'en effet j'aie été un des premiers à préconiser la méthode des injections intra-utérines, j'ai reconnu depuis tous les dangers qu'on courait en l'employant et j'en ai complétement abandonné la pratique. Je professe donc, à cet égard, absolument la même opinion que M. Gosselin. Si je n'ai pas pris plus tôt la parole, c'est que j'attendais que M. Depaul eût fait le rapport dont il a été chargé à ce sujet.

M. Depaul. Si je n'ai pas fait de rapport, c'est que je n'ai pas cru qu'il y eût lieu d'en faire un sur la présentation qui nous a été faite. Pour faire un rapport, il faut un travail; or, je n'ai rien vu qui ressemblât à un travail sérieux dans ce qui m'a été donné. Quand j'ai demandé des observations, on m'a répondu qu'on n'en avait pas, mais qu'il y avait là une question d'avenir. Mais cela ne me suffit pas, attendu qu'au sujet des injections intra-utérines, je partage entièrement les opinions de M. Gosselin et de M. Ricord. C'est une mauvaise méthode.

M. Huguier. Je ne me dissimule pas qu'il y a quelques dangers dans la méthode des injections intra-utérines, mais je maintiens qu'avec des instruments bien faits, on peut arriver à de très-heureux résultats, et je demande instamment qu'une discussion soit ouverte, d'autant plus que j'ai à présenter à l'Académie une nouvelle sonde que j'ai inventée, et qui remplit toutes les conditions nécessaires pour arriver à de bons résultats; je demande que cette présentation soit le point de départ de la discussion.

— M. Gavarret présente à l'Académie les leçons de physique professées par M. Marey, au collége de France.

M. Robinet présente un livre, en suédois, sur les causes de la mort du prince royal de Suède et sur le procès intenté à son médecin, M. le docteur Rossi.

M. Larrey présente une nouvelle collection de journaux étrangers.

M. Béclard présente, en son nom et au nom de M. le professeur Axenfeld, un rapport sur les progrès de la médecine, en France, depuis vingt-cinq ans.

L'Académie se forme en comité secret, à quatre heures, pour entendre la lecture d'un rapport de M. Hardy sur les candidats à la section de thérapeutique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION

Séance du 24 mai 1867. — Présidence de M. Barthez.

La Correspondance comprend :
Les Bulletins de la Société de médecine de Besançon.

LECTURE.

M. Lolliot lit une observation intitulée : *Congestion pulmonaire et cérébrale; suite d'effort.*

DISCUSSION.

M. Bricheteau. — Je trouve que cette observation ne tient pas tout à fait ce que son titre promettait. Il n'y avait pas de preuves bien évidentes de congestion cérébrale; un peu de céphalalgie, un peu de prostation, ce sont là les seuls signes. J'aurais voulu aussi que l'état antérieur du malade fût indiqué avec plus de détails. Cet homme n'avait-il pas été surmené? N'était-il point souffrant depuis quelques jours, sous l'influence d'une fièvre gastrique? Il n'est point dit non plus s'il était anémique, s'il y avait des bruits de souffle, quel était l'état du pouls. Il aurait fallu discuter les autres causes. Peut-être cet homme avait-il bu outre mesure pour se donner des forces, peut-être l'émotion de son entreprise n'a-t-elle pas été étrangère à la production de la maladie.

Quant à la congestion pulmonaire, je veux bien l'admettre; mais qui dit que des tubercules n'en ont pas été le point de départ? Ces renseignements nous manquent. Si j'insiste ainsi sur ce point, c'est qu'il s'agit d'observations rares qui demandent à être prises d'une façon très-complète pour arrêter la conviction.

M. Lolliot. — Les renseignements n'étaient pas aussi incomplets que le prétend M. Bricheteau. J'ai dit à propos des tubercules que le malade ne toussait pas et n'avait jamais craché de sang. Son pouls était petit, misérable, dépressible. La céphalalgie était violente, plus qu'on ne l'observe en général dans les congestions pulmonaires. — Je n'ai pas prononcé le nom d'anémie, mais j'ai dit que le malade était peu robuste, d'un teint pâle, et pâleur, comme on le sait, veut dire anémie. Quant à la cause, c'est bien un effort qui a dû amener cette congestion pulmonaire, ou, si l'on veut, une suite d'efforts répétés à courte distance.

M. Bricheteau. — Il me paraît difficile d'expliquer ainsi le mécanisme d'une congestion. Dans des cas analogues, rapportés par un auteur anglais, on voyait les malades pris immédiatement; ici, au contraire, ce n'est que deux jours après que les accidents ont éclaté.

M. Lolliot. — La céphalalgie et la courbature survinrent au moment même de l'effort.

M. Gouraud partage les regrets de M. Bricheteau sur l'insuffisance des renseignements. Il a vu le malade à Beaujon. C'était un homme faible et débile. L'effort qu'il a fait pour soulever ce poids de 320 livres a dû être chez lui l'occasion de graves désordres et peut expliquer les phénomènes pulmonaires.

Il existe peu d'exemples de congestions produites de cette manière. Cependant, outre le mémoire de M. Woillez, j'ai trouvé dans les Archives de 1863 un travail de M. Leudet contenant sept à huit observations de congestion médullaire, non pas seulement des congestions passagères, mais de véritables paraplégies. Ces congestions me semblent faciles à expliquer par le mécanisme de l'effort. Voici comment je les comprends:

Au moment de l'effort, il se fait un appel considérable d'air dans la poitrine et la glotte se ferme. Cet excès d'air inspiré entrave la circulation du sang noir; il en résulte qu'il s'accumule dans les cavités droites du cœur et dans les poumons. On peut dire par conséquent que ces observations rentrent dans la classe des congestions secondaires. Je regarde celle-ci comme très-concluante; j'aurais désiré cependant voir noter la couleur des crachats qui est pathognomonique, et savoir s'ils étaient hémoptoïques.

M. Lolliot. — Les crachats étaient muqueux, incolores, non visqueux.

M. Meuriot. — Une particularité m'a fort étonné dans l'observation de M. Lolliot; c'est que dans les points où l'on rencontrait du souffle et des râles crépitants, il n'y avait point de matité; ce n'est pas ce qui a lieu d'ordinaire.

M. Lolliot. — La matité est survenue, mais plus tard.

M. Gérin Roze. — Cet homme a fait un effort considérable, cela est certain; mais est-ce bien la cause de son affection? Ce n'est que deux jours après qu'il est tombé malade. Dans l'intervalle, il se peut qu'il ait subi un refroidissement sans s'en être aperçu. D'autre part, l'inspiration nécessitée par l'effort ne dure pas longtemps, je comprends bien qu'elle puisse produire un emphysème, une rupture; mais non pas une congestion survenant tout d'un coup et persistant quelques jours. Aussi pensé-je qu'il faut être moins affirmatif dans le titre de cette observation.

M. Lolliot. — Je ferai remarquer que les accidents n'ont pas attendu deux jours pour paraître. Au moment même de l'effort le malade fut pris de toux et de courbature. Quant à l'explication de la congestion par l'effort, il faut nécessairement admettre une accumulation de sang dans le poumon.

M. Gérin Roze. — Il y aurait encore une autre hypothèse, c'est celle d'une bronchite. Les bronches distendues et irritées par l'air accumulé dans le poumon se seraient enflammées et auraient été le siége des accidents observés.

M. Gouraud. — M. Gérin comprend bien qu'un effort amène de l'emphysème, même une rupture, une hémorrhagie dans le poumon. Pourquoi n'en serait-il pas de même d'une congestion?

M. Gérin Roze. — J'ai admis que l'emphysème et l'hémorrhagie pussent être le résultat d'un effort. Une fois produites, en effet elles persistent, et il en reste des symptômes manifestes. Mais quand la congestion ne va pas jusqu'à l'hémorrhagie, dès que la cause a disparu, les capillaires reviennent sur eux-mêmes; la circulation se rétablit; voilà pourquoi je n'admets pas que la congestion puisse persister quand l'effort a cessé.

M. Gouraud. — Malgré le caractère exceptionnel de ces observations il en existe pourtant un certain nombre qui permet d'éclaircir la question. Ainsi, dans les faits de M. Leudet, il y a une relation très-évidente entre l'effort et la paraplégie et cette dernière a persisté. Pour lui, il admet que l'hémorrhagie a été précédée de congestion.

M. Gérin Roze. — Je ne puis admettre qu'une congestion momentanée, mais non persistante. Dans les cas de M. Leudet, il y avait probablement hémorrhagie.

M. Hémey. — On voit à chaque instant, à la suite d'un effort, violent, la face s'injecter, devenir turgide et même les épistaxis survenir. Mais, dès que l'effort cesse, la turgescence disparaît rapidement et même est suivie d'une plus grande pâleur. Il est probable qu'il en est de même pour le poumon.

M. Lolliot. — Ce qui est vrai pour la face, peut ne pas l'être pour le poumon. La circulation des deux organes n'est pas la même.

M. Gouraud. — Toutes les fois qu'on fait subir un traumatisme à un organe contractile, on détermine une paralysie de cet organe. On peut citer, comme exemple, l'expérience de M. Marey, sur les capillaires de la main; j'aurais de la tendance à admettre, dans ce cas, une paralysie des capillaires du poumon.

M. Pelvet. — Je ne pense pas qu'on puisse s'arrêter à cette hypothèse. On sait que les capillaires du poumon n'ont pas de fibres contractiles dans leurs parois; on ne peut, par conséquent, invoquer ni leur contraction, ni leur relâchement.

M. Barthez. — Je voudrais que l'expérience et les faits élucidassent la question. Dans les observations de M. Leudet, est-il bien établi que l'effort ait produit la paraplégie, c'est ce dont il est permis de douter. Les hémorrhagies peuvent, il est vrai, s'expliquer par ce mécanisme; mais, pour les congestions, la chose est plus difficile à comprendre. On dit : il se fait une accumulation d'air dans le poumon; par suite, le sang est chassé des capillaires; ils en renferment d'autant moins qu'il y a plus d'air dans le poumon. Par contre, les capillaires du cerveau et de la moelle se congestionnent. Je comprends qu'il en soit ainsi pour le cerveau, mais non pour le poumon. Aussi adopterais-je volontiers l'opinion de M. Gérin Roze que la congestion a été produite par un refroidissement. Mais tant qu'on n'a pas démontré que des ruptures, des apoplexies ont été la suite d'un effort, je suis en droit de dire : l'effort anémie le poumon au lieu de le congestionner.

Le Secrétaire, Cornil.

CORRESPONDANCE.

A M. le Directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et cher confrère,

Malgré tout ce qu'a d'ennuyeux une réclamation pour une question de priorité, je ne puis laisser passer sans mot dire une phrase que j'ai lue dans votre estimable journal (numéro du 9 février 1868), relative à un travail de MM. Martin-Damourette et Pelvet, ayant trait à l'action physiologique du bromure de potassium sur la moelle, et publié les 30 septembre et 15 octobre 1867, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, après avoir été lu le 2 août 1867 à la Société de Thérapeutique.

L'auteur de l'article dit :

« MM. Martin et Pelvet font remarquer, à ce sujet, l'importance des résultats qu'assure à la thérapeutique cette diminution de la sensibilité et du pouvoir réflexe de la moelle dans le traitement des affections douloureuses et convulsives telles que l'irritation spinale, l'épilepsie. »

J'avais bien déjà lu cette opinion dans le travail que MM. Martin-Damourette et Pelvet ont fait paraître dans le *Bulletin de Thérapeutique*, mais me réservant d'écrire un mémoire sur les applications cliniques du bromure de potassium et d'y prouver qu'avant ces messieurs j'avais reconnu cette action du bromure de potassium sur la moelle, je m'étais donné garde de faire jusque là le moindre bruit, et m'étais contenté de parler à mon honorable maître, M. le professeur Robin, de l'oubli commis par ces messieurs de mes observations antérieures aux leurs.

Mais aujourd'hui que votre estimable journal proclame, comme leur appartenant, une découverte qui est mienne, et que mon excellent ami M. Laborde, auteur lui-même d'un travail expérimental sur le bromure de potassium, a approuvée complétement, je vous prie de bien vouloir mettre sous les yeux de vos lecteurs des extraits d'un mémoire que j'ai publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* et d'un second que j'ai lu aux Sociétés Médico-psychologique et de Médecine de Paris.

Je disais (*Bulletin de Thérapeutique*, n° du 30 août 1866) « que le bromure de potassium a une action élective sur la force excito-motrice de la moelle, qu'elle atténue et affaiblit. »

Plus loin : « qu'il exerce une action calmante sur la force excito-motrice de la moelle et sur la sensibilité en général. »

Le second mémoire, que j'ai lu, le 25 mars 1867, à la Société Médico-psychologique (*Annales médic. psychologiques*, juillet 1867), était le développement de cette précédente opinion et était intitulé : « *De l'influence du bromure de potassium sur la force excito-motrice de la moelle chez les épileptiques, et du moyen de reconnaître l'état de cette force.* »

Je montrais, dans ce mémoire, que la condition essentielle d'une bonne administration du bromure de potassium est la suppression absolue de la nausée réflexe, celle que l'on détermine en introduisant une cuiller au fond de l'arrière-gorge jusqu'à l'épiglotte, et que le bromure ne peut avoir d'effets heureux dans l'épilepsie que lorsque cette nausée réflexe a cessé de se produire, c'est-à-dire, pour parler le langage physiologique, lorsque la force excito-motrice de la moelle allongée s'est amoindrie et calmée.

Tels sont les faits, Monsieur et cher confrère. Je leur laisse toute leur éloquence.

Paris, ce 10 février 1868.

Auguste Voisin,
Médecin de la Salpêtrière.

Nous n'avons absolument rien à objecter à la réclamation de M. A. Voisin, si ce n'est qu'il s'est mépris sur le sens de la phrase citée, et où il n'est rien dit qui puisse faire supposer que nous ayons voulu attribuer à MM. Martin-Damourette et Pelvet une priorité qui lui serait acquise. Nous avons voulu faire remarquer seulement, avec ces deux auteurs, l'importance des applications d'un fait qu'ils signalent sans prétendre l'avoir découvert.

(*Note de la rédaction.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
pendant l'année 1867.

266. Veillard (Edmond). De la Fièvre bilieuse hématurique observée en Cochinchine.
267. Chamaillard (Louis). De l'Impaludisme chronique.
268. Goyon (Adolphe). Étude physiologique et thérapeutique du sulfate de quinine.
269. Larcher (Edmond). Essai sur la pathologie de la protubérance annulaire.
270. Felletin. De l'Iritis syphilitique.

271. Le Dentu (A.). Recherches anatomiques et considérations physiologiques sur la circulation veineuse du pied et de la jambe.

272. Bourguet (Paul). Étude sur la goutte viscérale.

273. Tarnawski (Gustave). De la morve et du farcin chroniques chez l'homme, et de leurs complications.

274. Ragot (T.). Des Accouchements à l'hôpital Saint-Antoine pendant l'année 1867.

275. Serres (Léon). Des Fistules recto-vaginales considérées surtout au point de vue du traitement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Cinquante médecins ou avocats viennent de fonder, à Paris, une *Société de médecine légale*.

Un projet de statuts avait été étudié et préparé par une commission provisoire, composée de MM. Devergie, Paul Andral, Gallard et Legrand du Saulle. Ces statuts, discutés en assemblée générale, à la Faculté de médecine, le 10 fevrier, ont été légèrement modifiés, puis définitivement adoptés.

La *Société de médecine légale* est donc constituée. Elle a pour but l'étude et le perfectionnement de toutes les questions qui se rattachent de près ou de loin, soit à la médecine légale proprement dite, soit à la jurisprudence médicale, et, au besoin, elle assure à la justice un concours empressé, indépendant et désintéressé. Dans l'intervalle de ses séances, la Société sera représentée par une *commission permanente* de onze membres, laquelle, sous sa responsabilité, et sans engager l'autorité de la Société tout entière, répondra à toutes les demandes urgentes d'avis et de conseils qui lui seront adressées par les médecins de France. En face d'un cas embarrassant ou d'une déposition délicate à faire devant les tribunaux, le praticien de Paris ou de la province pourra donc recourir préalablement aux lumières spéciales de la *commission permanente*, et il sera sûr de trouver aussitôt un guide et un appui.

Conçue d'après un plan grandiose, la *Société de médecine légale* est composée de médecins, de chirurgiens, d'avocats, de jurisconsultes, d'experts près les tribunaux, d'aliénistes, d'hygiénistes, d'anatomistes, de syphiliographes, d'accoucheurs, de chimistes, de toxicologistes, de micrographes et de pharmaciens.

La *Société de médecine légale* a procédé à l'élection des membres de son bureau. Ont été nommés :

Président, M. Devergie. — *Vice-présidents*, MM. Vernois et Paul Andral. — *Secrétaire-général*, M. Gallard. — *Secrétaires*, MM. de Rotschild et Legrand du Saulle. — *Archiviste*, M. Jules Falret. — *Trésorier*, M. Mayet.

— L'un des libraires du quartier de l'École de médecine s'occupe en ce moment de la fondation d'un *Journal de médecine légale*, bulletin mensuel de 3 feuilles in-8. On va même jusqu'à citer déjà le nom du futur rédacteur en chef de ce nouvel organe de la presse scientifique.

— La prochaine séance de la *Société médicale d'observation* aura lieu le vendredi 14 février, à la Faculté de médecine, à huit heures du soir.

Lecture de M. Thierry : Observation de contracture idiopathique des extrémités, survenant après l'accouchement.

Élections pour une place de membre titulaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Science et les Savants en 1867, par M. Victor Meunier (4e année). 1 vol. in-18, 3 fr. 50. — Paris, 1868. Germer Baillière.

La variabilité des espèces et ses limites, par M. Ernest Faivre, professeur à la Faculté des sciences de Lyon. 1 vol. in-18 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, 2 fr. 50. — Paris, 1868. Germer Baillière.

Observations et études sur les causes, la prophylaxie et le traitement de la fièvre typhoïde dans les communes rurales, suivies de considérations nouvelles sur la nature de cette maladie, par le Dr Bivort, ancien chef de clinique à l'hôpital de Bavière à Liége, in-8 de 75 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Éléments de pathologie chirurgicale générale, par Th. Billroth, professeur à l'Université de Vienne, traduit de l'allemand par MM. Culmann et Sengel, précédé d'une introduction par M. le professeur Verneuil, 1 fort vol. gr. in-8°, avec 100 figures dans le texte, 14 fr. — Paris, 1868. Germer Baillière.

Du mouvement dans les fonctions de la vie, leçons faites au collége de France, par E. J. Marey. 1 vol. in-8°, avec 144 figures intercalées dans le texte, 10 fr. — Paris, 1868. Germer Baillière.

De la résection du poignet, par M. le docteur Henri Folet. Brochure in-8° de 90 pages, 2 fr. — Paris, 1868. Germer Baillière.

De l'entraînement chez l'homme *au point de vue physiologique, prophylactique et curatif*, par Hippolyte Jaquement, ancien externe des hôpitaux de Paris. In-8° de 118 pages, 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Recherches chimiques et physiologiques sur l'érythroxylum coca du Pérou et la cocaïne, par M. le Dr Th. Moréno y Maïs; in-8 avec planches. Prix : 3 fr. — Paris, 1868. Louis Leclerc.

Essai d'interprétation de l'action évacuante du tartre stibié, par M. le Dr Davreux ; in-8 de 66 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Recherches sur l'apoplexie placentaire et les hématomes du placenta, par le Dr Verdier, in-8 de 64 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris 1868, Adrien Delahaye.

Pathologie morale, *Influences des affections organiques sur la raison*, par le docteur Clément Ollivier. 1 vol. in-8° de 236 pages, 4 fr. — Paris, 1868. Germer Baillière.

Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques, par le Dr Charcot, médecin de la Salpêtrière, recueillies et publiées par le Dr Ball, agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 6e fascicule in-8 avec 3 planches en chromolithographie. Prix : 1 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité des maladies intertropicales, par le Dr Saint-Vel, ancien médecin des colonies. 1 vol. in-8 de 524 pages. Prix : 7 fr. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 19. — SAMEDI 15 FÉVRIER 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 15 FÉVRIER 1868. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 14 février 1868.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la chorée cardiaque.

On connaît les faits de corrélation, formulés aujourd'hui en loi, du rhumatisme et de la chorée. Les belles études de M. Sée sur ce sujet ont été confirmées depuis par les recherches cliniques très-intéressantes, publiées en 1866 par M. Roger, et on peut dire qu'elles ont reçu aujourd'hui la double consécration de l'opinion et de l'expérienee. La coïncidence de la chorée et des affections du cœur n'avait pas entièrement échappé à l'attention de quelques observateurs, mais elle n'avait été jusqu'ici l'objet d'aucune étude suivie, elle n'avait point encore été envisagée dans ses relations avec les faits de chorée rhumatismale. Il y a entre ces deux ordres de faits un lien qui était à peu près resté inaperçu jusqu'à présent. Dans un travail important, actuellement en voie de publication dans les *Archives générales de médecine*, et qui fait suite à ses recherches cliniques sur la chorée rhumatismale, M. le docteur H. Roger vient de mettre en évidence la double relation, ou plutôt la triple relation originelle du rhumatisme, de la chorée et de l'affection cardiaque chez les enfants.

Nous allons essayer de résumer ici les faits principaux qui ressortent de ces très-intéressantes recherches.

M. Roger entend par cette dénomination de *chorée cardiaque*, non les simples altérations dans le rhythme des battements du cœur que l'on constate chez certains enfants affectés de danse de Saint-Guy, — l'incoordination dans le jeu des appareils musculeux de l'organe n'étant que rarement un symptôme du désordre général de la musculation, et conséquemment ne méritant pas une dénomination spéciale, — mais le fait de la simultanéité de la danse de Saint-Guy et d'une maladie de cœur, en connexion habituelle avec le rhumatisme.

D'après les recherches de cet habile clinicien, cette simultanéité serait assez fréquente. Il en a déjà rapporté douze exemples dans ses précédentes recherches sur le rhumatisme choréique; et son présent travail en renferme cinquante-neuf exemples nouveaux.

Étant donnée la chorée cardiaque, M. Roger a recherché quelles étaient les conditions physiologiques ou pathologiques sous l'influence desquelles cet assemblage morbide se forme. Il est arrivé, par le dépouillement de ses observations, à ce résultat :

Il y a des cas où la première manifestation pathologique est tantôt la chorée, tantôt la maladie du cœur.

Il y a des cas, et ils sont plus fréquents, où c'est le rhumatisme qui s'est montré le premier.

Il y a des cas aussi (et ce sont les plus nombreux) où il est impossible, soit en raison de l'apparition simultanée de deux manifestations morbides, soit surtout faute de renseignements, de savoir quand et comment s'est constituée la chorée rhumato-cardiaque.

Ainsi l'on voit dans une première série d'observations : un premier cas dans lequel une chorée, sans antécédents rhumatiques et simple d'abord, devient cardiaque trois semaines après le début, en même temps que les mouvements convulsifs diminuent et que survient un peu de fièvre. La chorée cesse après deux mois de durée, tandis que l'endocardite survit.

Dans un deuxième cas, la danse de Saint-Guy est d'abord simple et sans antécédents rhumatiques; l'auscultation du cœur ne donnait que des résultats négatifs lors de l'entrée de l'enfant à l'hôpital, et c'est seulement quatre mois plus tard, en auscultant en arrière pour reconnaître la cause d'une dyspnée intercurrente, qu'on découvre les signes d'une affection organique du cœur, laquelle avait été tout à fait latente. La chorée guérie après cinq ans, la complication cardiaque restait à sa période d'état.

Une troisième petite malade a d'abord une chorée qu'on ne peut rattacher que d'une manière fort éloignée au rhumatisme, et qui, restée simple durant la première atteinte et au début de la deuxième, devient plus tard cardiaque, sans passer par l'intermédiaire du rhumatisme articulaire. Tandis qu'elle diminue pour disparaître ensuite, l'endocardite suit une marche inverse, et ultérieurement la phlegmasie dégénère en une affection organique.

Dans une quatrième observation, la phlegmasie du cœur ne survient qu'à une quatrième atteinte de chorée.

Enfin, dans un cinquième cas, on voit deux attaques de chorée se développer sans l'intervention apparente du rhumatisme, mais trois ans et demi après la première atteinte choréique, éclate un rhumatisme polyarticulaire et cardiaque, dont l'apparition vient affirmer, de la façon la plus évidente, la nature rhumatique des attaques antérieures de la danse de Saint-Guy.

Vient ensuite une série de faits dans lesquels la maladie du cœur a précédé la chorée.

Chez une petite fille, l'invasion de la chorée avait été précédée d'une dizaine de jours par une fièvre assez forte, sans rhumatisme articulaire; dès le premier examen, M. Roger constata les signes d'une endocardite dont le début avait dû être tout au moins simultané, si même il n'avait précédé la chorée.

Dans un autre fait, le cœur avait été manifestement atteint le premier, et cette affection se complique plus tard d'une petite chorée partielle, circonscrite et si légère qu'elle aurait pu facilement passer inaperçue. On sait que des faits semblables ont été signalés pour le rhumatisme articulaire.

Dans huit observations, la chorée et l'affection cardiaque ont débuté presque simultanément, de même que l'on voit souvent, dans le rhumatisme articulaire aigu, le cœur se prendre presque en même temps que les jointures. Les bruits anormaux, indicateurs d'une endocardite ou d'une péricardite, furent constatés dès le premier examen, et alors que la danse de Saint-Guy était de date très-récente (trois semaines dans deux cas et seulement dix jours dans un autre). Dans un cas, le développement des deux états a été tout à fait simultané.

Une quatrième catégorie d'observations comprend les faits, plus nombreux, dans lesquels la détermination chronologique du développement des deux états morbides n'a pu être faite. Néanmoins ils se ressemblent tous entre eux et ressemblent également aux précédents en ce que le rhumatisme articulaire ne paraît pas être intervenu dans la génération des deux facteurs de la chorée cardiaque.

Une partie de ces faits tend, avec beaucoup d'autres, à prouver que les deux états pathologiques, bien qu'originaires du même vice, ont généralement une marche indépendante; une chorée légère ou forte pouvant coïncider avec une affection du cœur plus ou moins intense et toujours grave, et réciproquement. Ces faits montrent pareillement que presque toujours la maladie du cœur survit à la chorée, celle-ci guérissant souvent, tandis que celle-là persiste. Dans un cas, cependant, la danse de Saint-Guy et la phlegmasie cardiaque se sont très-manifestement influencées, au point que l'endocardite, déjà née lors d'une première atteinte de chorée, s'aggravait sensiblement au moment de chaque atteinte nouvelle.

Les exemples de chorée avec maladie du cœur sont trop nombreux, fait remarquer M. Roger au sujet des faits dont il vient d'être question, de même que les faits avec rhumatisme antécédent ou concomitant, pour qu'on voie un simple effet du hasard dans ces alliances pathologiques. Pour lui, il existe un lien évident entre les phlegmasies cardiaques et la danse de Saint-Guy, lien qu'il compare à celui qui unit cette même maladie au rhumatisme articulaire. Mais remarquons bien, ajoute-t-il, que dans la majorité des cas, ce n'est pas la chorée qui, directement et sans intermédiaire, va compliquer la maladie ou en être compliquée; si la chorée a de l'affinité pour les phlegmasies cardiaques, ce n'est assurément pas à titre d'affection nerveuse, mais à titre d'affection rhumatismale : « C'est le vice rhumatismal, qui apparaît tantôt unique, tantôt double, et tantôt enfin avec une triple manifestation. »

C'est cette triple alliance qu'il s'agit de montrer maintenant par une cinquième série de faits. L'analyse de cette nouvelle série de faits fera le sujet d'un deuxième article qui trouvera sa place dans la Revue prochaine.

Paralysie traumatique du nerf sous-orbitaire.

Comme on le verra par la lecture de l'observation suivante, recueillie dans le service de M. le docteur Panas, à l'hôpital Saint-Antoine, il s'agit ici d'un jeune homme qui, par suite de coups reçus sur la figure, offrit tous les signes physiologiques d'une lésion du nerf sous-orbitaire : insensibilité de la partie antéro-interne de la joue droite; de la moitié correspondante de la lèvre supérieure, aussi bien de sa face cutanée que de sa face muqueuse; insensibilité de la paupière inférieure; enfin, perte de sensibilité de toute l'aile du nez du même côté, à l'exception toutefois du lobule qui reçoit son innervation du filet naso-lobaire, provenant d'une autre source, la branche ophthalmique de Willis. Jusqu'ici, rien de bien particulier dans le fait; et comme chez ce malade le doigt ne percevait aucun signe évident de fracture du rebord orbitaire ou d'un point quelconque de l'os maxillaire supérieur, on aurait pu croire à une anesthésie provenant de la contusion directe du nerf à sa sortie du trou sous-orbitaire. Un examen plus approfondi ayant démontré que l'insensibilité ne s'arrêtait pas là, mais qu'elle s'étendait aux deux incisives latérales et à la canine du même côté, à l'exclusion des autres dents de l'une et de l'autre mâchoire, on put arriver ainsi à préciser mathématiquement le point lésé du nerf, en plaçant la lésion derrière l'origine du nerf incisif et au devant des filets dentaires supérieur et postérieur, c'est-à-dire sur une partie du nerf comprise dans le canal sous-orbitaire. C'est en se fondant sur toutes ces considérations que M. Panas, malgré l'absence de tout signe apparent de fracture, admit ici l'existence d'une fêlure du plancher orbitaire, précisément sur le point où celui-ci offre le moins de résistance, c'est-à-dire sur le trajet du canal sous-orbitaire.

Voici le fait :

B..., âgé de 21 ans, canneleur, est entré à l'hôpital dans la nuit du 15 au 16 janvier.

Dans une dispute avec un militaire, il a reçu plusieurs coups de poing sur la tête et la face, et un en particulier sur le globe de l'œil droit, coup de poing qui paraît aussi avoir porté sur le rebord orbitaire inférieur. Puis le soldat, tirant son sabre, lui fit une plaie longue de 2 centimètres qui, partant de l'angle externe de l'œil droit, va en se dirigeant en dehors et un peu obliquement en bas. Une hémorrhagie se fait par cette plaie, mais elle est bientôt arrêtée par une compresse imbibée d'eau fraîche appliquée à sa surface et recouvrant en même temps le globe de l'œil. Deux autres plaies, mais étendues à peine d'un centimètre chacune, très-superficielles et ayant donné lieu à un écoulement de sang insignifiant, sont faites un peu plus haut, à l'union de la région frontale et de la région temporale.

Le 15, à la visite du matin, on trouve B... dans l'état suivant :

Paupières inférieure et supérieure à droite énormément œdématiées, offrant à peine une légère teinte ecchymotique, et rapprochées l'une de l'autre à tel point que le malade ne peut de lui-même ouvrir l'œil, et que l'on ne peut les écarter que dans une faible étendue. Cette exploration permet de voir le globe de l'œil exempt de toute plaie soit au niveau de la cornée, soit au niveau de la sclérotique. Point d'épanchement sanguin dans la chambre antérieure; l'iris a sa coloration normale et est sensible à la lumière; le diamètre de la pupille est exactement semblable à celui de cette même ouverture du côté opposé. La vision s'accomplit comme à l'état normal et n'est pas douloureuse. La conjonctive offre une vascularisation prononcée; ses vaisseaux sont volumineux et apparaissent en grand nombre; un peu de chémosis.

La plaie n'offre rien de particulier; ses lèvres sont moyennement écartées; il n'y a point eu à sa surface de nouvelle hémorrhagie.

Sauf la déformation dépendant du gonflement des paupières, le malade a la face parfaitement régulière; point de déviation latérale; tous les mouvements des muscles de la face s'exécutent régulièrement.

Mais la sensibilité cutanée de la face à droite, explorée attentivement, en touchant légèrement les téguments avec l'extrémité d'un stylet, a subi les modifications suivantes :

La paupière inférieure est complétement insensible; il en est de même de la face latérale du nez depuis le niveau de l'angle interne de l'œil, jusqu'au bord libre de la narine; cette insensibilité s'étend jusqu'à la ligne médiane, excepté en bas où, dans l'étendue de un centimètre d'avant en arrière et dans la hauteur de un centimètre et demi environ, la sensibilité paraît normale. Insensibilité de la joue, très-marquée dans sa région la plus interne, tandis que, dans sa partie externe, au niveau du bord antérieur du masseter et du point le plus saillant de la pommette, la sensibilité commence à reparaître, mais peu marquée, encore obtuse, et s'accentuant de plus en plus, à mesure qu'on l'explore vers la partie la plus postérieure de la face.

Insensibilité complète de la lèvre supérieure à droite, jusqu'au niveau de la ligne médiane. La sensibilité de la région gingivale, sur la mâchoire supérieure, est nulle, à partir de la ligne médiane jusqu'au niveau de la première petite molaire droite, où elle commence à apparaître, pour devenir plus nette et même normale au niveau de la deuxième.

Les dents correspondantes, c'est-à-dire les deux incisives supérieures droites et la canine du même côté, étant très-légèrement percutées, le malade n'en a aucune conscience; il commence à percevoir cette exploration à partir de la première petite molaire; elle est plus nette sur la deuxième, franchement marquée sur la première grosse molaire.

La paupière supérieure est complétement sensible comme à l'état normal; il en est de même de la région temporale, même à un point très-rapproché de l'angle externe de l'œil, de la face interne des fosses nasales, de la face droite de la cloison du nez, de la lèvre inférieure, des gencives et des dents de la mâchoire inférieure. Ainsi tous ces phénomènes paralytiques sont uniquement perçus du côté droit, à gauche rien de semblable ne se trouve, et à partir de la ligne médiane, les paupières, le nez, les joues, la lèvre supérieure, les gencives et les dents de la mâchoire supérieure possèdent leur sensibilité normale.

L'état général est bon; le pouls a une impulsion et une fréquence normales. La langue est naturelle. Point de céphalalgie.

Le 16, les paupières sont un peu moins volumineuses et peuvent s'écarter légèrement. Elles prennent une teinte ecchymotique, bleuâtre, plus marquée. La conjonctive est plus rouge et le chémosis plus marqué qu'hier. Rien de nouveau du côté de la sensibilité de la face, des gencives et des dents. Mais le malade a peu dormi, à cause de vives douleurs causées par une carie de la première petite molaire gauche. Cette douleur a continué très-vive dans la journée : une pilule d'opium de 0,05 centigrammes.

Le 18, le gonflement des paupières a de beaucoup diminué; elles peuvent s'écarter spontanément dans l'étendue de plus d'un centimètre; elles ont une teinte ecchymotique très-marquée, principalement à la partie interne de l'inférieure. La conjonctive est toujours rouge, mais à un degré un peu moindre; le chemosis excite à peine. La sensibilité de la face ne paraît pas tout à fait aussi obtuse, le malade commence à percevoir le contact du stylet aux limites des parties frappées d'anesthésie, plus particulièrement sur la partie antérieure de l'aile droite du nez; sur ces points le simple contact du stylet fait éprouver la sensation d'une légère piqûre. La névralgie dentaire à gauche est à peu près calmée.

Le 20, le gonflement des paupières est à peu près complétement disparu; l'occhymose est à peine marquée. Les plaies sont presque cicatrisées. La paupière inférieure droite ne peut se relever complétement en même temps que celle du côté opposé; congestion de la conjonctive existant à peine; plus de traces du chemosis; les parties anesthésiennes diminuent, très-peu d'étendue de la circonférence au centre, et paraissent en ces points toujours plus sensibles qu'à l'état normal.

Le 25, la sensibilité paraît avoir à peine reparu sur les parties encore anesthésiées, en gagnant tout au plus 2 à 3 millimètres sur les limites des points insensibles. Le reste est toujours frappé de la plus complète insensibilité. La percussion légère exercée à la surface des dents est perçue d'une manière un peu plus nette qu'auparavant; mais il y a une notable différence entre leur sensibilité et celle des dents voisines. La paupière inférieure droite éprouve toujours de la difficulté à se relever et reste insensible.

Le 26, le malade demande sa sortie.

HOPITAL BEAUJON. — M. Siredey.

Observation de Pleurésie hémorrhagique.

Par M. Meuriot, *interne des hôpitaux*.

(Lue à la Société médicale d'observation, séance du 14 juin 1867.)

Le nommé Guérard (Guillaume), âgé de 41 ans, ébéniste, entre le 27 mai 1867 salle Saint-Jean, n° 17.

Ce malade a encore sa mère, qui est d'une excellente santé; son père est mort d'accident il y a quelques années. Il a un frère bien portant, mais il a perdu une sœur phthisique.

Étant enfant, il était sujet aux furoncles. A 16 ans, il eut de fréquentes épistaxis. Il n'a point fait d'excès, n'a jamais eu de symptômes syphilitiques. C'était un travailleur assidu et il n'accuse, dans sa vie antérieure, que quelques indispositions qu'il attribue à la fatigue du travail. Il s'est marié à 21 ans et a eu huit enfants, dont trois sont morts en nourrice, tous les trois dans leur première année. Il a eu, de tout temps, des hémorrhoïdes qui ont été, il y a un an, le point de départ d'un flux très-abondant.

Il y a neuf mois, il s'est alité pour une douleur dans la jambe droite. A ce moment survint un eczéma qui s'est généralisé et a duré huit jours; il fut suivi d'une éruption abondante de furoncles, qui se montra sur tout le corps. On en voit encore aujourd'hui les nombreuses cicatrices.

Cet homme contracta ensuite une pleuro-pneumonie avec péricardite pour laquelle M. le docteur Martin lui donna des soins. Pendant deux mois, il resta sans connaissance. Au bout de ce temps, il y eut une légère rémission, et la convalescence parut s'établir. Pendant celle-ci, il survint un érysipèle de la jambe gauche, qui amena un abcès considérable avec décollement d'une grande partie de la peau de la jambe.

Mais il y a quatre semaines, une aggravation subite des symptômes survint. Le malade fut pris d'une grande oppression et d'un point de côté violent à gauche, avec fièvre et courbature générale. Il n'y avait pas eu de frissons, mais une toux pénible et quinteuse, une expectoration peu abondante et qui ne fut jamais sanglante ni sanguinolente. En même temps, des douleurs vives dans le ventre se montrèrent avec des nausées, des vomissements. Depuis, le malade a considérablement maigri, mais il n'a pas du moins eu d'hémophtysies, et n'a pas habituellement de sueurs nocturnes ni de diarrhée.

Voici enfin l'état actuel constaté au moment de l'entrée à l'hôpital :

Cet homme est dans un état d'amaigrissement considérable, que fait ressortir encore davantage un développement anormal du ventre. Il est couché dans le décubitus latéral gauche. La peau présente une teinte brun-foncée bronzée, sur laquelle tranchent les cicatrices nombreuses des furoncles qui ont laissé des macules blanchâtres. Il n'est pas une seule partie de la surface du corps qui soit restée indemne, et il est impossible de dire exactement le nombre de ces furoncles.

A la jambe gauche, au niveau de la partie moyenne du tibia, on remarque la cicatrice profonde qui résulte de l'ouverture du vaste abcès de l'érysipèle. Le malade se plaint toujours d'une grande oppression; il n'accuse pas de point de côté ni de douleurs dans aucun point du corps, excepté dans l'abdomen, qui est légèrement douloureux à la pression.

Il n'y a pas de fièvre; le pouls est petit et a 80 pulsations. La peau est sèche, la température est à 37°5.

Le malade dort mal. La nuit, il est tenu éveillé par l'oppression. Pas de sueurs nocturnes. L'appétit est nul; mais il n'a plus de nausées ni de vomissements. La langue est humide, non saburrale; il n'y a jamais eu de diarrhée; il existe plutôt de la constipation.

Il y a moins de toux qu'au début; mais elle est devenue quinteuse : cinq ou six quintes par nuit; le jour, elle est moins fréquente.

L'expectoration est peu abondante et consiste en quelques crachats muco-purulents insignifiants. La respiration est profonde (9 au quart); l'examen de la poitrine fait reconnaître une dilatation considérable de toute la moitié latérale gauche du thorax. Cette dilatation est uniforme et atteint toute la hauteur de la poitrine.

La matité est complète dans tous les points de cette moitié gauche du thorax; elle est la même partout, sous la clavicule, dans le creux axillaire, et en arrière, dans la fosse sus-épineuse; en avant, elle dépasse le bord droit du sternum de deux travers de doigt. Inférieurement, elle se confond avec la matité du foie à droite, et à gauche avec une autre matité qui s'étend jusqu'à l'ombilic et occupe tout l'hypocondre gauche. Nous y reviendrons. A droite, la percussion ne fait rien trouver d'anormal. La sonorité est même un peu exagérée.

A la palpation, on trouve les vibrations thoraciques diminuées, mais non abolies. Dans aucun point, en arrière, elles n'ont complétement disparu. L'auscultation permet aussi d'entendre la respiration partout, jusque dans le creux axillaire. Le murmure vésiculaire est remplacé par un bruit assez analogue à un souffle doux, profond et sourd, mais qui s'entend partout, et sans aucun mélange de bruits pathologiques. Pas de frottements, ni râles, ni craquements. Le retentissement de la voix dans le côté gauche de la poitrine n'est que faiblement altéré; en quelques points en arrière, il est un peu plus fort; en d'autres points, dans le creux axillaire et en avant, il est un peu affaibli; pas d'égophonie.

A droite, l'auscultation fait découvrir quelques râles muqueux disséminés; mais ces râles sont rares et fugitifs. En haut, dans la fosse sus-épineuse et sous la clavicule, la respiration est un peu rude, comme soufflante.

Le cœur est considérablement déplacé : ses battements sont visibles dans le cinquième espace intercostal du côté droit, tout contre le bord droit du sternum. Ils sont aussi très-visibles à l'épigastre, qui est maintenant soulevé par chaque battement cardiaque.

Il est impossible de distinguer la matité précordiale de celle que nous avons décrite et qui occupe toute la partie gauche du thorax, s'étend au delà du bord droit du sternum et se confond inférieurement avec celle du foie, au niveau du creux épigastrique.

Le summum des bruits du cœur s'entend à droite du sternum, au niveau du cinquième espace intercostal. Pas de bruit de souffle cardiaque ni vasculaire.

L'abdomen est augmenté de volume. La palpation y est légèrement douloureuse.

On constate facilement l'existence de deux tumeurs volumineuses, dont l'une est formée par le foie, dont le volume est considérable, et dont l'autre, située à gauche, s'étend jusqu'à l'ombilic et présente une forme ellipsoïde. Ces deux tumeurs sont indépendantes l'une de l'autre et sont séparées, au niveau de l'épigastre, par une rainure où l'on constate de la sonorité et dans laquelle on peut faire pénétrer la main en déprimant la paroi abdominale à ce niveau. A droite, la matité hépatique descend de toute la largeur de la main au-dessous des fausses côtes. A gauche, tout l'hypocondre est rempli par la seconde tumeur, qui dépasse un peu l'ombilic. En suivant avec les doigts les bords de cette tumeur, on la reconnaît légèrement mobile, indépendante, comme nous l'avons déjà dit, du foie hypertrophié; et on lui retrouve une forme ellipsoïde qui rappelle la forme de la rate. A ce niveau, il y a de la submatité en certains points, et en d'autres de la sonorité. Il n'y a pas d'épanchement ascitique; il n'existe en aucun point d'hypertrophie ganglionnaire.

Les urines, foncées en couleur, ne contiennent ni sucre, ni albumine, mais elles sont fortement chargées d'urates alcalins.

Pendant les premiers temps de son séjour à l'hôpital, le malade a accusé du mieux, il a un peu dormi, mangé, et ses digestions ont été plus faciles. Mais cette légère amélioration a été de courte durée. D'ailleurs, l'oppression était restée la même; elle ne tarda pas à augmenter.

Le 2 avril, grande oppression. Les signes fournis par l'examen du malade sont toujours les mêmes. Peu de toux, peu d'expectoration. La peau est toujours sèche; pas de sueurs. Pouls à 88 pulsations. Température à 38°. Toujours 9 inspirations au quart d'heure, mais plus profondes, plus pénibles.

Les jours suivants, l'oppression augmente. M. le docteur Siredey hésite pourtant encore à pratiquer la thoracentèse, et cela à cause de la persistance des bruits respiratoires et de la conservation des vibrations. Toutefois, le 4 avril, après avoir pris l'avis de M. le docteur Moutard-Martin, on fit une *ponction* exploratrice. Celle-ci ayant donné issue à du liquide, on décida la thoracentèse, qui fut pratiquée séance tenante.

Il s'écoula de la sérosité brunâtre, analogue à du vin de Malaga. Pendant l'opération, le malade est pris d'un accès de toux et menace de suffoquer. On retire alors la canule. On avait extrait deux litres et demi de liquide. L'analyse en a été faite, nous la donnerons plus loin.

Le volume de la poitrine n'a pas manifestement changé. La respiration s'entend mieux dans le côté gauche; en arrière, la matité est restée la même; en avant, elle a diminué. Il existe un peu de sonorité sous la clavicule. La matité, qui dépassait le bord latéral droit du sternum, s'arrête maintenant au niveau du bord gauche de cet os. Le cœur est revenu à gauche. On ne voit plus les battements cardiaques au niveau du bord droit du sternum, mais bien à gauche, dans le cinquième espace intercostal. Ces battements sont moins visibles à l'épigastre. Le foie n'a pas changé de dimension ni de position : il dépasse toujours de toute l'étendue de la main le rebord des fausses côtes; mais la tumeur abdominale gauche est remontée de deux travers de doigt et ne dépasse plus l'ombilic.

Le soir, le malade est beaucoup mieux. L'oppression a diminué. A la suffocation a succédé une toux quinteuse et fatiguante pendant une heure; depuis, le malade a dormi.

La peau est moite. Pouls à 26 pulsations; 10 respirations au quart d'heure.

Le 5 avril, la nuit a été bonne. Le malade a pu dormir et a pu alternativement se coucher sur les deux côtés.

Le bruit respiratoire s'entend partout du côté gauche, avec le même timbre, les mêmes caractères qu'avant la ponction.

Au niveau de la tumeur abdominale du côté gauche, on ne constate presque plus de submatité. Il existe plutôt de la sonorité.

Le 6 avril, la respiration s'entend toujours très-nettement, partout, sans affaiblissement manifeste. Les vibrations sont toujours un peu diminuées, mais la matité persiste; excepté en avant, où nous avons déjà noté ses modifications, elle s'arrête au bord gauche du sternum et il y a de la sonorité au-dessous de la clavicule.

Le 7 avril, il y a eu du délire dans la nuit. La peau est chaude et humide. La langue devient saburrale. Le pouls est toujours à 26 pulsations.

Le 8 avril, le délire a augmenté; le malade a eu des hallucinations. Il est, ce matin, dans l'abattement le plus complet.

On ne trouve plus de pouls aux radiales. La peau est froide, cyanosée, baignée d'une sueur froide visqueuse. La respiration est suspirieuse. Le facies est grippé.

A huit heures du soir, le malade, sous le coup d'une hallucination, sort de son lit. On le fait recoucher; en ce moment même il succombe.

L'autopsie a été pratiquée trente-huit heures après la mort. Nous joindrons, aux détails de l'autopsie, l'analyse du liquide extrait par la thoracentèse, et l'examen microscopique des lésions, que nous devons à l'obligeance de notre ami M. le docteur Chalvet.

Voici d'abord l'analyse du liquide retiré par la thoracentèse :

Ce liquide était trouble, d'un brun rougeâtre, alcalin, sans odeur. Une fois reposé et filtré, il était limpide et avait à peu près la coloration citrine de l'urine ordinaire; il précipitait abondamment par la chaleur. 5 grammes de ce liquide ont donné 0,34 d'albumine, ce qui correspond à 68 pour 1,000 grammes. Cette proportion d'albumine n'est pas ordinaire. Cet excès est le résultat probable de l'absorption d'une partie du liquide, et l'albumine ne s'exosmose pas dans les mêmes proportions que l'eau et les cristalloïdes. Le dépôt fourni par le liquide, abandonné quelque temps à lui-même dans un verre conique, offrait une coloration franchement sanglante. L'examen microscopique a révélé dans ce dépôt la présence d'hématies bien conservées, de leucocytes, de quelques cellules épithéliales et de granulations amorphes.

La plèvre du côté droit présente quelques légères adhérences très-molles, très-friables au niveau de la colonne vertébrale de la partie postérieure des côtes et avec le diaphragme. Pas d'épanchement. Le tissu du poumon correspondant est sain et ne présente pas d'autres altérations qu'un léger œdème. Dans la cavité pleurale du côté gauche, il existe encore un litre de sérosité brune analogue à celle que l'on avait extraite par la paracentèse. Le poumon est accolé à la paroi postérieure du thorax, contre laquelle il se trouve aplati et étalé par des adhérences assez résistantes. Le tissu pulmonaire est d'une coloration ardoisée très-intense, dur, résistant, ne crépite pas à la pression et tombe lentement au fond de l'eau; il présente, en un mot, les caractères de l'état fœtal. On constate en même temps une infiltration générale, mais pourtant discrète, de granulations grises demi-transparentes. On ne voit en aucun point de granulations jaunâtres qui accompagnent si souvent les granulations grises.

L'examen microscopique nous a montré l'épithélium pulmonaire presque entièrement détruit. Les cellules étaient granuleuses et fragmentées; un grand nombre n'avaient plus de parois, et leurs granulations amorphes flottaient en liberté dans les préparations, dont les fibres lamineuses et élastiques formaient la base. Un grand nombre de cellules coniques à cils vibratils apparaissaient dans un état parfait de conservation. Les vaisseaux pulmonaires sont à peu près exsangues, et leur réseau présente une coloration grisâtre dûe à la pénétration de la matière colorante des hématies altérés. Les cellules de la muqueuse bronchique sont donc restées intactes, tandis que celles des vésicules proprement dites ont subi de profondes altérations, résultat probable de la compression prolongée du pus ou par l'épanchement.

Les deux feuillets de la plèvre étaient considérablement épaissis et atteignaient, en certains points, de 7 à 10 millimètres. La surface de la plèvre costale présentait des aréoles qui la faisaient ressembler à la muqueuse d'un estomac de ruminant. Dans son épaisseur, on retrouvait des granulations grises. La plèvre était doublée de fausses membranes. Sur plusieurs points, les fausses membranes étaient manifestement organisées : elles étaient parcourues par de gros vaisseaux irréguliers variqueux. A une seule paroi, la plèvre diaphragmatique contenait des granulations grises; mais, sur ce point, les granulations étaient larges et aplaties, au lieu d'offrir la forme sphérique des granulations pulmonaires. Ces diverses granulations, du reste, avaient partout la même composition. Elles consistaient en un amas de matière amorphe et de cytoblastions, sans mélange d'éléments fibro-plastiques.

Le péricarde contient deux verres environ d'une sérosité limpide. Les deux feuillets du péricarde présentent quelques adhérences légères et friables. Sur le feuillet viscéral, on observe des traces de péricardite ancienne. Sur les faces antérieure et postérieure du cœur, il existe des plaques blanchâtres, non rugueuses, non saillantes, ayant l'aspect nacré de la porcelaine. Le cœur est d'un volume normal et rempli de caillots noirâtres. L'endocarde est indemne et le tissu cardiaque est sain.

Abdomen. — Il n'existait pas d'épanchement dans la cavité péritonéale. Le péritoine était normal partout, sauf au niveau de la face inférieure convexe du foie. A ce niveau, il existait quelques adhérences entre le foie et le diaphragme.

Le foie présentait un volume considérable. Le tissu hépatique, d'une coloration jaunâtre, offre une résistance pâteuse. Il est granuleux à la coupe, surtout quand on le déchire. L'examen microscopique fait voir les cellules hépatiques remplies de granulations amorphes. Ces granulations donnent à l'épthélium du foie cet aspect trouble qui caractérise le premier degré des altérations albuminuriques des reins. Beaucoup de cellules, trop distendues par les granulations, ont éclaté, et leur contenu, devenu libre, augmente encore l'aspect granuleux des préparations. On ne trouve que quelques rares gouttelettes graisseuses. L'acide acétique éclaircit fortement les préparations, et l'on ne constate pas une prédominance marquée des éléments lamineux.

Cette lésion est surtout caractérisée, comme on le voit, par une véritable infiltration des matières albuminoïdes amorphes, et dont

être rapprochée de cette classe de lésions mal définies qu'on qualifie d'hypertrophie simple ou de cirrhose hypertrophique. Les parois des artérioles n'avaient pas subi la dégénérescence amyloïde.

Il existait vers le bord supérieur, sur la face convexe, au niveau des adhérences péritonéales que nous avons signalées, trois ou quatre masses jaunâtres du volume d'une noisette et un kyste dans la substance de la glande. L'étude microscopique et clinique de cette matière nous permet d'affirmer qu'il s'agit de la transformation dite caséeuse d'une ancienne lésion probablement de nature tuberculeuse.

La rate, elle aussi, était considérablement hypertrophiée. C'était elle qui constituait la tumeur que l'on retrouvait à gauche dans l'abdomen. Elle présentait presque le volume et le poids d'un foie normal; elle avait 28 centimètres de longueur sur 16 centimètres transversalement. Le tissu splénique était dense, résistant au doigt. Sa capsule fibreuse était légèrement épaissie.

Le microscope a révélé l'intégrité de tous les éléments qui entrent dans la structure de la rate. L'augmentation de volume constituait toute la lésion. L'artère splénique était très-sineux et formait des flexuosités très-étendues. Ses parois avaient subi, en certains points, la transformation crétacée. Au niveau du hile de la rate, on voyait une poche anévrismatique de l'artère. Cet anévrisme avait le volume d'un petit œuf de poule. La grosse extrémité était inférieure et présentait les deux orifices de l'artère. Les parois d'entrée et de sortie de cet anévrisme étaient solides et avaient subi complétement la transformation crétacée; elles étaient d'une très-mince épaisseur, presque transparentes. La cavité était remplie par un caillot cruorique.

Les reins étaient normaux, sauf le rein droit, qui était d'un petit volume et présentait un léger degré d'hyperémie.

Le canal intestinal était sain. Hypertrophie des ganglions mésentériques.

Le cerveau et la moelle n'ont pas été examinés.

En résumé, Messieurs, nous nous trouvions en présence d'un malade chez lequel il n'était pas permis de douter de l'existence d'une pleurésie chronique. Mais lorsqu'il fallait préciser le diagnostic, reconnaître, par exemple, la quantité et les caractères du liquide épanché, déterminer la nature de cette pleurésie, là s'élevaient alors de véritables difficultés qui ont donné lieu à plusieurs divergences d'opinions. En effet, la marche de la maladie, les commémoratifs, les symptômes présentés par le malade ne permettaient pas de mettre en doute la lésion de la plèvre. Mais si d'un côté l'énorme dilatation de la moitié latérale gauche du thorax, la matité complète que l'on constatait à ce niveau, la grande oppression du malade et surtout le déplacement considérable du cœur caractérisaient suffisamment un épanchement et faisaient croire à une grande quantité de liquide; d'un autre côté, si l'on venait à pratiquer l'auscultation, on était étonné de retrouver dans toute l'étendue de la poitrine le murmure vésiculaire presque intact. En effet, la respiration ne s'entendait pas seulement vers la racine du poumon, tout le long de la colonne vertébrale, ce qui constituait pour Laennec un degré constant de la pleurésie et même de la pleurésie chronique avec épanchement considérable; mais on entendait encore le bruit respiratoire dans tout le côté malade; ce bruit était à peine affaibli, mais pourtant modifié. Ce n'était pas précisément le murmure vésiculaire qu'on entendait, mais un souffle doux, profond et sourd.

Lorsqu'on avait reconnu cette persistance de la respiration, on était porté à croire que l'épanchement n'était pas très-considérable; pourtant l'on n'avait certainement pas affaire à une pleurésie sèche : l'absence de frottements, l'étendue de la matité, la dilatation thoracique et surtout le déplacement du cœur ne pouvaient pas permettre de s'arrêter à cette idée. Un autre signe venait encore gêner la certitude du diagnostic, c'était la conservation des vibrations thoraciques. On sait l'importance que M. Monneret attache à l'abolition des vibrations ou tout au moins à leur affaiblissement comme signe d'épanchement pleurétique. Cette proposition se trouve quelquefois infirmée.

Nous avons déjà eu l'occasion plusieurs fois de voir des épanchements thoraciques considérables avec conservation à peu près intacte des vibrations. Dernièrement encore, dans le service de M. le docteur Moutard-Martin, à l'hôpital Beaujon, nous avons constaté les vibrations chez une vieille femme de 60 ans qui avait une pleurésie datant d'un an; la thoracentèse fit retirer 3 litres de liquide. Dans notre cas, le malade avait été pris d'accès de suffocation, et comme on redoutait la mort subite par suite du déplacement considérable du cœur, il fallut élucider la question, et l'on fit une ponction exploratrice. Cette ponction ayant donné issue à du liquide, on décida séance tenante la thoracentèse, et celle-ci permit de retirer de la poitrine deux litres et demi de liquide. De nouveaux accidents de suffocation, survenus pendant l'opération, firent retirer la canule avant même que le liquide fût tout écoulé. L'épanchement était considérable : l'on ne peut donc pas faire intervenir la petite quantité de l'épanchement pour expliquer la persistance de la respiration et la conservation des vibrations. Il est pourtant admis généralement que ces deux signes sont en rapport inverse avec la quantité du liquide épanché. Nous croyons bien plutôt devoir attribuer la persistance de la respiration aux adhérences qui empêchent l'épanchement de refouler le poumon en haut, contre la colonne vertébrale, comme cela se rencontre le plus communément.

Cette circonstance se retrouve dans les cas où les adhérences ont précédé l'épanchement. Nous croyons aussi que la conservation des vibrations thoraciques est due à ces adhérences et surtout aux membranes qui tapissent la plèvre costale et qui transmettent d'autant plus facilement les vibrations, que les membranes sont plus épaisses et plus résistantes.

Chez notre malade, l'autopsie a démontré l'existence de ces adhérences et d'une couche très-épaisse de fausses membranes organisées résistantes. Il en a été de même chez la vieille femme que nous avons observée dans le service de M. le docteur Moutard-Martin. Ce n'est que dans les pleurésies chroniques que l'on a constaté la persistance de la respiration et la conservation des vibrations, malgré la grande quantité de liquide épanché; cela se conçoit facilement, puisqu'il faudrait, pour retrouver ces deux symptômes concomitants avec un épanchement abondant, que la paroi costale soit tapissée par une épaisse couche de fausses membranes organisées et condensées, et que des adhérences anciennes aient mis obstacle au refoulement du poumon. Mais alors ce n'est plus le murmure vésiculaire que l'on entend, car celui-ci est remplacé par un murmure doux, profond et soufflant qui n'est en quelque sorte que le ralentissement un peu éloigné du bruit qui se passe dans le poumon et qui se transmet par l'intermédiaire des productions nouvelles qui se sont faites dans la plèvre et qui constituent une masse solide et dense.

Une autre difficulté de diagnostic se présentait lorsqu'on voulait déterminer la nature de cette pleurésie chronique. Avant la thoracentèse, il était permis, en présence de l'état cachectique dans lequel le malade était tombé par suite de la persistance et de la longue durée de son affection, de considérer cette pleurésie comme une manifestation tuberculeuse ou cancéreuse. Si, d'un côté, l'aspect extérieur du malade plaidait en faveur du cancer, d'un autre côté, on retrouvait des antécédents tuberculeux dans la personne d'une sœur du malade, morte phthisique à la suite d'une longue maladie dans le cours de laquelle elle avait eu des hémoptysies. La ponction thoracique, en donnant issue à un liquide sanguinolent brun-rougeâtre, analogue à du vin de Malaga, n'avait pas permis encore de trancher la question; car si l'on sait que la pleurésie cancéreuse est caractérisée presque toujours par un liquide sanguinolent, comme l'ont observé MM. Barth, Andral et Trousseau, on ne peut pas en conclure qu'un épanchement sanguinolent soit forcément le signe d'une pleurésie cancéreuse. En effet, lorsque les fausses membranes pleurales se sont vascularisées, il peut se faire des hémorrhagies par rupture de quelques-uns des néo-capillaires, comme cela se passe dans les hémorrhagies méningées et dans les hématocèles spontanées du testicule. De plus, le liquide épanché dans la plèvre peut même être sanguinolent d'emblée, c'est-à-dire exister dans les fausses membranes et ne pas succéder, par conséquent, à une rupture de leurs capillaires.

Laennec admettait une pleurésie hémorragique primitive, et Baron, Natalis Guillot, Legroux, Aran et M. Tardieu en ont observé plusieurs cas. En 1860, une discussion soulevée à la Société médicale des hôpitaux a mis ces faits hors de doute.

L'examen du liquide pouvait-il décider la question? M. le docteur Chalvet, en en faisant l'analyse, constata l'intégrité des globules rouges, l'absence de grosses cellules de noyaux multiples ou richement nucléolés. Il était donc permis, jusqu'à un certain point, de rejeter l'idée d'un cancer. La sanie cancéreuse, en effet, ne se présente jamais avec cet ensemble de caractères.

En interrogeant les commémoratifs fournis par le malade, on voyait que sa pleurésie remontait environ à neuf mois, mais qu'il y avait eu, à un moment, une légère rémission dans son état, et que celui-ci s'était subitement aggravé quatre semaines avant l'entrée à l'hôpital. En présence du liquide recueilli par la ponction thoracique, on pouvait admettre qu'il y avait eu à cette époque une hémorrhagie par suite de la rupture d'un des capillaires nouveaux développés dans les néo-membranes de la plèvre : ce qui permettait d'expliquer à la fois la provenance de l'hémorrhagie plévrale et l'aggravation subite des symptômes présentés par le malade un mois avant son entrée dans nos salles. Cette hypothèse a été réalisée par l'examen cadavérique, qui a fait voir la riche vascularisation et l'organisation avancée des fausses membranes.

Au lit du malade, d'autres difficultés se sont présentées au sujet des tumeurs abdominales. A droite, la forme de la tumeur ne permettait de songer qu'à une hypertrophie du foie; mais à gauche, si la forme de la tumeur que l'on y constatait rappelait celle de la rate, les signes fournis par la percussion avaient permis de supposer qu'on n'avait pas seulement affaire à une hypertrophie de la rate, mais bien à une péritonite péri-splénique qui avait, par des adhérences, réuni des anses intestinales pour constituer cette tumeur. En effet, la tumeur n'était pas mate dans toute son étendue; on constatait en certains points de la matité, en d'autres de la sonorité. Et il était naturel d'admettre une lésion phlegmasique du côté du péritoine, car l'on constatait de la douleur à la pression, et le malade avait eu, avant son entrée à l'hôpital, des douleurs vives dans l'abdomen simultanément avec des vomissements. Il n'en était rien cependant, et l'autopsie a donné tort à cette opinion. Quant à l'idée de lésions consécutives à des fièvres intermittentes, les commémoratifs ne permettaient pas de s'y arrêter, et l'absence de lésions du côté du système ganglionnaire, faisaient abandonner la pensée d'une leucocythémie. La rate était simplement hypertrophiée comme le foie. Quant à la cause de cette hypergenèse, on peut la rattacher jusqu'à un certain point à la dégénérescence crétacée de l'artère splénique et de son anévrysme. Mais il n'était pas possible de soupçonner ces lésions pendant la vie.

La nécropsie a clairement établi qu'on avait eu affaire à une pleurésie de nature tuberculeuse; elle a fait comprendre, par la disposition des adhérences et par l'abondance ainsi que par la consistance des fausses membranes, le désaccord que l'on constatait entre les signes fournis par l'auscultation et la palpation, et ceux donnés par la mensuration et la percussion; elle a fait voir la vascularisation des néo-membranes, et elle a permis ainsi de soupçonner la provenance de l'épanchement sanguinolent.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 29 janvier 1868. — Présidence de M. Larrey.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

M. le secrétaire annuel lit le compte rendu des travaux de la Société pour 1867.

Compte rendu des travaux de la Société de chirurgie pour l'année 1867.

Messieurs,

En désignant votre secrétaire, vous lui confiez, tous les ans, le devoir de reproduire aussi exactement que possible les discussions qui remplissent vos séances. J'ai conscience, Messieurs, d'avoir mis tous mes soins à la rédaction de vos bulletins; j'espère avoir ainsi répondu à la confiance dont vous m'avez honoré.

M. le Secrétaire général va, dans un instant, retracer devant vous la vie de notre regretté Président. Il résulte, de cette circonstance, le devoir pour votre secrétaire annuel, de présenter ici un résumé des travaux accomplis par la Société de chirurgie pendant l'année 1867. Je vous prie, Messieurs, de m'accorder quelques instants de bienveillante attention.

Comme les années précédentes, les séances de notre Société ont toujours été très-bien fournies. Communications, présentations de malades, nouveaux instruments, rien n'a manqué à l'intérêt de nos réunions, et souvent l'ordre du jour s'est trouvé trop chargé.

Pendant les six premiers mois de l'année, l'activité de la Société de chirurgie s'est concentrée presque uniquement sur deux grandes discussions qui, toutes les deux, se rattachent à la thérapeutique. Je dois un instant m'arrêter pour examiner une dernière fois ensemble quels ont été les résultats de ces deux tournois académiques qui, certainement, ont su intéresser le monde savant.

La relation d'une opération heureuse faite par notre savant collègue, M. Broca, a été l'origine d'une discussion prolongée sur l'opération du trépan. Un bon nombre de nos collègues ont pris part à ce débat, et vous avez vu successivement se formuler des opinions contradictoires; les unes avaient pour base l'expérience clinique, les autres se fondaient sur la simple induction. Mais examinons un peu quel était le problème qu'on s'efforçait de vouloir résoudre.

Les accidents qui succèdent aux blessures de la tête sont très-variés; leur signification pathologique bien positive nous échappe le plus souvent. Quelle est la valeur pronostique de tel ou tel symptôme, quelle est l'indication thérapeutique; ce sont là des questions qui sont rarement résolues au lit du malade.

A la suite d'une contusion du crâne, un blessé présente des accidents graves et persistants. On supposait le malade perdu, lorsque, dans l'espace de quelques heures, survient une amélioration inattendue à laquelle succédera bientôt la guérison. D'autres fois, les accidents du début sont très-simples, et plusieurs semaines après la chute, le blessé succombe pendant une attaque convulsive.

Ces différentes erreurs dans le pronostic, ces surprises chirurgicales, comme on pourrait les appeler, reconnaissent le plus souvent pour cause l'imperfection du diagnostic; aussi voyons-nous toujours les maîtres demeurer dans une sage réserve toutes les fois qu'il s'agit d'une blessure du crâne.

Les incertitudes presque inévitables du diagnostic, l'impossibilité de préciser la lésion, autorisent souvent l'erreur; on peut dire que la thérapeutique des plaies de tête est une mission bien délicate à remplir. Tel guérit ses blessés, et il a recours à la médication la plus énergique; tel autre se contente d'un régime sévère, et il arrive exactement au même résultat.

Rien n'est obscur comme l'indication; rien surtout n'est difficile comme de mettre en harmonie et la thérapeutique employée et les résultats obtenus.

Combien il est facile de se faire illusion, et cependant on n'hésite point à dire que tel médicament a guéri le malade, que c'est grâce à telle opération que le blessé a eu la vie sauve.

Ces diverses réflexions, qui sont suggérées par l'étude des plaies de tête en général, demeurent encore exactes lorsqu'il s'agit de résoudre la question bien autrement grave : de l'utilité du trépan dans les blessures du crâne.

Comme vous le savez, Messieurs, on a trépané préventivement, on a trépané en présence de symptômes définis; d'autres enfin ont réservé le trépan pour les cas *in extremis*.

Les résultats obtenus à diverses époques ont été constamment contradictoires, et les chirurgiens les plus autorisés n'ont pu s'entendre.

Cette divergence dans les opinions, on la retrouve à chaque instant et elle explique le retour en quelque sorte périodique, dans les sociétés savantes, d'une discussion sur le trépan.

Tant que les fonctions de l'encéphale et de ses divers départements ne seront pas mieux connues, tant que la méthode expérimentale n'aura pas fourni à l'étude des plaies de tête l'éclat des lumières qu'elle porte sur toutes les questions, jusque là, Messieurs, le problème que comporte l'opération du trépan sera scientifiquement insoluble. On citera de beaux succès, de nombreux revers seront enregistrés, sans qu'on puisse dire exactement quelle a été la part de l'intervention chirurgicale.

Notre collègue, M. Guérin, avait donc bien raison, ou du moins je partage son avis, lorsqu'il disait : « La Société de chirurgie n'était point en mesure de discuter l'opération du trépan; nous n'étions point préparés à juger en dernier ressort un problème posé depuis des siècles. »

Est-ce à dire pour cela, Messieurs, que la discussion provoquée par M. Broca ait été complétement stérile? Non. Notre collègue, et avec lui

MM. Deguise et Perrin, ont bien fait voir qu'il fallait limiter la question et savoir restreindre l'étude à des cas déterminés. Cette manière d'envisager les choses ne pouvait être que très-utile à la pratique chirurgicale. Malgré les efforts des membres dont je viens de citer les noms, la discussion s'est bientôt généralisée; elle a perdu la précision réclamée par ses promoteurs; mais en même temps se sont produits les résultats que peut fournir l'expérience des praticiens les plus compétents. Notre Président, M. Legouest, a relaté de belles observations que renferment désormais vos bulletins; il nous a transmis l'impression que la pratique des camps lui a laissée en disant : « Il y a très-probablement indication de trépaner, toutes les fois qu'on doute s'il y a lieu de le faire. »

M. Perrin a su vous intéresser par le récit palpitant de quelques faits dont il a été le témoin. Nos deux collègues, un peu compagnons d'armes, demandent qu'on revienne au trépan, dût-on en abuser un peu.

Je dois mentionner, dans cette analyse rapide, un travail fort étendu que nous devons aux recherches patientes de M. Lefort. Notre collègue a fait passer sous vos yeux une statistique considérable dont la valeur a, du reste, été fort contestée par M. Giraldès. Ce dernier a surtout insisté pour établir que si, d'une part, on pratique l'opération du trépan plus souvent en Angleterre qu'en France, d'autre part le dissentiment qui sépare les chirurgiens français n'en existe pas moins de l'autre côté du détroit.

Il vous a montré tel hôpital où l'on trépane les blessés, tel autre où l'on s'abstient presque complétement.

M. Lefort a su donner à sa communication un intérêt réel en réunissant par groupes les principaux symptômes qui succèdent aux blessures du crâne, et en essayant de faire correspondre à chacun de ces groupes des lésions probables et consécutivement des indications plus ou moins précises.

Il ne serait point difficile de citer des faits qui démontrent combien les conclusions formulées par M. Lefort sont loin d'être toujours en harmonie avec la pratique, mais il faut reconnaître que, faute des bases scientifiques dont je parlais il n'y a qu'un instant, la solution du problème ne pouvait être plus précisée. La statistique utilisée dans la question du trépan ne pouvait fournir, ici comme ailleurs, que des résultats problématiques; c'est un point de vue sous lequel on peut envisager toutes les questions médicales, mais c'est un procédé qui absolument ne peut fournir aucun résultat définitif.

En présence d'un blessé offrant la série des symptômes qui succèdent ordinairement aux lésions graves de la tête, on éprouve forcément et toujours un grand embarras, et je comprends que M. Giraldès ait pu dire que l'indication du trépan, faute d'une base certaine, était encore aujourd'hui subordonnée au tempérament du chirurgien. Oui, l'incertitude de la lésion et surtout de son étendue ne permet pas d'affirmer l'indication, et c'est l'expérience, l'habitude spéciale qui autorisent tel ou tel à donner un bon conseil dans un cas déterminé.

Ce que la longue expérience peut apprendre, ce que l'étude attentive d'un grand nombre de blessures du crâne peut fournir de résultats, toutes ces choses, nous les devons à la libéralité scientifique de l'un de nos collègues.

M. Larrey a réuni, pour les analyser ici, non-seulement les nombreuses observations qui lui sont personnelles, mais encore il a formulé les enseignements qui ressortent de la pratique de son illustre père.

Or, Messieurs, que résulte-t-il de cet énorme travail, qui certes fera l'un des plus beaux ornements de nos publications? Que ressort-il de l'expérience successive des Larrey? Une double formule que je vous demande la permission de transcrire ici : « Que l'opération du trépan, si salutaire, si indispensable quelquefois, n'est pas toujours sans gravité par elle-même et doit être réservée à des cas bien définis et non entreprise au hasard ou de parti pris, dans des cas douteux ou désespérés, sous peine d'aggraver le plus souvent les complications et de hâter une terminaison funeste; que c'est, au contraire, l'application active et trop de fois négligée des autres ressources de l'art qui peut, dans la plupart des circonstances, seconder les merveilleux efforts de la nature pour la guérison des blessures les plus graves de la tête. »

Voici, Messieurs, la solution, la seule que pouvait fournir l'expérience; mais, répétons-le, la solution véritablement scientifique reste encore à trouver.

Ici se présente l'occasion, et je la saisis avec empressement, de rendre hommage au zèle scientifique d'un correspondant de la Société. M. Pétrequin a su charmer l'une de nos séances par la lecture d'un travail important ayant pour titre : *Recherches historiques sur l'opération du trépan au temps d'Hippocrate.*

L'observation clinique a démontré qu'il existe dans l'organisme vivant une force médicatrice spontanée qu'il faut le plus souvent respecter au bénéfice des malades. Mais, tout en reconnaissant qu'il pouvait être funeste de troubler, par des médications empiriques, les tendances de la nature lorsqu'elles sont heureuses, on a dû se demander s'il ne pouvait pas être possible et utile de troubler ces mêmes tendances et de les modifier lorsqu'elles sont mauvaises. Telle fut l'origine de la doctrine de Paracelse, substituée à l'expectation hippocratique.

A toutes les époques, la médecine empirique a eu de nombreux partisans, car c'est une tendance naturelle de l'esprit de placer, à côté de chaque maladie, le remède spécifique. Cependant il serait désirable que la thérapeutique eût désormais des allures plus scientifiques.

Déjà bien des tentatives ont été faites, et dans ces dernières années, nous avons vu surgir une école véritablement nouvelle.

Les effets physiologiques provoqués par les médicaments sont proclamés comme l'une des bases importantes de la thérapeutique.

Sans rien repousser absolument et en tenant grand compte des résultats fournis par la clinique, il serait à la fois intéressant et utile de reprendre à nouveau l'étude des médicaments en insistant sur l'examen des remèdes dont la valeur a été rendue presque incontestable par l'expérience de plusieurs siècles.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société micrographique tiendra sa prochaine séance le lundi, 17 courant, à trois heures, rue Christine, 2.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 20. — MARDI 18 FÉVRIER 1868. 41e ANNÉE. MARDI 18 FÉVRIER 1868. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 17 février 1868.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

Académie des sciences. — Quelle est la partie vraiment active du liquide vaccinal ou plus généralement des humeurs virulentes?

Le célèbre physiologiste de Lyon, M. Chauveau, distingue dans ces humeurs trois genres d'éléments constitutifs : 1° le liquide séreux; 2° les corpuscules du pus, les leucocytes; 3° les autres éléments solides, les granulations qui sont suspendues dans le liquide séreux.

Dans son travail actuel, il s'attache à prouver qu'en supprimant les leucocytes, on laisse intacte la virulence; tandis qu'elle n'existe plus dans le liquide vaccin privé de granulations élémentaires.

Pour établir ce dernier point, il s'est servi d'une méthode qui nous semble, à première vue, peu rigoureuse.

« De la sérosité vaccinale est introduite dans une très-petite éprouvette. On a soin, pendant l'opération, d'éviter que le liquide ne touche les parois du vase au-dessus du niveau que ce liquide doit atteindre. Puis on verse dessus une couche d'eau distillée avec toutes les précautions voulues, pour qu'il ne se produise aucun courant capable de déterminer le mélange mécanique des deux fluides. »

Tel est le *modus faciendi.*

L'eau distillée qui forme la couche supérieure est destinée à représenter, au bout d'un certain temps, la sérosité du vaccin, un peu diluée, et séparée de toutes particules solides.

Celles-ci, en effet, n'ont aucun motif pour ne pas rester à leur place; tandis que les principes solubles pénètrent dans l'eau distillée par une sorte de dialyse, rendue évidente pour l'albumine par l'action de l'acide nitrique ou de la chaleur.

Or, avec ce liquide, les inoculations n'ont jamais réussi.

On serait tenté de formuler de graves objections à cette démonstration physiologique telle qu'elle se présente; mais mieux vaut attendre la publication d'une seconde communication annoncée par M. Chauveau comme devant la rendre inattaquable.

— M. Marey continue ses recherches sur le mouvement musculaire; il vient de prouver, par la forme même de ce mouvement et le travail produit, que les muscles sont élastiques, car sans cette élasticité, les ondes fibrillaires seraient trop courtes et trop rapides pour aboutir à un effort durable.

Société médicale des hôpitaux. — Nous donnons plus loin le compte rendu détaillé de la dernière séance.

Deux faits cliniques, exposés par M. Hérard, y ont été l'occasion d'une discussion vive sur l'admission de certaines *entités* dans le cadre nosologique. L'attaque venait de M. Chauffard.

On peut dire de M. Chauffard qu'il est puissamment systématique, à la manière de ces grands esprits qui ont constitué la scolastique du moyen âge. Comme eux, il a besoin d'avoir sur toutes choses des doctrines arrêtées; et il accepte facilement comme démontrées les hypothèses qui lui permettent d'affirmer alors qu'on doute.

Galien lui-même était ainsi. Il établissait des théories qu'il étayait très-habilement de découvertes anatomiques et d'expériences personnelles, tout aussi bien que de déductions et de raisonnements hasardés.

Les découvertes sont restées; les expériences étaient bien faites; on les a répétées depuis sans leur enlever leur valeur; les observations de détail sont toujours bonnes à consulter; mais que sont devenus ces systèmes nosologiques dont Galien était fier?

Maintenant ils sont de l'histoire : il n'est plus question, pour personne, d'y croire aujourd'hui; mais pendant des siècles, quand on y croyait, ils ont certainement retardé le progrès des sciences médicales.

Ils ont ôté le goût de l'observation pure, telle que l'avaient comprise Arétée de Cappadoce et bien d'autres; ils ont fait remplacer par de vains commentaires et des réflexions creuses les merveilleux tableaux qu'on avait su tracer de quelques maladies, dans des écoles où le dogmatisme ne régnait pas.

Malgré la profonde admiration que j'ai pour Galien, dont l'habileté comme vivisecteur, la logique et la dialectique comme chef de secte sont incomparables, je ne désire pas voir un homme de cette trempe s'élever et jouer parmi nous le même rôle.

Le dogmatisme est étouffant pour ceux qui en acceptent le joug en fervents disciples; les commentateurs les plus illustres du théoricien de Pergame ont partagé toutes ses erreurs; mais quand il plongeait dans les ténèbres par un éclair de son génie, ils ne savaient rien discerner. Il a fallu laborieusement s'apprendre à voir dans la nature ce qu'avait entrevu ou deviné le maître, pour le suivre dans sa pensée.

Ce que nous venons de dire des élèves de Galien, nous pouvons le dire des vitalistes qui se bornent au rôle modeste de sectateurs.

M. Chauffard, heureusement, ne se range point parmi ceux-là.

Nature éminemment féconde, originale, primesautière, je dirais presque dominatrice, il a le précieux avantage de régler lui-même ses doctrines et d'y faire entrer ce qu'il veut. Qu'il ne se hâte pas, pour leur donner meilleure apparence, d'y admettre, comme essentielles, les dernières interprétations anatomiques ou physiologiques des maladies ou des symptômes.

Il est évident que le rêve de M. Chauffard est un beau rêve; mais il n'est pas réalisable pour le moment. Nous ne connaissons pas assez bien la cause, le point de départ et la nature intime de toutes les maladies, pour y trouver les bases d'une classification nosologique absolue et complète.

Que faut-il faire en attendant?

Si l'on reconnaît un ensemble pathologique bien défini, qui se soit montré chez plusieurs sujets toujours identique à lui-même, dont la durée, la marche et la terminaison puissent être prévues d'après les symptômes, faut-il renoncer à l'étudier, à le nommer, à le décrire, jusqu'à ce que la première origine, le mécanisme formateur, et les lésions anatomiques en soient parfaitement connues?

Ou faut-il, remplaçant la réelle ignorance par une science fausse, pire encore, introduire de force cette inconnue, à tout hasard, dans une division quelconque d'un cadre établi?

Non, sans doute; et M. Chauffard ne se figure pas agir ainsi, quand il range la *paralysie labio-glosso-pharyngée*, à côté de l'*ataxie locomotrice*, dans les *scléroses de l'axe nerveux.*

Y rangera-t-il aussi l'hystérie? Il doit le faire, car des scléroses médullaires ont été trouvées, à l'autopsie, chez un certain nombre d'hystériques. La localisation centrale et la nature sclérosique de la maladie ne sont pas moins bien établies, ni mieux établies, ici que là.

Ainsi, voilà trois affections aussi différentes que possible dans leur durée, leur marche, etc., classées comme simples variétés d'une même entité nosologique, qui en comprend encore plusieurs autres.

Je ne peux pas croire que ce soit là le classement définitif de ces affections; et, comme provisoire, je préfère de beaucoup celui qui se base sur les symptômes, et qui offre au moins le double avantage d'être plus pratique et plus commode.

Comment procéder, en effet, avec la méthode de M. Chauffard, alors qu'on se trouve en présence d'une affection telle que l'épilepsie, dont les symptômes sont parfaitement nets, mais dont les lésions anatomiques peuvent être variables, ou manquer?

Faut-il attendre la nécropsie avant de prononcer un nom, avant de rattacher les symptômes qu'on observe à un type déjà connu?

La nature vivante se prête mal à ces belles classifications, dont les divisions et subdivisions sont parfaitement nettes et rigoureuses; les phénomènes y sont trop complexes, et ils n'y sont pas provoqués en leur entier par l'observateur.

Heureusement la science a marché, et peut longtemps marcher encore, indépendamment de tous les systèmes, par l'étude attentive, le rapprochement et la comparaison des faits qui s'offrent à notre examen.

Du reste, nous sommes disposés à reconnaître avec M. Chauffard qu'il a saisi, pour ses critiques, l'occasion lorsqu'elle s'offrait.

La paralysie glosso-labiale ou glosso-labio-pharyngée ne peut subsister comme espèce que si toutes les observations en rappellent d'une manière frappante celles qui doivent servir de types.

Société médico-chirurgicale d'Alexandrie (Égypte). — Nous avons dit que cette société avait institué, sur des animaux, des expériences qui tendaient à prouver le peu de danger de la ponction du foie.

Nous devons ajouter qu'à Paris, M. le docteur Lavigerie avait rapporté dans sa thèse, soutenue pendant l'année 1866, des expériences semblables, exécutées par lui.

Ayant ponctionné le foie sur des chiens sans que ces animaux parussent en souffrir, et ne trouvant aucune lésion qu'on pût attribuer à cette cause chez ces animaux, qu'il avait tués quelques jours après, notre confrère en avait conclu qu'on pourrait également chez l'homme ponctionner le foie avec un trocar explorateur, lorsque cette ponction pourrait éclairer le diagnostic.

Il y avait alors plus de dix ans que le professeur mexicain Jimènes suivait cette méthode; mais on ne le savait pas en France, ni en Égypte.

Il faut avouer que les conclusions de la Société médicale d'Alexandrie sont singulièrement fortifiées par cette triple coïncidence d'études parallèles, entreprises isolément dans trois pays et conduisant aux mêmes résultats.

Société médicale de Londres. — L'usage de l'ophthalmoscope, comme moyen de diagnostic dans les maladies des centres nerveux ou de leurs membranes, se généralise de plus en plus.

Il est de règle maintenant d'examiner le fond de l'œil lorsqu'on soupçonne une méningite, soit aiguë, soit tuberculeuse. Si l'on n'y voit rien d'anormal, on est à moitié rassuré, car les affections des méningites s'accompagnent le plus souvent de troubles intraoculaires. Cependant cette règle n'a rien d'absolu.

M. Bouchut, qui a publié (1) les premières observations de lésions rétiniennes causées par une méningite aiguë, a eu bien soin de remarquer que quelquefois les yeux ne sont point affectés dans cette maladie (2).

Pourtant ce seul signe négatif a suffi au docteur Sansom, dans un cas qu'il a rapporté devant la Société médicale de Londres, pour écarter complétement l'idée d'une méningite tuberculeuse chez un enfant qu'on en croyait atteint.

La suite lui a donné raison : l'enfant a guéri; mais il entre un peu de hasard dans ce résultat.

Hôpitaux. — S'il est vrai que l'absence de lésions oculaires ne peut suffire pour affirmer l'absence de tubercules dans les méninges, il n'est pas moins vrai que, quand on trouve des tubercules au fond de l'œil, le diagnostic est presque posé.

Il en est ainsi chez une enfant épileptique qui se trouve dans le service de M. Bouchut. Cette enfant présentait des attaques convulsives très-fréquentes et très-courtes, sans lésion du mouvement, ni de l'intelligence, ni des autres fonctions.

M. Bouchut l'a examinée et nous l'a fait voir à l'ophthalmoscope. Son œil gauche n'offre rien de particulier; mais, à droite, la choroïde est très-hyperémiée, et, contre un vaisseau, à une petite distance de la papille, qui est nette, on aperçoit une petite granulation blanchâtre et semi-transparente qui semble placée sous la rétine.

C'est un tubercule de la choroïde; et comme en général les granulations tuberculeuses ne sont pas confinées sur un seul point, comme le fond de l'œil est, pour ainsi dire, une expansion de l'encéphale, il est probable qu'il existe des tubercules dans les centres nerveux.

L'ophthalmoscope est ici le seul moyen qui puisse conduire à une notion précise.

Les altérations de la rétine et de la choroïde dans la diathèse tuberculeuse, et particulièrement les granulations intra-oculaires, qui étaient restées longtemps inaperçues, ont été décrites par M. le docteur Galézowski dans un travail récent.

Nous n'entrerons pas dans l'examen des questions de priorité qui sont venues compliquer les questions scientifiques à ce propos.

Que nous importe de savoir qui a eu le premier l'idée de regarder au fond de l'œil, dans telle ou telle maladie? L'essentiel était de pouvoir s'y reconnaître, et de classer ce qu'on avait vu.

Il ne s'agissait pas ici de découvrir tout d'une pièce, un grand principe ou un grand fait, comme la circulation du sang.

Il fallait décrire peu à peu, avec méthode, certaines lésions,

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 25 avril 1862.

(2) Du diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscopie, par E. Bouchut Paris, Germer-Baillière, 1866.

certaines apparences, dont la portée comme symptômes serait connue avec le temps.

Le praticien et le spécialiste devaient se compléter l'un l'autre. Ils se sont mis, bon gré mal gré, dans une collaboration dont ils partagent forcément les inconvénients et les avantages.

Maintenant l'œuvre est-elle parfaite? Bien loin de là; elle commence à peine à prendre forme. Chacun conserve encore ses interprétations particulières. Tous les lauriers ne sont pas cueillis.

Dr Victor Revillout.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. — M. Ancelet.

De la môle hydatoïde

(Fin.)

II. — Examinons maintenant l'argument tiré du *mode de ramification* des grappes.

« Les vésicules ne sont point disposées les unes à la suite des autres, comme le seraient des varices séparées par des valvules intérieures, dit H. Cloquet, mais elles naissent latéralement et d'une manière alterne à droite et à gauche, en avant et en arrière d'un pédoncule commun... Les masses ont la figure d'une grappe en raison de l'agglomération du grand nombre d'individus qui les composent sur une tige centrale ramifiée et à l'aide de pédicelles ramifiés, disposition qui a été vérifiée par une foule d'accoucheurs et qui paraît constante. »

Telle est, en effet, la disposition que semble indiquer la dénomination d'hydatides en grappes employée par la plupart des observateurs, mais ne s'en sont-ils pas laissé imposer par une pure apparence?

Si nous ne nous contentons pas du simple énoncé du fait, voici ce à quoi se borne ce que nous avons noté :

Millot parle de longues queues à chacune desquelles tiennent huit ou dix vésicules par des pédicules. M. Destrez (de Vailly) dit qu'elles sont appendues à un pédicule commun; Franche, aux ramifications multipliées d'une tige centrale; Villiers, à des pédicules qui se rendaient à d'autres pédicules très-fins insérés sur des rameaux communs qui se rendaient à un centre plus massif; M. Depaul dit aussi qu'elles étaient appendues à une tige commune et formaient des grappes nombreuses. Mais y a-t-il bien une tige? « Les pédicules communs partent tous d'une membrane dont il a été impossible de retrouver la cavité. » M. Gibert dit aussi qu'elles sont appendues à un pédicule formé de tissu cellulaire, mais est-ce pédicule ou membrane qu'il faut lire? Il ajoute, en effet, qu'elles sont attenantes les unes aux autres, et M. Luys précise ce point en disant : Chaque dilatation vésiculiforme est constituée, soit par un renflement terminal d'une villosité, soit par des dilatations successives et placées à la file de la cavité même de la villosité; elles sont séparées par des espèces d'étranglements qui leur forment des collets. En général, elles ont un pédicule étroit qui les relie à la masse de la villosité; d'autres se continuent avec elle par une large base d'implantation.

Rien donc, dans ces descriptions incomplètes, ne me paraît établir la disposition en grappe d'une façon péremptoire. On a accepté le mot parce qu'il correspondait à l'apparence superficielle et la description s'est adaptée au mot.

M. Cruveilhier nous fournit la preuve que ce n'est point là une simple hypothèse : les vésicules, dit-il, sont tantôt agglomérées au milieu d'un axe commun, verticellées, tantôt disposées à la manière d'une grappe, alternes, opposées, quelquefois très-rapprochées, d'autrefois séparées par un grand intervalle. Mais après avoir ainsi sacrifié à l'usage, cet excellent observateur ajoute : « Elles présentent deux, trois, quatre, cinq pédicules, de sorte qu'*il n'y a pas de grappes* à proprement parler, mais des espèces de *réseaux* formés par des vésicules liées entre elles au moyen de filaments grêles et fragiles. » Et l'on reconnaît la même disposition dans les courtes descriptions suivantes : Les vésicules naissent les unes des autres, les dernières attachées à un pédicule (Haller). Les vésicules sont liées entre elles de façon à présenter la forme de grappes ou de chapelets (Garnier). Une grappe de vésicules est constituée par de longs chapelets de vésicules couchées sur les parois de l'utérus, fixés à sa face interne par une de leurs extrémités... Une grande vésicule est le plus souvent le point de départ des autres. Par sa partie renflée, elle donne naissance à plusieurs petits prolongements filiformes qui se terminent par des vésicules plus petites; la même subdivision peut se répéter cinq à six fois et donner naissance à de longues grappes (Pelvet).

Je conclus de ce qui précède que plus la description cesse d'être banale, plus elle devient précise, plus aussi elle se rapproche du type que j'ai observé : il n'y a plus de grappe, il y a un réseau; les vésicules ne sont plus ramifiées autour d'un axe commun, elles sont seulement appendues, attenantes les unes aux autres et finalement à une membrane commune. Je ne note qu'une différence, c'est que dans mon observation les vésicules les plus volumineuses étaient les plus superficielles, et qu'une disposition inverse existait dans le cas de M. Pelvet. Ceci a une certaine importance au point de vue de l'hypothèse que l'on peut faire sur le mode de développement des vésicules.

Que l'on note bien ceci : je ne nie pas la possibilité de la disposition véritablement en grappe; je dis qu'aucune des nombreuses observations que j'ai sous les yeux n'en démontre la réalité, et comme j'ai rencontré une disposition tout autre, je suis tenté de croire que l'on s'en est laissé imposer par une simple apparence. Ceci posé, et acceptant le mot grappe ainsi détourné de son sens primitif, ne signifiant plus qu'il y a un pédicule commun, mais que les vésicules naissent les unes des autres, nous pouvons accepter la description suivante de M. Cayla, qui tend à confirmer ce que nous venons de dire. La sagacité du lecteur distinguera ce qui est la réalité de ce qui se rattache à l'hypothèse qu'il soutient :

« Il est en général *assez facile* d'isoler les grappes les unes des autres et de suivre leur pédicule jusque sur le chorion, mais souvent l'intrication des filaments signalés dans le placenta s'est conservée dans la môle; on a alors un *gâteau de kystes* à texture inextricable... C'est au niveau du point où commence à se ramifier le pédicule que commencent aussi à apparaître les dilatations hydatiformes. A partir du point où les villosités commencent à se ramifier, on voit leurs branches renfler d'espace en espace. Ces renflements varient de volume, depuis celui d'une noisette jusqu'à des dimensions imperceptibles à l'œil nu. Tantôt une villosité entière est métamorphosée presque complétement en une grappe de vésicules grosses à peu près comme des baies de groseilles; dans d'autres cas, au lieu de vésicules en grand nombre, de volume peu variable, on trouve sur chaque grappe quatre à huit vésicules du volume d'une noisette, placées soit sur le trajet des branches, soit à leur extrémité. Un très-grand nombre d'autres vésicules, du volume d'un grain de chenevis, les accompagnent et sont situées soit sur les branches qui en portent, soit sur les rameaux voisins. Les villosités plus simples donnent lieu à des grappes plus simples; les ramifications sont moins considérables et les vésicules de dimensions variables moins nombreuses. » Pour nous, qui cherchons soigneusement à dégager la description, le fait de toute induction préconçue, cela revient à dire que quelquefois, dans certains points, en raison des variétés du degré d'adhérence, on peut distinguer dans ce réseau de kystes non des grappes, mais des *groupes* plus ou moins isolés des kystes voisins, et que certains kystes plus volumineux présentent quelquefois sur différents points de leur surface des kystes plus petits, et nous sommes ainsi amenés à étudier les rapports qu'affectent entre elles les vésicules adjacentes.

Les filaments qui attachent les vésicules les unes aux autres, dit H. Cloquet, sont souvent d'une extrême ténuité et semblent avoir la même organisation que la vésicule elle-même; ils se croisent mille et mille fois, et constituent une trame aréolaire formée de plusieurs couches superposées. Les vésicules, dit M. Cruveilhier, sont liées entre elles au moyen de deux, trois, quatre, cinq et six pédicules constitués par des ligaments grêles et fragiles... Les pédicules sont très-déliés ou volumineux, creux, avec ou sans communication avec la cavité de la vésicule. L'insertion, dit M. Cayla, a lieu en général au moyen d'un pédicule très-étroit; il varie de longueur de un à deux millimètres. Souvent très-ténu, il atteint parfois un millimètre d'épaisseur. Dans ce cas, il laisse refluer le liquide d'une vésicule à l'autre, mais très-souvent il est oblitéré sur un point plus ou moins étendu de son trajet. On distingue dans l'épaisseur des parois de ces grosses vésicules plusieurs vaisseaux blancs qui passent d'une vésicule à l'autre, la pénètrent, s'y ramifient et sortent pour pénétrer dans une autre vésicule, après avoir suivi isolément un trajet plus ou moins long. Les pédicules et les filets de ces vésicules sont blancs, très-résistants, dit M. Depaul. Les filaments qui tiennent réunies les unes aux autres les vésicules, dit M. Ch. Robin, sont formés de la même manière que les vésicules elles-mêmes, mais le filament du tissu cellulaire qui en occupe le centre prend davantage l'aspect fibreux et en comble la cavité.

Tout cela me semble bien un peu vague. Voici comment, d'après mon observation, je serais tenté de formuler la chose en établissant une distinction qui n'a point été faite : l'adhérence des vésicules a lieu par deux modes, dont le développement est, d'une manière générale, proportionnellement inverse, un pédicule et des filaments. Le pédicule, dont le diamètre est d'autant plus grand que la vésicule est moins développée, représente dans ces cas un simple rétrécissement circulaire et est constitué par la juxta-position, la fusion plus ou moins intime de la membrane interne des deux vésicules adjacentes. Quand les vésicules se développent, l'adhérence diminue d'étendue, et les vésicules prennent l'aspect pyriforme, puis elles tendent à se détacher, restant quelquefois retenues par un pédicule fibro-cellulaire qui finit par se rompre. A mesure que ce travail de séparation progresse, les filaments apparaissent, s'isolent de plus en plus. Pour Vallisnieri, Millot, ce sont des vaisseaux; madame Boivin partage cette opinion quand elle dit : Ces rameaux filamenteux, cette disposition vasculaire sont sans doute les moyens de communication entre les vésicules et de leur nutrition. Pour nous, ces filaments qui partent de différents points de la périphérie du kyste pour se rendre non-seulement à une vésicule voisine, mais à un groupe de vésicules, ne sont autre chose que des débris de la membrane externe commune, ou peut-être un produit de sécrétion en voie d'organisation.

Les vésicules communiquent-elles entre elles à travers le pédicule? Vallisnieri dit qu'elles s'emplissent aux dépens de celles qui leur sont contigues; mais est-ce une hypothèse ou un fait? M. Cayla annonce que quand le pédicule est volumineux, le liquide peut refluer d'un vésicule à l'autre; mais, dans un passage précédemment cité, M. Robin, qui a vu les mêmes pièces, dit positivement que la communication n'existe pas. Shrokius insuffle les grains d'une môle, l'air pénètre d'une vésicule à l'autre, et il conclut qu'elles communiquent entre elles. Mais madame Boivin répète l'expérience, et elle n'ose affirmer que l'air ait passé d'une vésicule à l'autre; elle craint de s'être fait illusion. Littre procède de la même façon, mais il constate seulement que les plus gros grains communiquent avec leurs filets. M. Cruveilhier semble admettre la communication, mais il confirme seulement le même fait que Littre, « en cas de communication, une pression légère fait refluer le liquide dans le pédicule ». Quant à nous, nous l'avons cherchée, nous ne l'avons point constatée; quand nous avons cru la constater, un examen plus attentif nous a fait voir que nous avions produit une déchirure, d'où nous croyons pouvoir conclure qu'il n'y a point communication des vésicules entre elles, et nous ajoutons qu'en examinant attentivement les choses, rien ne permettait de supposer l'oblitération d'un trajet de communication antérieurement existant.

Nous ne voyons donc rien, soit dans le mode de ramification, soit dans le mode de développement des vésicules, qui permette de les rapprocher de la disposition et de l'accroissement des villosités choriales.

III. — Je viens déjà d'effleurer le troisième point qui me reste à traiter, l'examen de la *structure*, et je dois le dire, je ne l'aborde qu'avec une extrême défiance de moi-même, d'abord parce que je ne puis apporter sur ce sujet aucune observation personnelle, j'en ai donné la raison, et puis parce que je suis très-peu versé en ces matières. Mais je crois pouvoir dire qu'en présence du petit nombre de faits qui peuvent aider à la solution, il est prématuré de regarder la question comme résolue.

D'après M. Cruveilhier, la membrane du kyste est constituée par un seul feuillet laissant voir par transparence une disposition réticulée parfaitement indiquée. M. Pelvet l'a trouvée uniquement formée de granulations moléculaires. Pour M. Luys, elle est fibroïde, formée d'un accollement très-serré de fibres fusiformes, dont les noyaux sont la plupart du temps étouffés par un développement exubérant de granulations graisseuses. Celles-ci se présentent par amas irréguliers en proportions considérables dans l'épaisseur des parois des vésicules. C'est à peine si l'on distingue dans les espaces qu'elles laissent à découvert quelques noyaux de cellules. On ne constate pas de vaisseaux dans l'épaisseur des parois.

D'après madame Boivin, examinés au microscope, ces corps vésiculaires ont paru composés d'une double membrane dans l'épaisseur de laquelle on voit un semi pulvériforme blanchâtre visible aussi à l'œil nu. Nous avons aussi constaté l'existence d'une double membrane.

M. Ch. Robin, à propos d'un cas de M. Duhamel, les voit aussi formés de deux tuniques : l'une externe, offrant la structure propre au chorion de l'homme, c'est-à-dire qu'elle se compose d'une couche mince, grisâtre, parsemée de fines granulations grisâtres et de noyaux ovoïdes inclus dans l'épaisseur de cette substance, et en outre de granulations graisseuses accidentelles, dont la quantité varie d'un point à l'autre de l'enveloppe de chaque vésicule. La tunique externe étant déchirée, l'interne fait saillie sous forme d'une vésicule pâle, hyaline, très-transparente, épaisse de un à deux centièmes de millimètres, composée uniquement de fibres de tissu cellulaire entrecroisées en toutes directions, les unes isolées, entrecroisées avec d'autres également isolées, les autres formant des faisceaux aplatis larges de un à huit centimètres de millimètres, dans lesquels les fibres sont moins flexueuses, les faisceaux se subdivisent çà et là, et s'anastomosent les uns avec les autres. Des noyaux fibro-plastiques assez abondants sont interposés aux fibres du tissu cellulaire.

Ajoutons que la face interne du kyste est lisse, la cavité en général non divisée. Seul à notre connaissance, M. Cruveilhier l'a trouvée traversée par un nombre prodigieux de lamelles et de fibres qui la transformaient en une trame aréolaire dont les mailles communiquaient toutes entre elles.

En admettant que M. Robin ait constaté plusieurs fois la même structure, il n'en est pas moins acquis :

Que les notions afférentes à la structure intime des vésicules ne reposent que sur un petit nombre de faits et sont insuffisantes;

Que cette structure présente des différences, des variétés qui sont probablement en rapport avec l'âge du produit;

Que si elle se rapproche de la structure du chorion, cette analogie n'a rien de caractéristique : des noyaux, des granulations grisâtres et graisseuses, des fibres de tissu cellulaire, des noyaux fibro-plastiques se rencontrent dans beaucoup d'autres tissus.

Enfin, quand même il y aurait non pas seulement analogie, mais identité de structure, ce seul caractère serait insuffisant pour établir une théorie.

Je conclus de ce qui précède que le siége, le mode de groupement et de développement des vésicules s'opposent à ce qu'on les considèrent comme une hydropisie des villosités choréales, et que la structure même ne l'établit pas.

Qu'est donc la môle hydatoïde?

Les vésicules sont pendantes dans la cavité utérine; elles siégent sur une membrane qui tapisse tantôt les parois de

l'utérus, tantôt les membranes de l'œuf. Elles ont donc pour siége la caduque directe ou réfléchie.

On peut admettre que sécrétées par les glandes de la muqueuse utérine, elles poussent devant elle la couche la plus superficielle de cette muqueuse qui recouvre ainsi l'ensemble des vésicules, et qui, moins extensible, cède, se désagrège pour constituer les filaments. A l'état normal, cette couche entoure les villosités et leur sert de gaîne ; on la retrouve donc aussi à la surface des villosités choriales normales. Cette circonstance n'a-t-elle point été une cause d'erreur ?

Le microscope ne s'oppose point à cette manière de voir. M. Sirelius, de Helsingfors, a établi que pendant la grossesse non-seulement la texture de la muqueuse utérine, mais encore les éléments qui la composent se modifient, de nouvelles cellules se forment à côté de celles qui existaient déjà, se développent et se transforment continuellement. Ainsi, sur un caduque de quatre mois, la couche superficielle présente des cellules rondes de différentes grandeurs, avec noyaux et nucléoles ; au milieu une foule de noyaux ; dans les couches plus profondes les cellules sont beaucoup plus longues, et à mesure qu'on s'approche de la surface de l'utérus, elles tendent à prendre la forme de cellules fibroïdes. Çà et là, on remarque des fibres de tissu cellulaire ; les cellules allongées s'entrecroisent en différentes directions. Dans la suite, les cellules se modifient, et il se produit des granulations graisseuses.

Cette structure s'éloigne-t-elle donc de celle des kystes des môles plus que le chorion et ses villosités, dont j'emprunte la description à MM. Cayla et Robin : « Le chorion à l'état normal est entièrement formé d'une substance homogène, amorphe, insoluble dans l'acide acétique, qui çà et là présente un aspect fibroïde ou strié, sans qu'on y puisse découvrir de véritables fibres. Cette substance est parsemée dans toute son étendue de fines granulations moléculaires à bords nets et foncés, à centre brillant, réfractant la lumière. Parfois peu nombreuses, elles sont dans d'autres points très-abondantes et presque toutes en contact ; au milieu des granulations sous des noyaux ovoïdes assez nets, ordinairement réguliers, renfermant un ou deux nucléoles, à bords nets et foncés, à centre brillant ; dans leur masse, fine poussière de granulations moléculaires, généralement peu abondantes, et pouvant même manquer complétement. Les villosités sont formées de la même substance fondamentale. Les seules différences consistent en ce que beaucoup de branches des villosités et quelques-unes de leurs prolongement sont, plus souvent que le chorion, striées ou fibroïdes dans le sens de leur longueur... »

Laissons donc de côté ces questions de structure, qui, quant à présent, du moins, ne nous semblent point encore devoir peser d'un grand poids dans le sujet qui nous occupe. J'ajoute que la façon dont je l'envisage permet d'en rapprocher certaines productions qui ont avec ces môles hydatiformes une certaine analogie.

Ainsi, ces kystes si bien décrits par Morgagni, et qui ont été désignés sous le nom d'œufs de Naboth, rapprochement qui avait déjà été fait par Littre et par Percy ; ainsi, les polypes vésiculaires dont M. Cruveilhier parle en ces termes : « J'ai rencontré un grand nombre de fois à la Salpétrière, tantôt dans le corps, tantôt dans le col utérin de femmes avancées en âge, des tumeurs folliculaires pédiculées ou non pédiculées, formées soit par un seul kyste folliculeux, soit par l'agglomération de deux, trois, et même d'un plus grand nombre de kystes folliculeux, lesquels soulevaient la membrane muqueuse. Les polypes vésiculaires ou utéro-folliculaires de M. Huguier ne sont autre chose qu'un kyste folliculeux ou qu'une agglomération de kystes folliculeux recouverts par la membrane muqueuse très-amincie. » Lorsque je fis ce rapprochement devant la Société médicale de Reims, M. le docteur Galliet mentionna le fait d'une femme qui, accouchée deux ans auparavant d'un enfant à terme, présenta une seconde grossesse dont la terminaison amena, à la suite de douleurs analogues à celles de l'accouchement, la sortie d'une masse de la grosseur d'une tête d'enfant. Cette masse, qui ne présentait ni membrane enveloppante ni trace de filaments correspondant au cordon ombilical, était composée de vésicules grosses comme des grains de chasselas, et présentait assez d'analogie comme aspect avec les polypes muqueux des fosses nasales. N'était-ce pas là des polypes muqueux de la face de l'utérus, ajoute M. Galliet ?

N'est-on point porté à admettre qu'il y a entre ces diverses affections identité de nature et seulement différence dans le développement, la différence étant due seulement au mode de vitalité propre que l'imprégnation imprime à la muqueuse utérine ?

Je termine ici cette simple esquisse. Les exigences de la profession qui ne permettent que de rares et courtes échappées vers les grandes bibliothèques publiques, rendent les recherches de cette nature extrêmement lentes et difficiles, et si celles-ci sont assez étendues, je ne me dissimule pas combien elles sont encore incomplètes. Je ne conclus donc que d'après et pour les faits que j'ai rassemblés, et à propos de chaque point que j'ai eu à traiter, j'ai pris soin de mettre sous les yeux du lecteur les éléments qui servaient de base à mes déductions. Je ne préjuge donc rien pour les autres faits, et mon esprit restera libre de toute idée préconçue si, comme je l'espère, je complète un jour ce travail. Exigeant en matière de démonstration scientifique, je n'ignore pas que sur bien des points il laisse à désirer, et il faut que les doutes qui existent encore dans mon esprit se retrouvent même dans l'expression. C'est donc sous toutes réserves que je me résume dans la définition suivante :

Les môles hydatoïdes sont une altération particulière de l'une des faces de la membrane caduque, produite sous l'influence de l'imprégnation, consistant en la production par poussées successives, par un travail exogène, de vésicules indépendantes, adhérentes les unes aux autres, revêtues d'une membrane commune, tendant à s'isoler à mesure qu'elles se développent.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 février 1868. — Présidence de M. Gubler.

M. le Secrétaire général annonce que M. Besnier, rapporteur de la Commission des maladies régnantes, étant indisposé, ne lira son rapport qu'à la prochaine séance.

Paralysie glosso-labio-laryngée.

M. Hérard. Depuis les travaux de M. Duchenne (de Boulogne) la paralysie glosso-labio-laryngée a conquis sa place dans le cadre nosologique. J'observe en ce moment deux faits qui se rapprochent par quelques points du type décrit par M. Duchenne (de Boulogne), mais qui en diffèrent peut-être assez pour constituer des variétés de cette maladie.

1° Il s'agit d'abord d'un homme de 67 ans, charron, fortement constitué, bien portant jusqu'à l'accident qui l'a amené dans nos salles.

Une nuit, après s'être couché dans un état de santé parfaite, après avoir dormi, cet homme se lève pour uriner, et aussitôt il s'aperçoit qu'il a perdu l'usage de la parole.

Rien autre chose d'anormal, aucun phénomène morbide : ni mal de tête, ni étourdissement, ni fourmillements dans les membres. La perte de la parole persiste malgré des sangsues et un purgatif, et le sixième jour, le malade, dont l'état est très-légèrement amélioré, se décide à entrer à l'hôpital Lariboisière.

Je constate que l'intelligence est parfaitement nette, mais que l'articulation des mots est presque impossible. Il en est de même des lettres isolées, surtout de celles qui exigent le concours de l'orbiculaire des lèvres et de la langue. Le malade ne peut siffler, froncer les lèvres, souffler avec force ; l'orbiculaire des lèvres semble paralysé des deux côtés également ; pourtant la commissure gauche est légèrement abaissée par rapport à l'autre.

La langue paraît atteinte encore plus profondément, le malade ne peut la sortir de la bouche, en élever la pointe, ni la porter vers les côtés. La salive n'est pas retenue, et la déglutition est très-gênée.

Il faut que le malade repousse les aliments avec son doigt vers le pharynx ; il n'y a pas reflux des boissons par les fosses nasales, ni nasonnement ; mais l'émission des sons laryngés se fait avec grande fatigue. La sensibilité gustative et tactile est conservée ; le volume de la langue est normal ; il n'existe aucun trouble des sens ou de l'intelligence, aucune paralysie des sphincters ou des membres.

Le traitement a consisté en ventouses scarifiées ou sèches, vésicatoires à la nuque et purgatifs répétés ; une amélioration marquée s'est manifestée.

Aujourd'hui, après 6 mois, les mouvements de la langue sont revenus, mais incomplets ; la pointe s'en porte encore difficilement à droite ; la salive est presque entièrement retenue dans la bouche ; les lèvres peuvent se fermer, mais l'articulation des sons n'est pas encore nette. Depuis quelque temps on ne constate à peu près aucun changement.

Si le siége de cette affection est bien celui de la paralysie labio-glosso-pharyngée, le mode de début et la marche en sont exceptionnels.

Au lieu de se développer d'une manière progressive et lentement, elle s'est déclarée tout à coup, et loin de s'aggraver ensuite, elle a certainement diminué pendant quelques semaines.

Il est donc très-probable que la cause en était quelque lésion subite du système nerveux central : tel que congestion, ramollissement, ou plus probablement hémorrhagie.

Dans un fait semblable qu'aurait observé M. Viglat, les lésions centrales qui avaient causé la paralysie glosso-labiale étaient confondues à l'autopsie dans un foyer hémorrhagique très-vaste, qui s'était développé ultérieurement et avait amené des paralysies plus étendues et consécutivement la mort.

2° Quant à ma seconde observation, elle a trait à une jeune femme de 30 ans qui, vers le mois de mai 1866, à la suite d'une lecture faite à haute voix, a ressenti une fatigue accompagnée d'un sentiment de strangulation vers le larynx. La déglutition était difficile et la parole embarrassée.

Ces phénomènes se reproduisirent d'une manière intermittente, à l'occasion d'impressions morales, d'émotions, de contrariétés.

Un médecin, consulté vers le mois de décembre, attribua ces symptômes à un développement exagéré de la glande thyroïde, et conseilla des gargarismes astringents et une pommade iodurée.

Vers le mois de janvier 1867, la gêne de la déglutition augmente ; il s'y ajoute du nasonnement ; les boissons commencent à refluer vers les narines ; l'articulation des mots devient de plus en plus difficile, ainsi que les mouvements de la langue et des lèvres : de là impossibilité de siffler, de souffler, de retenir les aliments ; en même temps, la paupière supérieure du côté gauche devient de plus en plus faible ; la vue diminue ; il survient un engourdissement des deux mains, surtout de la gauche, un affaiblissement général et des mixturitions fréquentes.

Lorsque je vis la malade, il existait déjà une légère amélioration dans son état. Sous l'influence de vésicatoires à la nuque et sous l'action de l'iodure de potassium, cette amélioration continua, et elle devint beaucoup plus rapide quand M. Duchenne (de Boulogne) eut entrepris un traitement électrique.

Les mois d'août et de septembre furent les meilleurs ; puis les accidents reparurent aussi intenses.

Quand j'ai vu la malade, il y a quelques semaines, j'ai constaté de nouveau la chute de la paupière, l'affaiblissement de la vue, la paralysie du voile du palais et son insensibilité, le nasonnement, la demi-paralysie des lèvres et de la langue, la faiblesse du bras droit, etc.

Ici l'ensemble symptômatique est bien celui de la paralysie glosso-labiale ; mais, chose exceptionnelle, la glotte a paru atteinte la première.

On a déjà noté quelquefois, dans des faits du même genre, de légères paralysies de tel ou tel membre, mais jamais celle de la paupière supérieure.

On pourrait conclure de ce phénomène que l'origine réelle du nerf moteur oculaire commun, distincte de son origine apparente, est sans doute plus proche de la naissance du facial et de l'hypoglosse.

Mais il ne suffit pas pour empêcher de voir dans cette observation un exemple de paralysie gosso-labiale.

M. Chauffard. Cette paralysie glosso-labio-laryngée dont on nous parle, doit-elle être considérée comme une espèce morbide distincte, une entité ? Je ne le crois pas. Les faits cités par M. Hérard prouvent eux-mêmes le contraire. Il y avait bien, dans les deux cas, paralysie des lèvres et de la langue ; mais, chez le premier malade, cette paralysie était due à une hémorrhagie cérébrale, chez l'autre, à un ramollissement, ou plutôt à une sclérose de l'origine des nerfs.

Il y a là une détermination anatomique, en rapport avec le siége de la lésion, mais il n'y a pas lieu de créer une espèce à part ; et lui donner en cette qualité un nom distinct, c'est faire un très-manvais emploi de la langue nosologique.

M. Hérard. Je suis à peu près du même avis pour la première observation. C'est un malade très-extraordinaire que j'ai observé avec soin, parce que chez lui la paralysie avait une forme toute spéciale, très-différente de celle qui se rencontre habituellement chez les paralytiques par hémorrhagie, etc.

Quant au second fait, il montre mieux encore l'utilité de distinguer les paralysies glosso-labiales ; la marche n'en est pas la même.

M. Chauffard. C'est une sclérose, comme l'atoxie locomotrice.

M. Hérard. Ce peut être, en effet, souvent une sclérose qui en est la lésion anatomique ; mais les symptômes ont une physionomie, une marche progressive et toujours fatale qui légitime l'admission d'une entité morbide.

M. Chauffard. La marche est celle de l'atoxie locomotrice. Le fond anatomique est le même. La seconde observation de M. Hérard prouve que cette sclérose, au lieu de rester bien limitée, peut devenir envahissante, s'étendre sur d'autres points de l'encéphale ; et qu'alors les symptômes ne conservent plus cet isolement qui leur donne une physionomie à part.

M. Hérard. Il n'y a pas ombre d'ataxie locomotrice en pareil cas.

M. Chauffard. Par cela seul que l'hémorrhagie sera fixée sur tel ou tel point du cerveau, songerez-vous à créer des maladies nouvelles ? Non, certainement. Eh bien ! de même, parce que la sclérose est fixée sur le cerveau et non pas sur la moelle, il n'existe pas deux entités. La paralysie glosso-labiale et l'ataxie locomotrice sont des phénomènes de même ordre, deux variétés également irrémédiables de la même entité, de la sclérose.

M. Dumontpallier. J'ai quelques remarques à émettre sur les observations lues par M. Hérard. Quant à la première, il n'y tient pas ; reste donc la seconde. J'ai recueilli un certain nombre d'observations de paralysies labio-glosso-pharyngées, je les ai toutes analysées, et j'avoue avoir quelques doutes.

Deux choses m'étonnent chez cette malade : 1° le début ; 2° la marche de l'affection.

La maladie, telle que je la connais, débute toujours par les lèvres (on observe alors un écoulement de salive) ; puis elle s'étend à la langue, au larynx ; enfin au diaphragme et aux autres muscles respirateurs. Chez la malade de M. Hérard, elle a commencé par la glotte.

L'arrêt momentané n'est pas moins étrange, malgré le traitement dirigé par M. Duchenne (de Boulogne). Dans la maladie qu'il a décrite, M. Duchenne, n'obtenant rien, avait fini par renoncer à l'intervention électrique.

Voilà, en peu de mots, ce que j'avais à dire à mon cher maître, M. Hérard. Quant aux théories de M. Chauffard, je ferai observer qu'il n'existe aucune espèce de similitude entre l'ataxie locomotrice et la paralysie glosso-labiale. Dans la première, il y a désordre, non paralysie ; ici, au contraire, paralysie progressive, non désordre.

M. Hérard. Il est vrai que le mal a débuté par une paralysie incomplète, une faiblesse du larynx ; mais, pouvons-nous connaître assez complétement une maladie dont la découverte est encore récente, pour rejeter les faits qui semble s'écarter de la règle ?

M. Dumontpallier. Dans les deux cas où l'on a noté un affaiblissement des membres, j'ai fait l'autopsie, et j'ai trouvé une dégénérescence graisseuse des muscles atteints.

M. Hérard. Chez ma malade, il n'existe pas d'atrophie.

M. Dumontpallier. Il n'en existait pas non plus d'apparente pendant la vie, chez ceux dont je parle. Quant au diaphragme, chez la malade de M. Hérard, qu'a-t-on observé ?

M. Hérard. Rien encore.

M. Guérard. A propos du premier malade, chez lequel l'affection est moins bien dessinée, je suis frappé d'une chose : il se réveille au milieu de la nuit, se lève pour uriner ; c'était pendant l'été, il devait être en sueur ; il se refroidit, et tout à coup il est frappé de paralysie. Ne serait-ce point une paralysie rhumatismale ? M. Lasseyne a cité un fait très-analogue, celui d'un collégien qui sorti tout en sueur d'un bal, pour uriner, fut paralysé tout à coup de la tête aux pieds.

L'influence d'un refroidissement est grande pour amener une paralysie, soit générale, soit limitée : paralysie faciale, paralysie du moteur oculaire commun ; j'en ai observé un exemple chez une demoiselle qui travaillait dans un courant d'air venant d'une fenêtre. Les eaux minérales guérissent très-bien les paralysies de cette espèce. Ne serait-ce pas ici le cas ? Parfois on a noté dans ces paralysies des troubles dans la phonation et une grande fatigue à parler.

M. Hérard. Je crois que si telle eût été la cause, l'affection serait déjà guérie, surtout après le traitement employé.

M. Guérard. La persistance du mal ne prouve rien sur sa nature. On n'a pas employé d'ailleurs les bains de vapeur, etc.

M. Delasiauve. J'ai vu une hémiplégie complète par refroidissement durer dix-huit mois.

M. Bourdon. Je crois qu'il est bon de conserver la séparation entre l'ataxie et la paralysie glosso-labiale. Celle-ci ne commence ni ne finit jamais par l'ataxie. Ce sont des troubles de mouvements de nature toute différente, des paralysies, qu'on observe du côté de la langue ou ailleurs.

M. CHAUFFARD. Je n'ai jamais dit qu'elle put commencer ou finir par l'ataxie locomotrice; mais les lésions fondamentales sont semblables; la marche est comparable, ascendante et fatale. Une différence de localisation ne suffit pas pour établir une espèce; il faut plus qu'une variété dans les symptômes ou dans le siége pour mériter une description spéciale.

M. HÉRARD. On étudie à part les congestions rachidienne et cérébrale.

M. CHAUFFARD. On peut les étudier à part, mais on ne doit pas les classer à part dans le cadre nosologique.

M. HÉRARD. Et les névroses, les confondrez-vous?

M. CHAUFFARD. L'hystérie et l'épilepsie sont des maladies de natures toutes différenses.

M. BOURDON. Et la pleurésie et la pneumonie, les unissez-vous?

M. CHAUFFARD. Non, car la pleurésie est souvent plus différente de la pneumonie par sa nature que par son siége. La plevre est une membrane séreuse, sujette aux manifestations rhumatismales; il n'en est pas ainsi du poumon. Par exemple, je ne veux pas qu'on fasse des maladies distinctes de la pneumonie du sommet et de la pneumonie de la base; je veux qu'on comprenne que *variétés*, *formes*, *espèces* sont des termes loin d'être synonymes.

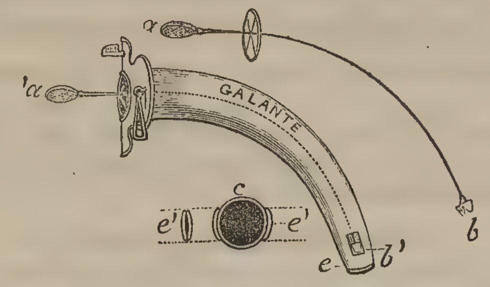
M. POTAIN. Pour moi, c'est une question que celle des paralysies liées aux scléroses. Il me semble qu'il n'y a pas une seule lésion ou localisation due absolument au hasard, sauf les accidents proprement dits. Je vois toujours quelque chose d'antérieur et de supérieur, et je sais très-peu pourquoi les localisations simultanées se produisent associées de telle ou telle manière.

M. CHAUFFARD. J'admets parfaitement que rien n'est entièrement accidentel dans l'organisme, et que la localisation de la pneumonie, soit au sommet, soit à la base, tient à des lésions antérieures; mais ce n'est point une raison pour en faire des entités.

M. GUÉRARD. Sans rentrer dans la discussion, je voudrais faire observer à M. Hérard qu'une altération de la voix et même une aphonie complète sont parmi les lésions les plus fréquentes qui surviennent à la suite des refroidissements. Et elles sont parfois persistantes. J'ai vu une aphonie de ce genre durer trois ans.

Présentation d'instrument.

M. Bourdilat, interne des hôpitaux, avait présenté, à la séance précédente, une canule à trachéotomie d'un nouveau modèle, destinée à faciliter le temps de l'introduction. Cette canule, construite par M. Galante, est fondée sur le principe du spéculum bivalve. Elle se compose d'un pavillon et de deux valves qui, pendant l'introduction, sont maintenues en contact, à leur extrémité inférieure, par une sorte de pince bifurquée que l'on introduit dans l'intérieur de la canule. Ce rapprochement des valves réduit presque à une ligne la partie



qui doit entrer d'abord dans la trachée, et permet ainsi l'introduction directe, sans dilatateur et avec la main droite. Une fois la canule engagée dans la trachée, sur l'index gauche comme guide, on retire la pince dont le manche fait saillie en avant du pavillon; les valves s'écartent alors en vertu de leur élasticité, et l'écartement est complété par la canule interne qui joue le rôle de l'embout dans le spéculum.

A ce propos, M. Bourdillat étudie longuement les difficultés de l'introduction qui, de l'aveu de la plupart des auteurs, constitue un des temps les plus pénibles de l'opération. Il en rappelle les dangers au point de vue des décollements auxquels elles exposent et de la chute du sang de la trachée, et il montre les services que le nouvel instrument est appelé à rendre dans les cas difficiles.

La figure ci-contre montre l'instrument avec ses valves successivement dilatées et rapprochées; il suffit d'un coup d'œil pour en comprendre le mécanisme : *e'* représente l'extrémité inférieure de la canule pendant l'introduction; *ee'* est cette même extrémité dilatée par la canule interne; *ab* est la pince isolée; *a'b'* la même appliquée.

M. Bourdillat fait suivre cette communication de quelques considérations sur l'influence de l'âge, du sexe et des saisons, sur le développement et sur la mortalité du croup. Ses recherches portent sur une période de dix années et comprennent plus de treize cents cas. Après avoir signalé la part considérable du genre épidémique sur ces divers éléments, il s'arrête aux conclusions suivantes :

Le croup se développe principalement entre deux et six ans. Il est plus fréquent chez les garçons que chez les filles dans la proportion de un septième.

D'une manière générale, il a son maximum de fréquence à l'équinoxe de printemps, son minimum à l'équinoxe d'automne, et dans les mois compris dans l'intervalle, il suit une progression décroissante à peu près régulière.

Le sexe est sans influence sur la mortalité.

L'âge exerce, au contraire, une action notable, et ainsi que l'a établi M. Millard, « toutes choses égales d'ailleurs, les chances de guérison sont en raison directe de l'âge de l'enfant. »

Les saisons ont sur la mortalité une influence plus secondaire. Cependant les mois de novembre, de décembre et de janvier comptent une mortalité relative plus élevée, qu'il faut attribuer sans doute à la plus grande fréquence des complications pulmonaires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du 15 janvier 1868, ont été promus dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre, *au grade de médecin-major de 1re classe* :

MM. Poppleton, Reeb, Bézins et Lecard, médecins-majors de 2e classe.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 19 février 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Pidoux, provoqué qu'il y était d'ailleurs par la lettre de M. Villemin, a fait, comme M. Chauffard, sa seconde rentrée dans la discussion de la tuberculose; — hâtons nous de le dire, au plus grand profit de la question, dont il a de nouveau formulé les termes complexes de la manière la plus nette et la plus précise, en acceptant d'une part, à titre d'hypothèse, l'inoculabilité de la matière tuberculeuse, et se maintenant, d'autre part, sur le terrain ferme de la clinique et de l'expérience universelle, qui lui ont fourni ses meilleurs et ses plus solides arguments contre toute conclusion définitive prématurée. « Les faits qui émanent de la source clinique et ceux que fournit l'expérimentation, a-t-il dit excellemment, semblent se contredire et s'exclure. Ce n'est qu'une illusion de notre ignorance ou de notre précipitation. Il n'y a de contradiction entre les faits cliniques ou naturels et les faits expérimentaux que M. Villemin est venu enter très-heureusement sur eux, que si on tire de ceux-ci les conséquences extrêmes qu'ils ne contiennent pas. » Et tout le monde sera de son avis, lorsqu'il dit que la question a besoin maintenant de se reposer, et que sur le terrain ainsi remué par la discussion, il poussera certainement quelque chose, mais à l'aide du temps. Nous croyons savoir cependant que plusieurs membres se proposent encore de prendre la parole. Dans tous les cas, le rapporteur, M. Colin, aura à répondre en son nom et au nom de M. Villemin aux diverses argumentations qui les ont mis plus particulièrement en cause l'un et l'autre, et à résumer l'ensemble de la discussion.

Deux lectures ont suivi : l'une de M. le docteur Meyer, sur une nouvelle méthode de guérir le kératoconus; l'autre, de M. le docteur Posnanski, sur deux grandes questions d'hygiène qu'il a mêlées, nous ne savons trop pourquoi, car chacune d'elles eût largement suffi à fournir la matière d'un mémoire : la première est relative aux effets funestes du déboisement général dans tous les pays civilisés, et de l'abandon de l'agriculture pour l'industrie; la seconde a pour objet la répartition du travail industriel conformément aux aptitudes organiques. Sur la première question, tout ce que pouvait faire l'auteur, c'était de signaler les faits; il est hors du pouvoir de la médecine d'y obvier. Il n'en est pas tout à fait de même de la deuxième question, et ici, en signalant le mal, l'auteur a eu aussi la prétention d'indiquer le remède.

On s'est beaucoup occupé, et avec avantage, de l'hygiène des professions réputées insalubres. M. Posnanski a eu en vue les professions ou les diverses branches d'industries qui, sans être insalubres par elles-mêmes et dans le sens strict du mot, peuvent devenir pourtant nuisibles et entraîner quelquefois des conséquences fatales, par cela seul qu'elles sont entre les mains d'individus dont la constitution n'y est point appropriée. Mettre les artisans à même de faire entrer dans le choix de leur état, avec les divers motifs qui les déterminent, la considération de leurs aptitudes constitutionnelles ou organiques, tel est le but que voudrait atteindre M. Posnanski. Il indique, comme un des moyens de l'atteindre, l'institution de commissions consultatives. Il y a là une idée qui nous paraît mériter la méditation des commissaires auxquels le travail de M. Posnanski a été renvoyé.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, en remplacement de M. Trousseau. La section avait porté, sur la liste de présentation, en première ligne un naturaliste dont tout le monde connaît les beaux travaux d'helminthologie, et en deuxième et troisième ligne, des médecins qui se sont tous plus ou moins distingués par des travaux spéciaux de thérapeutique et de médecine pratique. C'est le naturaliste qui l'a emporté sur ses compétiteurs. M. Davaine a été nommé par une majorité de 42 voix sur 79 votants; M. Marotte a obtenu 24 suffrages, et M. Moutard-Martin 13. Une nouvelle lutte s'ouvrira bientôt probablement entre les cinq compétiteurs restants, une place étant encore vacante dans la section.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BÉHIER.

Leçon sur les hémorrhagies cérébrales.

Depuis quelque temps, nous voyons se multiplier dans le service les occasions d'étudier les maladies du système nerveux : il ne faut pas les laisser échapper.

Je viens de vous montrer le cerveau d'un homme, frappé d'hémorrhagie cérébrale, qui était couché au n° 52, salle Saint-Paul. Il avait été pris subitement d'une hémiplégie droite avec perte complète de connaissance, ce qui nous a permis d'affirmer l'existence d'une lésion grave des parties centrales de l'encéphale. Il a succombé, sans avoir jamais recouvré son intelligence, à l'asphyxie qui vient ordinairement, en pareil cas, terminer la scène, comme l'a fait observer mon vénéré maître, M. le professeur Andral. A l'autopsie, nous avons trouvé, comme nous l'avions pensé, un énorme caillot, plus volumineux qu'un œuf de poule, occupant l'hémisphère gauche : ce caillot ne paraissait avoir subi aucun commencement de résorption; du reste, le malade était un homme affaibli, épuisé, peu capable de se relever d'une pareille atteinte; et d'ailleurs, l'épanchement sanguin était trop considérable pour se prêter à un travail de résorption.

Mais je ne veux pas insister aujourd'hui sur ce point. Je me propose de vous parler des *causes organiques de l'hémorrhagie cérébrale;* et, pour vous faire apprécier les progrès que dans ces derniers temps la science a faits à ce sujet, je veux vous présenter d'abord une sorte de revue rétrospective. Nous sortons un peu, il est vrai, des habitudes d'un cours de clinique; mais vous me pardonnerez cette légère dérogation à nos coutumes, puisqu'il s'agit ici de faits nouveaux que je tiens essentiellement à vous signaler. Revenons donc un peu sur le passé : cela nous permettra de mesurer les progrès que la science a réalisés aujourd'hui.

Lorsqu'on examine, au point de vue de l'étiologie organique, la question des hémorrhagies cérébrales, on voit que les opinions ont singulièrement varié.

Ainsi, parmi les lésions organiques dont l'influence a été invoquée par les auteurs, les unes se rapportent à l'excès de la tension du sang dans les artères; les autres, à une diminution de l'élasticité normale de leurs parois.

Signalons, en première ligne, l'hypertrophie du cœur : Legallois, Corvisart, Ménière et M. le professeur Bouillaud lui ont accordé une grande influence sur la production des hémorrhagies cérébrales; mais cette manière de voir a été combattue par Todd, par MM. Grisolle et Monneret; et je me suis efforcé moi-même, ailleurs, de démontrer qu'il ne s'agit là que d'une simple coïncidence.

Et d'abord l'hyperthrophie du cœur ne saurait influer, en effet, sur la production des hémorrhagies cérébrales, lorsqu'elle est simplement *compensatrice* et destinée à vaincre la gêne de la respiration qui résulte d'une affection valvulaire. Hasse, en 1855, Eulenbourg, en 1866, l'ont fort bien démontré. C'est seulement lorsqu'il existe des obstacles *périphériques* au cours du sang, une athrophie veineuse, une sclérose artérielle diffuse, que l'hypertrophie cardiaque peut donner lieu, par excès de pression, à des accidents de ce genre; mais les altérations des vaisseaux en sont bien plus souvent la cause.

Quant aux incrustations athéromateuses des gros troncs artériels, abstraction faite de l'altération des parois et de sa valeur que je rechercherai tout à l'heure, en s'opposant à l'effort latéral du sang, elles augmentent bien en réalité la tension de la colonne sanguine artérielle; mais, lorsqu'elles existent isolément, ces altérations ne prennent qu'une bien faible part à la production des hémorrhagies cérébrales; nous en dirons autant des obstructions mécaniques, des oblitérations, des thrombus, des tumeurs qui compriment les veines jugulaires, et de l'atrophie cérébrale, dont l'influence a été invoquée par Lenbuscher et Niemeyer, mais qui, selon Hasse, ne présente ici aucune valeur.

La diminution de consistance de la pulpe cérébrale avait été déjà considérée par Pariset (en 1811) comme une cause d'hémorrhagie. Cette opinion fut reprise plus tard par Rochoux, qui invoquait surtout l'influence exercée par le *ramollissement hémorrhagipare.*

Ce n'était là autre chose qu'une extension des vues de M. le professeur Cruveilhier, qui depuis longtemps avait décrit une *apoplexie capillaire.* Mais les idées modernes sur le ramollissement cérébral, sur son mode de production et sur les causes qui donnent lieu à l'imbibition sanguine passive du tissu ramolli ne permettent plus d'accepter l'influence étiologique que Rochoux attribuait au ramollissement qu'il appelait hémorrhagipare. Hasse nie formellement cette filiation des accidents, et je ne l'accepte pas non plus, malgré M. Durand-Fardel, dont les opinions sur ce qu'il appelle l'atrophie interstitielle sont difficiles à comprendre, et ne reposent que sur une base purement hypothétique. Je crois pleinement qu'il s'agit là d'une erreur qui résulte en grande partie de ce que ces auteurs ont mal interprété l'imbibition consécutive.

Les ruptures vasculaires, par diminution de la consistance des parois artérielles, consécutivement au ramollissement cérébral, peuvent, sans doute, figurer au nombre des causes de l'hémorrhagie; mais de pareils faits sont excessivement rares : cependant Pestalozzi et M. Charcot en ont cité chacun un cas.

MM. Rokitansky et Virchow ont signalé l'affaiblissement des tuniques vasculaires, par défaut de nutrition, sans aucune modification de leur constitution histologique. Ils insistent en particulier sur les altérations du rein, comme causes des lésions de structure des vaisseaux, suivant en cela l'exemple de Brigh, de Grégory et de M. Rayer.

Il m'est impossible d'accepter cette hypothèse, malgré les noms respectables qui la couvrent. Je ne saurais me ranger non plus à l'opinion de Senhouse Kirker et de Traube, qui considèrent le contact du sang désalbuminé comme une cause d'excitation pour la face interne du cœur et des vaisseaux, excitation d'où résulterait une altération consécutive et une apoplexie par extravasation. C'est là, bien évidemment, une simple vue de l'esprit aussi peu acceptable que possible.

Une autre altération, qui a été invoquée par des hommes fort éminents, c'est la dégénérescence graisseuse des capillaires de l'encéphale, signalée en 1849 par M. le professeur Robin, dans une séance de la Société de biologie. Cette lésion a été étudiée avec soin par Bennet et par Paget. Ce dernier a décrit, en 1850, la formation de petits dépôts graisseux qui finissent par se grouper ensemble dans les parois des artérioles du cerveau dont ils détruisent la résistance.

M. Robin, en 1856, accepta cette lésion comme la cause principale des hémorrhagies. Mais les contradictions n'ont pas tardé à se produire. Bennet avait déjà cru pouvoir avancer que le vaisseau était sain au milieu de ce dépôt graisseux, même alors qu'on ne connaissait pas la gaîne lymphatique décrite par M. Robin dans les capillaires cérébraux. Cette opinion a été partagée par M. Rouvier, et depuis, dans son excellente thèse, M. Bouchard, l'un des élèves de cette école de la Salpêtrière, dont on n'apprécie pas assez les éminents services, a démontré que cette altération est secondaire et non primitive, qu'elle succède souvent au ramollissement, et que dans les cas d'hémorrhagie cérébrale, elle est la conséquence du travail qui s'opère dans les parois du foyer, bien loin qu'elle précède et cause l'hémorrhagie. Je ne crois donc pas que l'opinion à laquelle M. Robin s'est rattaché soit acceptable dans tous les cas, et que la dégénérescence graisseuse puisse être acceptée comme la cause organique habituelle des hémorrhagies cérébrales.

L'état athéromateux des artères, sur lequel Abercombie avait insisté le premier, est rentré en faveur depuis cette époque : MM. Bouillaud, Grisolle, Rokitansky, Valleix, Niemeyer, Eulenbourg en ont fait la cause principale des hémorrhagies encéphaliques. Mais je l'ai déjà dit ailleurs, cette explication ne me semble pas valable. Je l'admets, sans doute, pour les hémorrhagies méningées. L'une des premières autopsies que j'ai pratiquées dans cet hôpital m'a fait découvrir une rupture de l'artère méningée moyenne atteinte de dégénérescence athéromateuse. Mais lorsqu'il s'agit des hémorrhagies intra-encéphaliques, je dois vous faire observer que souvent les artères ne sont nullement athéromateuses en pareil cas. Voyons ce que nous apprend la statistique à cet égard.

D'après M. Durand-Fardel, sur 32 cas d'hémorrhagie cérébrale,

4 fois les artères étaient saines,
19 fois épaissies,
9 fois ossifiées.

Ces résultats semblent favorables à l'hypothèse que nous discutons.

Mais sur 32 individus morts de maladies diverses, M. Durand-Fardel a trouvé :

9 fois les artères saines,
21 fois épaissies,
2 fois ossifiées.

Ce second tableau semble détruire l'effet du premier.

M. Bouchard emprunte à MM. Charcot et Vulpian les données suivantes :

Sur 39 cas d'hémorrhagie cérébrale, on a trouvé :

7 fois les artères saines (âge, 62 à 84 ans);
11 fois presque saines (âge, 53 à 81 ans);
13 fois athéromateuses (âge, 53 à 84 ans);
8 fois très-athéromateuses (âge, 66 à 88 ans).

Ainsi les artères cérébrales sont saines, chez les sujets frappés d'apoplexie, 10 fois sur 100 d'après M. Bouchard, et 12 fois sur 100 d'après M. Durand-Fardel.

En outre, d'après M. Bouchard, les artères sont respectées, chez les vieillards au-dessus de 60 ans, dans une proportion de 28 p. 100.

Ces chiffres prouvent clairement, pour leur part, que l'altération athéromateuse des artères cérébrales ne saurait être admise comme la cause organique habituelle des hémorrhagies intra-encéphaliques.

J'arrive maintenant à un point plus important. MM. Charcot et Bouchard ont signalé une nouvelle altération à laquelle ils ont rattaché la production des hémorrhagies cérébrales; c'est de celle-là que je veux surtout vous parler à cause de son importance et parce que vous allez voir que la vérification de cette découverte est facile.

Il s'agit des anévrysmes des artères intra-cérébrales, non point de ceux qui siégent sur les gros troncs et qui ont été décrits par M. Gouguenheim dans une thèse fort remarquable, mais d'une lésion des petits vaisseaux, lésion qui résulte d'une sclérose de tout le système artériel de l'encéphale.

Il est fort possible que des lésions analogues se rencontrent dans d'autres organes. Je suis très-porté à croire qu'elles existent dans d'autres parenchymes. Mais on ne les a jusqu'ici constatées avec netteté que dans l'encéphale.

Il s'agit de petites dilatations ampullaires véritablement anévrysmatiques, tantôt latérales, tantôt fusiformes (c'est même là l'apparence la plus fréquente), qui se présentent à l'œil nu à la surface et dans l'intérieur du cerveau sous forme de graines rouges ou noirâtres, avec le volume d'un grain de millet à peine. Ils existent au centre même du foyer hémorrhagique, et communiquent avec lui par une ouverture qui ressemble, à tous les égards, aux ruptures qui font communiquer les anévrysmes ordinaires avec les organes ou les cavités voisines. Autour de la rupture, on trouve les lambeaux de la tunique adventice. Vous pouvez constater ici, dans la préparation qui vous est soumise, un de ces petits anévrysmes. Il a été trouvé dans le cerveau du malade dont je vous ai parlé au début de cette leçon. Il s'est ouvert, par le mécanisme que je vous indiquais tout à l'heure, au milieu de la pulpe cérébrale, et a été le point de départ de ce vaste foyer sanguin que je vous ai fait constater.

Comme l'a fort bien vu M. Bouchard, l'hémorrhagie se fait parfois d'abord entre l'artère même et la tunique adventive qui l'entoure, puis cette tunique se rompt à son tour, et le sang s'échappe au dehors. Aussi voit-on alors les caillots contenus dans ces petits anévrysmes, se continuer avec le caillot qui remplit le foyer hémorrhagique.

Les pièces qui vous sont présentées et les préparations microscopiques que vous allez examiner ne peuvent laisser aucun doute.

Depuis que mon attention a été fixée sur ce point, j'ai trouvé ces petits anévrysmes dans tous les cas d'hémorrhagie cérébrale que j'ai eu l'occasion d'examiner. C'est donc là une altération qui présente, au point de vue de l'étiologie, une valeur tout à fait capitale. Je n'oserais pas encore affirmer que toutes les hémorrhagies cérébrales soient dues sans aucune exception à cette cause, mais je crois pouvoir y rattacher l'immense majorité des cas de cette espèce. C'est là, Messieurs, un progrès dont on ne saurait assez signaler l'importance. Nous saisissons enfin un fait positif qui nous rend parfaitement compte du mécanisme des hémorrhagies cérébrales, et je n'aurai jamais assez d'éloges pour la patience laborieuse qui a conduit à de tels résultats, surtout lorsque je les compare à ces vues de l'esprit dans lesquelles on se complaisait autrefois.

J'ai cru, Messieurs, qu'il était utile de me livrer avec vous à cette étude anatomo-pathologique, en présence de la lésion que l'examen anatomique nous a montrée chez le malade de notre service. Une autre fois nous aurons occasion d'analyser en détail les symptômes que l'on rencontre dans des cas comme celui que nous venons d'observer ensemble. Vous comprendrez d'autant mieux alors, je l'espère, le mécanisme de production des signes fonctionnels divers, maintenant que vous savez ce qu'est la lésion et que vous connaissez son mode d'évolution anatomo-pathologique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 11 février 1868. — Présidence de M. Ricord.

—

(CORRESPONDANCE MANUSCRITE).

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de MM. les professeurs Tourde et Hepp, de Strasbourg, sur le bichlorure de mitylène, nouvel agent anesthésique proposé en Angleterre par M. le docteur Richardson (de Londres). (Commissaires : MM. Gavarret, Gobley et Gosselin).

2° Une étude clinique des abcès du foie dans les pays chauds par M. le docteur Larivière. (Commissaires : MM. Louis, Barth et Béhier).

3° Une note sur les publications en matière d'hygiène et de médecine légale, par M. le docteur Gustave Rousseau. (Commissaires : MM. Béclard, Devergie et Robinet).

M. Boudet dépose sur le bureau une lettre de M. le docteur Barrier (de Lyon), accompagnant l'envoi d'un arrêté pris par le maire de Lyon en 1846, relativement à la constatation des naissances à domicile. Cet arrêté, en vigueur depuis le 1er mars 1847, n'a donné lieu, depuis vingt ans, à aucune difficulté.

M. Robin présente en son nom un ouvrage intitulé : *Bibliothèque des sciences naturelles*.

M. Pyorry présente un numéro de *l'Événement médical*, traduit en espagnol.

M. Larrey présente, de la part du docteur Sistach, un travail sur la rupture du ligament rotulien et son traitement.

M. Béclard présente, de la part de M. le docteur Brochin, un article extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, l'article *Aveugles*, et en expose une rapide analyse.

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. Voici la liste de présentation :

En première ligne, M. Davaine.

En deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Marotte, Moutard-Martin et Oulmont.

En troisième ligne, *ex æquo* : MM. Boinet et Delioux de Savignac.

Le nombre des membres votants étant de 79, majorité 40.

M. Davaine obtient........................ 42 voix
M. Marotte................................ 24 —
M. Moutard-Martin......................... 13 —

M. Davaine ayant réuni la majorité des suffrage est proclamé élu. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

RAPPORTS.

Eaux minérales.

M. Gobley, au nom de la Commission des eaux minérales, lit des rapports officiels : 1° sur l'eau de Mayras (Ardèche), source Vivaraise; 2° sur l'eau de Canaveille (Pyrénées-Orientales); 3° sur l'eau de Mayras (Ardèche), sources Ventadour, Julie, Fortifiante et Pauline. — Les conclusions de ces trois rapports consistent à accorder l'autorisation d'exploiter. — 4° Sur l'eau d'Ornolac (Ariége). La Commission propose de répondre à M. le Ministre qu'il y a lieu d'accorder la permission d'exploiter, mais seulement lorsque les travaux nécessaires pour mettre l'eau à l'abri des infiltrations de la rivière seront exécutés.

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la tuberculose. La parole est à M. Pidoux.

Discussion sur la tuberculose.

M. Pidoux. Je dois, avant tout, une réponse à M. Villemin.

Vous n'avez pas oublié que, après ma dernière lecture, il a écrit à M. le Président pour signaler quelques inexactitudes que j'avais pu commettre en lui attribuant telle ou telle observation, telle ou telle opinion. C'était son droit, et c'est mon devoir de dire à l'Académie ce qu'il y a de fondé ou ce que je crois qui ne l'est pas dans les réclamations de l'honorable auteur.

M. Villemin me reproche d'abord de lui avoir fait exécuter à tort deux séries d'inoculations contradictoires. D'après ce que j'en ai dit ici, il serait résulté de la première série, que le tubercule plasmatique naissant ou la granulation grise demi-transparente, est seule inoculable, à l'exclusion de la matière caséeuse ou de ce tubercule gras qui a perdu son organisation spéciale.

Suivant moi toujours, d'autres expérimentateurs ayant inoculé avec succès ces deux ordres de produits, M. Villemin aurait reconnu que, en effet, la granulation est aussi bien reproduite par la matière caséiforme que par elle-même. Telle est la première contradiction, ou plutôt la première conversion que j'avais cru pouvoir relever dans l'œuvre de M. Villemin. Eh bien, il n'y a eu, je me plais à le déclarer, ni contradiction, ni conversion de M. Villemin sous ce rapport. Du premier coup, il a inoculé indifféremment ou simultanément et avec le même succès, les granulations et les matières jaunes crues ou en déliquium. Cette distinction erronée a été faite, mais ce n'est pas par M. Villemin. Si j'ai confondu sous ce rapport les expériences de M. Villemin et de MM. Hérard et Cornil, c'est que ces dernières ayant été faites immédiatement après celles du professeur du Val-de-Grâce, et les ayant confirmées de tous points, il m'était resté qu'elles les confirmaient même sous le rapport de l'inoculabilité de la granulation grise à l'exclusion de la matière jaune. Je demande à M. Villemin pardon de cette erreur; mais je le prie en même temps de convenir que je suis peut-être excusable. Il devine pourquoi. S'il n'a pas distingué la granulation grise et la matière caséeuse sous le rapport de leur inoculabilité, il les a autrefois déclarées tout à fait distinctes sous le rapport de leur nature. Pour lui, la première seule était le tubercule; la deuxième ne lui appartenait pas; elle n'était que le produit d'un processus inflammatoire ordinaire et non tuberculeux. Or, et en vérité, si ces deux affirmations ne sont pas les mêmes à la lettre, elles sont les mêmes au fond et en réalité; et si M. Villemin n'a pas commis la contradiction que je lui ai inexactement reprochée, je ne m'en rends pas bien compte; car, en vertu de la distinction formelle qu'il professait alors entre la granulation et la matière caséeuse, celle-ci ne devait pas pouvoir reproduire la granulation. Quoi qu'il en soit, il y a eu de ma part erreur de fait; erreur qui faisait honneur à l'unité de la première doctrine de M. Villemin.

Cela me conduit tout naturellement au second reproche que m'adresse M. Villemin.

L'honorable professeur du Val-de-Grâce dit que s'il a changé d'avis sur la matière caséeuse ou tuberculeuse infiltrée, et que si, au Congrès du mois d'août dernier, il a proclamé que ce produit morbide était de même nature que le tubercule proprement dit, il ne le doit ni à d'autres ni à moi, mais à cette découverte qu'il avait faite auparavant, que les alvéoles pulmonaires sont dépourvues de la membrane muqueuse et de l'épithélium dont on les croit revêtues, comme il le croyait lui-même il y a deux ans.

Je suis convaincu, malgré moi, que si M. Villemin n'avait eu pour reconnaître la nature tuberculeuse de la matière caséiforme que la seule démonstration qu'il s'est donnée à lui-même de l'absence d'un épithélium alvéolo-pulmonaire, sa conversion n'eût été ni si prompte ni si radicale. Tout au plus serait-il arrivé au doute; tout au plus son esprit aurait-il été préparé par l'idée anatomique à recevoir l'idée pathologique, car il n'y a entre l'une et l'autre aucun rapport nécessaire. En effet, les membranes muqueuses sont, comme je l'ai dit d'après Virchow, un équivalent histologique du tissu conjonctif. On ne voit donc pas pourquoi le tubercule ne pourrait pas s'y former. Je vois plus loin, et j'estime qu'on comprend mieux la formation de la matière caséeuse dans les alvéoles pulmonaires que dans le tissu plasmatique, car ce tissu est bien plus capable que le tissu muqueux de fournir à la tuberculose des cellules et des noyaux...

Quoi qu'il en soit, les raisons cliniques que j'ai données, il y a bientôt un an dans mes fragments sur la pneumonie et la fièvre des phthisiques, me paraissent ici les plus fortes pour prononcer sur l'unité de la diathèse malgré la variété des produits congénères; et je voudrais, non pour moi, mais pour lui, que ce fût par ces raisons que M. Villemin eût été ramené à la vérité. Je crois que sa nouvelle opinion, qui est la bonne, n'en serait que plus solide.

D'ailleurs, pourquoi M. Villemin invoque-t-il des raisons si éloignées, quand ses inoculations lui en fournissaient une péremptoire, qui dispense de toutes les autres? Le jour où, inoculant la matière caséeuse, il a reproduit la granulation grise, il ne devait plus avoir aucun doute sur leur identité. Les raisons tirées de la pathologie, et dont il n'a pas parlé, sont plus naturelles et plus concluantes que celles tirées des inductions anatomiques, et je n'étais pas tout à fait dans mon tort en supposant qu'il avait dû s'inspirer bien plus des unes que des autres.

Il en est de même d'un troisième reproche de M. Villemin. J'ai dit, je crois, que, sur la pointe de ses inoculations, l'habile expérimentateur avait construit toute une doctrine de la tuberculose et des autres maladies. M. Villemin prétend, au contraire, que, loin d'avoir été le point de départ de sa doctrine, ses inoculations n'en sont que la conséquence et comme le couronnement.

Je le veux bien. J'ai exprimé l'impression que j'ai reçue de la lecture du livre de M. Villemin. Me suis-je trompé? Je m'en rapporte, sur ce point, au jugement de ceux qui liront ce livre, mon discours à la main.

Je borne là ma réponse à la lettre de l'honorable auteur.

Sortons donc de ces questions de personnes, et demandons-nous enfin où en est la question qui a été le point de départ de ces débats académiques, la question des inoculations.

Eh bien! il ne faut pas se le dissimuler, elle est encore à l'étude.

En supposant acquis et positif le fait de la production de granulations tuberculeuses chez des lapins ou autres animaux à la suite de l'insertion de matière tuberculeuse sous leur peau ou d'injection de cette matière dans leurs veines, l'étude comparée des virus en eux-mêmes, l'étude comparée de la tuberculose et des maladies spécifiques et virulentes entre elles, ne permettent pas d'assimiler le tubercule à un virus et la tuberculose aux maladies essentiellement spécifiques et virulentes. M. Chauffard, qui reconnaît la réalité expérimentale des inoculations, vous l'a dit. M. Hérard, partisan entier de cette réalité, et qui va jusqu'à refuser à d'autres matières animales que la tuberculeuse, la propriété de reproduire le tubercule chez les animaux, M. Hérard convient, avec une droiture de sens et une indépendance d'esprit qui l'honorent beaucoup, que le fait de l'inoculabilité du tubercule aux animaux n'empêche pas la phthisie d'être une maladie spontanée, relevant des causes morbifiques communes; et que les expériences de M. Villemin, et les siennes propres, ne sont pas destinées à changer la pathogénie et la place nosologique de cette maladie. C'est ce que j'écrivais, il y a un an, après des inoculations fécondes du lapin au lapin, que j'avais chargé mon gendre, le docteur Constantin Paul, de pratiquer, et dans lesquelles M. Villemin avait eu la gracieuse obligeance de l'assister.

(*La suite au prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 29 janvier 1868. — Présidence de M. Larrey.

Compte rendu des travaux de la Société de chirurgie pour l'année 1867 (1).

Par M. Dolbeau, *secrétaire annuel.*

Tel était, Messieurs, mon sentiment lorsque, à l'occasion d'un rapport, j'ai posé incidemment la question de savoir si le mercure était indispensable oui ou non dans le traitement de la syphilis. J'apportais ici quelques faits bien observés de syphilis guéries sans mercure, et je demandais à mes collègues de m'éclairer de leur expérience. J'étais loin de m'attendre à ce que cette initiative de ma part dût provoquer une agitation, quelque petite qu'elle fût. Il ne s'agissait point d'une révolution et encore moins d'une émeute, comme on s'est plu à le répéter.

Je n'entreprendrai pas de reproduire ici les principaux termes de cette discussion; elle a été longue, et cependant on peut résumer le débat en disant que, pour la grande majorité de la Société de chirurgie, il est indispensable d'administrer du mercure aux individus qui sont atteints de la vérole.

On pourrait bien relever les dissidences notables qui se sont produites entre les partisans du mercure, sur le moment où l'on doit administrer le remède, sur la durée de la médication, et surtout sur la préparation qui doit être employée de préférence. Tout a été dit, soutenu, même cette proposition que le proto-iodure de mercure expose à « des insuccès fréquents, » ce qui laisserait supposer que, depuis une trentaine d'années, les syphilitiques ont été soumis, par la majorité des médecins, à une médication dont l'insuccès serait la règle.

Nous donnons du mercure à tous nos malades, et nous les guérissons; le mercure est un agent précieux qu'il suffit de bien employer pour en obtenir de bons effets.

Telle pourrait être, en résumé, la réponse que la Société de chi-

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

rurgie semble avoir donnée à cette question : le mercure est-il indispensable dans le traitement de la syphilis?

Il est toujours bien difficile de déterminer quelle est la part de la nature et celle des médicaments dans la guérison des maladies. L'illustre Gall a écrit, sur ce sujet, un livre intéressant dont la conclusion se réduit à reconnaître l'immense difficulté du problème. Tous les jours on peut se faire les plus grandes illusions sur la nature d'un traitement; n'a-t-on pas démontré, par exemple, que le traitement de la pneumonie par la saignée, traitement que l'on croyait si efficace, n'est en réalité qu'une illusion thérapeutique?

Les actions médicamenteuses se ramènent à de simples modifications physiologiques dans la propriété des éléments histologiques de nos tissus.

Démontrons que l'action du mercure neutralise les modifications qu'impose à ces mêmes éléments anatomiques le virus syphilitique, et nous aurons scientifiquement établi que le mercure est utile dans le traitement de la syphilis; jusque là, il serait peut-être plus sage de rester dans le doute. La médecine empirique a pu, en s'appuyant sur la statistique, c'est-à-dire sur la pratique générale, déclarer que le mercure guérissait la vérole; mais, comme l'a si bien dit Claude Bernard, la médecine basée sur la statistique n'est qu'une science conjecturale.

Pour me résumer, je dirai que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est sage de continuer à donner du mercure aux syphilitiques; mais, tout en s'inclinant devant cette décision de la majorité, votre Secrétaire ne peut considérer cette sorte de *consensus* comme une solution définitive.

Vouloir en rester là, ce serait s'opposer à ce que la médecine devienne une science; or, tous les jours, de nouveaux efforts démontrent que ce serait en vain qu'on mettrait obstacle à cette tendance moderne de la constitution d'une science médicale, substituée à l'art du praticien.

J'aborde maintenant, Messieurs, l'analyse des autres travaux qui ont occupé vos séances.

Si, comme il y a lieu de le craindre, les vacances de la Société de chirurgie nous ont privé de la visite de beaucoup de nos correspondants, et si, par conséquent, nous avons à regretter bien des communications intéressantes, nous devons, par contre, vous signaler une compensation bien réelle.

L'un de nos associés étrangers, le modèle assurément des correspondants, M. le docteur Vanzetti, de Padoue, a su remplir trois de nos séances par des communications dans lesquelles l'intérêt scientifique le disputait à l'art du narrateur. Vous n'avez pas oublié, j'en suis certain, ces récits simples et pleins de finesse, cette verve toute nationale; vous êtes restés longtemps sous le charme de cette voix harmonieuse qui donne aux communications de M. Vanzetti un attrait si puissant. La diction de notre collègue peut certainement être considérée comme un art dont bien peu ont le secret.

Les communications de M. Vanzetti se rattachent à divers points de la pratique, mais c'est encore, et comme toujours, à la compression digitale que notre correspondant emprunte la plus belle part de son trophée chirurgical. Ce que l'étude et l'expérience peuvent tirer d'une méthode, on peut dire que M. Vanzetti l'a utilisé dans l'emploi de la compression digitale. Chaque fois que notre correspondant vient à Paris, ce sont de nouveaux succès qu'il faut enregistrer dans le traitement des anévrismes par la compression.

Cette fois encore, Messieurs, le docteur Vanzetti nous a donné les beaux spécimens de sa pratique personnelle et de celle de ses nombreux élèves. Ce n'est pas tout : l'ingénieux chirurgien de Padoue a pensé que le ralentissement ou la suppression du cours du sang dans l'artère principale d'un membre pouvait avoir des conséquences sur la vitalité des tissus et, par suite, être utilisé par la thérapeutique. C'est ainsi que notre collègue a appliqué, et avec succès, la compression digitale à la cure des phlegmons simples et diffus.

Il est rare que de beaux et constants résultats dans l'emploi d'une méthode thérapeutique n'entraînent pas forcément leur promoteur à la généralisation de la méthode; l'engouement survient et parfois même un certain degré d'exagération. La grande prudence de M. Vanzetti ne semble pas lui avoir permis d'éviter l'écueil que je signale, peut-être le professeur de Padoue a-t-il voulu étendre beaucoup trop loin les bienfaits de la compression digitale. Que la tentative soit innocente lorsqu'il s'agit de la cure de l'éléphantiasis, nous le confessons volontiers, mais lorsqu'on nous parle d'une maladie aussi grave que la pustule maligne, d'une affection dans laquelle l'expectation est une faute, nous n'hésitons pas à repousser la compression digitale alors que nous sommes en possession d'un traitement aussi rationnel qu'il est sûr. Certes, l'observation que vous a lue M. Vanzetti est digne du plus grand intérêt, mais elle est loin d'être concluante; le diagnostic laisse peut-être à désirer. Dans tous les cas, un seul fait ne peut déterminer les chirurgiens à abandonner la cautérisation pour expérimenter la compression digitale.

J'aurais voulu, Messieurs, alors que je passe en revue les questions qui se rattachent à la thérapeutique chirurgicale, j'aurais voulu, dis-je, pouvoir résumer devant vous les diverses opinions relatives à une question vraiment capitale. Le public scientifique était peut-être en droit d'attendre de vous la solution de l'important problème que comporte l'opération de l'ovariotomie. Un certain nombre d'observations vous ont été adressées, presque toutes des succès.

La commission nommée par vous a soumis à votre appréciation, par l'organe de son rapporteur, M. Boinet, un long et consciencieux travail.

Tous les faits connus jusqu'ici dans notre pays ont été relevés, analysés et commentés.

La conclusion rigoureuse de ce travail est que l'ovariotomie donne en France une proportion de deux succès sur cinq opérations. Ce résultat serait de nature à encourager tout le monde; mais si l'on analysait plus exactement les conditions de succès et d'insuccès, on arriverait probablement à poser les indications de l'ovariotomie avec une plus grande précision, et peut-être la mortalité s'abaisserait-elle encore davantage. La question est toute nouvelle, et l'opinion des chirurgiens français n'est pas encore suffisamment faite. Vous regretterez avec moi, Messieurs, j'en suis certain, que la discussion n'ait pas permis à toutes les opinions de se produire; il en fût résulté une vive lumière capable d'éclairer la question si obscure de la cure radicale des hydropisies enkystées de l'ovaire par l'extirpation des tumeurs.

Nous appelons de tous nos vœux cette discussion comme un moyen de trancher définitivement une question importante de la pratique.

Personne ne saurait blâmer les chirurgiens qui ont le courage de faire l'ovariotomie, mais il serait nécessaire qu'un tribunal aussi compétent que la Société de chirurgie eût prononcé son jugement. Il faudrait qu'il fût dit que l'ovariotomie, loin d'être une témérité chirurgicale, appartient désormais à la pratique, et que le devoir du chirurgien est d'exécuter cette opération toutes les fois que les indications sont bien nettement posées.

Les vices de conformation ont toujours eu le privilége d'attirer votre attention; chaque année, ces monstruosités font l'objet de quelques remarques importantes. A l'exemple de mes devanciers, j'ai également à vous signaler diverses particularités intéressantes.

La question du bec-de-lièvre est encore venue nous arrêter quelques instants; rien de bien nouveau à vous mentionner. Tel ou tel procédé a trouvé son défenseur, telle suture vous a été présentée comme supérieure à toutes les autres.

Notre collègue, M. Depaul, vous a démontré, par des exemples nouveaux, qu'on peut arriver à de fort beaux résultats en employant la combinaison si simple de l'avivement et de la suture entortillée. M. Depaul semble disposé à croire que les meilleurs résultats sont fournis par ce qu'il appellerait volontiers la vieille manière d'opérer le bec-de-lièvre.

Lr staphylorapbie nous a valu une communication très-importante de notre nouveau collègue, M. Liégeois. Dans un mémoire fort bien fait, l'auteur a su montrer l'influence que peuvent exercer, sur les résultats définitifs de l'opération, divers exercices vocaux dont la direction a pour base des notions exactes de physiologie. Cependant et malgré les nombreux perfectionnements qui sont venus compléter la restauration palatine, il demeure évident que certains opérés ne récupèrent point le complet exercice du voile palatin, et que la fonction vocale reste absolument imparfaite, quoique l'opération ait par elle-même entièrement réussi.

Quelles sont les diverses conditions à la faveur desquelles l'opération de staphylorapbie la mieux exécutée donne tantôt un succès complet, tantôt une simple amélioration, tantôt même un résultat nul? C'est ce que notre collègue, M. Trélat, a su parfaitement indiquer dans un rapport qui peut être considéré comme un des mémoires les plus intéressants dans la collection de 1867. Cette étude fort bien faite, remplie de vues très-ingénieuses, jette un jour tout nouveau sur les conditions qui peuvent assurer les résultats de la staphylorapbie; aussi, sur la proposition de notre regretté maître M. Velpeau, la Société a-t-elle décidé que le travail de M. Liégeois, ainsi que le rapport de M. Trélat, seraient imprimés dans les mémoires de la Société de chirurgie.

C'est ici le lieu de rappeler un malade que vous a présenté M. Trélat. Cet individu offrait les traces évidentes d'une division palatine réunie par un tissu cicatriciel. Cependant cet homme n'avait jamais subi la moindre opération et, si l'on accepte son dire, vous auriez pu constater l'exemple, peut-être unique, d'une staphylorapbie exécutée par les seuls efforts de la nature, soit pendant la vie intra-utérine, peut-être même dans les années qui suivirent la naissance.

De nouveaux faits étudiés avec soin permettront très-probablement d'établir que, de même que certains individus présentent les traces d'un bec-de-lièvre cicatrisé avant la naissance, de même aussi on peut observer sur le voile du palais les traces d'un arrêt de développement pour la restauration duquel la nature semble avoir fait tous les frais. Dans tous les cas, il resterait à démontrer que la ligne colorée qui réunit les deux moitiés de la lèvre ou les deux moitiés du voile du palais est bien une cicatrice réelle. Il semble plus probable qu'il s'agit là d'un degré moins avancé dans l'arrêt de développement plutôt que d'une cicatrice consécutive à la formation de la fissure.

Certains fœtus viennent au monde en quelque sorte assis sur une énorme tumeur, se fixant au périné dans la région qui avoisine la pointe du sacrum et la fin de l'intestin. Indépendamment des causes de dystocies qu'elles entraînent souvent, ces monstruosités sont fort intéressantes sous le rapport de leur composition anatomique et eu égard à leur origine probable. M. Depaul vous a montré un bel exemple de ces tumeurs périnéales, et l'observation bien complète rédigée par le docteur Bailly figure dans vos bulletins. M. Depaul a saisi cette occasion pour entretenir la Société de plusieurs faits analogues qu'il a pu étudier à diverses époques. Il résulte de l'expérience personnelle de notre collègue, que les tumeurs périnéales dont je parle en ce moment sont parfois composées par des éléments embryo-plastiques, tandis que d'autres fois elles renferment des médulocytes, c'est-à-dire des éléments qui proviennent de la moelle épinière ou des cordons qui émanent de ce centre.

Parmi ces tumeurs périnéales que l'on observe au moment de la naissance, certaines d'entre elles ne seraient-elles pas constituées par des spina-bifida plus ou moins transformés? En un mot existe-t-il un spina-bifida que l'on pourrait appeler inférieur ou périnéal? Telle a été la question soulevée incidemment.

Plusieurs faits ont été cités à l'appui de cette opinion, mais la solution fût restée indécise si l'un de nos confrères distingués de la province, M. Kuhn, ne nous eût adressé un travail fort intéressant et capable d'entraîner la conviction. Il résulte, de la communication faite par M. Kuhn, que si certaines tumeurs périnéales sont bien absolument indépendantes du rachis et des organes contenus, il est d'autres productions qui ont des rapports positifs de continuité avec la moelle épinière et ses enveloppes.

En résumé on peut admettre dans la région du périnée, sous le nom de spina-bifida périnéal, une tumeur qui, sortant par l'échancrure inférieure du sacrum, est formée par les éléments de la moelle ou de ses méninges.

En rattachant cette variété de tumeur à quelques-unes plus connues que l'on observe sur le trajet de la colonne rachidienne, et cela sans que l'on puisse constater l'écartement des lames vertébrales, on arrive à cette conclusion que la définition classique du spina-bifida serait peut-être avantageusement modifiée, si on la faisait dans le sens d'une généralisation plus grande capable de réunir en un seul groupe toutes les tumeurs dont la composition rappelle la moelle épinière, ses enveloppes et le liquide rachidien.

Au nombre des affections que l'on observe parfois chez l'enfant nouveau-né, on compte les lésions traumatiques qui peuvent assaillir le petit être lors de sa pérégrination au travers des organes maternels. Ainsi, par exemple, lorsque dans les applications de forceps le chirurgien néglige une précaution importante, lorsqu'il ne prend pas soin de limiter la profondeur à laquelle il introduit les branches de l'instrument, l'enfant se trouve exposé à la compression des nerfs qui émergent sur les côtés du cou. C'est ainsi que l'on peut observer une paralysie plus ou moins complète du membre supérieur.

Cet accident, sur lequel M. Danyau avait autrefois attiré l'attention des observateurs, a été constaté de nouveau par M. Guéniot.

Cette circonstance a été mise à profit par notre collègue M. Blot, qui a lu devant la Société un rapport à la fois simple et substantiel.

Quelle est exactement la gravité de cette paralysie consécutive à l'application du forceps? C'est ici que commencent certaines divergences. M. Blot se fondant sur deux faits dans lesquels la paralysie a persisté, recommande une grande réserve dans le pronostic; il vous a fait remarquer que M. Guéniot n'était point autorisé à dire que son petit malade était guéri, puisque l'enfant a été perdu de vue avant le rétablissement complet des mouvements.

M. Depaul a observé plusieurs fois la paralysie du bras, mais il la croit simple et curable; il assimile ce trouble fonctionnel à la paralysie faciale qui succède, elle aussi, à l'application du forceps. Notre collègue déclare que son expérience lui permet d'affirmer que toutes ces paralysies guérissent dans la grande majorité des cas.

Les observations bien prises et prolongées pendant longtemps sont donc encore nécessaires pour juger définitivement cette question intéressante. Il est bien probable que le pronostic des paralysies qui succèdent à l'application du forceps est peu grave, mais dans l'état actuel de la science, on ne saurait désapprouver la réserve que M. Blot commande d'apporter en pareille circonstance.

Messieurs, l'année 1867 a vu finir une discussion qui demeure terminée jusqu'à ce que de nouveaux faits viennent encore mettre aux prises d'une part les partisans des résections sous-périostées, d'autre part ceux qui préconisent l'évidement des os.

L'Académie des sciences, sans vouloir se prononcer, a rendu justice à deux chercheurs infatigables, tous deux nos collègues à la Société de chirurgie.

Chacun de nous a su apprécier à leur juste valeur les expériences si ingénieuses et si variées entreprises par M. Ollier. M. Sédillot lui-même reconnaissait dans une lettre qu'il nous a adressée que le livre de notre collègue de Lyon fait le plus grand honneur à la chirurgie française.

Cependant si l'on envisage la question à un point de vue purement clinique, on arrive à cette conclusion, celle de M. Larrey et de la plupart des membres de cette Société, que les expériences de M. Ollier manquent encore d'une confirmation clinique suffisante.

A l'occasion de l'influence que peut avoir le périoste dans la reproduction des os, on avait incidemment soulevé le problème de la résection du calcanéum. Cette opération si diversement appréciée semble devoir occuper une place définitive dans la pratique. M. Rigaud, notre correspondant de Strasbourg, nous a envoyé six observations très-importantes. Si à cela nous joignons un beau succès que l'on pouvait constater chez un malade présenté par M. Giraldès, nous arriverons à conclure que l'extirpation du calcanéum est une bonne opération, toutes les fois que celle-ci est pratiquée chez de jeunes sujets et pour des affections chroniques de l'os, c'est-à-dire dans les cas où le premier résultat de la maladie a été l'isolement du périoste épaissi, par conséquent du périoste pathologique que nous savons si apte à la reproduction des os.

Une maladie du périoste fibro-muqueux qui tapisse la base du crâne, les polypes naso-pharyngiens ont été l'objet des préoccupations constantes de la Société. Vous avez tous présentes à la mémoire les discussions sur la valeur des procédés, sur l'importance de tel ou tel agent destructeur.

Il semblait généralement admis qu'une opération préliminaire était absolument indispensable pour assurer la voie par laquelle on détruit successivement les racines du mal.

Les efforts des chirurgiens ont concouru à diminuer autant que possible la gravité de l'opération préliminaire, et c'est là un argument qu'on pourra toujours invoquer en faveur de la résection palatine, opération simple permettant d'attaquer facilement l'implantation de la tumeur.

Malgré tous ces progrès réels, la cure des polypes naso-pharyngiens n'en est pas moins restée une entreprise périlleuse remplie de difficultés.

L'expérience clinique a fait voir qu'aucune des méthodes proposées n'était absolument satisfaisante lorsqu'il s'agissait de cas particuliers, et que c'était au chirurgien à faire un choix judicieux parmi les différentes ressources que l'art mettait à sa disposition. Telle tumeur à embranchements multiples, volumineuse, exigera la résection de l'os maxillaire supérieur; pour un bon nombre de ces polypes, il suffira d'une perte de substance peu étendue permettant les cautérisations destructives.

Quelle que soit l'importance des opérations préliminaires, il répugne d'avoir recours à ces mutilations lorsqu'il s'agit d'un polype dont l'implantation est peu considérable en même temps que la tumeur occupe une situation assez facilement accessible.

Vous vous rappelez la tentative heureuse de M. Guérin, qui rugine la base du crâne en pénétrant directement par la narine. Cette année, votre secrétaire doit fixer votre attention sur une communication de M. Hergott; lui aussi ne peut se résoudre à considérer les mutilations préliminaires comme le dernier mot de la chirurgie, et il pense que la conduite du chirurgien doit être subordonnée à la recherche exacte de l'implantation du polype.

A tous les moyens mis en usage pour préciser le diagnostic, notre correspondant propose de joindre l'examen laryngoscopique.

L'observation qui vous a été adressée par M. Hergott mérite un sérieux examen. On y trouve la preuve : 1° qu'il ne suffit pas de lier le polype pour en obtenir la guérison; 2° qu'une rugine introduite par la narine permet de dénuder la surface qui correspond à l'apophyse basilaire. Malheureusement il manque à cette observation la preuve que M. Hergott ait réellement obtenu une cure définitive, et nous devons émettre le vœu qu'un examen nouveau vienne confirmer un beau succès qui serait dû, il faut le reconnaître, à l'emploi d'une opération relativement bien innocente.

Si les connaissances que donne la pratique avaient pu conduire la chirurgie à la perfection, cet art ne serait-il point parfait depuis plusieurs siècles? Ainsi s'exprime Lapeyronie, puis il ajoute : il y a d'autres connaissances difficiles à saisir et qui doivent concourir au

perfectionnement de la chirurgie, ces connaissances sont le fruit de l'expérimentation sur les animaux.

L'expérimentation physiologique a été, comme vous le savez, Messieurs, largement mise à contribution dans ces dernières années, mais il semble que cette source féconde qu'indiquait Lapeyronie en inaugurant l'Académie de chirurgie, il semble, dis-je, que cette source soit inépuisable.

C'est à l'expérimentation sur les animaux que notre collègue, M. Panas, s'est adressé pour résoudre une question très-délicate de la chirurgie. Quel est le mode de production de la péritonite générale qui succède aux opérations faites sur les hernies étranglées et enflammées.

Notre collègue n'a point accepté la doctrine de la propagation comme capable d'expliquer toujours cette péritonite foudroyante qui survient parfois à la suite d'une réduction facile de la hernie enflammée.

Pour M. Panas, l'anse intestinale qui fait partie de la hernie est bientôt privée de sa circulation capillaire, elle se comporte alors à la manière d'une partie inerte et elle ne s'oppose plus à la transsudation des liquides contenus dans son intérieur. Le passage s'effectue et voici suivant M. Panas l'origine de la péritonite consécutive. Théorie ingénieuse basée sur l'expérimentation physiologique, théorie à laquelle plusieurs d'entre vous ont adressé des objections importantes, théorie qu'il faudra vérifier pour l'étude clinique.

Néanmoins, je tenais à vous signaler les recherches de M. Panas, qui sont à la fois originales et séduisantes.

Chaque année apporte son tribut, qui n'est en définitive que le résultat des efforts que vous faites tous pour le progrès des sciences chirurgicales. Il n'y a pas encore longtemps que dans un compte rendu plein d'intérêt, notre collègue M. Jarjavay signalait avec intention l'absence de travaux relatifs aux maladies des yeux et aux maladies des voies urinaires. Cet appel fut entendu, et l'année dernière M. Guyon mentionnait des recherches fort importantes d'ophthalmologie.

Aujourd'hui, j'ai à vous indiquer des communications sur les maladies des voies urinaires. Je vous rappellerai d'abord une belle observation que nous devons à M. le docteur Guéniot. Ce fait démontre une fois de plus que certains calculs peuvent se fragmenter spontanément dans la vessie.

Un de nos correspondants, M. Drouineau, est venu lire à cette tribune le récit d'opérations heureuses nécessitées par la présence de calculs urinaires; enfin une communication de M. Borelli a provoqué dans le sein de la Société une discussion peut-être un peu trop courte sur diverses tentatives qui ont toutes pour but de simplifier l'extraction des calculs de la vessie alors que la lithotritie n'est pas possible.

On peut augurer de cette discussion que si la taille périnéale avec les larges incisions conserve encore parmi nous des partisans convaincus, le plus grand nombre des membres de la Société de chirurgie semble se rattacher à cette idée qu'on peut débarrasser les malades, pourvu qu'on fasse au périnée une petite plaie capable de laisser passer des instruments lithotriteurs. De tous côtés on comprend combien il est préférable de fragmenter un gros calcul pour en faire l'extraction. Cette idée bien ancienne tend à se régulariser, grâce à divers perfectionnements, et c'est avec satisfaction que je constate l'approbation de la Société de chirurgie en faveur de la lithotritie périnéale.

Messieurs,

Il y a vingt-cinq ans, l'élite de la chirurgie française, les maîtres d'aujourd'hui, patronés par les maîtres d'alors, se réunissaient pour fonder la Société de chirurgie.

L'amour de la science les animait, ils faisaient appel à tous les hommes de bonne volonté. On ne vous interrogeait pas sur vos opinions politiques, sur votre foi philosophique, la seule garantie que demandaient nos fondateurs, c'était la vérité scientifique et la moralité professionnelle.

C'est ainsi, Messieurs, qu'une vie féconde a été tracée, et c'est dans cette direction que sont engagées trois générations successives.

Les résultats, vous les connaissez, ils sont immenses, et la Société de chirurgie a conquis la place qu'ambitionnaient pour elle nos illustres devanciers.

Continuons, Messieurs, ces nobles exemples; loin de nous les rivalités mesquines, les ambitions personnelles; respect et déférence aux anciens, accueil sympathique aux nouveaux, confraternité entre tous; nous n'avons qu'un seul but, c'est l'avancement de la chirurgie.

(La suite au prochain numéro.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des Sciences a procédé lundi dernier à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Velpeau.

La liste des candidats portait:

En première ligne: M. Laugier; en deuxième ligne, MM. J. Guérin et Vulpian; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Broca, Gosselin, Huguier, Maisonneuve.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 58, M. Laugier a obtenu 40 voix; M. J. Guérin, 11; M. Vulpian, 4; M. Gosselin, 2; M. Broca, 1. En conséquence, M. Laugier a été élu membre de l'Académie.

— MM. les docteurs en médecine qui désirent se porter candidats à la place vacante dans la Société de médecine de Paris, sont priés d'adresser leur demande avant le 1er mars. A cette époque, la liste des candidats sera close, et une commission sera nommée pour l'examen des titres.

— Un service sera célébré en l'église Saint-Roch, le jeudi 20 février 1868, à midi très-précis, pour l'anniversaire du décès de M. le docteur Alexandre-Louis-Paul Blanchet, officier de la Légion d'Honneur, ancien médecin en chef de l'Institution impériale des sourds-muets, fondateur des écoles communales pour les enfants sourds-muets et aveugles.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 21 février 1868.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la chorée cardiaque et rhumato-cardiaque.

Dans l'analyse de la première partie du Mémoire de M. H. Roger (Revue de samedi dernier), on a vu un exposé de faits établissant d'abord la relation de la chorée avec les affections du cœur, la chorée cardiaque proprement dite; puis la double relation de la chorée avec les maladies du cœur et le rhumatisme, ou la chorée rhumato-cardiaque. On va voir maintenant par l'analyse de nouvelles séries d'observations empruntées au même travail, de nombreux exemples des modes variés suivant lesquels se succèdent, se combinent, se mêlent et se confondent certains états morbides que l'on a longtemps considérés comme distincts et indépendants les uns des autres, et qui vont se montrer ici maintenant solidaires et comme autant d'expressions ou de phases diverses d'une affection unique au fond par sa nature comme par son origine.

Les séries d'observations analysées jusqu'ici ont montré des exemples : 1° de cas où la chorée a précédé la maladie du cœur; 2° de cas où la maladie du cœur a précédé la chorée; 3° de cas où les deux maladies se sont développées simultanément; 4° de cas où la simultanéité a été constatée, mais sans détermination du premier élément morbide. Nous arrivons maintenant aux exemples de chorée rhumato-cardiaque.

C'est la cinquième série qui s'ouvre.

La première observation de cette série montre la chorée ouvrant la scène; puis, dans le déclin de la maladie convulsive, vient le rhumatisme articulaire qui, dès le lendemain, malgré son peu d'intensité, se porte sur le cœur et devient le point de départ d'une affection cardiaque de nouveau constatée l'année suivante.

Dans un autre fait, la chorée, qui se répéta quatre fois en quatre ans, fut accompagnée, dès la première atteinte et une quinzaine de jours après le début, de rhumatisme articulaire aigu avec complication cardiaque. Dans ses trois récidives, cette danse de Saint-Guy, légère, sauf à la troisième où elle était généralisée, fut la seule manifestation rhumatismale; et même la péricardite, qui datait de la première atteinte choréique, avait guéri, pour un temps du moins.

Chez deux autres petits malades, la chorée commence également la triade rhumatismale; chez tous deux le rhumatisme articulaire, fort léger, presque apyrétique, se développe peu de temps après une deuxième attaque de danse de Saint-Guy, et presque simultanément il se complique d'une phlegmasie cardiaque, laquelle survit, comme d'habitude, aux deux premières manifestations rhumatismales.

Dans une cinquième observation, le rhumatisme polyarticulaire et l'endocardite concomitante ne se sont montrés qu'après de nombreuses récidives de chorée.

Cette série se termine par un fait remarquable à cause du long intervalle qui sépare l'époque de l'invasion de la chorée de l'attaque rhumatismale, — cet intervalle avait été de trois ans. — Ce fait vient à l'appui de l'opinion émise par M. H. Roger, à savoir : que le nombre des chorées simples est encore moindre qu'il ne semble l'être, puisqu'un certain nombre de chorées, qui paraissent et que l'on a pu croire pendant un certain temps indépendantes du rhumatisme, ne sont en réalité qu'une première manifestation de cette affection diathésique.

La sixième série de faits comprend les observations de chorées rhumato-cardiaques dans lesquelles la maladie a débuté par le rhumatisme. Ces faits sont les plus nombreux.

Ici nous voyons, entre autres :

1° Un cas très-remarquable dans lequel un rhumatisme articulaire aigu bien caractérisé, survenant à l'âge de 6 ans, est suivi cinq mois après d'une chorée qui, dès sa première atteinte, s'accompagne de péricardite; de nombreuses récidives de la chorée ont lieu, sans nouvelle manifestation rhumatismale; la sixième récidive est suivie d'endocardite. A l'exception de cette dernière manifestation, tous les autres accidents morbides ont guéri;

2° Un cas dans lequel la succession des accidents rhumatiques et de la chorée a été bien marquée : rhumatisme articulaire simple d'abord, sans complication cardiaque, et disparaissant assez vite; puis, deux ans après, second rhumatisme polyarticulaire aigu, et pendant la convalescence de ce dernier, une douzaine de jours après son début, invasion de la chorée; quatre jours plus tard, retour de la fièvre et grave endo-péricardite;

3° Une observation qui prouve de la façon la plus nette que le rhumatisme, les maladies du cœur et la danse de Saint-Guy sont trois modalités du même processus morbide : une très-légère et très-courte douleur dans un coude, qui aurait bien pu passer inaperçue, est suivie de près par une atteinte de chorée assez forte; cette atteinte de rhumatisme si minime se complique en même temps d'endocardite constatée dès l'entrée de la petite malade à l'hôpital. Quelques jours plus tard, récidive du rhumatisme qui dure une huitaine, sans que la chorée en soit influencée. Après plus de deux mois, guérison de celle-ci, l'endocardite persistant;

4° Une observation dans laquelle les faits se présentent dans un sens tout à fait inverse de la précédente : tandis que dans celle-là un rhumatisme très-léger est le point de départ d'une chorée intense, on voit dans celle-ci une arthrite rhumatismale intense, avec endo-péricardite, s'accompagner d'une chorée partielle et légère;

5° Chez une jeune fille, une première attaque de rhumatisme assez violente a lieu, à l'âge de 9 ans, et est suivie deux mois après de chorée assez intense ayant duré trois mois. Trois ans plus tard, de nouvelles douleurs rhumatismales surviennent et sont suivies, trois semaines après, d'une nouvelle atteinte de chorée généralisée et de longue durée. Cette jeune fille n'avait jamais ressenti jusque-là ni douleurs à la région du cœur, ni palpitations. Dès cette dernière invasion, l'examen fit reconnaître une endocardite évidente. Plus tard, tandis que la chorée s'amendait graduellement et se terminait par la guérison, la maladie du cœur, sans nouvelle manifestation rhumatismale, progressait au contraire et dégénérait en affection organique, avec double lésion des deux orifices;

6° Il s'agit d'un de ces cas de douleurs vagues, à peine sensibles, qu'on aurait pu méconnaître ou rapporter à la croissance, et qui cependant étaient de nature rhumatismale, ce qu'a démontré plus tard la double invasion de la chorée et de l'endocardite;

7° Chez une petite fille, M. Roger constatait, le premier jour de l'examen, une chorée cardiaque; mais la danse de Saint-Guy avait été précédée, six semaines auparavant, d'un rhumatisme polyarticulaire et fébrile, de sorte qu'il considère comme probable que l'endocardite s'était développée pendant la première manifestation rhumatismale, et non pendant la seconde; quoi qu'il en soit, la phlegmasie cardiaque survécut à la guérison des autres accidents rhumatiques;

8° Chez un petit garçon de 8 ans, on voit un rapport des plus frappants du rhumatisme et de la chorée : deux fois, à six ans d'intervalle, une attaque rhumatique est suivie, dans la convalescence, de la danse de Saint-Guy, laquelle fut intense les deux fois et ne dura pas moins de cinq mois. Une endocardite de l'orifice mitral fut constatée dès le premier examen, et elle persista après la guérison de la chorée;

9° La dernière observation de cette série est intéressante par la succession insolite des manifestations rhumatiques. C'est une endo-péricardite aiguë, sans rhumatisme articulaire simultané, qui commence la scène et qui semble à elle seule constituer la première manifestation d'une diathèse rhumatismale; de nombreuses arthrites lui succèdent, en effet, et la chorée survient dans le déclin de deux de ces attaques de rhumatisme articulaire.

Enfin, une septième série comprend quelques observations de chorée rhumato-cardiaque intéressantes, non-seulement par la réunion des trois éléments morbides, mais encore par la multiplicité des diverses attaques, par leur combinaison variée, leur complexité, leurs alternances.

Telles sont, entre autres, l'observation d'une jeune fille chez laquelle une première chorée, développée pendant la convalescence d'un rhumatisme polyarticulaire, ne devient point cardiaque; une récidive de la danse de Saint-Guy, survenue deux ans après, se complique au bout de quatre jours d'un rhumatisme suraigu, et, alors qu'il est guéri, la chorée s'aggrave, s'accompagne de fièvre, avec accidents nerveux qu'on croit pouvoir attribuer à un rhumatisme cérébral, et l'on assiste en même temps au début d'une endocardite transformée bientôt en affection organique du cœur;

Celle d'un jeune garçon chez qui l'on voit, à l'âge de douze ans, un rhumatisme articulaire suivi de chorée; à quatorze ans et demi, un rhumatisme généralisé et une endocardite; six semaines plus tard, une récidive de chorée, et après la guérison de la danse de Saint-Guy, une troisième attaque de rhumatisme; pendant ce temps, permanence et progrès de l'affection cardiaque.

Chez une jeune fille de treize ans, le rhumatisme se montre avec une intensité et une variété d'attaques non moins remarquables : quatre atteintes se succèdent en dix mois; la première est très-légère, courte et tout à fait simple; la seconde, se complique dès les premiers jours d'endopéricardite, de pleuropneumonie droite avec délire, de pleurésie gauche; et à peine y a-t-il rémission dans cet état si grave, qu'il survient la chorée, laquelle est très-légère, bornée aux doigts, et excessivement courte. La danse de Saint-Guy disparaît, en même temps que reviennent des douleurs articulaires et un torticolis, et ne récidive point ni après cette atteinte rhumatique ni après une quatrième. Mais la maladie du cœur suit fatalement sa marche.

Il est difficile, dit M. Roger, de rencontrer un cas où le vice rhumatismal ait sévi avec plus de rigueur et d'acharnement, que chez un jeune garçon, qui, en moins de six années, dès l'âge de huit ans, eut cinq attaques de rhumatisme articulaire dont quelques-unes fortes, et deux de chorée, qui furent toutes deux excessives; et, en outre, une endocardite dont les reprises successives amenèrent rapidement une maladie organique du cœur. L'alternance des atteintes de ce rhumatisme multiforme a été très-remarquable : les sept attaques du rhumatisme et de la chorée furent successives et parfaitement distinctes; quant à l'endocardite, qui ne fut constatée qu'à la dernière récidive de la maladie articulaire, M. Roger est porté à penser qu'elle remontait à une atteinte antécédente, soit de chorée, soit de rhumatisme; le cœur était déjà hypertrophié.

Là s'arrête pour le moment l'intéressant travail de M. Roger. On vient de voir un exposé rapide et sommaire des faits. On pressent déjà les déductions pratiques importantes qui en ressortiront. Nous ne manquerons pas de les signaler, lorsque la publication de cet important mémoire sera terminée.

HYGIÈNE PUBLIQUE ET INDUSTRIELLE

L'hygiène et le choix des professions

Par M. le Dr POZNANSKI

Le mouvement industriel a refoulé l'agriculture et a produit un déboisement général dans tous les pays civilisés. La quantité des marais et des terres incultes est devenue énorme et a amené l'infection de l'atmosphère par les émanations délétères peu définies par la science, mais qui ne sont que trop ressenties par les populations qui en deviennent victimes.

D'un autre côté, les différentes branches d'industrie étant exercées au hasard, et souvent contrairement aux exigences organiques des individus qui s'y livrent, la grande masse de forces industrielles s'use, ou se perd inutilement. Voilà deux grandes sources de maladies et de cas de mort prématurée qui, à notre époque, arrivent si souvent dans les populations en général et dans les classes industrielles en particulier.

Dans le mémoire actuel nous tâcherons d'étudier ces deux questions, en tant qu'elles regardent l'hygiène publique; en même temps nous croyons pouvoir proposer un moyen très-facile, et, selon nous, très-efficace, pour obvier aux inconvénients de la mauvaise répartition du travail industriel.

Dans l'économie terrestre, comme dans l'économie individuelle, tout s'enchaîne, tout est moyen et but en même temps; les parties ne fonctionnent que dans l'ensemble, et le tout n'existe qu'en tant que les parties intégrantes concourent au travail général. C'est un cercle dans lequel chaque partie n'est soutenue qu'en servant de support nécessaire aux parcelles voisines. Aussi, dans l'économie générale, sitôt qu'on sacrifie trop à une branche d'industrie aux dépens des autres, on ne manque pas d'être bientôt sacrifié.

Cela est tellement vrai, qu'en fait d'inégalité de répartition d'industries, les vraies et principales victimes de cet ordre de choses sont justement ceux qui y contribuent le plus. Il en est ainsi avec les classes ouvrières. C'est le mouvement industriel qui, en énervant constamment l'agriculture, cause la cherté des subsistances et rend la vie matérielle de l'ouvrier de plus en plus précaire. D'ailleurs, la cherté toujours croissante n'est pas la suite unique, ni la plus fâcheuse de l'abandon des champs et du déboisement général. Il y en a bien d'autres encore qui ont fait de pays autrefois peuplés et florissants, des contrées stériles et désertes.

La campagne romaine nous en offre un exemple des plus frappants. Cette campagne, jadis couverte de bois sacrés du temps des Cincinnatus et des Caton, n'avait pas le triste privilége de décimer la population romaine; bien au contraire, même malgré les guerres civiles, des millions d'hommes y prospéraient, et la population ne faisait que s'accroître. Mais, une fois que les combinaisons stratégiques ont fait déboiser les pays environnants, les forêts, ces décarbonisateurs de l'atmosphère, ces modificateurs de température et de vaporisation n'existant plus, la population elle-même devait consommer les émanations des terres incultes et se consumer en même temps.

L'Orient, avec ses monuments gigantesques, restes ineffaçables de

ses grandeurs passées, offre un spectacle semblable, dans des proportions immenses. L'Inde et l'Égypte anciennes n'engendraient pas les épidémies comme elles les engendrent à notre époque. Un pays insalubre ne saurait arriver à une véritable grandeur, et la ruine de grandes nations n'est jamais venue que par le mépris et l'appauvrissement de la vie végétative, base vraie de la vie humaine.

Les jours heureux d'Athènes, de Lacédémone et de Rome ne durèrent que tant qu'y fleurit l'agriculture, tant que s'y pratiquaient les sages institutions de Romulus et de Numa. Mais, une fois ces principes bienfaisants tombés en désuétude, une fois que les Romains, avides de plaisirs et d'honneurs, en s'adonnant au luxe, se retirèrent à la ville, la ruine de la république ne pouvait manquer d'arriver bientôt; la bravoure n'a pas sauvé les Spartiates quand ils eurent laissé aux Ilotes le soin de les nourrir.

Les traditions antiques ne sont pas si vides de sens qu'on voudrait le faire croire; ce n'est pas une fantaisie maladive qui a fait adorer l'Isis, la génisse et le bœuf Apis, symboles de l'agriculture et de ses bienfaits; ce n'est pas sans raison que Brahma a défendu à l'Hindou d'attenter aux jours du bœuf qui a déjà labouré la terre. Mais depuis des milliers d'années tous ces pays, jadis florissants, sont en désarroi complet. La grande partie des populations agricoles ayant disparu, anéantie dans des guerres continuelles et par des émigrations lointaines, le reste a été décimé par les *épidémies* aussitôt que le défaut de culture et le déboisement général eurent amené *une inégalité excessive dans la température, les inondations et l'infection de l'atmosphère*, par des émanations délétères qui en résultent.

Malheureusement le monde civilisé actuel s'est engagé dans les mêmes ornières fatales. Nous avons laissé tomber l'agriculture, nous avons fait abattre nos forêts vierges; le brandon de la guerre et la hache industrielle n'ont point épargné les bois druidiques.

Les champs abandonnés en masse, et quelques broussailles clairsemées, voilà le patrimoine que nous ont laissé nos pères; maigre patrimoine que nous allons transmettre plus maigre encore à nos successeurs.

Malgré les remontrances des Sully, des Colbert, des Buffon, des Franklin, la France, dans l'espace des trois derniers siècles, a détruit les trois quarts de ses forêts. La Sologne, la Bresse, les Dombes, sont voués à la stérilité et aux fièvres endémiques, depuis que les bois qui les couvraient ont été défrichés et remplacés par des marais.

L'Allemagne, ce pays de forêts autrefois infranchissables, n'a gardé que de faibles traces de ses bois d'Hircinie; et, en général, le déboisement est si considérable partout, que, même dans ces pays du Nord, des provinces entières s'en ressentent et sont tributaires des fièvres paludéennes, jadis presque inconnues dans ces latitudes.

Aussi, comme autrefois l'Orient lointain, nos foyers sont continuellement visités par des épidémies toujours nouvelles; c'est un rude avertissement de ce qui nous attend si nous persistons dans cette voie fatale, et *tout fait croire que nous y persisterons*. Les conditions de notre existence précaire deviennent de plus en plus mauvaises, et, aujourd'hui plus que jamais, les conséquences de l'abandon de l'industrie forestière et agricole devraient constituer *la question vitale* de notre temps, qui se dit le siècle du progrès.

En tant que cela regarde l'hygiène publique, nous n'avons d'autre intention que celle de prendre acte du danger toujours croissant : « *Sub finem velocior motus.* »

C'est aux économistes qu'il appartient de résoudre le *grand problème;* c'est aux gouvernements sages de seconder leurs efforts éclairés. D'ailleurs, ce n'est pas le bon exemple qui manque. Il y a encore un pays fidèle à ses traditions immémoriales, c'est le pays le plus vaste, le plus boisé, le plus peuplé, le plus salubre et, peut-être, le plus riche aussi; ce pays, c'est la Chine, dont la population forme à peu près le tiers de la population du globe entier. Là, les empereurs eux-mêmes, avec un appareil de fête, ouvrent la terre au printemps.

Ayant abandonné à qui de droit la question de l'industrie exercée aux dépens de la culture des champs et des forêts, nous allons aborder présentement la question de la répartition du travail industriel, trop souvent peu conforme aux exigences organiques des individus qui s'y livrent; et si là nous étions obligé de déclarer notre incompétence pour ce qui regarde les moyens d'y remédier, ici nous croyons pouvoir proposer *des moyens très-faciles et très-efficaces* pour parer aux inconvénients qui en résultent.

Plusieurs médecins éminents : Ramazzini, Fourcroy, Patissier, Turner-Tackrath, Brachet, Desgenettes, Roussel, Bibra, Fonteret et autres, se sont occupés de l'hygiène des ouvriers et ont cherché à neutraliser les influences nuisibles propres à certains métiers. M. Fonteret a écrit en tête de son *Hygiène physique et morale de l'ouvrier*, cette épigraphe : « *Préserver vaut mieux que guérir.* » Vérité à laquelle on ne donnera jamais trop d'éloges, et qui n'aura jamais assez de partisans.

C'est cette vérité qui m'anime et qui m'encourage à élever la voix dans l'enceinte de cette académie, organe naturel de l'hygiène publique.

Mais si les médecins ci-dessus mentionnés ont eu en vue, pour la plupart du temps, les métiers reconnus insalubres, pour moi, je me propose d'attirer l'attention éclairée de cette compagnie savante, sur certaines branches d'industrie qui, sans constituer des métiers insalubres pour tous, deviennent pourtant meurtrières chaque fois qu'elles sont exercées par des individus dont la constitution s'y oppose.

Ce ne sont pas décidément les métiers réputés insalubres qu causent le plus grand nombre de décès prématurés. Heureusement ces métiers-là sont peu nombreux et ne prennent qu'un contingent assez restreint d'ouvriers. La grande masse de cas de mort prématurée se produit parmi les ouvriers occupés d'industries réputées insalubres, et qui, en absorbant un contingent immense, font mourir prématurément tous ceux dont la constitution organique ne supporte pas le genre de fatigue imposé par un métier mal choisi.

Il est reconnu que l'homme physiologique, dans une condition parfaite, n'existe presque pas; tout individu a nécessairement certains organes moins parfaitement constitués, certaines fonctions moins bien organisées. D'un autre côté, tout métier fatigue tel ou tel organe de préférence, aiguillonne ou arrête telle ou telle fonction. Or, chaque fois qu'un métier, mal approprié à la constitution individuelle, compromet une fonction quelconque, ou force un organe qui aurait besoin d'être ménagé, ce métier, sans être insalubre dans le sens strict du mot, entraînera pour l'organisme en question des suites tôt ou tard fatales.

Prenons pour exemple deux genres d'industrie qui, assurément, ne sont pas comptés parmi les professions insalubres.

Un garçon est mis en apprentissage chez un menuisier; le travail du menuisier promet un état bien salubre; mais on n'a pas fait attention que la constitution délicate du jeune homme exigerait un travail tout autre que le maniement du rabot; ses organes thoraciques ne supportent pas une affluence excessive des humeurs; deux ans d'exercice ont suffi pour rendre cet homme poitrinaire et pour le pousser dans la tombe commune.

Voici un cocher de fiacre : il est robuste, il est rubicond. Le cahot continuel du siége compromet sa circulation en général, et celle des organes abdominaux en particulier; l'individu devient irascible, et pour activer la circulation qui, chez lui, est nécessairement en retard, il éprouve le besoin de recourir aux spiritueux. Les stases sanguines se développent dans les organes abdominaux, le sang se porte vers la tête ou vers la poitrine, et le cocher, qui avait une constitution trop forte pour un *métier passif*, finit brusquement par une rupture d'un vaisseau sanguin. Voilà deux hommes *morts prématurément.* Un résultat bien différent eût eu lieu si le garçon qui est devenu menuisier se fût fait cocher, et réciproquement. Le premier, en changeant de profession avec le second, n'eût pas succombé poitrinaire; le second, en exerçant un métier actif, ne serait pas mort apoplectique. Que de rachitiques, que d'individus de constitution délicate pourraient trouver leur salut dans la profession de cocher, ou dans un autre métier passif!

Encore un exemple qui n'est pas des plus rares. Un jeune homme entre comme apprenti horloger; il s'est trouvé un compère horloger qui a bien voulu se charger du garçon, qui est bon travailleur; mais ses organes de la vue ne sont pas assez bien constitués pour supporter impunément une fatigue assidue; quelques années de travail le rendent aveugle et le mettent à la charge de la communauté.

Que de verriers, de graveurs, de fabricants de tabac, de tailleurs, de tisserands, de cordonniers, de tourneurs, de forgerons, etc., sont morts prématurément pour avoir embrassé une profession peu conforme à leur constitution organique, tandis que dans un cas opposé, ils auraient conservé et même raffermi leur santé délicate!

Tout ce qui précède prouve jusqu'à l'évidence qu'on ne devrait point abandonner au hasard dangereux le choix des professions industrielles.

Tout cela parle, suffisamment, en faveur de la nécessité absolue d'éclairer et de diriger les industriels, au moment où ils se proposent d'embrasser une profession, moment qui, sans aucun doute, décide de leur avenir.

C'est à cette Académie, qui veille aux conditions de l'hygiène publique, qu'appartient de droit l'initiative; c'est à elle encore d'en faire prévaloir l'application.

Pour commencer, il suffirait, je crois, d'instituer une commission permanente, consultative, composée de médecins et d'experts, qui aurait à examiner tout individu, demandant conseil avant d'embrasser une profession industrielle.

La commission, après avoir jugé des facultés physiques et des aptitudes de l'individu, indiquerait la branche d'industrie qu'elle trouverait la plus convenable pour lui. Ces consultations, n'étant nullement obligatoires, inspireraient à tous de la confiance et de la sympathie.

L'établissement d'une telle commission n'entraînerait que des frais minimes. Les professions une fois embrassées et remplies conformément aux forces organiques et aux aptitudes industrielles, les inconvénients que nous avons signalés et qui, dans l'état actuel, se présentent si fréquemment, disparaîtraient pour la plupart.

Tout y gagnerait : l'état sanitaire des ouvriers, les arts industriels, et par conséquent aussi la société entière.

Cette métropole offre toutes les facilités pour mettre en pratique l'idée que je viens de vous soumettre; et celle-ci réalisée, la France, encore une fois, aura donné au monde civilisé l'exemple de sa sollicitude pour le bien-être général.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 11 février 1868. — Présidence de M. Ricord.

Discussion sur la tuberculose (1).

J'ai renouvelé ces expériences l'automne dernier avec le docteur Paul; mais, au lieu d'inoculer du lapin au lapin le tubercule encore vivant, c'est-à-dire pris sur l'animal au moment de son occision, nous avons inoculé diverses matières tuberculeuses provenant d'un phthisique mort à l'hôpital : tubercules gris et jaunes plus ou moins ramollis, crachats, liquide des cavernes, sang fourni par une thrombose veineuse.

Les six lapins inoculés avec ces matières, et selon le procédé de M. Villemin, le 25 octobre dernier, ont tous été malades huit jours environ après l'expérience. Ils ont perdu l'appétit, sont tombés dans l'abattement, ont eu de la fièvre, ont présenté, en un mot, les symptômes d'un empoisonnement ou d'une infection par des matières animales. L'un est mort d'infection putride; un autre a été pris d'érysipèle phlegmoneux de la tête, qui s'est terminé par un abcès du nez. Puis, après huit ou dix jours de maladie générale, ils se sont tous rétablis. A dater du 15 novembre, ils avaient repris leur santé antérieure, leur embonpoint, leur vivacité, qui n'ont fait que croître et embellir pendant deux mois et demi.

Nous venons de les sacrifier dans ce bel état, trois mois passés après les inoculations. Nul d'entre eux n'a présenté, ni dans les poumons, ni dans les diverses séreuses, ni ailleurs, de granulations tuberculeuses à un degré quelconque, pas davantage de dépôts caséiformes. Tous les tissus étaient fermes et sains, et on en mange tous les jours de moins gras et de moins beaux. J'ai dit qu'aucun n'avait donné de produits d'inoculation; cependant il faut ajouter que l'un d'eux, celui qui a eu l'érysipèle de la tête et l'abcès du nez, et qui avait été inoculé avec du liquide d'une caverne, a présenté, quoique sain et parfaitement bien portant d'ailleurs, une petite masse de matière caséiforme, grosse comme une lentille, perdue et isolée au centre du poumon droit. Cette matière a été immédiatement inoculée à un lapin vierge de toute expérimentation.

Je ne veux tirer de ces faits aucune conclusion. Ce sont des observations négatives, voilà tout. Si elles avaient été positives dans un sens contraire, j'en aurais fait part à l'Académie avec la même exactitude. Seulement elles confirment ce que M. Villemin reconnaît lui-même, je veux dire l'inoculabilité plus rare et plus difficile d'une espèce à une autre que d'une espèce à la même espèce. Nos premières inoculations affirmatives avaient été faites de la même à la même.

Nous allons en recommencer d'autres avec les matières organiques ou inorganiques les plus diverses et dans toutes sortes de conditions. Je crois qu'il importe surtout d'inoculer de la matière caséeuse primitive, je veux dire celle qui n'est pas le résultat de la transformation de la granulation grise, et qui provient ou de la pneumonie tuberculeuse ou de tout autre produit morbide, le pus, par exemple, devenu caséeux. On affirme de bien des côtés que le tubercule est susceptible d'être produit avec autre chose qu'avec lui-même. Il ne suffit donc pas de nier ces faits. Il faut que d'ici à quelques années ils soient confirmés ou infirmés par des expériences mille fois et sérieusement répétées. Remettons-nous donc au travail, mais ne nous pressons pas. Les premières expériences de M. Villemin sont d'hier. Qu'est-ce qu'une année, que quelques années même pour de si grandes difficultés et un résultat si grand? La moindre expérience de physique, quoique répétée, et parce que répétée sur tous les points de l'Europe savante, en demande davantage.

C'est pourquoi dans mes derniers discours je m'étais bien moins occupé des inoculations de M. Villemin que de la doctrine de la tuberculose qu'il avait cru pouvoir édifier sur elles. Sur cette terre ferme et mieux connue de la pathologie générale et de la clinique, je me sentais plus solide que sur le sol encore trop fraîchement ensemencé et mal orienté d'une pathologie expérimentale de la veille. Aussi ai-je l'avantage de pouvoir me borner aujourd'hui à affirmer de nouveau tout ce que j'ai dit en général il y a six semaines sur les conditions et les caractères des poisons morbides ou virus et des maladies virulentes, ainsi que sur l'étiologie multiple, sur l'unité et les variétés de la phthisie selon ses causes diverses externes ou internes. La pathologie expérimentale et la micrographie ne doivent pas nous faire oublier la clinique.

Quoi! me dira-t-on, en supposant positifs et constants à l'avenir les résultats des inoculations que vous avez vous-même proclamés, ces résultats acquis à la science ne modifieraient pas vos opinions sur la nature de la phthisie et sur la place qu'elle doit occuper dans les nosologies? Non, pas essentiellement.

Dans toute discussion, il me paraît qu'on n'a pas pris garde à une chose. Au lieu d'aller du connu à l'inconnu, on a marché de l'inconnu au connu; on a beaucoup trop jugé la nature de la phthisie avec les inoculations, et pas assez les inoculations avec notre expérience et notre savoir séculaires de la phthisie. Sans doute, les inoculations ont apporté un fait très-important de plus dans la phthisiologie; mais tâchons de ne pas tout oublier devant ce fait, et servons-nous un peu, pour l'apprécier, de notre clinique de la tuberculose, et même de notre clinique des maladies infectantes et des cachexies organiques.

L'organisme s'inocule lui-même tous les jours. Je ne parle pas des plaies, des vésicatoires, des ulcérations plus ou moins simples qui déterminent des lymphangites et des adénites capables, chez des individus lymphatiques, de devenir le point de départ et la cause d'engorgements ganglionnaires permanents, puis d'une affection générale de nature strumeuse qui ne se serait jamais développée sans cela. Velpeau faisait sortir de cette étiologie une multitude de scrofuleux; il avait presque édifié sur ce fait une théorie de la scrofule. M. Villemin lui-même n'est pas loin de cette doctrine, et il aurait dû s'en souvenir un peu plus en présence de ses inoculations.

L'infection purulente née dans de certaines conditions, d'un abcès ou d'une phlébite, ne se produit-elle pas par une contagion de voisinage, par une inoculation, une injection de soi par soi? Les globules de pus se reproduisent et se multiplient à l'infini sous l'influence de la semence homologue que l'organisme s'est fourni à lui-même. Il n'y a rien là de spécifique et de virulent. Le premier pus, le plus inoculateur, est né spontanément ou sous l'influence d'une cause vulgaire.

On me dira que, quoi qu'il en soit, c'est l'organisme qui a produit ce premier pus, et qu'une auto-inoculation n'est pas une inoculation dans le sens où ce mot est ordinairement entendu. Je répondrai qu'on peut infecter un animal par des injections de pus. Qu'il s'en débarrasse le plus souvent par des crises ou qu'il y succombe quelquefois, le fait est qu'on le peut, et cela me suffit.

Je vais rapprocher de cette infection commune, naturelle ou artificielle, les inoculations ou auto-inoculations de matière tuberculeuse. Le pus et le tubercule ont, malgré leurs incontestables différences, un parallélisme et des analogies de formation et d'évolution qui justifient ce rapprochement. Un individu affecté d'une vieille ostéite, d'une plaie osseuse avec esquilles, ouverte et communiquant avec l'air extérieur, cet individu, dis-je, est souvent frappé d'affection purulente chronique dont il puise les éléments dans ce foyer intarissable. Pour les symptômes généraux, il ressemble, à s'y tromper, à un phthisique au deuxième ou au troisième degré.

Afin de simplifier la question, approchons-nous encore plus du fait que nous avons à juger, et supposons ce que je crois exister quelquefois, je veux dire une diathèse locale en vertu de laquelle un petit foyer tuberculeux s'est développé spontanément dans le poumon. Dans le plus grand nombre des cas, ce foyer s'isole; ramolli ou non, il peut, grâce à la résistance saine de l'organisme, s'immobiliser et guérir sans retentissement général. Tout s'est passé sur place. Mais tant que ce foyer existe, il faut toujours trembler. La résistance générale peut être vaincue, l'infection de voisinage se faire; l'auto-inoculation avoir lieu; des granulations d'infection se développer dans le poumon, puis ailleurs; la phthisie, c'est-à-dire le tabès tuberculeux général, se former enfin, et parcourir ses périodes jusqu'à la colliquation et à la mort.

Dans tous les cas, et alors même qu'on a affaire à une phthisie héréditaire et diathésique, la cachexie ou l'infection générale s'établit toujours par absorption ou auto-inoculation. La diathèse et la cachexie sont le commencement et la fin, elles ferment le cercle de la maladie consommée. Il n'y a rien de spécifique et de virulent dans tout cela, pas plus que dans le cancer qui se développe quelquefois en un seul point de l'organisme et sans diathèse. Le chirurgien peut

(1) Fin du discours de M. Pidoux. — Voir le dernier numéro.

l'enlever alors et éviter les récidives quand les ganglions lymphatiques du département ne sont pas affectés. Mais dès qu'il a reconnu cette auto-inoculation, il n'ose plus opérer, parce qu'il craint avec raison que la néoplasie ne se reproduise sur place ou ailleurs.

Eh bien, le lapin, sous la peau ou dans les veines duquel on a inséré de la matière tuberculeuse, n'est-il pas un peu dans le cas de cet individu touché par une diathèse tuberculeuse circonscrite, et dont l'économie entière peut être infectée de tuberculose par auto-inoculation?

En supposant même une diathèse générale, l'infection de voisinage qui, de proche en proche, n'a pas de limites, n'est-elle pas très-souvent la cause principale et, dans tous les cas, la cause aggravante de la cachexie qu'il ne faut pas confondre avec la diathèse? Y a-t-il rien dans tout cela qui ressemble aux caractères et au processus des maladies spécifiques et virulentes, variole, syphilis, rage, pustule maligne, morve, rougeole, scarlatine?

Justement, répondra-t-on, la syphilis marche ainsi, c'est-à-dire d'un point d'inoculation naturelle ou artificielle par les vaisseaux et les ganglions lymphatiques, et elle va se généralisant après un temps d'incubation presque aussi long que celui que met à se généraliser la tuberculose inoculée.

Oui, mais songez donc que ce n'est pas parce que la syphilis inoculée marche ainsi qu'elle est plus qu'une maladie infectieuse, et qu'elle est au rang des maladies spécifiques et virulentes. Si elle occupe ce rang, c'est parce qu'elle ne se développe jamais spontanément, jamais que par sa propre semence, c'est-à-dire par inoculation, soit d'une manière, soit d'une autre; qu'elle a l'honneur d'être exclusivement humaine; qu'elle confère l'immunité à ses sujets, etc.; tandis que la phthisie est une maladie banale, qui naît de tout, c'est-à-dire des causes les plus communes; que plus elle frappe un sujet, plus elle le dispose à ses atteintes; qu'elle règne sur presque tous les vertèbres, et que si elle est contagieuse, elle l'est, comme je l'ai déjà dit, non pas par essence, comme la variole et la syphilis, qui, si elles n'étaient plus contagieuses, ne seraient plus rien, mais d'une manière toute conditionnelle, toute relative, et dans des circonstances d'infection.

Supposons la phthisie contagieuse dans le sens où l'entendent ses partisans raisonnables; eh bien, je suis persuadé que, sur 100 phthisies, il y en a 98 au moins développées en dehors de toute communication intime et habituelle avec des phthisiques. Depuis que cette discussion est ouverte, j'ai observé à ce point de vue les phthisiques de l'hôpital et de la ville avec plus de soin que jamais. Dieu sait si en ce moment ils sont rares à l'hôpital et partout!... Je n'ai rencontré que deux cas, mais susceptibles tous deux d'une interprétation très-équivoque. L'un d'eux appartient à une demoiselle de 28 ans, devenue phthisique un an après avoir donné des soins dévoués à une autre phthisique qui a fini par succomber; mais cette phthisique était sa mère; et ces soins, et cette mort ont causé à la pauvre fille de dures fatigues et de longs chagrins. L'étiologie se partage ici entre l'hérédité et la contagion : qu'on choisisse. L'autre cas appartient à un homme de 46 ans, chez lequel les premiers symptômes d'une phthisie, aujourd'hui confirmée, ont commencé six mois après la mort de sa femme phthisique, dont il avait partagé le lit jusque deux mois avant sa mort. Cet homme, quoique assez chétif, s'était bien porté jusque-là. Ses parents ne sont pas morts de la poitrine. Mais la toux a commencé chez lui quinze jours après un travail ou une occupation qui consistait à entretenir du matin au soir le feu d'une cheminée d'appel. Ce malheureux était rôti par devant et toujours couvert de sueur, tandis que le courant d'air appelé le glaçait par derrière, et que sa sueur était incessamment refroidie sur son corps. Aujourd'hui, il a des tubercules ramollis au sommet du poumon droit. Je ne me prononce pas sur ce fait : vous en ferez ce que vous voudrez.

Tout à l'heure, ce matin, j'ai vu là, dans mon service, une jeune fille dont l'habitude extérieure est celle d'une phthisique prédestinée. Elle est d'ailleurs très-tuberculisée. Elle vient de donner des soins à sa belle-mère phthisique, mais sa mère à elle, la première femme de son père, est morte phthisique à 24 ans, et elle a un frère qu'elle dit faible, maladif et toussant. Celui-là n'a été en contact ni avec sa belle-mère, ni avec sa sœur. Encore un fait que se disputent l'hérédité et la contagion.

J'avais invoqué du haut de cette tribune l'expérience de tous les praticiens. Cet appel a été entendu, et j'ai reçu plusieurs communications intéressantes. Toutes, pourtant, sont frappées à mes yeux d'un grand défaut. Le temps écoulé entre la mort des sujets supposés contagionnants, et le début de l'affection chez les sujets supposés contagionnés, n'a jamais été de moins de vingt mois. Dans d'autres cas, il a été de deux, trois, quatre, et jusqu'à douze ans. Qui voudrait admettre une si longue incubation dans une maladie si fréquemment spontanée?

Trois cas fournis à M. Villemin par mon bien estimé collègue M. Léger m'ont fait plus d'impression.

N'oublions pas toutefois que, en ce moment, nous entrons dans une phase de réaction contagioniste contre une période d'anticontagionisme qui durait depuis cinquante ans. On peut prévoir que la phthisie va paraître subitement beaucoup plus contagieuse qu'il y a un an. J'ai déjà entendu murmurer l'idée de tuberculisations préventives. Avec les maladies infectieuses, on n'inocule pas préventivement, on empoisonne. Défions-nous de ces mouvements réactionnaires dans un sens ou dans l'autre. Observons toujours et attendons encore. La phthisie serait vraiment une maladie singulière entre toutes les maladies virulentes et contagieuses; car, dans l'immense majorité des cas, elle se forme accidentellement ou spontanément, par hérédité ou par diathèse. Elle n'a dès lors besoin de contagion ni pour naître ni pour se propager, et, si elle est transmissible, elle ne l'est que dans des conditions exceptionnelles et au moyen de ces lentes imprégnations qui infectent plutôt qu'elles ne contagionnent! Cette maladie si vulgaire réunirait donc tous les procédés étiologiques? On la contracterait sous l'influence des causes communes les plus diverses, et, de plus, par sa propre semence, ce qui est possible, mais ce qui est presque inouï dans les maladies chroniques.

La morve, qui se propage par voie de contagion, ne se forme ni des causes les plus diverses et les plus opposées, ni au milieu des meilleures conditions hygiéniques, comme fait la phthisie. Faut-il donc admettre la panspermie tuberculeuse de M. Villemin, et croire que les influences communes débilitantes internes ou externes, qui nous paraissent conduire à la phthisie, ne sont autre chose que des causes préparatoires propres à disposer spécialement le terrain et à former des ovules que viendrait féconder la semence tuberculisante, comme on voit certaines maladies parasitaires ne se développer que sur des membranes préalablement altérées par une mauvaise nutrition? Nous voilà lancés dans les hypothèses les plus invérifiables et, par conséquent, les plus vaines.

Quoi qu'il en soit, il est bien certain que si la phthisie est transmissible, elle l'est d'une manière si relative, et dans des conditions si faciles à éviter, qu'une telle propriété ne serait pas très-redoutable. Sa transmissibilité serait un mode étiologique spécial qu'il faudrait ajouter à tous les autres moyens de la contracter, et qui ne lui serait pas essentiel. Autrement, il semble qu'on n'en disputerait pas. Je disais tout à l'heure que, si on ôtait à la syphilis et à la variole leur virulence, ces maladies n'existeraient plus, c'est-à-dire que par là on les détruirait. Qui oserait en dire autant de la contagiosité de la phthisie? Qui oserait croire que la phthisie ne serait plus si elle cessait d'être contagieuse, et qu'on la détruirait en supprimant les occasions de la contracter par contagion?

Il est inutile de répéter ici en quoi les maladies infectieuses et la communication par infection diffèrent des maladies virulentes et de la communication par contages ou virus. M. Chauffard s'est chargé de ce soin avec le talent et l'ampleur qui le distinguent. Je regretterais que sa pensée n'eût pas été saisie comme elle le méritait, car elle forme une base anatomo-physiologique à tout ce que je viens de dire et que j'avais plus brièvement énoncé dans mon premier discours; elle est donc éminemment capable de disposer les esprits à réduire à leur signification les inoculations qu'il reconnaît comme fait expérimental.

Je me résume en deux mots sur cette question.

Nous venons de nous placer volontairement en face du fait supposé vrai, constant et démontré des inoculations du tubercule aux animaux.

D'un autre côté, nous nous trouvons en face d'une phthisiologie clinique qui repose sur des faits inébranlables, et nous devons, nous cliniciens, maintenir l'autorité supérieure et les droits souverains. Nous recevons avec reconnaissance les lumières de la pathologie expérimentale et de l'investigation micrographique, mais nous ne devons pas abdiquer devant ces méthodes. En ce moment, les faits qui émanent de la source clinique et ceux que fournit l'expérimentation semblent se contredire et s'exclure. Ce n'est qu'une illusion de notre ignorance ou de notre précipitation. Il n'y a contradiction entre les faits cliniques ou naturels et les faits expérimentaux que M. Villemin est venu tenter très-heureusement sur eux, que si on tire de ceux-ci les conséquences extrêmes qu'ils ne contiennent pas, suivant moi, et que j'ai combattues.

Pourquoi n'y aurait-il pas à côté ou au-dessous des maladies spécifiques et virulentes proprement dites, des maladies communes intermédiaires dont les produits, formés d'éléments pauvres et nécrobiotiques, d'une pullulation extrêmement facile comme tous les éléments de ce genre seraient susceptibles, dans de certaines conditions données, de se reproduire par une infection de voisinage à la manière du pus, qui a de si frappantes analogies avec le tubercule comme la suppuration chronique en a avec la tuberculisation? La clinique et la pathologie expérimentale pourraient se rencontrer sur ce terrain.

Qui voudrait passer sa vie au milieu d'une salle de nouvelles accouchées en temps d'épidémie de fièvre puerpérale, ou dans une salle de blessés et d'amputés lorsque l'infection purulente y sévit, et qui pourrait se flatter de n'y pas contracter un érysipèle ou une phlegmasie suppurative infectieuse à l'occasion d'une plaie insignifiante ou d'une piqûre d'épingle? Je ne vois rien là qui ressemble à ce que nous savons des maladies essentiellement spécifiques et virulentes. C'est une infection toute conditionnelle qui en diffère considérablement; qui peut se produire ou ne pas se produire; qui procède d'élément à élément, comme dans les organismes végétaux, dans les plantes. Il faudrait donc admettre plusieurs puissances dans les maladies transmissibles, depuis cette infection de voisinage qui serait au plus bas degré de l'échelle, jusqu'à la contagion proprement dite qui en occuperait le sommet? Pourquoi pas? J'ai développé des idées analogues il y a dix ans dans des études sur la fièvre puerpérale.

Voilà mon hypothèse, Messieurs, en supposant que les expériences que j'invoque encore et toujours continuent à démontrer l'inoculabilité spéciale de la tuberculose. Cette doctrine concilierait tout sans éclectisme; elle permettrait à M. Béhier de ne pas trop changer la phthisie de place; elle pourrait nous tenir un peu plus en garde contre sa contagiosité possible et relative; elle rendrait un juste hommage aux contre-expériences lumineuses du rapport de M. Colin, qui me paraissent, jusqu'à présent, dominer la discussion, et n'enlèverait rien à M. Villemin d'un honneur mérité.

Pour moi, je crois que, maintenant, la question a besoin de se reposer. Le terrain a été remué par notre discussion, et on a le droit d'espérer qu'il y poussera quelque chose; mais ce ne sera pas demain. On ne sème pas des arbres.

Je suis convaincu que, dans quelques années, on pourra la reprendre avec fruit, et que, aujourd'hui, à moins d'apporter des faits nouveaux et originaux, on ne saurait plus que la fatiguer stérilement et produire le scepticisme.

(M. Pidoux termine par une courte réponse à MM. Béhier et Hérard, relativement à la théorie des phthisies dérivées d'autres maladies constitutionnelles dégénérées.)

Ce discours est accueilli par les applaudissements unanimes de l'Assemblée.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 29 janvier 1868. — Présidence de M. Larrey (1).

M. le Secrétaire général lit l'éloge de M. Follin. (*Sera publié dans les Mémoires.*)

M. Tillaux lit le rapport suivant sur les travaux envoyés pour le prix Duval.

Rapport sur les thèses présentées au concours du prix Duval pour l'année 1868 par M. Tillaux.

Messieurs,

J'ai l'honneur, au nom d'une commission composée de MM. Marjolin, Blot, Tarnier, Labbé et Tillaux, de vous rendre compte des thèses qui ont été envoyées à la Société pour le concours du prix Duval.

Elles ont été soutenues à la Faculté de Paris et sont au nombre de sept :

1° M. Hurel. Considérations sur les fractures de la clavicule;
2° M. Frarier. Du Phlegmon des ligaments larges;
3° M. Gougenheim. Des Tumeurs anévrismales des artères du cerveau;
4° M. Marduel. De la Résection sous-capsulo-périostée de l'articulation du coude;
5° M. Dudon. De l'Uréthrotomie externe;
6° M. Causit. Des Polypes du larynx;
7° M. Anger. Des Tumeurs érectiles lymphatiques (adénolymphocèles).

M. Hurel a profité de son internat à l'asile de Vincennes pour étudier l'état des mouvements du membre supérieur à la suite des fractures de la clavicule.

C'est une thèse intéressante, mais dont les conclusions n'ont rien présenté à votre commission qui méritât d'être spécialement signalé.

J'en dirai autant de la thèse de M. Frarier : c'est un bon travail, mais qui ne possède pas les qualités que vous demandez ordinairement à une thèse pour la récompenser.

La thèse de M. Gougenheim, sur les tumeurs anévrismales des artères du cerveau, est fort intéressante. L'auteur a réuni et commenté soigneusement un grand nombre d'observations éparses dans la science; mais il a semblé à votre Commission que cette thèse, quoique très-bonne, étant presque exclusivement médicale, ne pouvait pas être récompensée par la Société de chirurgie.

Le travail de M. Marduel sur la résection sous-capsulo-périostée du coude est assurément bien fait. Votre Commission a remarqué surtout la clarté de l'exposition ainsi que la conviction profonde dont l'auteur est animé. Ce n'est pas ici le lieu de discuter la valeur et la méthode si préconisée par M. Marduel; je dirai seulement que votre Commission n'a pas complétement partagé l'enthousiasme de notre jeune confrère. Cette thèse n'a d'ailleurs fait que mettre plus encore en lumière les opinions professées souvent devant vous par notre distingué collègue M. Ollier, de Lyon, sans y rien ajouter. Aussi votre Commission n'a-t-elle pas cru devoir la récompenser.

Les trois thèses qui ont principalement attiré notre attention sont celles de MM. Dudon, Causit et Anger.

La thèse de M. Dudon sur l'urétrotomie externe est très consciencieusement faite. L'auteur s'est servi de tous les documents et surtout des observations publiées dans ces dernières années sur ce sujet. Il en a lui-même recueilli quinze dans les hôpitaux de Bordeaux et de Paris.

M. Dudon se montre très-partisan, et avec raison, de l'urétrotomie externe, toutes les fois que la dilatation d'abord et l'urétrotomie interne sont impuissantes ou impossibles. Les indications de cette grave opération ont été bien formulées par l'auteur. Le chapitre qui mérite le plus d'éloges est celui où M. Dudon rend compte des résultats consécutifs. Il faut le féliciter d'avoir recherché les malades et de nous avoir indiqué dans quel état il les a trouvés plusieurs années après l'opération. Pour ces différentes raisons, votre Commission a cru devoir récompenser la thèse de M. Dudon.

M. Causit a publié une très-bonne monographie sur les polypes du larynx. Recueillant un grand nombre de faits, publiés tant en France qu'à l'étranger, M. Causit a tracé une histoire complète de cette grave et intéressante maladie. C'est un travail qui restera dans la science et que chacun devra consulter toutes les fois qu'il aura affaire à une affection de ce genre. Votre Commission a pensé qu'une récompense était légitimement due à M. Causit.

M. Anger a eu la bonne fortune de rencontrer, pendant son internat dans le service de M. Nélaton, un malade atteint de tumeurs multiples sous-maxillaires et inguinales qu'il propose d'appeler tumeurs érectiles lymphatiques ou adénolymphocèles. Bien qu'Amussat eût rencontré un malade atteint de la même affection, c'est M. Nélaton qui, le premier, décrivit ce genre de tumeur, en traça la symptomatologie et en reconnut nettement la nature. Notre collègue, M. Trélat, en observa également un cas fort remarquable. Réunissant les quelques faits épars dans la science, en y ajoutant celui qui lui est propre, M. Anger s'est servi de ces matériaux pour présenter l'histoire aussi complète que possible de cette étrange maladie.

Votre Commission a surtout remarqué le chapitre relatif à l'anatomie pathologique, dans lequel M. Anger démontre que ces tumeurs sont le résultat des dilatations variqueuses des vaisseaux intra-ganglionnaires. L'auteur a fait plusieurs expériences sur les animaux dans le but de découvrir la cause de ces varices ganglionnaires : il a lié le canal thoracique sur plusieurs chiens sans atteindre le but qu'il cherchait.

Si M. Anger a éclairé cette question obscure par de nombreuses observations microscopiques, il n'a pas négligé pour cela le côté clinique. Les symptômes, le diagnostic différentiel sont judicieusement présentés. De belles planches terminent cette thèse et permettent de comprendre et de suivre plus aisément la pensée de l'auteur. Votre Commission n'a donc pu hésiter à accorder une récompense à M. Anger.

Examinant ensuite le mérite relatif de ces trois derniers candidats, MM. Dudon, Causit et Anger, nous avons pensé que, eu égard à l'originalité du sujet, au vif intérêt qui s'y attache, aux recherches propres à l'auteur, nous devions classer les candidats de la façon suivante :

En première ligne, M. Anger; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Causit et Dudon.

En conséquence, Messieurs, votre Commission vous propose de décerner le prix Duval à M. le docteur Théophile Anger, ancien interne des hôpitaux de Paris, et l'accessit *ex æquo* à M. le docteur Causit, ancien interne des hôpitaux de Paris, et M. le docteur Dudon, ancien interne de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux.

Messieurs, pour se conformer aux intentions du fondateur du prix Duval, la Commission a pensé qu'il était bon de mieux préciser les termes ou les conditions du programme.

J'ai l'honneur de rappeler que vous avez accepté les deux modifications suivantes :

1° Les thèses devront être remises à la Société avant le 15 septembre de chaque année.

2° Seront seuls admis au concours les internes définitifs *nommés au concours*.

(1) Fin. — Voir les numéros des 15 et 20 février 1868.

M. Legouest s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Un impérieux devoir de famille m'a empêché d'assister à la dernière séance. Je ne doute pas que vous n'excusiez mon absence et que vous n'acceptiez le témoignage de mes regrets.

J'aurais dû vous présenter, mercredi dernier, le compte rendu de l'état de la Société de chirurgie; n'ayant pu le faire, je vous prie de me permettre d'accomplir aujourd'hui cette tâche.

L'honneur en revenait à un autre, dont le nom est dans vos cœurs et sur vos lèvres, à Follin; Follin, qui n'a présidé qu'une seule fois à nos débats, que la science comptait parmi ses plus fervents adeptes, l'art parmi les praticiens les plus habiles, et dont la fin prématurée est encore une douleur pour chacun de nous.

Un ami, un émule de Follin vous a rappelé sa vie et ses travaux. Il m'appartient néanmoins de rendre hommage, une fois encore, à la mémoire de notre infortuné Président. Il devait ouvrir la funeste série des pertes que nous avons éprouvées pendant l'année qui vient de s'écouler. Quelques mois après lui, son maître succombait.

Tard venu parmi nous, comme membre honoraire, M. Velpeau, dont l'illustration sera célèbre, sans doute, dans une autre enceinte, nous offrait ici l'émouvant exemple du travail continué, sans fatigue, bien au delà de l'heure habituelle du repos.

Après le maître, un élève encore, Foucher, disparaissait subitement frappé du coup qu'il était seul à prévoir et qu'il attendait avec le courage dont il a fait preuve pendant toute sa carrière.

Enfin, il y a quelques jours à peine, nous avons perdu Laborie, dont l'affabilité laissera parmi nous de longs souvenirs.

Que de deuils, Messieurs! Et quels deuils, en moins d'un an! C'est à nos jeunes collègues de s'efforcer de nous les rendre moins sensibles; c'est sur eux que compte la Société de chirurgie pour combler de pareils vides. S'ils entendent cet appel, — et ils l'entendent, car ils sont l'élite de la jeunesse savante, — je n'aurai pu leur souhaiter une meilleure bienvenue. Qu'ils apportent à la Société, heureuse de leur avoir ouvert ses rangs, les fruits de leurs travaux : c'est ici que ces fruits mûriront à la chaleur de la discussion.

Où trouver ailleurs, en effet, plus que dans cette assemblée, des éléments mieux choisis pour les progrès de la science? Les uns près des autres, s'asseoient des hommes encore pleins de la verdeur juvénile, des praticiens dans toute la vigoureuse expansion du talent, des maîtres dont l'expérience a apporté dans les convictions l'apaisement et la solidité. Que ces éléments s'allient, comme ils l'ont toujours fait; qu'ils s'unissent dans un commun élan pour atteindre la vérité, et leurs efforts affermiront à jamais la juste renommée que la Société de chirurgie s'est acquise.

J'en parle sans immodestie, Messieurs, car tous les chirurgiens haut placés par leur mérite, en France et à l'étranger, briguent l'honneur de vous appartenir à titre d'associés ou de correspondants, et la plupart de vos membres honoraires assistent toujours à vos réunions avec un intérêt et une exactitude que de plus jeunes pourraient leur envier. Vos adjonctions ont été nombreuses dans le cours de l'année dernière. Vous avez nommé deux membres titulaires, trois membres honoraires, un associé étranger, six correspondants nationaux et cinq correspondants étrangers. L'année qui commence ne comptera pas moins d'adjonctions nouvelles se disputant de valeureux précédents.

En élargissant le cadre de vos correspondants nationaux, vous avez pris une mesure également utile à vos intérêts scientifiques et à vos intérêts financiers. Aussi, depuis deux ans, votre budget est-il non-seulement équilibré, mais encore présente-t-il un notable excédant de recettes. Il n'est que juste, toutefois, de rapporter une partie de cette prospérité de vos finances à la sage et fructueuse administration de votre Trésorier, qui vous soumettra ses comptes de gestion dans la prochaine séance, c'est-à-dire qu'il recueillera une fois de plus et vos remerciements et vos encouragements.

Des circonstances dont le bureau n'a pas été maître ont quelque peu entravé la publication de notre bulletin; elles seront, à l'avenir, conjurées par des mesures dont l'étude vous sera prochainement proposée. En revanche, la fin de l'année 1867 a vu paraître le quatrième fascicule du tome VI de vos mémoires; et l'année 1868 ne s'écoulera pas, je l'espère, sans que j'aie la satisfaction de vous annoncer l'achèvement du catalogue méthodique de votre bibliothèque.

Je termine, Messieurs, en vous remerciant, comme vice-président, de l'indulgence et des sympathies que vous m'avez témoignées, et en vous priant, comme président, de vouloir bien me les continuer.

CORRESPONDANCE.

A M. le Directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et cher confrère,

Malgré tout ce qu'a d'ennuyeux une réclamation pour une question de priorité, je ne puis laisser passer sans mot dire une *réclamation* de M. A. Voisin, que j'ai lue dans votre estimable journal (nº du 13 février 1868), relative à un travail de MM. Martin-Damourette et Pelvet, ayant trait à l'action physiologique du bromure de potassium sur la moelle....., etc.

L'auteur de la réclamation, M. A. Voisin, dit en parlant du travail de ces Messieurs, publié le 30 septembre et le 15 octobre 1867 (*Bulletin de Thérapeutique*) :

« Je disais (*Bulletin de Thérapeutique*, nº du 30 août 1866) que le bromure de potassium a une action élective sur la force excito-motrice de la moelle qu'elle atténue et affaiblit. » Plus loin : « Qu'il exerce une action calmante sur la force excito-motrice de la moelle et sur la sensibilité en général. »

Enfin M. A. Voisin cite un second mémoire de lui, lu le 25 mars 1867, à la Société médico-psychologique, intitulé : « *De l'Influence du bromure de potassium sur la force excito-motrice de la moelle chez les épileptiques et du moyen de reconnaître l'état de cette force.* » Et il conclut à la priorité de la *découverte*.

Or, dans un article ayant pour titre : *De l'emploi du bromure de potassium dans l'épilepsie*, et dans un cas de méningite tuberculeuse (*Gazette des Hôpitaux*, nºs du 23 et du 28 mars 1865), après avoir rappelé que dans l'épilepsie et les convulsions en général, avec ou sans lésions du centre nerveux, il est un élément constant et insaisissable. J'ajoutais :

« D'après la recherche des physiologistes modernes, cet élément consiste en une modification spéciale du bulbe rachidien, avec exaltation de son pouvoir excito-moteur ou convulsibilité..... Dès lors, l'action du bromure, dans l'un ou l'autre cas, tout en restant inconnue, s'explique par une action pour ainsi dire élective sur cette exaltation du pouvoir excito-moteur du bulbe rachidien. »

Tels sont les faits, Monsieur et cher confrère; je leur laisse toute leur éloquence.

Paris, 14 février 1868.

Dr Jules Besnier.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 23. — MARDI 25 FÉVRIER 1868. 41e ANNÉE. MARDI 25 FÉVRIER 1868. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. U. TRÉLAT.

Cas de rage.

(Observation recueillie par M. E. LÉGÉE, interne des hôpitaux.)

Dimanche, 9 février 1868, à neuf heures du soir, est amené à l'hôpital Saint-Louis un homme de 28 ans, menuisier, garrotté des pieds à la tête et en proie à un délire furieux.

Aux interrogations qui lui sont faites sur ce qu'il ressent, ce malade ne répond que par des paroles sans suite et des phrases incohérentes.

X... n'a pas conscience de son état : il ne reconnaît même pas les personnes qui l'entourent, parmi lesquelles se trouve son père. La face est rouge, injectée et couverte de sueur; de plus, la barbe est souillée par une salive spumeuse, visqueuse, qu'il rejette sans cesse, après des efforts d'expuition considérables.

Les renseignements recueillis auprès de la famille même du malade nous ont appris les faits suivants :

X... a été mordu, le 2 janvier 1868, par un chien avec lequel il jouait chez son beau-frère. La morsure avait fait deux petites plaies, l'une à l'aile droite du nez, l'autre à la lèvre supérieure du même côté. Ces plaies n'ont pas été cautérisées et n'ont laissé aucune cicatrice visible. Un examen minutieux du visage ne nous a pas permis d'en découvrir la moindre trace.

Désireux d'avoir des faits positifs et complets au sujet du chien malade, nous sommes allés nous-mêmes trouver M. Bourel, vétérinaire, chez lequel il avait été séquestré et ensuite abattu; et c'est à son obligeance que nous devons les détails suivants :

Quelques jours avant l'accident du 2 janvier, l'animal aurait été mordu par un chien dont la rage a été confirmée. De plus, il aurait quitté le logis de son maître pendant quarante-huit heures, et aurait mordu plusieurs chiens ainsi que plusieurs personnes, entr'autres deux des gens de M. Bourel. Pour ce dernier, donc, il n'était point douteux que le chien en question fût enragé.

Pendant un mois, X... n'a jamais cessé d'aller à son travail journalier et n'a éprouvé, pendant ce laps de temps, rien qui pût donner l'éveil sur la terrible maladie qui devait le frapper.

Mais le lundi 3 février, il se sent indisposé, se plaint de céphalalgie, ainsi que de douleurs assez vives dans le côté de la face où il avait été mordu. Le lendemain, il est pris d'un frisson intense et a une indigestion. En même temps, on observe un changement dans son caractère; il devient triste, sombre. Il dit à sa femme : « Je suis frappé mortellement, je dois mourir. »

Dans la journée du mercredi, on constate chez X... des éternuements fréquents, qui durent toute la nuit et le privent de tout sommeil. La perte de l'appétit est complète. Il ne se plaint nullement de la soif.

Le jeudi 6, accablement et prostration considérables; ce jour-là, X..., qui avait continué de vaquer à ses occupations, quitte son travail. Il est inquiet et en proie à une grande anxiété.

Le lendemain, dans l'après-midi, notre homme est pris de convulsions, et, pour la première fois, l'on constate l'horreur des liquides : chaque fois qu'on approche de ses lèvres un verre d'eau, son corps, sa face sont agités d'un violent tremblement. Cependant la vue des objets brillants ne lui est pas pénible. Mais la dysphagie est intense; X... se plaint de chaleur et de constriction à la gorge. «Il serait heureux, sauvé, s'il pouvait boire. »

Au début de ces accès qui apparaissent subitement, il se lève précipitamment, court à la fenêtre et demande de l'air. Puis l'agitation est à son comble; le regard est fixe, le visage pâle, la physionomie effrayante. X... n'a plus conscience de son état; il frappe son enfant, sa femme, brise tout ce qu'il trouve sous sa main, s'arme d'un couteau.

Quelques instants après, le calme reparaît et avec lui l'intelligence. Il se rappelle alors ce qui vient d'avoir lieu, exprime des regrets sur le mal qu'il a pu faire, et revient à des sentiments affectueux.

Dans la journée du dimanche, 9 février, les accès sont d'une violence extrême. On est obligé de lui mettre la camisole de force, et c'est dans cet état qu'on nous l'amène à l'hôpital.

Jusque là, X... n'avait été soumis à aucun traitement actif. Un vomitif au début, quelques inhalations d'éther pendant les accès, des sinapismes aux membres inférieurs, telle fut la médication employée.

A son arrivée à Saint-Louis, le malade est en proie à un délire loquace; les yeux sont hagards, les pupilles sont dilatées. L'hydrophobie est très-marquée, ainsi que le crachottement; il n'y a pas d'hyperesthésie de la vue, mais on constate une hyperesthésie cutanée très-prononcée.

Un simple pincement de la peau amène des contractions des muscles du visage, qui traduit la souffrance. Il a des hallucinations de la vue et de l'ouïe. On n'observe aucune érection, aucune éjaculation. Mixtion involontaire (lavement avec musc, 2 gr., bains de vapeur).

11 heures du soir. — X... est toujours dans le même état; il n'a cessé de délirer depuis son arrivée. De temps en temps, il rejette par la bouche un liquide peu abondant, de couleur noirâtre.

Persuadés qu'il était de notre devoir de tout essayer devant la gravité de la maladie, nous nous sommes décidés à employer le chloroforme en inhalations. Nous en avons fait trois, de dix en dix minutes chacune, et, comme nous nous y attendions du reste, nous n'avons eu aucun succès.

Il suffisait d'appliquer quelques secondes seulement la compresse imbibée de chloroforme, pour supprimer toute loquacité et amener un calme momentané. Mais bientôt l'agitation reparaissait.

X... a succombé dans la nuit, à onze heures et demie du soir, au moment où nous nous disposions à lui pratiquer une injection sous-cutanée d'un sel de morphine.

Examen nécroscopique. — L'autopsie a été faite plus de soixante heures après la mort, avec l'aide de mon collègue et ami M. Charpentier.

La rigidité cadavérique est très-prononcée. On ne découvre sur la face aucune trace de cicatrice.

Poumons. — Les poumons sont sains et crépitants à leur partie antérieure; en arrière, ils sont fortement congestionnés et offrent une coloration d'un rouge noirâtre très-marquée. Si on les incise, il s'en échappe une grande quantité de sang. Il n'y a pas de noyaux apoplectiques.

Les sommets ont contracté de légères adhérences avec la plèvre voisine. Ils sont parsemés de tubercules ramollis, peu abondants, et d'excavations de même nature rares et petites.

Trachée et bronches. — La trachée et les bronches paraissent saines. La muqueuse n'y est pas très-hyperémiée. On ne trouve dans leur cavité ni mucosités, ni écume bronchique. — Emphysème sous-pleural peu considérable.

Vaisseaux et cœur. — Les veines caves, l'azygos, toutes les veines enfin sont gonflées et gorgées d'un sang noir, fluide, un peu poisseux. Étalé sur une large surface, sa couleur rappelle celle de la gelée de groseille foncée. Il a de l'analogie avec le sang des cholériques.

Il n'y a pas de cavité du péricarde. Les deux feuillets de la séreuse sont fusionnés entre eux à l'aide d'adhérences celluleuses organisées.

Le cœur droit ne renferme ni sang liquide, ni caillots. Dans le ventricule gauche, au contraire, se voit un sang rouge noirâtre spumeux et liquide.

Foie. — Le foie est très-congestionné; sa couleur est d'un brun noirâtre. Des incisions pratiquées sur cet organe donnent issue à une grande quantité d'un sang noir.

La vésicule biliaire est fortement distendue par un liquide d'un vert presque noir.

Reins, rate. — Ces organes sont très-hyperémiés. Il n'y a pas d'épanchements sanguins dans l'épaisseur de leur tissu.

Centres nerveux. — Les méninges sont très-injectées, leurs vaisseaux et les sinus sont gorgés de sang. Mais ce sont là les seules lésions qu'on y observe; elles se détachent facilement de la substance cérébrale : celle-ci est ferme et résistante au doigt.

Les centres nerveux sont aussi très-hyperémiés et offrent à la coupe un piqueté assez serré. Il n'y a pas de sérosité dans les ventricules. Les plexus choroïdes, gorgés de sang, sont noirâtres.

Tube digestif. — Il n'y a pas traces de lysses sous la langue. L'estomac et l'intestin contiennent un liquide d'un vert porracé assez abondant.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Elle nous montre combien, dans certains cas, le diagnostic de la rage doit être entouré de difficultés. Pour nous, qui avons été à Bicêtre dans un service d'aliénés en qualité d'interne provisoire, et qui avons été à même de voir un grand nombre de malades atteints de manie aiguë, nous pensons qu'en l'absence de commémoratifs, il est presque impossible de se prononcer sur la nature de la maladie.

L'hydrophobie même, qui constitue un des meilleurs symptômes de la rage, s'observe chez quelques maniaques et perd par conséquent une partie de sa valeur. Il en est de même du ptyalisme qui se rencontre assez fréquemment. A part les érections et les éjaculations qui font défaut dans notre observation, le cas que nous relatons est à peu de chose près semblable à ceux qui sont cités dans les auteurs. Cependant, nous devons signaler à l'attention un symptôme que nous n'avons vu indiqué nulle part dans les ouvrages que nous avons eu l'occasion de parcourir, nous voulons parler des éternuements répétés qui sont survenus au début de la maladie, et dont rien ne nous a donné une explication satisfaisante.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. GUERSANT.

Observation d'une masse polypeuse développée dans la vessie d'une petite fille de 22 mois. — Enlèvement de cette tumeur. — Mort sept jours après l'opération.

Notre honorable confrère M. le docteur Perrochaud, ancien interne des hôpitaux de Paris, exerçant aujourd'hui à Boulogne-sur-Mer, nous a adressé en décembre 1867 une petite fille de 22 mois, chez laquelle il avait diagnostiqué une tumeur charnue développée dans la vessie. Cette enfant, ayant l'extérieur d'une bonne santé, ne fut pas présentée à notre confrère dans les premiers mois de sa vie, cependant sa mère remarquait qu'elle faisait souvent des efforts pour uriner et qu'elle restait longtemps sur le vase; comme elle ne souffrait pas, on y fit d'abord peu attention. Elle eut une diarrhée qui augmentait les efforts; on diminua cette diarrhée par le sous-nitrate de bismuth. Plus tard, vers les premiers jours de novembre, la diarrhée n'augmentait pas, mais on remarqua qu'elle avait de fréquentes envies d'uriner et que la sortie des urines était douloureuse; l'examen des parties génitales externes ne présentant rien d'anormal, M. Perrochaud ne mit pas d'abord en question de sonder l'enfant de suite, d'autant plus qu'il y avait quelquefois des améliorations qui firent différer le cathétérisme.

Enfin, ce ne fut que peu de jours avant le départ pour Paris que notre confrère se décida, vers le milieu de décembre, à sonder l'enfant. D'abord il fit l'examen seul, puis avec un de ses confrères, M. le docteur Duhamel; ils ont constaté l'un et l'autre qu'en introduisant une sonde d'argent l'instrument donnait la sensation d'un corps dur et résistant, mais que cette sensation n'était pas franche et pouvait bien être attribuée à la présence d'une production charnue; ils virent tous deux apparaître au méat urinaire une petite tumeur rougeâtre de la grosseur d'une aveline.

Depuis, le docteur Perrochaud a constaté plusieurs fois que cette tumeur apparaissait lorsque l'enfant faisait des efforts pour uriner, qu'elle rentrait quand les efforts cessaient. La tumeur touchée avec le bout de la sonde donnait à notre confrère une sensation analogue à celle qu'il avait éprouvée dans la vessie; en examinant le bas-fond de la cavité à l'aide du doigt dans le rectum, ce bas-fond lui a paru plus épais que dans l'état normal; alors il n'hésita pas à diagnostiquer une tumeur charnue de la vessie, et reconnaissant dans ce cas rare de l'analogie avec une pièce présentée il y a quelques années à la Société de chirurgie, cette petite fille nous fut adressée.

A son arrivée, le 19 décembre 1867, elle était dans l'état suivant :

L'enfant, surtout depuis les cathétérismes pratiqués dans les jours précédents, faisait à chaque instant des efforts pour uriner, comme les calculeux. Nous la sondâmes et nous reconnûmes, à l'aide d'une sonde d'argent, l'absence de calcul; mais au côté droit du col de la vessie, en voulant faire tourner la sonde, elle fut arrêtée; la vessie était large, et en retirant la sonde il sortit, après cet examen, de l'urine sanguinolente. Nous ne constatâmes pas, à l'aide du doigt dans le rectum, l'épaisseur du bas-fond de la vessie observée par M. Perrochaud; enfin, nous vîmes, la sonde étant retirée, que l'enfant, en faisant des efforts, chassait au méat urinaire une tumeur charnue.

Nous conseillâmes des bains dans une infusion de fleurs de tilleul et des onctions sur le bas-ventre avec une pommade belladonée, des boissons adoucissantes, du lait, du bouillon et même du vin.

Le 20 décembre, mêmes efforts fréquents et douloureux, les urines étaient légèrement sanguinolentes et coulaient involontairement. Reconnaissant toute la gravité de ce cas et la nécessité d'intervenir chirurgicalement, nous voulûmes avoir l'avis d'un confrère.

Le lendemain, 21 décembre, nous voyons la malade avec M. Demarquay et nous constatons ensemble les efforts fréquents faits par l'enfant et la saillie d'un corps charnu à l'ouverture de l'urèthre à chaque effort; ce n'était pas un petit bourrelet de la muqueuse avec un orifice au centre, c'était une petite tumeur ferme, arrondie, rosée; donc il n'y avait pas chute de l'urèthre. L'enfant étant très-souffrante, très-fatiguée depuis les cathétérismes, nous ajournâmes pour une nouvelle exploration avec la sonde d'argent. On continua les bains, les onctions sur le bas-ventre et de plus l'introduction de suppositoires belladonés dans le rectum, répétée trois fois dans les deux heures (un centigramme d'extrait de belladone par suppositoire).

Le 22 et le 23 décembre, l'état est le même; l'enfant a de la fièvre, de l'agitation; les efforts d'expulsion sont plus violents et plus fréquents; la mère, qui ne quitte pas son enfant, la compare aux efforts de l'accouchement, rapprochés de cinq en cinq minutes. La saillie du corps charnu augmente, il paraît comme sphacélé à sa surface : il est évidemment poussé et de plus étranglé. Ajoutons que l'enfant refuse le bouillon, le lait, le vin de quinquina, etc. Nous faisons faire des lotions vineuses, nous saupoudrons de quinquina la partie malade.

Le 23 au soir, nous examinons avec M. Demarquay la vulve; il s'en échappe une odeur fétide, malgré les lotions vineuses et les applications de poudre de quinquina; nous introduisons une sonde dans la vessie qui était distendue; elle donne issue à une urine trouble et fétide. Nous circonscrivons la tumeur à l'aide de l'extrémité de la sonde; nous constatons qu'elle est adhérente dans un point du col de la vessie; alors il fallait faire cesser les douleurs vives; il fallait enlever ce corps qui mettait obstacle à l'issue de l'urine, et nous décidâmes que le lendemain nous enlèverions cette tumeur.

Nous ne nous abusions pas sur les difficultés et les accidents qui

pouvaient survenir pendant et après cette opération; nous songions même à la récidive, et nous ne cachâmes pas nos craintes au père de l'enfant. Il comprit qu'il fallait agir pour faire cesser les atroces douleurs qui épuisaient la petite malade. (*Melius anceps quam nullum.*) Nous prescrivons pour la nuit d'abord un nouveau bain, puis la pommade sur le ventre et de plus plusieurs cuillerées à café de sirop de codéine, quatre dans la nuit.

Le lendemain, mardi, 24 décembre 1867, l'enfant, qui s'était plaint toute la nuit, fut sondée de nouveau; seulement, pour vider la vessie qui était un peu distendue, elle parut soulagée.

Nous procédâmes à l'opération à onze heures du matin. Alors, soit faiblesse, soit assoupissement produit par le sirop de codéine, la petite malade se plaignait moins, le pouls donnait 150 pulsations par minute; le ventre n'était pas ballonné; la région hypogastrique n'était pas sensible à la pression. Aidé de M. Demarquay et de deux internes, M. Barlemont et M. Blache fils, l'enfant fut placée sur une table, comme pour la taille, et maintenue les cuisses écartées.

Nous avions sous la main un serre-nœud de Graaf garni d'un fil de fer, un écraseur de M. Chassaignac, des pinces de Museux, des fils doubles de soie et des ciseaux. L'enfant fut très-promptement rendue insensible après lui avoir fait respirer un mélange à parties égales de chloroforme et d'éther. Étant solidement maintenue, nous appliquâmes d'abord sur la tumeur une forte ligature de soie; nous l'engageâmes dans une anse de fil de fer disposée sur le serre-nœud, et M. Demarquay ayant saisi la tumeur avec des pinces de Museux, l'attira légèrement à lui; nous conduisîmes l'anse métallique le plus près possible de l'insertion, après avoir débridé le méat urinaire d'un coup de ciseaux. L'anse métallique fut graduellement et très-lentement rétrécie à l'aide du serre-nœud qui effectuait ainsi la section; elle n'était pas terminée que le fil de fer se rompit; nous prîmes l'écraseur de M. Chassaignac, avec lequel l'opération fut terminée.

Il se fit peu d'écoulement de sang; l'enfant revint à elle; nous lui donnâmes quelques petites cuillerées de vin qu'elle vomit peu après; cependant elle se remit. Une demi-heure après l'opération, nous vîmes entre les grandes lèvres une masse charnue qui était sortie par l'urèthre; elle fut expulsée; c'était le reste de la tumeur; cette partie représentait pour la forme une espèce de fucus à divisions multiples fongueuses, qu'on aurait coupée à sa racine. C'était la partie extirpée. La partie enlevée et la partie expulsée après l'opération pesaient ensemble *quinze grammes*; examinées par M. le docteur Cornil, elles donnèrent le résultat suivant : le tissu était d'apparence polypeuse et de nature fibreuse, fort riche en vaisseaux; la portion antérieure engagée dans le canal était gangrenée par suite de la compression du col de la vessie; elle présentait une couleur feuille morte et paraissait desséchée; en effet, quoique la couche superficielle fût seule mortifiée, la coupe ne présentait pas de sang dans cette partie; dans le reste de la portion enlevée jusqu'au pédicule qui avait été coupé obliquement, on retrouvait l'apparence congestionnée et tremblottante des polypes. A l'examen microscopique, fait trois heures après l'excision, on remarquait un réseau vasculaire serré à capillaires dilatés et pleins de sang; le tissu fondamental était composé par des éléments conjonctifs et une quantité considérable de cellules et de noyaux embryoplastiques, les uns ronds, les autres ovoïdes, tous de formation récente, indiquant un tissu jeune, d'une évolution et d'un accroissement rapides; traités par l'acide acétique, les fibrilles de ce tissu conjonctif disparaissent et ne laissent plus que des noyaux embryoplastiques de formes diverses et sans nucléoles.

Nous vîmes l'enfant environ trois heures après l'opération. On lui avait donné un peu de bouillon froid qui avait passé; elle n'avait pas perdu de sang; le reste de la tumeur était expulsé sans grande douleur. On lui continua pour boisson du bouillon.

La nuit qui suivit, l'enfant fut plus calme, mais elle était faible et abattue; elle ne faisait plus d'efforts d'expulsion, mais elle s'agitait de loin en loin quand l'urine passait; elle mouilla beaucoup ses couches; l'urine était à peine teinte de sang; l'enfant a évacué.

Le 25 décembre, lendemain de l'opération, le pouls, qui était faible et fréquent, s'est un peu relevé (bains entiers dans une infusion de fleurs de tilleul, lotions à la vulve, bouillon, vin de quinquina; l'enfant en prend fort peu).

Le 26 décembre, continuation des plaintes quand l'enfant urine, mais pas d'efforts d'expulsion; cependant nouvelle sortie d'une petite portion charnue grosse comme un pois; gonflement et rougeur des grandes lèvres (bains, lotions).

Le 27 décembre, moins de douleurs, un peu de sommeil; mais refus de prendre du bouillon, du vin. Le froid étant très-vif, nous cessons les grands bains pour les remplacer par des bains de siége et de fréquentes irrigations vineuses entre les grandes lèvres; en les écartant, nous faisons tenir entre elles des bourdonnets de charpie pour absorber les liquides qui s'écoulent; on les renouvelle très-souvent.

Le 28 décembre, la fièvre continue, 130 pulsations et plus, pouls faible, refus de boire, muguet en dedans des joues. Quelques efforts d'expulsion; issue de lambeaux sphacélés par l'urèthre. Collutoire au borax, irrigations et lotions à la vulve avec vin aromatique.

Le 29 décembre, pas de changement; il y a des selles liquides.

Le 30 décembre, l'état est stationnaire; l'enfant s'affaiblit de plus en plus; elle a un peu de diarrhée; elle refuse tout, vin ordinaire, vin de quinquina, bouillon, lait de poule; elle accepte à peine un peu de décoction blanche.

Le 31 décembre, elle a été peu agitée la nuit; elle a pris de la décoction blanche. Elle s'éteint à sept heures du matin, sept jours révolus après l'opération. — L'autopsie n'a pu être faite.

DE L'ÉTIOLOGIE DE LA DIATHÈSE TUBERCULEUSE,

Par M. le Dr SEILER, de Genève.

Les causes occasionnelles, telles que le froid, la misère, les excès, la réclusion, ne produisent la phthisie que chez les personnes d'une prédisposition particulière comprise sous le nom de diathèse tuberculeuse. Fréquemment transmise dans les familles par voie d'hérédité, des parents aux enfants, ou des grands parents aux petits enfants, cette diathèse est peut-être plus souvent encore acquise. Les causes qui la font naître ne sont pas aussi connues qu'il serait à désirer, et c'est sur ce sujet que nous désirons exprimer notre opinion.

Comme le peintre qui se place à une certaine distance pour mieux juger de l'effet de son œuvre commencée, nous chercherons aussi à trouver un point de vue général, ne laissant voir qu'à grands traits les conditions générales de développement et la marche de la phthisie.

Alors nous voyons le phénomène frappant que malgré les énormes progrès de la civilisation moderne, malgré l'accroissement du bien-être général, malgré une alimentation populaire plus abondante, les phthisies ne diminuent pas comme on devait s'y attendre. Comparant différents peuples entre eux, nous ne voyons pas non plus que ceux qui ont fait le plus de progrès soient moins éprouvés que ceux qui restent plus ou moins en arrière. Les habitants des campagnes, dont leurs demeures placées immédiatement sur le sol et par conséquent plus ou moins humides, dans lesquelles la propreté fait quelquefois défaut, ne fournissent pas un contingent de phthisiques plus nombreux que les citadins. La tuberculisation se présente avec une fréquence presque égale dans toutes les classes de la société et parmi toutes les races. Les peuples latins, germains, slaves, sont également éprouvés; ils ne résistent pas mieux les uns que les autres aux influences qui développent la diathèse tuberculeuse.

Il en est à peu près de même des différents climats, et quoique nous ne connaissions pas, sur la fréquence des affections tuberculeuses, des travaux statistiques assez précis pour qu'il soit utile de citer des chiffres, nous croyons ne pas trop nous hasarder en admettant que dans les climats tempérés du Midi et dans les climats rudes des régions septentrionales de l'Europe, il n'y ait pas une bien grande différence quant au nombre des tuberculeux. Nous pensons qu'il en existe autant sur les Alpes et le Jura qu'au bord de la mer, de façon que la pression atmosphérique semble avoir aussi peu d'influence que le froid et le chaud. Nous pouvons en conclure que la diathèse tuberculeuse se produit et s'acquiert dans les climats les plus divers.

Il y a, comme on sait, des contrées privilégiées où la phthisie est très-rare ou presque entièrement inconnue; des espèces d'oasis où non-seulement les habitants sont à l'abri de toute atteinte de ce genre, mais où les cas importés, s'ils ne sont pas trop avancés, s'améliorent considérablement, sans traitement médical et sans régime particulier. Les principales de ces oasis sont : la haute Engadine dans les Grisons, l'île d'Islande, la Kirghisie et l'Egypte. Nous chercherons maintenant à trouver, par la comparaison de ces différents peuples entre eux et avec ceux qui favorisent le développement de la phthisie, les éléments de la cause principale de la diathèse tuberculeuse. Depuis la publication de la géographie médicale de M. Boudin, on a cru que la phthisie pulmonaire était d'autant plus rare que le sol est plus élevé.

En Suisse, la tuberculisation est loin d'être rare dans les montagnes; il n'est pas même bien certain qu'elle diminue progressivement avec l'altitude; mais ce qui est certain, c'est que tout à coup, et presque sans force intermédiaire, elle cesse. Quelques mètres de plus ou de moins d'élévation constituent la différence. Cette ligne de démarcation coïncide avec la limite de la culture de presque toutes les plantes potagères et des céréales. Dans la haute Engadine, non-seulement l'hiver est long et sévère, les nuits sont aussi très-froides, même en été; il gèle souvent en juin et juillet, de façon que toute culture est à peu près impossible. La ressource principale du pays est dans les troupeaux qui passent l'été sur les hauts pâturages. Les prairies plus basses fournissent les fourrages pour l'hiver. Chaque prairie a son chalet avec une étable et un fenil; le troupeau mange les fourrages sur place; on le conduit à cet effet d'un chalet à l'autre. Il n'y a point de litière, et le peu du fumier qui reste est étendu sur les prés où, avec les beaux jours du printemps et un peu à cause du peu de densité de l'atmosphère, il se dessèche rapidement. Dans les vallées plus basses et dans toute la région montagneuse où le climat permet la culture des céréales, des pommes de terre et autres plantes potagères, les troupeaux restent tout l'hiver dans la même étable, le plus près possible de l'habitation. La paille des céréales, des fougères ramassées dans les bois et des feuilles sèches leur servent de litière et donnent une grande quantité de fumier pour la culture des champs. C'est en se décomposant qu'il fertilise le sol.

Les nombreuses recherches entreprises ces dernières années, en Allemagne surtout, dans le but de préciser les foyers de production et le développement du miasme cholérique, ont démontré le grand rôle que joue dans l'étiologie en général l'affinité chimique, par la décomposition de substances organiques dans le sol et dont les produits gazeux corrompent l'atmosphère. Cette impureté de l'atmosphère provenant principalement des immenses quantités d'engrais de toute espèce qui se décomposent en Europe sur une si grande étendue, est, à notre avis, une des causes de la diathèse tubrculeuse.

Les villes, même les forêts et les lacs, n'occupent qu'une surface très-restreinte comparativement à celle qui est cultivée, et l'on peut dire que le citadin respire à peu près le même air que le campagnard, lors même qu'il ne vit pas au milieu des champs.

Il est vrai qu'à mesure que l'on s'élève l'atmosphère devient plus pure, et la fréquence de la phthisie dans les vallées d'une hauteur moyenne semble contredire notre manière de voir. Mais lorsque l'on songe au nombre de maladies inflammatoires qui augmente avec l'altitude, on comprend que les causes occasionnelles, les catarrhes, les bronchites, les pneumonies, étant plus nombreuses, il puisse y avoir autant de phthisiques que dans les régions plus basses. Nous avons, du reste, déjà dit que selon nous l'impureté de l'atmosphère n'est pas la seule, peut-être pas même la principale cause de la diathèse tuberculeuse.

Une seconde de ces causes se trouve, croyons-nous, dans le genre d'alimentation qui prévaut maintenant en Europe. Chacun sait que certains clos de vigne, en Bourgogne surtout, ne reçoivent jamais d'engrais; que leur fertilité est uniquement entretenue par le délitement du sol. Le produit de ces vignes est d'une qualité exquise, mais il est très-peu abondant. Une fumure régulière en augmenterait probablement le rendement, mais au détriment de la saveur et du bouquet du vin. Il est du reste assez connu que les vins vendangés dans les vignes qui ont reçu beaucoup d'engrais sont, non-seulement moins agréables au goût, mais aussi moins bienfaisants et plus difficiles à digérer. Il est, pensons-nous, bien permis de conclure : que la fermentation vineuse ne détruisant pas suffisamment les éléments plus ou moins malsains que la vigne absorbe d'un sol fumé, les plantes potagères, qui ne subissent aucune fermentation, les feuilles et les racines surtout, doivent en contenir plus encore.

Dans le voisinage des villes surtout, où les horticulteurs emploient, fréquemment et presque tout le temps de leur développement, des engrais liquides, les légumes que l'on achète sur les marchés ne peuvent pas être favorables à la santé, et nous pensons que le grand nombre de phthisiques dans les grandes cités est plutôt dû à ce genre d'alimentation qu'au manque de bon air. Depuis l'invasion de la maladie de la pomme de terre, ce tubercule a beaucoup perdu de ses bonnes qualités. Les espèces farineuses et fines ont succombé à l'épidémie. On ne cultive maintenant plus guère qu'une espèce grossière, à écorce blanche, caséeuse à l'intérieur et dure, mais d'un grand rapport surtout dans les terres fortement fumées. Ce tubercule, déjà si peu nutritif lorsqu'il est de bonne qualité, se développant au milieu de la pourriture et conservé ensuite jusqu'à l'approche de la nouvelle moisson dans des caves humides, pleines de moisissure; tubercule qui entre cependant pour une si grande part dans l'alimentation populaire, ne peut pas être une bonne nourriture, et la plupart des plantes potagères que l'on arrose avec des eaux grasses ne valent guère mieux.

On nous objectera peut-être que la coction détruit tous ces éléments malsains que nous supposons être renfermés dans les pommes de terre et autres légumes; mais nous ne saurions être de cet avis. L'on sait trop bien par l'expérience journalière qu'une viande qui commence à se gâter, un gibier faisandé ne perd rien de son haut goût par la préparation culinaire que l'on peut tenter pour le dissimuler. Quelle différence de goût ne trouve-t-on pas, du reste, entre les pommes de terre conservées de l'année précédente et celles que l'on vient de récolter! Le goût des premières provient principalement de ce que l'atmosphère de la cave les pénètre, les modifie, mais que la coction ne les corrige pas. Il en est de même de presque tous les légumes, et nous les croyons tous d'autant moins favorables à notre organisme qu'ils ont plus absorbé et communiqué à leur sève d'éléments fournis par la décomposition des engrais.

La graine des céréales, le maïs, les lentilles, s'en ressentent certainement moins, et à ce point de vue déjà, nous les croyons plus sains que les légumes.

Mais il paraît que de plus en plus on les délaisse; autrement les rapports entre les prix des différentes denrées, si considérablement modifiés depuis environ cinquante ans, surtout si on les compare avec l'augmentation de la population d'une part et l'augmentation des salaires de l'autre, seraient inexplicables. Tandis que le prix des céréales n'a pas augmenté depuis 1818 de plus de 15 à 20 pour 100 en moyenne, le prix de la viande a triplé, celui de la plupart des légumes a doublé de même que le salaire. Avec la paye d'une journée, l'ouvrier peut aujourd'hui acheter une quantité double de pain qu'il y a cinquante ans. L'importation dans les années de bonnes et de moyennes récoltes n'est pas assez considérable en Europe pour expliquer ces modifications dans les prix.

Le genre d'alimentation actuel, un peu de viande et beaucoup de légumes avec pommes de terre, contribue, nous en sommes convaincus, à la fréquence de la tuberculisation, car ces végétaux donnent à l'organisme un sang moins riche, moins fibrineux que la nourriture d'autrefois.

La fertilisation des terres par les engrais exerce également une grande influence sur la nature des sources, et c'est, croyons-nous, une troisième cause de la diathèse tuberculeuse. Alimentées par les eaux pluviales qui s'infiltrent dans le sol et entraînent avec elles une partie des substances organiques en décomposition, elles ne sont que très-rarement pures. Les meilleures sont encore celles qui sortent d'une forêt de pins ou de sapins et qui ont filtré à travers une couche épaisse de gravier et de sable fin. Il est, du reste, assez connu combien les eaux potables de la plupart des villes en Europe laissent à désirer et quels efforts l'on fait partout pour s'en procurer de la meilleure. Qu'il nous soit permis de citer un exemple qui démontre combien une mauvaise eau peut influer sur le développement des affections tuberculeuses :

M. P., né à Bordeaux, arriva à Genève avec une hémoptisie qui se répétait quelquefois depuis environ deux ans. Questionné sur le début de sa maladie, M. P. raconta qu'il avait été établi en qualité de pharmacien dans la petite ville de Cordova au Paraguay, Amérique du Sud, et y avait vécu très-confortablement avec sa famille jusqu'au moment de la première appa-

rition de son hémoptisie. Il n'hésita pas à s'embarquer pour l'Europe afin d'y chercher le secours de l'art. — Content de profiter de cette occasion pour recueillir quelques informations sur la nature de cette contrée, les mœurs et le genre de vie de ses habitants, nous étions surtout curieux de savoir si dans ce pays de pâturage il se trouvait au moins une des conditions que nous venons de mentionner comme favorisant spécialement la tuberculisation. Il ne peut évidemment pas être question d'engrais se décomposant dans le sol et rendant l'air impur dans une telle contrée; la culture des plantes potagères y est tellement négligée que l'on importe du Mexique le peu de pommes de terre qu'on mange. Le genre d'alimentation y est tel que l'on ne peut lui faire le moindre reproche, des volailles, de la viande de boucherie, du riz, du maïs et très-peu de pommes de terre, voilà de quoi se compose le menu journalier. Il n'y a certainement là rien qui puisse, d'après la manière de voir que nous venons d'exprimer, produire une diathèse tuberculeuse. Questionné sur l'eau, M. P. nous raconta qu'on en faisait venir d'excellente de Buenos-Ayres, dans des tonneaux très-propres, mais pour la table seulement. Pour la cuisine, on se sert de celle des puits que l'on trouve partout dans le pays à une petite profondeur, mais elle est saumâtre et salée. Comme le vin y est rare et cher, l'on boit beaucoup de thé, M. P. l'aimait beaucoup, et comme, à ce qu'il nous affirme, il n'y a jamais eu de phthisiques dans sa famille, nous ne pouvions attribuer son cas qu'à l'eau saumâtre.

Nous croyons donc que l'impureté de l'atmosphère chargée des émanations de la décomposition de substances putrescibles que l'agriculteur enfouit en si grande quantité dans ses champs; l'alimentation toujours croissante avec des plantes potagères imprégnées par leur séve des mêmes principes et l'impureté si générale des eaux potables sont les principales causes de la diathèse tuberculeuse.

Il nous reste maintenant à démontrer qu'en Égypte, malgré son climat si différent de celui de l'Engadine, nous trouvons les mêmes conditions hygiéniques, c'est-à-dire absence complète de matières putrescibles dans l'atmosphère, dans les aliments et dans l'eau.

L'Égypte est fertilisée toutes les années par les inondations du Nil qui dépose sur les campagnes un limon qui, mélangé avec le sol arable, se délite facilement et peut être considéré comme l'idéal d'un engrais minéral. Ce limon ne contient point ou très-peu de matières organiques, puisque ce sont les bords des affluents et les ravins des montagnes de la région des sources de ce magnifique fleuve qui en fournissent la matière. L'Egyptien n'a nul besoin d'autre engrais et il n'en possède pas d'autre. C'est aussi ce qui explique la merveilleuse pureté de l'atmosphère de ce pays et le sentiment de bien-être qu'y éprouvent les personnes affectées de maladies de l'appareil respiratoire. La pluie étant à peu près inconnue, l'Égyptien ne peut avoir d'autre source que le Nil dont les eaux, dépouillées de leur limon et bien filtrées, ne peuvent être que pures, et dont tous les voyageurs font les plus grands éloges. L'Égyptien cultive principalement les céréales et les légumineux qui, avec le riz, la viande de mouton et la volaille, constituent presque exclusivement sa nourriture. En fait de plantes potagères, il ne cultive qu'un peu de salade. L'Égyptien a donc la même atmosphère pure, la même eau propre, le même genre d'alimentation que l'Engadinois, qui se nourrit de lait, de fromage, de viande et de céréales importées, tels que maïs, riz, farines; mais le premier a de plus une température très-égale et une bonne chaleur qui n'est nullement accablante comme chez nous, parce que l'air est pur.

Passant à la Kirghisie, nous y trouvons un pays situé entre le Wolga et l'Ural, ayant un sol maigre, peu propre à la culture. C'est dans des petites vallées situées entre des collines de quelque cent pieds d'élévation et dans des dépressions du terrain que les troupeaux trouvent une nourriture très-saine, à ce qu'il paraît, et assez abondante. Partout, dans le pays, à quelques décimètres de profondeur, on trouve aussi une eau douce d'excellente qualité. Le climat est très-froid en hiver, puisque le thermomètre descend jusqu'à 40°, et que le mercure congèle toutes les années plusieurs fois. Les chaleurs de l'été sont très-fortes dans les mois de juillet et août, le thermomètre monte jusqu'à 36° et 40°. Sur toute l'étendue de la Steppe il ne se trouve pas un seul arbre et nul autre abri contre les ouragans qui soufflent avec une violence extraordinaire, remplissant l'atmosphère de poussière et de sable. Le Kirghise se nourrit de viande de mouton, de lait, parmi lequel figure le lait frais de jument et le koumis. Ils achètent quelques céréales et du riz, mais de plantes potagères, il n'est encore pas question chez eux. Le Kirghise habite, comme on sait, sous sa tente de feutre qui contient à son sommet une ouverture pour y laisser échapper la fumée de son foyer. Comme il est nomade et change souvent de pâturage, la malpropreté y est certainement moins grande que chez l'Islandais dont nous allons parler. Mais malgré ce climat terrible, malgré la poussière qui remplit si souvent l'air et que l'on considère en Europe comme étant une cause fréquente de la phthisie, le Kirghise en reste préservé.

L'Islande n'est habitée qu'au bord de la mer. L'atmosphère y est très-humide et très-favorable aux pâturages couverts en été d'un gazon riche et d'un vert superbe. Quoique situé entre 64 à 67° latitude nord, l'hiver n'y est pas très-froid, il l'est même moins qu'à Saint-Pétersbourg et à Moscou, mais l'été y est en revanche moins chaud aussi. Le climat y est doux quoique plus égal: en somme plus froid, puisque la chaleur de l'été ne compense pas le froid de l'hiver. La nourriture de l'Islandais consiste en viande, en lait et en poissons de mer.

Il n'achète que très-peu ou presque point de céréales aux Danois avec lesquels il a principalement ses relations commerciales. De plantes potagères il ne peut être question, si ce n'est de l'angélique (*angelica archangelica*) qui y croît quelquefois dans les pâturages, mais qui n'est pas assez abondante pour qu'elle puisse compter comme aliment. Ce n'est qu'une friandise dans ce pays.

L'Islande, pays volcanique par excellence et couvert dans l'intérieur de glaciers, possède une grande quantité de sources thermales et sulfureuses, mais aussi d'excellentes sources d'eau douce et parfaitement pure d'une température moyenne de 5 à 6°. Les habitations, construites de quelques pierres brutes et de mottes de gazon, couvertes des mêmes matériaux, sont très-humides, très-petites, et comme elles manquent de fourneaux, que la fumée est obligée de s'échapper par une ouverture pratiquée dans le toit, l'atmosphère y est imprégnée d'odeurs âcres, de fumier brûlé, d'arêtes de poisson calcinées, au milieu de laquelle règne la plus grande malpropreté et où les habitants s'entassent à ne laisser que quelques mètres d'air respirable par individu.

Malgré un séjour presque continuel pendant les longs hivers et leurs longues nuits dans une atmosphère aussi corrompue, l'Islandais ne devient pas tuberculeux.

Nous pourrions nommer encore d'autres contrées où la phthisie est inconnue; les hautes vallées du Pérou, par exemple, si souvent citées déjà. Mais à quoi bon, nous y trouverions le froid, la pureté de l'atmosphère, le défaut de culture de plantes potagères; de l'eau pure comme dans l'Engadine, en Islande et dans la Steppe de Kirghisie.

Dans les pays tropicaux, avec une saison de pluie, où la chaleur et une grande humidité de l'atmosphère favorisent une végétation exubérante, destinée à mourir pendant la sécheresse et à servir d'engrais à une nouvelle génération de fleurs, de feuilles et de fruits à la prochaine saison des pluies, la tuberculisation n'est pas du tout inconnue, et ce fait nous confirme dans notre manière de voir.

Qu'y aurait-il, du reste, d'étonnant à ce que la diathèse tuberculeuse dût ses premiers germes à un miasme semblable à ceux qui engendrent les fièvres paludéennes, les fièvres rémittentes après le défrichement de forêts vierges, à ceux du typhus, de la fièvre jaune et du choléra, à sa source primitive? On se souvient aussi que sur le mont Blanc l'air atmosphérique ne contient plus les spores des nombreux infusoires qui accompagnent toutes les fermentations, et l'on se demande, tout naturellement, à quelle hauteur, en descendant du géant des Alpes, commencent-ils à se trouver dans l'air, à quelle autre altitude ils deviennent aussi abondants que dans la plaine. Ces élévations coïncideraient-elles peut-être avec la limite des cultures et avec celle des phthisies?

ÉTUDES SUR LES EAUX DE VALS.

Par M. le Dr Clermont (de Lyon).

Gastrorrhée et entérorrhée.

La gastrorrhée, ou flux muqueux de l'estomac, passe quelquefois inaperçue dans ses commencements, et cependant elle peut devenir assez grave pour se terminer par la mort (Autopsies de M. Andral). Les malades s'en préoccupent peu, et se contentent de prendre quelques infusions amères, des prises de sous-nitrate de bismuth ou de magnésie, et remettent à plus tard pour consulter un médecin.

On comprend cette conduite, lorsque les matières visqueuses et transparentes, rejetées le matin par régurgitation ou par vomissement, sont peu abondantes, et que les fonctions sont régulières. Mais il arrive quelquefois que ces glaires deviennent très-abondantes; car, on les a vues aller jusqu'à l'énorme quantité de 500 à 1,000 grammes, et cela, une ou deux fois par jour, et souvent alors, comme le fait remarquer Cullen, elles sont accompagnées de nausées, d'anxiété précordiale et d'angoisses, en sorte qu'elles constituent non plus un accident simple, mais un véritable état pathologique.

Nous n'entrerons pas dans de longs détails au sujet de la gastrorrhée dont l'histoire complète est encore à faire; nous nous bornerons à dire qu'on l'a attribuée à l'hypertrophie des glandes mucipares de l'estomac et à une perversion de la sensibilité de la muqueuse gastrique.

Quant à l'*entérorrhée* qui se traduit par des évacuations alvines glaireuses et fréquentes, elle tient à une hypersécrétion du suc intestinal, et peut-être aussi à un état morbide du pancréas. Dans cette affection, l'eau tonique reconstituante de la source *Rigolette* est celle qui nous a le mieux réussi.

La gastrorrhée n'étant pas accompagnée de douleurs vives, est tangible par les eaux très-minéralisées de Vals; et si la constipation est opiniâtre, c'est à la source *Désirée* que l'on devra s'adresser comme dans l'exemple suivant.

Obs. — M. Est..., de Venterol (Drôme), âgé de 52 ans, est envoyé à Vals par M. le docteur Long, de Nyons. Depuis deux ans, il est atteint de troubles digestifs et d'une constipation rebelle. Ce qui l'inquiète beaucoup et ce qui l'a engagé à venir à nos thermes, ce sont des régurgitations de matières glaireuses survenant le matin, et parfois dans la journée, deux ou trois heures après avoir mangé.

Le 22 juillet, jour d'arrivée, le malade a la langue blanche, l'estomac un peu tendu, quoique indolore; d'ailleurs l'appétit est bon, le pouls calme et régulier. En somme, il se plaint de trois choses: de régurgitations, de constipation, et d'une légère douleur au genou gauche où il perçoit un petit craquement en marchant. Ce dernier phénomène n'est pas constant, il ne reparaît que de temps à autre. Nous notons volontiers ce dernier fait, parce qu'il concorde avec ce que nous avons souvent remarqué chez les gastrorrhéiques, à savoir: la préexistence d'un rhumatisme à l'état morbide stomacal.

Nous lui prescrivons de boire trois verrées soir et matin de l'eau de la *Désirée*.

Le 29, la constipation est vaincue et les régurgitations diminuent de fréquence et de quantité; mais la douleur du genou paraît augmenter. Une genouillère de flanelle, des bains alcalins, et quelques frictions avec le baume opodeldoch, la font bientôt disparaître.

Le 14 août, le malade part, à peu près mais non complétement délivré de sa gastrorrhée; ce qui l'engage à se faire suivre d'une caisse d'eau minérale de la *Désirée*.

Vertige stomacal et intestinal.

Il existe plusieurs états morbides des viscères abdominaux qui procurent aux malades une sensation de vertige; ils voient les objets tourner ou fuir devant eux; le sol leur paraît inégal; ils craignent de tomber en syncope; et ils éprouvent des nausées, des maux de cœur, comme en a le valseur inhabile, ou bien comme en donne le roulis d'un navire au voyageur qui n'est pas fait à la mer.

On a peut-être exagéré le tableau des hallucinations produites par ce genre de vertige; mais il est durable et ne cède pas aussi vite que l'on a dit à l'emploi des toniques et des ferrugineux. On a peut-être, aussi à tort, trop accusé la pauvreté du sang d'être la cause de ces troubles nerveux, en la reportant à la déglobulisation du sang, à un commencement de leucocythémie, car nous l'avons vu également chez des personnes pléthoriques et notamment chez des femmes atteintes de métrite chronique.

Le vertige stomacal a été observé et décrit depuis longtemps; mais il l'a été avec plus de soins encore par M. le professeur Trousseau, dans ces dernières années. La dyspepsie l'accompagne toujours, et en est, dit-on, la principale cause, ce qui nous paraît loin d'être démontré.

On a traité avec succès le vertige stomacal par les toniques et les ferrugineux; or, ces deux ordres de médicaments se retrouvent dans nos eaux reconstituantes (*Rigolette* et *Magdeleine*), dans les meilleures conditions possibles.

C'est sur le vertige intestinal que nous appellerons davantage l'attention du lecteur par l'observation d'une maladie vertigineuse dans laquelle l'estomac était sain, tandis que l'intestin, siége d'une *pérityphlite*, était le point de départ de tous les phénomènes nerveux.

Obs. — Depuis plusieurs mois, M. D..., âgé de 28 ans, éprouvait, deux ou trois heures après avoir mangé, une douleur sourde et des sensations insolites dans le ventre. Il lui semblait que ses intestins, ou se contractaient, ou allaient tomber, effet que l'on perçoit sur une escarpolette. Parfois, c'était des étourdissements ou un malaise comme s'il était sur un navire.

Il était pris souvent d'une syncope incomplète, sorte de lipothymie dont on le délivrait par l'application de sinapismes sur les membres, de linges chauds sur le ventre, par des affusions de vinaigre ou d'eau de Cologne, et par quelques infusions chaudes. Le pouls, alors précipité et faible, ne reprenait son type ordinairement bon qu'après une ou deux heures.

Lorsque le malade avançait le ventre ou relevait la tête, les troubles nerveux s'aggravaient, et ils diminuaient au contraire s'il fléchissait le corps en avant. M. Trousseau a noté ce phénomène.

Les médecins attribuèrent l'origine du mal, les uns à une course de six heures sous une pluie battante, les autres à un travail obstiné et à des contrariétés morales, causes fréquentes de dyspepsie ou d'anémie; il n'en était rien.

Après des tâtonnements sans nombre, on trouva, dans la région du cœcum, une tumeur presque indolore de six centimètres de longueur sur deux et demi de largeur, sans doute plus profondément cachée dans le commencement de la maladie.

Deux applications de potasse caustique sur la tumeur amendèrent les symptômes locaux et généraux; mais le vertige, la dyspepsie et un grand état de faiblesse et d'amaigrissement persistaient encore, lorsque le malade vint à Vals, au commencement de juin, et fut mis à l'usage de l'eau de la *Désirée* matin et soir, et de la *Saint-Jean* aux repas.

Après vingt-cinq jours, on ne le reconnaissait plus, tant il avait pris de la force et de l'embonpoint, ce qui faisait dire au docteur Tourette que c'était la plus belle cure de la saison thermale. Le vertige avait aussi disparu, après avoir duré plus de huit mois.

La pérityphlite est assez commune chez les personnes qui ne portent pas de bretelles; elle produit la constipation, d'autres troubles dyspeptiques, et souvent le vertige. On la guérit très-bien à Vals par nos eaux sodo-magnésiennes, la *Précieuse* et la *Désirée*, qui nous ont également réussi chez un malade atteint d'une affection de même nature et envoyé à nos thermes par M. le docteur Serre, d'Alais. Il s'agissait d'un engorgement du colon transversal, qu'une ceinture de cuir serrant le ventre, au-dessus de l'ombilic, avait probablement déterminé.

Le vertige viscéral doit en conséquence être étudié autant que possible dans la lésion qui en est le point de départ, et pour bien diriger ses investigations, il est bon de se rappeler que dans le vertige stomacal, on constate l'inappétence, le dégoût pour les aliments, des troubles nerveux immédiatement

après le repas; des vomissements et de la douleur à l'épigastre; tandis que dans le vertige intestinal, la douleur est dans le ventre; il y a de la constipation et des flatuosités; enfin les troubles sensoriaux apparaissent 2 à 3 heures seulement après les repas.

Contre le premier, on emploie les eaux des sources la *Rigolette* et la *Magdeleine;* dans le second, on réussit mieux avec celles de la *Précieuse* et de la *Désirée*, parce qu'il s'accompagne de constipation. Telle est toujours la même règle à suivre dans l'emploi des eaux alcalines de Vals contre les affections du tube intestinal. Seule, la douleur, *élément* pour les uns, mais pour nous *résultante* de lésions morbides, implique l'usage d'une eau légère, moins excitante que sédative, c'est indiquer l'eau de la source *Saint-Jean.*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 17 janvier 1868. — Présidence de M. Chausit.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATION.

Statistique du choléra.

M. Géry père fait hommage à la Société de médecine d'un travail : *Statistique annotée des décès cholériques* du quartier de la Folie-Méricourt pendant les deux années 1865 et 1866.

M. Géry, père, insiste sur quelques points dignes de fixer l'attention. Ses observations, dit-il, ont surtout le mérite d'avoir une source identique; il n'a écrit que ce qu'il a vu de ses propres yeux. Il a pu ainsi constater *de visû* que la diarrhée prémonitoire, qu'on a prétendu être l'avant-coureur inévitable du choléra, n'avait manqué réellement que dans le tiers des cas sur lesquels il a pu avoir des renseignements précis. Il note aussi ce fait digne de remarque, qu'au point de vue du nombre des décès, les deux épidémies de 1865 et 1866 se sont équilibrées presque complétement. Quant à la question si discutée de la contagion, M. Géry père est porté à y croire, car il a noté que, chaque fois que le choléra est entré dans une maison, il y a été importé.

Dans les malades décédés, M. Géry a noté deux tourneurs en cuivre, circonstance qui peut infirmer l'efficacité des préparations cupriques dans le choléra.

M. Gros, contrairement à ce que vient de dire M. Géry père, a observé la diarrhée prémonitoire dans presque tous les cas de choléra qu'il a eus à soigner en 1854.

M. Duparcque fait observer que les épidémies de choléra qui se sont succédées pouvaient différer entre elles par la prédominance de tel ou tel symptôme, et il n'est pas étonnant que la diarrhée prémonitoire, très-souvent constatée dans l'épidémie de 1854 dont a parlé M. Gros, ait été beaucoup moins fréquente dans celles de 1865 et 1866, sur lesquelles ont porté les recherches statistiques de M. Géry père.

M. Géry père croit qu'en effet chaque épidémie a sa forme; mais on a, selon lui, pris bien souvent le début de la maladie pour la diarrhée prémonitoire.

Sur la proposition du Président, une place de membre titulaire de la Société de médecine de Paris est déclarée vacante.

RAPPORT.

M. Motet lit un rapport sur le travail sur l'hystéro-épilepsie, présenté à la Société, dans une des précédentes séances, par M. le docteur Foville, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire.

LECTURE.

M. Duchenne, de Boulogne, donne lecture d'un mémoire sur la paralysie pseudo-hypertrophique ou myo-sclérosique et communique à la Société de nombreuses planches photographiques et gravées concernant cette affection.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel, Dr Aimé Martin.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

276. Micault (Edmond). Influence du célibat sur la population.
277. Isambard (Louis). Des Symptômes fournis aux maladies par l'organe de l'ouïe.
278. Duperray (R. E.). Étude sur la Cirrhose du foie.
279. Clément (Georges). Des Contractures partielles de l'utérus pendant et après l'accouchement.
280. Refusé.
281. Cavalié (Firmin). Quelques principes d'hygiène à l'usage des femmes enceintes.
282. Grenier (P. J.). Étude médico-psychologique du libre arbitre humain.

FIN DE L'ANNÉE 1867.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Regnard, ancien interne des hôpitaux, reprendra son cours de pathologie (2e de doctorat, 3e de fin d'année) et ses leçons pour le 4e de doctorat, le jeudi 27 courant.

On s'inscrit, 56, rue des Écoles, de midi à une heure.

— Dans le no 22 de la *Gazette des Hôpitaux*, page 88, deuxième colonne, ligne 18, au lieu de : « se disputant de valeureux précédents », il faut lire : « le disputant de valeur aux précédentes ».

Le Directeur, Dr E. le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 24. — JEUDI 27 FÉVRIER 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 27 FÉVRIER 1868. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 26 février 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On connaît les belles recherches de M. Morel, de Saint-Yon, sur les dégénérescences physiques, morales et intellectuelles de l'espèce humaine, étudiées au quadruple point de vue de l'étiologie, de la classification, de l'hygiène et du traitement. Depuis la publication de son premier ouvrage sur cet important sujet, qui remonte déjà à 11 ou 12 ans, M. Morel n'a cessé d'en poursuivre l'étude et de développer les points qui n'étaient qu'indiqués ou ébauchés seulement dans son plan primitif. Parmi les causes nombreuses susceptibles d'amener la dégénérescence organique, il en est une, des plus importantes et que M. Morel a eu garde d'omettre dans son grand Traité, c'est l'influence de la constitution géologique du sol et des conditions atmosphériques qui en dérivent. Ce savant aliéniste — nous devrions dire anthropologiste pour répondre mieux à l'ensemble des faits qu'il embrasse dans ses travaux — a repris une partie de cette question dans un nouveau mémoire dont il a donné lecture hier à l'Académie. Il a cherché, ainsi que l'indique le titre de son mémoire, à étudier les analogies qui existent entre les dégénérescences physiques, morales et intellectuelles des habitants des contrées paludéennes et celles des habitants des pays goîtrigènes. Il les considère les unes et les autres comme le résultat d'une malaria, pendant de la constitution spéciale du sol et de la viciation de l'atmosphère qui en est la conséquence. Notons que cette analogie n'implique pas du tout la confusion des types et des caractères nosologiques qui restent parfaitement distincts, mais elle conduit l'auteur à fonder leur traitement et leur prophylaxie sur une base commune. On comprend que de ces deux éléments de la curation, c'est la prophylaxie surtout qui occupe l'attention de M. Morel. De tous les moyens prophylactiques le plus efficace sans contredit, aux yeux de l'auteur, est le déplacement, le changement de climat. Des enseignements de l'expérience à cet égard, notamment en ce qui concerne le goître, M. Morel est amené, entre autres conclusions, à proposer aux conseils de révision de ne plus classer les goîtres parmi les cas d'exemption du service militaire.

L'opinion de l'Académie pourrait être d'un grand poids sur les déterminations qu'il pourrait y avoir lieu de prendre, à ce sujet, par la suite. C'est aux commissaires désignés pour l'examen du travail de M. Morel à porter la question devant elle.

Après cette lecture, M. Lebert, par l'organe de M. Béclard, est intervenu dans la discussion sur la tuberculose par une nouvelle lettre qui confirme les résultats de ses premières expériences d'inoculation du tubercule. Nous publierons cette lettre, au moins par extrait, sinon en totalité, dans l'un des prochains numéros.

Nous publierons aussi incessamment la relation d'une nouvelle opération heureuse d'ovariotomie dont M. le docteur Boinet a entretenu l'Académie à la fin de la séance.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. HERVIEUX.

Symptomatologie de la péritonite puerpérale généralisée ou générale d'emblée (1).

Période prodromique. — Envisagée au point de vue de ses caractères symptômatiques, la péritonite généralisée ou générale d'emblée des femmes en couches est une des individualités morbides les plus intéressantes de la pathologie puerpérale, non-seulement en raison du cachet spécial qu'elle imprime à chacun de ces caractères, mais encore en raison de la multiplicité d'aspect sous lesquels elle se manifeste. Pour se rendre compte des physionomies diverses de la péritonite puerpérale, il ne faut pas perdre de vue que dans l'immense majorité des cas la maladie résulte d'un empoisonnement, et que cet empoisonnement a de nombreux degrés. Il faut se rappeler encore que chaque épidémie a son génie, ses allures propres, et que telle série de phénomènes qui figure au premier rang dans l'une peut manquer absolument dans l'autre.

De là un désaccord plus apparent que réel parmi les auteurs sur une foule de points relatifs à la description des caractères symptômatiques de la péritonite puerpérale et sur la question des prodromes en particulier.

On a dit et répété souvent que la péritonite des femmes en couches n'avait pas de prodromes. Le fait est généralement vrai, et je n'hésite pas à poser en principe que l'absence de prodromes est la règle. Mais j'ajoute que dans les établissements où le fléau est sujet à des réveils aussi fréquents que terribles, cette règle souffre de nombreuses exceptions.

En premier lieu, je signalerai l'opinion de quelques observateurs dont l'autorité et la compétence en cette matière ne sauraient être contestées.

Je lis, dans un article de Chomel sur la péritonite puerpérale (*Dict.* en 30 vol., t. XXIII, p. 568), qu'un état de malaise, quelquefois une légère diarrhée, ont, dans plusieurs épidémies, précédé son développement.

M. Jacquemier, dans son Manuel des accouchements (art. *Métropérit.*, t. II, p. 624), mentionne, pour certaines catégories de faits, divers phénomènes précurseurs : frissons irréguliers, appareil fébrile plus ou moins prononcé.

Encore bien, répétons-le, que l'existence des prodromes ne soit pas un fait constant, je me trouve journellement en présence de cas où la période prodromique s'affirme d'une façon irrécusable. Nombre de femmes en couches présentent pendant plusieurs jours, après la délivrance, une certaine élévation du pouls, du malaise, de l'anorexie, l'état saburral de la langue, parfois de l'insomnie et un peu de céphalalgie, de la constipation, ou une légère tendance à la diarrhée après l'administration d'un vomitif ou d'un laxatif, le tout sans douleurs abdominales ni spontanées, ni à la pression. Puis un jour vient où le frisson se manifeste et avec lui tous les phénomènes de la période initiale.

Ces faits sont vulgaires à la Maternité; ils prouvent l'existence possible des prodromes. Mais il en est d'autres qui, pour être plus rares, et je dirais volontiers exceptionnels, ne sont pas moins significatifs.

J'entends parler de prodromes antérieurs à l'accouchement.

J'ai vu, chez des femmes arrivées au dernier mois de leur grossesse, un état fébrile continu, sans détermination locale aucune, persister avec cet ensemble de symptômes qui caractérisent l'embarras gastrique fébrile (catarrhe aigu de l'estomac des auteurs allemands) et aboutir, soit pendant le travail, soit immédiatement après l'accouchement, à l'explosion d'un frisson, bientôt suivi de réaction intense, de vomissements et de douleurs hypogastriques, en un mot de tous les symptômes du début de la péritonite puerpérale. Hâtons-nous d'ajouter que ces phénomènes prodromiques préexistant à l'accouchement ne s'observent guère que dans les grandes épidémies.

Faut-il, avec quelques auteurs, considérer comme faisant partie de la période prodromique le gonflement douloureux de l'utérus et de ses annexes signalé par M. Béhier? Ce serait, à mon sens, dénaturer la valeur du mot prodrome que de comprendre sous ce chef la douleur utérine et la tuméfaction organique qui l'accompagne. Du moment que l'appareil utérin manifeste sa souffrance par des phénomènes aussi accusés, il ne s'agit plus là de prodromes, mais bien du début même de la maladie. D'ailleurs, le gonflement douloureux de l'utérus et de ses annexes ne saurait être le signe précurseur nécessaire de la péritonite puerpérale, puisqu'il y a chez les femmes en couches des péritonites sans lésion de l'appareil utérin. D'une autre part, si incontestable que soit dans un grand nombre de cas la valeur du phénomène pathologique mis en relief par M. Béhier, personne ne peut nier que la tuméfaction douloureuse de l'utérus et de ses annexes ne puisse aboutir à tout autre chose qu'une péritonite, à une métrite, par exemple, simple ou suppurée, à une phlébite utérine sans lésion aucune du péritoine, à un phlegmon du ligament large, etc.

Il faut donc, en tant que phénomènes prodromiques, nous en tenir aux diverses circonstances que nous avons signalées. Faisons remarquer que la pénétration du poison puerpéral dans l'organisme peut seule expliquer l'existence de la période prodromique. C'est pour cela qu'on ne la constate guère que dans les maisons d'accouchement.

Période initiale. — A part les réserves que nous avons dû faire pour certaines catégories de cas, on peut dire que l'invasion de la péritonite puerpérale est brusque et sans prodrômes.

C'est ordinairement à une époque assez rapprochée de l'accouchement, quelquefois immédiatement après la délivrance et même avant la fin du travail, que les premiers accidents éclatent. La plupart des malades en temps d'épidémie sont frappées dans les quarante-huit premières heures qui suivent l'accouchement, et dans une proportion bien moins forte le troisième jour.

Sur 247 malades observées à la Maternité par M. Berrier-Fontaine le début a eu lieu.

Chez 185, du 1er au 3e jour.
Chez 60, du 4e au 10e —
Chez 2, du 11e au 12e —

Le tableau suivant de M. Tarnier est confirmatif du précédent. Sur 87 femmes accouchées à la Maternité, l'invasion des accidents a eu lieu :

Immédiatement ou peu après l'accouchement....	21	fois.
Un jour après l'accouchement..................	27	—
Deux jours après..............................	20	—
Trois jours après.............................	11	—
Quatre jours après............................	4	—
Cinq jours après..............................	1	—
Huit jours après..............................	3	—

M. Charrier, qui a observé dans des conditions d'épidémicité moins graves que les auteurs précédents, mentionne un début plus tardif. Mais, à part quelques nuances, on peut dire que c'est dans le courant des deux ou trois premiers jours qui suivent l'accouchement qu'on voit apparaître chez le plus grand nombre des femmes les phénomènes initiaux de la maladie.

Hors le temps d'épidémie, je dirai volontiers avec M. Jacquemier que l'invasion de la péritonite puerpérale n'est pas rare après les six ou huit premiers jours, à la suite d'imprudences ou d'écarts de régime.

Supposez encore qu'une métrite, un phlegmon du ligament large, un phlegmon de la fosse iliaque, une inflammation du tissu cellulaire du bassin, etc. se soient développées après l'accouchement, on conçoit aisément que ces lésions locales deviennent le point de départ d'une péritonite qui se déclarera le douzième, le quinzième, le seizième et même le dix-huitième jour, ainsi que j'en ai vu plusieurs cas.

M. Jacquemier cite un cas de péritonite mortelle survenue au dix-septième jour à la suite d'une constipation opiniâtre.

La scène s'ouvre habituellement par un frisson accompagné ou promptement suivi de douleurs abdominales.

Le frisson manque assez rarement. Je l'ai vu faire presque constamment défaut dans certaines épidémies, et se manifester au contraire invariablement dans d'autres.

John Clarke assure que dans l'épidémie qu'il a observée en 1793 à l'hôpital général des femmes en couches de Londres, il lui est à peine arrivé de voir un cas où la maladie ait commencé par un frisson.

L'intensité et la durée du frisson sont très-variables. Il ne consiste souvent qu'en une simple horripilation, un léger sentiment de froid, très-fugace, à peine appréciable, dont les malades ne parleraient pas si on ne les questionnait pas avec instance à cet égard ou si on ne les surveillait pas de très-près. Ne se rendant pas compte de la valeur et de l'importance de ce signe, elles attribuent à une porte ouverte, à un courant d'air, à un abaissement général de la température, la sensation spéciale qu'elles éprouvent. Mais une longue expérience à la Maternité nous a appris que ces sensations passagères devaient être prises en sérieuse considération et comptées comme frisson.

Parfois encore il arrive que le frisson est partiel; qu'il est borné par exemple aux bras, aux pieds ou aux jambes. Il n'en mérite pas moins, pathologiquement parlant, l'attention du médecin.

Le plus souvent pourtant, le frisson marque sa présence par des phénomènes tranchés. Toutes les parties du corps sont agitées par un tremblement nerveux qui varie depuis le simple frémissement jusqu'aux mouvements les plus désordonnés : les dents claquent, les membres s'entrechoquent, et nous avons vu dans quelques cas le lit participer à cette trépidation du tronc et des membres.

En même temps, voici ce que l'on constate : décoloration de la peau et des muqueuses, altération des traits qui se grippent et s'amoindrissent, malaise général, anxiété, refroidissement des extrémités et même de la langue; pouls fréquent, petit,

(1) Voir les numéros 3, 4, 5 et 7.

concentré, à 120-130; soif vive et parfois apparition de douleurs du côté de l'abdomen.

La durée du frisson est généralement proportionnelle à son intensité. L'horripilation, le sentiment du froid, durent à peine quelques secondes. Le frisson partiel est également prompt à disparaître, s'il reste partiel. Mais chez quelques sujets, il se généralise, et des pieds, par exemple, s'étend à tout le corps; auquel cas il a une durée beaucoup plus longue.

Le frisson généralisé, mais de moyenne intensité, dure de cinq à dix minutes. Le grand frisson, avec tremblement des membres et claquement de dents, dure habituellement une demi-heure, quelquefois une et deux heures. On éprouve alors beaucoup de difficulté à réchauffer les malades; on a beau multiplier autour d'elles les boules d'eau chaude, surcharger ces pauvres femmes d'édredons et de couvertures. Le sentiment de la chaleur ne renaît qu'à grand'peine, et le frisson peut survivre longtemps à l'action de tous ces moyens de calorification.

L'unicité du frisson dans la péritonite puerpérale est un fait beaucoup moins constant qu'on ne l'a prétendu. Il y a des variétés à cet égard qui tiennent au plus ou moins de gravité des cas et au degré d'intensité des épidémies. Dans les péritonites suraiguës et à marche rapide, il n'y a qu'un seul frisson. La péritonite générale d'emblée est dans ce cas, surtout quand elle est promptement mortelle. Le frisson unique n'est si commun dans les épidémies véhémentes que parce que la plupart des cas ont une extrême acuité et conduisent en très-peu de temps au terme fatal.

Le frisson multiple apparaît surtout dans les péritonites à marche subaiguë, ou qui se développent par poussées successives. Chaque étape de la maladie peut être marquée par un frisson. Autant de poussées, autant de frissons. De même, si le développement de la péritonite a été précédé d'abord d'une métrite, puis d'un phlegmon du ligament large, puis d'une ovarite, on pourra compter autant de frissons que de phases séparées dans l'évolution générale de la maladie.

Le frisson multiple est donc presque nécessairement l'apanage de la péritonite, qui ne se généralise qu'après une première manifestation morbide du côté de l'appareil utérin. — Il devient aussi très-commun dans les épidémies relativement bénignes, en raison du peu d'acuité de la plupart des cas et de leur mode de progression par étapes plus ou moins distantes.

Le diagnostic du frisson pathologique et du frisson physiologique, qu'on observe si souvent dans les premiers moments qui suivent la délivrance, est chose facile. Le frisson physiologique ne donne lieu à aucune réaction fébrile intense; et s'il est suivi d'une légère élévation du pouls avec augmentation de la chaleur cutanée, cette réaction ne présente aucun des caractères qui appartiennent à la fièvre vraie. Il n'y a ni malaise, ni accablement, ni céphalalgie, ni soif aride, ni sécheresse extrême de la langue. Il n'y a pas surtout ces douleurs abdominales qui manquent si rarement dans le frisson pathologique.

Quant au frisson, dit frisson de la fièvre de lait, j'en constate l'existence dans l'état normal et chez les femmes dont les conditions hygiéniques ne laissent rien à désirer. J'aurai quelque jour l'occasion de m'expliquer plus amplement sur ce point intéressant de pratique. Pour le moment, je me borne à énoncer cette proposition que, si un certain nombre de femmes présentent au deuxième ou troisième jour de leurs couches un frisson qu'on serait tenté d'attribuer à la fièvre de lait, ce frisson doit être tenu pour suspect; et que si l'on en cherche attentivement la cause du côté du ventre, de l'appareil utérin, de l'état des lochies, etc., on aura bien des chances de la rencontrer. Dans les cas où le frisson n'aurait aucune suite sérieuse, on ne serait nullement en droit de conclure qu'il relève de la fièvre de lait, attendu que des frissons survenus au quatrième, cinquième et sixième jour de couches, c'est-à-dire après l'époque présumée de la fièvre de lait, ont été tout aussi inoffensifs, et que rien ne prouve qu'un frisson, au deuxième jour, n'était pas lié tout aussi bien à une métrite, à une phlébite ou à une péritonite, qui avortent.

Si le frisson peut manquer, comme symptôme du début de la péritonite, il n'en est pas de même de la douleur, qui est, elle, un phénomène constant. Toutefois, il y a une remarque à faire ici.

A l'autopsie de quelques accouchées, qui n'avaient pendant la vie accusé aucune douleur bien vive du côté du ventre, et chez lesquelles les parois abdominales avaient constamment présenté une souplesse et une flaccidité incontestables, j'ai été bien surpris de trouver la cavité alvo-pelvienne baignée d'un pus épais et bien lié, étalé à la manière d'une crême jaunâtre sur presque tous les viscères. L'absence de douleurs vives et surtout spontanées avait éloigné de notre esprit l'idée d'une péritonite, et pourtant, en recueillant mes souvenirs et en relisant les observations, je pus m'assurer qu'il avait existé, le premier ou les premiers jours de la sensibilité à la pression, si ce n'est une douleur vraie; puis cette sensibilité ayant disparu, et le ventre demeurant très-souple, l'idée d'une péritonite avait dû s'évanouir. C'étaient bien là des cas de *péritonite latente*, pas si latente toutefois, qu'on ne pût, en remontant jusqu'à la période initiale, trouver quelque trace du phénomène douleur.

A part ces cas exceptionnels, la douleur abdominale éclate, soit pendant, soit aussitôt après le frisson, rarement auparavant, avec une vivacité et une brusquerie qui ne permettent guère de la révoquer en doute.

Pongitive, lancinante, térébrante, comparée à l'action d'un fer rouge, d'une vis ou d'un instrument tranchant, elle trouble le repos des malades, les agite ou les abat, et leur arrache parfois des cris aigus ou des plaintes incessantes. Son intensité la plus grande correspond à la période congestive de la maladie, plus tard la douleur s'amoindrit quand l'exsudat séro-fibrineux acquiert une certaine abondance. Elle disparaît même tout à fait quand l'exsudat est devenu purulent.

Ces rapports de l'intensité de la douleur avec le degré de la péritonite m'ont été démontrés par de nombreuses autopsies pratiquées aux divers moments de l'évolution anatomique de cette phlegmasie. Ils sont d'ailleurs conformes à ce que nous savons de l'histoire du phlegmon et en général de toutes les inflammations susceptibles d'arriver à suppuration.

La douleur initiale de l'abdomen a pour siége primitif le plus habituel la région sous-ombilicale ou l'une des fosses iliaques. De là elle s'étend rapidement à toute la zône hypogastrique, puis par poussées successives elle gagne les flancs, les lombes, la région épigastrique et les deux hypochondres.

Le mode d'extension par étapes se faisant à des intervalles plus ou moins éloignés est le mode qu'affecte habituellement la péritonite généralisée proprement dite.

Mais dans la péritonite générale d'emblée il n'y a plus d'extension progressive, ni de proche en proche, ni par étapes. C'est brusquemeut et sans transition aucune que les parois abdominales deviennent douloureuses sur tous les points à la fois. Tantôt les malades se plaignent d'une douleur lombaire qu'elles expriment en disant qu'on leur arrache les reins, tantôt c'est un point de côté qu'elles accusent et qui témoigne de l'envahissement du péritoine diaphragmatique, périhépatique ou périsplénique. D'autres fois, c'est au creux de l'estomac qu'elles disent éprouver des souffrances atroces, ou bien enfin c'est à la région utérine ou dans l'une des fosses iliaques qu'elles ressentent le maximum de la douleur.

Le fait est que la douleur présente en pareil cas une mobilité extrême, mais ce qui ne varie pas, ce qui demeure, c'est l'indicible sensibilité des parois abdominales, sensibilité telle que toute exploration est impossible, que le poids des couvertures est intolérable, et qu'il n'est permis de songer à l'emploi d'aucun topique émollient.

Dans de telles conditions, supposez un effort de toux, l'action d'éternuer, de vomir, d'uriner, d'aller à la garde-robe; il en résultera aussitôt dans l'abdomen un retentissement qui peut s'élever à la hauteur du paroxysme le plus douloureux.

Aussi les malades s'abstiennent-elles de tout effort, de tout mouvement susceptible de provoquer cette sensibilité exaltée. Placées dans le décubitus dorsal, elles observent l'immobilité la plus rigoureuse, les jambes, non pas fléchies, comme on l'a dit, mais le plus souvent étendues. L'expression de la souffrance est empreinte sur la physionomie; ce à quoi il faut joindre l'oppression des forces par la douleur et le découragement le plus profond.

La durée des douleurs abdominales spontanées est d'un à deux jours dans l'immense majorité des cas. Plus tard, il n'existe plus que de la sensibilité à la pression dans quelques points limités, et même cette sensibilité disparaît entièrement quand la tympanite acquiert son maximum d'intensité.

Sur un total de 151 cas relevés par Ferguson, 19 fois la douleur manqua; 51 fois elle régna 1 jour, 48 fois 2 jours, 18 fois 3 jours, 6 fois 5 jours, 5 fois 7 jours et 4 fois 8 jours.

Quand la douleur persiste au-delà de deux ou trois jours, c'est habituellement que le péritonite se localise; de générale, elle devient partielle.

La douleur est un des éléments les plus précieux à l'aide desquels on peut établir, non-seulement le diagnostic de la péritonite puerpérale, mais encore le diagnostic différentiel de la péritonite généralisée et de la péritonite puerpérale d'emblée.

Dans la péritonite généralisée, la douleur, après être restée cantonnée plus ou moins longtemps, soit dans la région utérine, soit dans l'une des fosses iliaques, se propage aux régions supérieures de l'abdomen, aux lombes, aux flancs, à l'épigastre, aux hypochondres. Cette propagation peut se faire en une fois, mais le plus souvent elle a lieu par poussées successives. Chaque poussée est marquée par un redoublement de la fièvre, de l'anxiété, de l'agitation, des cris, des plaintes et de la prostration.

Dans la péritonite générale d'emblée, il n'y a pas de douleurs prodromiques dans la région sous-ombilicale. C'est simultanément et d'un seul coup que toutes les régions du ventre sont envahies. Sur quelque point des parois abdominales que l'on tente de porter l'exploration, la malade pousse des cris affreux. L'angoisse est portée à son comble, la respiration accélérée, les lèvres tremblottantes, les yeux hagards; la face et l'attitude générale portent l'empreinte de la souffrance et de la terreur. Tantôt c'est dans le côté, tantôt dans les lombes, à un moment dans l'épigastre, à un autre dans la région utérine, quelquefois vers l'ombilic ou vers les flancs, ou bien enfin dans l'une des fosses iliaques que la malade place le siége de ses douleurs. Toujours est-il que pas une partie de la cavité abdominale ne semble épargnée, et je ne connais que la péritonite générale d'emblée qui puisse étendre son action sur un aussi grand nombre de points à la fois.

(La suite au prochain numéro.)

HOPITAL MILITAIRE DU CAMP DE CHALONS. —

M. Sonrier.

Hydrocèle, injection iodée, gangrène du scrotum, autoplastie, guérison.

Si nous nous en rapportons aux recherches que nous avons faites dans les livres et journaux de médecine qui sont à notre disposition au camp de Châlons, les observations de gangrène du scrotum, à la suite d'injection iodée pour la cure de l'hydrocèle, sont assez rares. En effet, la *Gazette des Hôpitaux*, le *Journal de chirurgie et de médecine*, le *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, si riches en faits de toute nature, en font à peine mention : aussi nous empressons-nous de publier celle-ci, qui nous semble très-intéressante au point de vue du diagnostic, des complications et du traitement.

M. L..., quarante-quatre ans, capitaine au 42e régiment, forte constitution, tempérament sanguin, raconte que, pendant la route qu'il fit au mois d'avril dernier, pour se rendre à pied de Bayonne au camp de Châlons, il a vu son testicule gauche augmenter de volume, et il ajoute que les manœuvres du camp n'ont fait qu'accroître son mal. Il entre à l'hôpital le 29 juillet.

Après avoir examiné attentivement l'organe malade, on constate la présence d'une hydrocèle : mais comme le liquide épanché est en très-petite quantité, et que le testicule paraît sain, on se contente de faire, le 2 août, une simple ponction sans injection : 25 à 30 grammes de sérosité classique s'écoulent; aucun accident.

La tumeur ne tarde pas à récidiver, et huit jours après elle est aussi volumineuse, presque opaque, avec sensation obtuse de fluctuation mal définie, et d'un diagnostic tellement douteux que le chirurgien traitant hésite à recommencer l'opération; mais l'officier, qui veut recouvrer l'intégrité de ses fonctions génitales, désire une cure radicale.

Le 18 août, une seconde ponction est faite, mais le trocart pénètre mal, rien ne s'écoule qu'un peu de sérosité sanguinolente, et l'injection iodée au 1/3, poussée en petite quantité et avec précaution, revient par la canule presqu'en totalité. Bref, soit que l'instrument introduit obliquement, afin d'éviter la lésion du testicule, ait cheminé entre les enveloppes scrotales, soit qu'il ait traversé d'outre en outre la paroi opposée de la séreuse et versé le liquide dans le tissu cellulaire des bourses, soit enfin que la tunique vaginale ait été refoulée sans avoir été perforée, suppositions toutes rationnelles, possibles et indépendantes de l'opérateur, toujours est-il que, le soir-même, une teinte violette, nuancée de brun, répandue sur tout le scrotum, annonçait que l'injection avait pénétré entre les membranes.

Le lendemain et jours suivants, fièvre, insomnie, tuméfaction douloureuse, avec crépitation emphysémateuse, constituée par l'infiltration des liquides gangréneux, fermentation putride caractérisée par le refroidissement, la sensibilité émoussée et par des marbrures fauves grisâtres qui indiquent un travail de décomposition dans ces parties d'où la vie se retire.

Deux larges incisions de 12 centimètres, mesurant la longueur du scrotum, sont pratiquées pour dégager l'étranglement inflammatoire, écouler les liquides putréfiés et, en même temps, limiter la sphère d'action de la gangrène; mais la mortification n'en continue pas moins son œuvre de destruction, les tissus, imprégnés de détritus gangréneux, se réduisent en putrilage, en eschares fétides qui se détachent sous forme de lanières déchiquetées.

Les jours suivants, une suppuration abondante avait complété le travail de désorganisation.

Je vis le malade le 6 septembre pour la première fois. Tout le scrotum du côté gauche est détruit, dans une hauteur de 12 centimètres sur 8 de large, le travail d'élimination terminé, on voit, sur les bords anfractueux de l'ulcération, des bourgeons charnus très-vivaces, gorgés de sève, qui végètent et commencent l'œuvre de réparation; mais, au fond de ce vaste hiatus, on aperçoit le testicule à nu, grisâtre, insensible et menacé lui-même de sphacèle, du moins dans sa tunique albuginée, léger engorgement du cordon, avec retentissement douloureux dans le trajet inguinal.

En prenant la direction du service des blessés le 3 octobre, je retrouve le capitaine un peu moins découragé, mais non guéri; la plaie mesure encore 8 centimètres dans son diamètre vertical, sur 5 de large; mais une complication, qui était à redouter, est survenue. En effet, en vertu de son extrême extensibilité dans cette région, la peau est devenue elle-même un obstacle sérieux à la guérison, c'est-à-dire que ses bords flottants se sont enroulés, renversés en dedans, ont contracté des adhérences en arrière de la glande séminale, et par la rétraction du tissu cicatriciel, l'ont fait saillir à travers la plaie comme le noyau d'un fruit entr'ouvert.

L'indication manifeste est de recouvrir le testicule exposé à des froissements douloureux, à des pressions contre lesquels rien ne le protége; mais, dans ces conditions, pouvons-nous, par simple rapprochement, en adossant des surfaces cutanées, espérer une réunion? Évidemment non.

L'autoplastie par glissement nous offrait la seule ressource de pouvoir être pratiquée, dans une région où le tissu cutané très-mobile nous donnait assez d'étoffe pour fermer cette vaste échancrure.

Le 7 octobre, après avoir soumis le malade à l'anesthésie, je dissèque largement, à droite et à gauche, dans toute la hauteur, et au delà de la cloison, environ 3 centimètres de tissu cutané, dont les bords suffisamment avivés, sont réunis par quatre points de suture entortillée, excepté à la partie déclive où je laisse une issue aux liquides et un peu d'espace à l'étranglement. Pour plus de sécurité, le tout est soutenu par des bandelettes de gaze imprégnées de collodion.

L'opération a été longue, laborieuse, mais facilitée par des aides intelligents : le succès complet; mais n'anticipons pas.

8, 9 octobre. Un peu de tension inflammatoire avec rougeur légèrement érysipélateuse.

10. On enlève quelques épingles, la réunion est presque immédiate; l'écoulement des liquides est favorisé par la déclivité et par des injections émollientes, et la phlogose n'est pas gênée dans ses allures.

11. On retire encore des épingles, qu'on remplace par des bande-

lettes de collodion qui adhèrent très-intimement et maintiennent très-bien les bords de la plaie.

20. La réunion est presque parfaite, excepté à la partie déclive où s'écoule une suppuration rare et de bonne nature. Érections réprimées par le camphre à l'intérieur.

Inutile de fatiguer l'attention du lecteur à nous suivre à la poursuite de cette guérison, qu'il sache seulement que la cicatrisation définitive s'est fait attendre jusqu'au 12 décembre.

A quelle cause faut-il attribuer ce retard? Est-ce parce que la gangrène, ayant détruit ou modifié les parties frappées, s'est opposée à la prolifération du tissu cellulaire, ou bien faut-il incriminer les tractions diverses qui existent pendant la défécation, les érections, lors de l'écartement des cuisses et qui déchirent la cicatrice? Peut-être bien toutes ces causes?

Enfin, le 22 décembre, notre intéressant officier, qui déjà, depuis quelques jours, fait de longues marches sans éprouver aucune gène et sans accident, est sorti radicalement guéri, ne conservant de cette vaste ulcération qu'une cicatrice linéaire très-solide, oblique de gauche à droite et qui remplace l'ancien raphé disparu.

Le testicule, maintenu au-desus de son congénère, libre au milieu d'une atmosphère cellulo-muqueuse nouvelle, nous semble destiné à jouir de toute la plénitude des fonctions qui lui sont dévolues.

« Si j'avais une hydrocèle, disait un jour Denonvilliers à Nélaton, il y a peu de chirurgiens à qui je voulusse confier le soin de m'opérer. »

Une profession de foi aussi décourageante ne tendrait à rien moins qu'à désarmer la chirurgie. N'a-t-on pas dit aussi que la plus simple piqûre est une porte ouverte à la mort? Je sais bien que si l'hydrocèle simple peut être suivie d'accidents graves, la ponction pour une hydrocèle peu volumineuse offre beaucoup plus de difficultés et plus de dangers; mais, en définitive, est-ce une raison pour vous laisser vivre avec une infirmité pleine de menaces qui vous condamne au célibat à perpétuité et à la vie sédentaire?

Quand l'hydrocèle est de petite dimension, il est quelques précautions à prendre que nous croyons devoir rappeler : il faut d'abord se souvenir que, par l'effet de la diffraction de la lumière, le testicule paraît toujours plus petit qu'il n'est réellement, et qu'alors on peut très-bien le léser, accident qu'on doit toujours redouter, quoi qu'on en ait dit; ensuite, après avoir introduit le trocart, il faut avoir soin, comme le conseille Nélaton (tome V, page 620), de le retirer un peu, en même temps qu'on fait avancer la canule désarmée, qui ne peut plus alors blesser ni le testicule, ni ouvrir la séreuse opposée.

Pour vous assurer que la canule plonge bien dans l'hydrocèle et non dans le tissu cellulaire, vous avez un signe précieux qui nous a toujours réussi, c'est de faire décrire à son pavillon quelques mouvements en différents sens. Si l'extrémité est dans le liquide, elle est libre et rien ne s'oppose à ses mouvements; dans le cas contraire, vous éprouvez une certaine résistance : abstenez-vous de faire une injection iodée.

Mais puisque vous avez tant de difficultés à vaincre et d'accidents à redouter, pourquoi ne pas traiter ces petites hydrocèles par le séton, ou mieux, par le drainage chirurgical qui, en écoulant le liquide, déterminerait une inflammation suffisante pour opérer la guérison? (Bégin, *Recueil de mémoires de médecine militaire*, tome LXI, page 223). Ne pourrait-on pas imiter M. Brée, chirurgien principal, qui, ayant vu une hydrocèle deux fois récidiver à la suite d'injection, imprégna matin et soir le scrotum avec une demi-cuillerée de teinture d'iode et guérit très-bien son malade. « L'épiderme, ajoute-t-il, se détacha comme une pelure d'oignon; le moyen fut renouvelé trois ou quatre fois dans l'espace d'un mois, et la guérison s'en suivit. » M. Pasquier père cite un succès du même genre (Même *Recueil*, tome LXI, page 222).

J'ai soigné à Strasbourg, en 1866, un sous-officier de gendarmerie qui trois fois avait été opéré sans succès, par les injections iodées, pour une hydrocèle énorme, et qui a fini par guérir au moyen de la pommade d'iodure de potassium fortement iodurée.

Si enfin le cas était réfractaire, nous proposerions volontiers un vésicatoire badigeonné pendant quelques jours avec de la teinture d'iode.

L'injection du liquide ne demande pas moins de précautions. On a cité des cas où la vaginale amincie, devenue friable, ne pouvait être distendue sans s'érailler ou se rompre. Inutile donc de la remplir complétement; une légère malaxation du scrotum, en faisant refluer la solution iodée dans toutes les anfractuosités de la membrane, suffit pour y déterminer une inflammation adhésive.

Certes, voilà bien des précautions à prendre qui, à la vérité, sembleraient justifiées pour les injections vineuses; mais pour l'iode, sont-elles bien nécessaires? N'a-t-on pas dit (Velpeau, Richet, page 685) que la teinture d'iode en petite quantité a le privilége d'absorber sans déterminer de mortification? Notre observation répond pour nous et prouve que l'injection iodée au tiers n'est pas aussi innocente que ses partisans le disent. Nous savons très-bien qu'on peut injecter sans danger la teinture d'iode pure dans la tunique vaginale, ainsi que nous l'avons vu faire plus d'une fois par M. Rigaud, à Strasbourg; mais dans le tissu cellulaire, il faut s'attendre à toutes sortes d'accidents.

Enfin, on a dit que quand la gangrène a opéré la dénudation complète du testicule, on peut confier à la nature le soin de réparer les désastres : ceci nous semble exagéré; nous savons très-bien que dans les cas de mutilation complète des organes génitaux, il est inutile de réunir (Voir notre article, dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1867, nº 152); mais ici les conditions ne sont plus les mêmes, il y avait un organe à recouvrir, un testicule qu'il fallait dégager de ses adhérences, et l'opération seule pouvait nous donner ce résultat satisfaisant.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 25 février 1868. — Présidence de M. Blache.

—

(CORRESPONDANCE OFFICIELLE).

La correspondance officielle comprend :

1º Une lettre de M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce, par laquelle il transmet un rapport de M. le docteur Logerais sur les eaux minérales de Pougues (Nièvre);

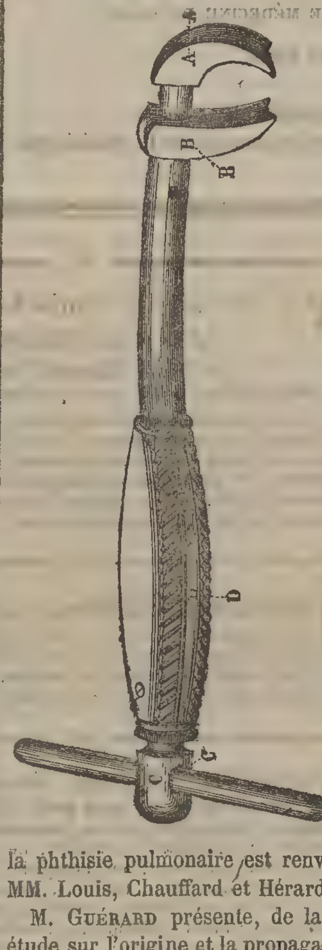
2º Une observation de fièvre typhoïde se développant chez trois personnes à la suite d'une intoxication par les gaz que dégagent les poêles de fonte, par M. le docteur Decaisne;

3º Une lettre de M. le docteur Canquoin, au sujet des injections intra-utérines. (Commissaire, M. Depaul);

4º Une lettre de M. Personne, mécanicien, qui soumet au jugement de l'Académie plusieurs meubles mécaniques à l'usage des malades, des opérés et des blessés;

5º Le modèle et la description d'une nouvelle clef pour l'avulsion des dents, imaginée par M. Poinsot et fabriquée par MM. Robert et Colin. (Commissaire, M. Oudet).

Cet instrument est composé des deux becs A et B, se rapprochant parallèlement en tournant la vis C à l'aide de la barette mobile qui la traverse. — Il tient à la fois de la clef et du davier. Son principal avantage est de ne pas augmenter la pression des deux becs sur la couronne de dents pendant l'extraction, contrairement à tous les autres instruments, clefs ou daviers. Quand on se propose d'extraire une dent quelconque, il suffit de comprendre la dent entre les deux mors écartés, de les rapprocher en tournant la barre métallique, de fixer les extrémités des deux becs entre le collet et la gencive, et à l'aide d'un mouvement de bascule, on extrait facilement la dent. La branche A peut se dévisser; alors la branche B, restant libre, peut servir de pied-de-biche.



6º Le mémoire lu par M. le docteur Oulmont sur l'action physiologique et thérapeutique du veratrum viride est renvoyé à une commission composée de MM. Blache, Roger et Poggiale;

7º Le mémoire lu par M. le docteur Moutard-Martin sur la valeur de l'arsenic dans le traitement de la phthisie pulmonaire est renvoyé à une commission, composée de MM. Louis, Chauffard et Hérard.

M. Guérard présente, de la part de M. le docteur Gallard, une étude sur l'origine et la propagation des maladies charbonneuses dans l'espèce humaine.

M. Gubler présente, de la part de M. le docteur Rommelaere (de Bruxelles), une étude sur la pathogénie des symptômes urémiques.

M. Boudet présente un exemplaire du dernier bulletin de la Société protectrice de l'enfance. Ce bulletin renferme le compte rendu de la séance annuelle tenue au conservatoire des Arts et Métiers le dimanche 2 février, sous la présidence de M. le docteur Barrier.

M. Depaul présente, de la part de M. le docteur Langlebert, un volume intitulé : *Aphorismes sur les maladies vénériennes.*

RAPPORT.

Eaux minérales. — M. Chevallier donne lecture d'un rapport officiel sur l'analyse d'une eau minérale; les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

LECTURES.

Dégénérescences physiques et morales. — M. le docteur Morel, médecin de l'asile Saint-Yon, à Rouen, donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Analogies entre les dégénérescences physiques, morales et intellectuelles des habitants des contrées paludéennes et celles des habitants des pays goîtrigènes.*

Voici les conclusions de ce mémoire :

Les dégénérescences de l'ordre intellectuel, physique et moral que l'on rencontre chez les habitants des pays paludéens et des contrées goîtrigènes ont d'assez frappantes analogies pour que l'on puisse les regarder dans l'un et l'autre cas comme le résultat d'une *malaria* dépendant de la constitution spéciale du sol et du sous-sol et de la viciation de l'atmosphère qui en est la conséquence.

Si ces deux dégénérescences ont des caractères distinctifs qui ne permettent pas d'en faire une seule variété morbide, elles ont, sous le rapport des phénomènes pathologiques observés chez les individus victimes de ces deux endémies, assez de points de contact pour qu'il soit possible de fonder le traitement, l'hygiène et la prophylaxie sur une base qui satisfasse également la raison et la science.

L'iode dans le traitement du goître et de la cachexie goîtreuse paraît agir à la manière des médicaments dits *toniques-névrosthéniques* qui, d'après MM. Trousseau et Pidoux, ont pour mission d'imprimer une grande résistance aux forces vitales et d'y établir des *synergies*.

Les conséquences de la *malaria paludéenne* et de la *malaria* des contrées goîtrigènes sont de telle nature que l'abaissement excessif des forces vitales qui apparaît de prime-abord chez les individus atteints ne leur permet pas d'opposer une réaction énergique et de consommer leur existence jusqu'à son terme, au travers de toutes les causes de destruction auxquels ils sont exposés.

Si l'iode et le quinquina sont d'excellents médicaments pour aider les malades à réagir contre les causes de destruction qui les atteignent ils seraient insuffisants pour régénérer les habitants des pays contaminés, si l'on ne procédait pas, grâce au concours énergique du Gouvernement, à l'assainissement de ces mêmes pays.

Si la théorie des eaux potables prétendues nuisibles ne me paraît pas assez fondée pour expliquer les causes du goître et du crétinisme, il est important que le choix des eaux pluviales et des eaux iodées devra entrer de préférence dans l'hygiène des habitants des contrées goîtrigènes.

Mais, encore une fois, on n'arrivera à aucun résultat radical si les prescriptions d'une bonne hygiène intellectuelle, physique et morale prescrites par les médecins et patronnées par une administration vigilante et ferme ne viennent pas s'imposer à des populations généralement dépourvues d'initiative et d'énergie.

En présence des excellents effets obtenus par le changement de climat, en présence aussi de l'opposition faite aux prescriptions médicales par les parents des enfants goîtreux qui espèrent ainsi les faire échapper à la conscription, on pourrait proposer aux conseils de révision de ne plus classer les goîtres parmi les cas d'exemption du service militaire.

Cette infirmité, symptôme de l'endémie qui règne dans plus de cinquante-deux de nos départements, est guérissable comme la cachexie paludéenne et la cachexie pellagreuse, par le changement de climat et de nourriture, sans compter l'emploi des sels iodés et surtout du deuto-iodure de mercure en frictions.

Telles sont les conclusions d'un travail dont vous voudrez bien excuser la longueur à raison de l'intérêt qui s'y rattache pour l'avenir de nos populations affligées.

Beaucoup de personnes croient encore qu'en raison de l'ignorance où l'on paraît être de la cause prochaine du goître et du crétinisme, il est impossible d'obvier au mal.

Comme j'ai des motifs de croire le contraire, j'ai désiré soumettre à la bienveillante critique de l'Académie les idées théoriques qui me guident et placer les espérances qui m'animent sous son précieux patronage.

(Le mémoire de M. Morel est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Falret, Chatin, Baillarger et Cerise).

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE.

M. Béclard donne lecture, pour M. le docteur Lebert, correspondant à Breslau, d'une lettre sur l'inoculation du tubercule. (Nous publierons des extraits de cette lettre dans un des prochains numéros).

PRÉSENTATION.

Ovariotomie. — M. le docteur Boinet présente à l'Académie une femme sur laquelle il a pratiqué récemment une opération d'ovariotomie pour un kyste multiloculaire datant de plus de vingt ans. (Nous publierons cette observation prochainement).

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION

Séance du 14 juin 1867. — Présidence de M. Barthez.

—

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

LECTURE.

M. Meuriot lit une observation intitulée : *Pleurésie hémorrhagique.*

DISCUSSION.

M. Rigal. — Cette observation me paraît intéressante à plusieurs points de vue. Elle soulève entre autres une question de diagnostic importante. M. Meuriot admet que la transmission des vibrations est due à la présence d'adhérences et de fausses membranes. J'ai observé, à l'hôpital Cochin, un cas à peu près analogue de persistance des vibrations thoraciques dans une pleurésie; mais dans ce cas, le poumon était revenu sur lui-même, et il n'y avait aucune relation entre les deux couches de fausses membranes. Je ne crois pas que cette dernière condition soit nécessaire à la transmission des vibrations.

Je demanderai aussi, à propos de ce fait, ce qu'il faut penser, lorsque dans le cours du troisième mois d'une pleurésie, on voit la matité persister, alors que le bruit de souffle à en partie disparu. L'épanchement persiste-t-il ou est-il résorbé? Des fausses membranes peuvent-elles dans ce cas donner lieu à de la matité, sans qu'il y ait d'épanchement? Je ne le crois pas pour ma part, et je pense que la matité est le meilleur signe de la présence du liquide.

M. Meuriot. — En donnant l'application précédente, je n'ai pas voulu dire qu'elle convînt à tous les cas. Je ne l'applique qu'aux deux faits que j'ai observés; dans les deux, les fausses membranes pariétales et viscérales étaient réunies par de nombreuses adhérences.

M. Cornil. — J'ai souvent recherché la transmission des vibrations thoraciques dans les cas d'épanchements; jamais je ne l'ai rencontrée lorsque l'épanchement était abondant, et si les deux couches de fausses membranes n'étaient pas soudées entre elles; aussi je crois l'opinion de M. Monneret parfaitement vraie, et je regarde les faits cités par M. Meuriot comme exceptionnels. Il en est de même des bruits respiratoires qu'on perçoit quelquefois dans la pleurésie, — c'est un simple effet du retentissement. — On ne peut comprendre, en effet, quand il y a une coque épaisse de fausses membranes, quand l'insufflation même est impuissante à dilater le poumon, comment on percevrait le murmure vésiculaire.

M. Meuriot. — Je ne crois pas que dans le cas actuel on pût expliquer le *bruit respiratoire* par le retentissement; on l'entendait non-seulement dans le dos, mais aussi à la partie antérieure et externe de la poitrine.

M. Bricheteau. — Je regrette quelques omissions dans cette observation, d'ailleurs, fort intéressante et fort soigneusement prise. Il a été question d'une éruption furonculeuse au commencement de l'observation. Il n'est pas dit quelle était la nature de cette éruption? Le malade était-il scrofuleux? L'examen des urines n'est pas rapporté. Quant à la tumeur de la rate, il me semble difficile de savoir à quoi la rattacher. On ne peut guère la mettre sous la dépendance du petit anévrysme de la splénique; peut-être faudrait-il la rapporter comme celle du foie à la tuberculose.

J'ajouterai encore un mot. Dans les pleurésies chroniques, il peut y avoir encore transmission du bruit respiratoire, lorsqu'il y a des fausses membranes. Dans ce cas, la transmission a lieu du poumon sain à l'oreille, par l'intermédiaire des fausses membranes qui doublent les parois thoraciques. L'abondance de l'épanchement n'est pas alors un obstacle.

M. Meuriot. — Les urines du malade ont été examinées. Elles ne contenaient pas d'albumine, mais une assez forte proportion d'urates alcalins. Quant à la transmission des bruits, je ne pense pas que l'explication de M. Bricheteau soit applicable dans le cas présent; le poumon était perméable, il a pu être insufflé; il est donc probable que le murmure respiratoire venait de lui.

M. Hemey. — Je crois pour ma part que, quelque comprimé que soit un poumon, il y a toujours entrée d'une certaine quantité d'air dans son intérieur, et qu'il est plus logique d'admettre que c'est là que se produit le bruit respiratoire que de recourir à l'autre poumon pour expliquer la transmission.

M. Cornil. — Il me semble impossible de supposer qu'il passe de l'air dans la bronche, si le poumon qui lui fait suite est imperméable et ne se dilate pas; je ne puis partager en cela l'opinion de M. Hemey.

M. Barthez. — Dans cette discussion, MM. Cornil et Hemey me semblent avoir tort et raison à la fois, l'un et l'autre. Il est certain que la transmission du bruit respiratoire peut se faire d'un côté à l'autre de la poitrine; c'est alors un véritable murmure vésiculaire qu'on perçoit en général près de la colonne vertébrale. Mais ce n'est point ce qui avait lieu dans le cas actuel. Le bruit était modifié dans sa nature et s'entendait jusque dans l'aisselle. Dans ce cas, il se passait dans les bronches du côté malade. Il est certain que si le poumon est imperméable, s'il n'entre plus d'air dans les conduits bronchiques, il n'y a point transmission, il y a absence de bruit respiratoire. Mais supposez qu'il n'y ait pas beaucoup de liquide, que le poumon, tout en étant comprimé, puisse faire quelques mouvements, il y aura une légère dilatation des bronches; l'air y pénétrera et produira un bruit qui sera transmis.

Je crois donc que, suivant les conditions anatomiques et physiques, il y a tantôt transmission d'un côté à l'autre de la poitrine du bruit respiratoire, tantôt formation d'un bruit anormal, et impossibilité de transmission.

Le Secrétaire, Cornil.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

1. Bachelet (Lucien). De l'Ischémie cérébrale.
2. Arthuis (Arthur). Des principaux traitements de la phthisie pulmonaire.
3. Pied (Édouard). De l'Iode et des préparations iodées au point de vue physiologique et thérapeutique.
4. Rocher (A.). Des Tumeurs fibro-plastiques.
5. Cocaign (Charles). De l'Ophthalmie blennorrhagique, son traitement par le tartre stibié à haute dose.
6. Moréno y Maïz (Thomas). Recherches chimiques et physiologiques sur l'Erythoxylum coca du Pérou et la Cocaïne.
7. Anfrun (Albert). De la valeur diagnostique et pronostique de la température et du pouls dans quelques maladies.
8. Caron (Auguste). Des Abcès urineux.
9. Castaings. Essai sur la Variole hémorrhagique.
10. Raybaud (Ernest). Essai sur les Tumeurs fibreuses de l'utérus.
11. Verdier (A.). Recherches sur l'Apoplexie placentaire et sur les Hématomes du placenta.
12. Saux (Léon). De l'Hépatite des pays chauds.
13. Pouligoux (Léonce). De la Physique appliquée au diagnostic.
14. Bourdy (Lucien). Des Tumeurs fibro-plastiques sous-cutanées des membres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance le vendredi 28 février, à la Faculté de médecine, à huit heures du soir.

Lecture. — Rapport de M. Rigal sur une observation de M. Bouillon : paralysie générale avec autopsie.

Élection pour une place de membre titulaire.

— M. le docteur Edmond Alix commencera un cours d'anatomie comparée dans le bâtiment annexe de la Sorbonne, rue Gerson, le samedi 29 février, à deux heures, et le continuera les samedis et mercredis suivants.

Le Directeur, Dr E. le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Nº 25. — SAMEDI 29 FÉVRIER 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 29 FÉVRIER 1868. — Nº 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sur une lésion particulière de la bourse séreuse sous-acromiale, suite de contusion.

A l'occasion d'un fait qui s'est présenté récemment à la Clinique, M. le professeur Jarjavay a signalé à ses élèves une confusion qui a été faite longtemps, et qui pourrait être faite encore aujourd'hui, entre une lésion particulière de la bourse séreuse sous-acromiale survenant ordinairement à la suite d'une contusion de l'épaule, qu'il a décrite dans un mémoire récent dont nous allons parler tout à l'heure, et la luxation du tendon de la longue portion du biceps huméral.

Rappelons d'abord le fait.

Un homme âgé de 48 ans, Jean F..., cantonnier, à la suite d'une chute dans laquelle l'épaule avait porté, entra vers le milieu du mois de novembre dernier à l'hôpital des Cliniques, où on constata une fracture de l'omoplate. Le bras fut immobilisé par un bandage circulaire, et au bout d'une vingtaine de jours environ, on put supprimer tout appareil, la fracture étant consolidée. Mais voici ce que l'on reconnut à cette époque.

Les mouvements du bras en avant et en arrière ne déterminaient aucune douleur, mais l'abduction devenait douloureuse quand on portait le bras horizontalement; et en même temps on percevait un bruit de craquement, ou plutôt un petit clapotement qui paraissait se passer au point où avait lieu la douleur, c'est-à-dire au niveau du sommet de l'acromion. L'épaule était un peu amaigrie; il y avait un commencement d'atrophie du deltoïde que le malade évitait le plus possible de contracter. M. Jarjavay, après un examen très-attentif, se fondant sur des faits semblables qu'il avait eu l'occasion d'observer, exprima l'opinion que le petit bruit de clapotement qui se produisait dans le mouvement d'abduction du bras et la douleur qui l'accompagnait, et que l'on a souvent attribués au déplacement du tendon du biceps, étaient causés ici par l'épaississement de la bourse séreuse qui existe entre l'acromion et la tête de l'humérus.

Conformément à ce diagnostic, et dans le but de prévenir l'atrophie des muscles qui n'aurait pas manqué de survenir par l'inaction du membre, M. Jarjavay prescrivit le massage, qui fut pratiqué pendant plusieurs jours et suivi ensuite d'un certain nombre de séances d'électrisation. Le malade sortit guéri vers la fin de décembre ou dans les premiers jours de janvier.

Ce fait, dans sa simplicité apparente, soulevait, comme nous l'avons dit, une question intéressante. C'est cette question qui a fait l'objet d'un excellent Mémoire de M. Jarjavay et que nous allons examiner maintenant avec lui.

Les tendons qui s'enroulent sur les extrémités des os sont-ils susceptibles de se luxer sans qu'il y ait fracture de ces os ou dislocation de l'articulation? Quelques chirurgiens disent oui; le plus grand nombre dit non. M. Jarjavay est de l'opinion de ces derniers. Voyons quels sont les motifs sur lesquels se fonde cette opinion.

Une douleur vive dans le moignon de l'épaule pendant une violente torsion du bras, la sensation d'un déplacement dans la profondeur de la région, de manière à faire croire au blessé qu'il est atteint d'une luxation, une gêne plus ou moins grande dans les mouvements de l'articulation scapulo-humérale, voire même l'immobilité, de l'inflammation à un degré variable, la rigidité du biceps en même temps qu'existe une flexion du coude, la sensation d'une réduction à la suite de mouvements de rotation imprimés à la tête de l'humérus, tel est l'ensemble des symptômes qui ont porté les observateurs témoins de ces faits à croire à l'existence d'une luxation du tendon de la longue portion du biceps brachial. Mais, fait remarquer M. Jarjavay, la preuve matérielle de cette lésion n'a point été donnée. Par contre, d'autres observateurs ont décrit la luxation du tendon du biceps avec des pièces pathologiques, mais ils n'en ont pas constaté les symptômes.

Il est certain cependant, aux yeux de M. Jarjavay, qu'à la suite de distensions violentes du bras, des malades présentent quelquefois, avec une douleur vive et l'immobilité de l'épaule, avec un sentiment de fatigue dans la partie inférieure du biceps brachial, la sensation d'un déplacement et même un bruit très-prononcé quand on imprime à l'humérus des mouvements de rotation.

Dans le doute que ces symptômes fussent dus à la luxation du tendon de la longue portion du muscle biceps, M. Jarjavay a cherché à déterminer le siége précis de la douleur, la position du membre thoracique et les moments dans lesquels cette douleur se produit plus vive. Il a examiné des sujets à l'effet de constater le mécanisme du bruit ou du soubresaut qui donne lieu à la sensation d'un déplacement pour le malade comme pour le chirurgien qui a appliqué sa main sur l'épaule; et il a vu que le siége de la douleur et de l'espèce de craquement qui simule une réduction, est à 2 centimètres en dehors du tendon de la longue portion du biceps, et que les phénomènes se rattachent à une lésion tout autre que la luxation du tendon. Voici, en substance, l'un des faits qu'il a observés.

Dans ce fait, il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, qui, après avoir, à douze reprises différentes, porté sur son épaule gauche un poids de cinquante kilogrammes qu'il maintenait par sa main droite passée derrière la tête, voulant, après quelques instants de repos, élever le bras droit dans l'abduction et en avant pour saisir un objet, ressentit une vive douleur dans la partie externe du moignon de l'épaule, douleur qui ne cessa qu'au moment où le membre retomba subitement le long du tronc. A dater de ce moment, ce jeune homme ne put plus travailler. Cinq jours après, le malade étant entré à l'hôpital, M. Jarjavay constata ce qui suit : Il existait un gonflement léger de l'épaule droite; le bras était maintenu par la douleur dans l'immobilité, le tronc étant incliné à droite et l'avant-bras dans la flexion; endolorissement sur la partie inférieure du muscle biceps qui soulevait la peau au-dessus du pli du coude. Les mouvements des bras en avant, en arrière, en dedans, s'opéraient dans une faible étendue et sans trop souffrir; mais le mouvement d'abduction était arrêté par une douleur extrêmement vive. Portait-on l'abduction du membre jusqu'à la direction horizontale, aussitôt une vive douleur se faisait sentir dans le moignon de l'épaule en même temps qu'une espèce de claquement. Abandonnait-on alors le membre à son propre poids, il retombait immédiatement, et la douleur et le bruit se produisaient. On eût dit, chaque fois, qu'une réduction venait de s'opérer. La douleur était calmée dès que le bras restait pendant le long du corps. Le siége précis de la douleur et du soubresaut était à la partie externe du moignon de l'épaule, au niveau du bec saillant de l'acromion. Quand le chirurgien, tenant l'humérus dans la position horizontale, lui imprimait des mouvements de rotation, il reproduisait le bruit avec la même intensité et occasionnait la même douleur. Si, pendant cette dernière manœuvre, un aide appuyait avec les deux mains sur la partie supérieure de l'os, de manière à abaisser cette extrémité en même temps que les mouvements de rotation étaient imprimés à celui-ci, le claquement ne se reproduisait plus.

Les mêmes épreuves, répétées plusieurs fois les jours suivants, donnèrent chaque fois le même résultat.

Sous l'influence d'un bandage contentif et d'applications de compresses résolutives, au bout de quelques jours la douleur avait diminué et les mouvements spontanés étaient devenus plus libres; le bruit persistait, mais avec moins d'intensité. Une fois la douleur complétement disparue, on recommanda d'exercer le bras. Les choses se rétablirent peu à peu.

On aura été frappé de la similitude de ce fait avec celui que nous avons rapporté en tête de cet article. C'est par l'étude attentive de ce fait et de quelques autres semblables et qu'il serait beaucoup trop long de rapporter ici, que M. Jarjavay est parvenu à saisir et à décrire avec une remarquable précision le mécanisme de cette lésion et les conditions dans lesquelles se produit le bruit particulier de déplacement qui avait fait croire jusque-là aux observateurs à l'existence d'une luxation du tendon du biceps.

Dans tous les cas relatés par M. Jarjavay, en effet, la lésion s'est produite dans un mouvement de torsion du membre thoracique en dedans et en arrière. Or, pour que le tendon de la longue portion du biceps pût se luxer pendant ce mouvement sur le trochiter de l'humérus, il faudrait, fait-il remarquer, que non-seulement la coulisse qui l'engaîne fût ouverte, mais encore que les insertions de la capsule scapulo-humérale et du tendon du muscle sus-épineux fussent détruites. La violence capable d'opérer cette lésion produirait plutôt une rupture du tendon bicipital ou la luxation de l'épaule, ou, ce qui est plus vraisemblable, l'une et l'autre simultanément. Portant, au contraire, son attention sur la bourse séreuse située au-dessous de la voûte acromio-coracoïdienne, on voit que les mouvements de torsion distendent et froissent ses parois, surtout quand l'humérus a été préalablement dirigé en avant ou en arrière. De plus, si, le muscle deltoïde coupé dans ses attaches inférieures et renversé de bas en haut sur l'acromion et la clavicule, on élève le bras dans l'abduction, on remarque que les parois de la bourse séreuse se plissent et forment un bourrelet au-dessus du bec de l'acromion, et que, au moment où l'humérus atteint l'horizontale, le trochiter glisse sous l'acromion en refoulant au dedans les replis de la bourse séreuse. Si les parois sont dans l'état normal, ce glissement se fait sans secousse et sans bruit; si, au contraire, elles sont épaissies, si la cavité est traversée par des espèces de cordages fibreux, un soubresaut se fait et donne lieu à une espèce de claquement. « J'ai rencontré plusieurs fois, dit M. Jarjavay, cette altération de la bourse séreuse sous-acromiale : les parois sont en même temps sèches, et les toiles celluleuses qui la traversent normalement, minces et souples, présentent une véritable transformation fibreuse. Il n'est pas rare de rencontrer cette disposition chez des ouvriers qui exercent habituellement leurs bras dans des travaux pénibles. Chez eux, il est facile de produire à volonté, en élevant l'humérus dans l'abduction, le bruit dont il a été question. Quand l'épaule subit des mouvements exagérés de torsion, des contusions ou des déchirures se produisent dans les parois de la bourse sous-acromiale; de là une inflammation, une tuméfaction de ces parois qui rendent les mouvements du membre thoracique douloureux; de là l'immobilité; de là le claquement, le soubresaut qui est occasionné par les mouvements d'élévation et d'abduction, par celui de rotation de l'humérus maintenu dans la direction horizontale; de là enfin la sensation d'une réduction, comme s'il y avait eu quelque chose de luxé dans l'épaule. »

Aux objections que l'on pourrait faire à cette interprétation des faits et aux doutes que l'on pourrait émettre sur leur réalité, M. Jarjavay répond :

1° Que le siége de la douleur est à la partie interne du moignon de l'épaule, exactement au niveau du bec saillant de l'acromion, c'est-à-dire à 2 centimètres 1/2 environ en dehors du point où passe le tendon du biceps;

2° Que le soubresaut et le bruit ont le même siége que la douleur, et que douleur et soubresaut sont exactement synchroniques;

3° Qu'ils ne se manifestent qu'au moment où le bras, porté dans l'abduction, est assez élevé pour que le trochiter glisse sur le bec acromial; ou bien encore quand, le bras maintenu dans l'horizontale et dans l'abduction, on imprime à l'humérus des mouvements de rotation, soit en dedans, soit en dehors, c'est-à-dire quand on fait glisser la partie froncée de la bourse séreuse entre l'acromion et le trochiter;

4° Enfin, M. Jarjavay a constaté, à la suite d'un hygroma aigu de la bourse séreuse sous-acromiale, les mêmes symptômes que ceux qui ont été signalés chez des malades qui avaient subi une torsion du membre thoracique.

De tous ces faits et de ces considérations, M. Jarjavay a cru pouvoir conclure :

1° Que la luxation simple du long tendon du muscle biceps brachial n'existe pas ou du moins n'est pas démontrée;

2° Que la lésion que l'on a prise pour une luxation de ce tendon a son siége dans la bourse séreuse sous-acromiale;

3° Que cette lésion consiste dans un gonflement inflammatoire occasionné par la contusion ou la déchirure de cette bourse séreuse, ou, consécutivement à l'inflammation, dans l'hypertrophie avec induration de ses parois et la transformation fibreuse des lames naturellement celluleuses qui la traversent;

4° Que l'ensemble des symptômes est le suivant : sensation d'un déplacement au moment de l'accident; gonflement dans le moignon de l'épaule; douleur qui empêche les mouvements du bras, principalement l'abduction; flexion permanente de l'avant-bras, et, comme conséquence, rigidité du muscle biceps et fatigue au pli du coude; augmentation de la douleur et production d'un bruit particulier au-dessous de l'acromion quand on fait glisser au-dessous de cette apophyse le trochiter de l'humérus; disparition de la douleur et retour des mouvements par le repos, l'application d'une écharpe sous l'avant-bras et de compresses imbibées de liquides résolutifs sur le moignon de l'épaule; persistance habituelle du claquement, alors même que la douleur ne se fait plus sentir et que les mouvements sont redevenus libres;

5° Que l'application de l'électricité sur les attaches des muscles deltoïde et sus-épineux est un excellent moyen pour immobiliser l'omoplate, en même temps qu'on détermine des mouvements du membre thoracique.

Applications de l'iodoforme au traitement des ulcères et des plaies à cicatrisation lente.

On sait que l'iodoforme a été préconisé récemment dans le traitement de certaines ulcérations rebelles et en particulier du cancer ulcéré de l'utérus. M. le docteur Besnier, chargé temporairement du service de M. Lailler, à l'hôpital Saint-Louis, avait été conduit, sur les indications de ce médecin, à employer l'iodoforme finement pulvérisé en applications à la surface des plaies à cicatrisation lente, des ulcérations syphilitiques et notamment du chancre mou et des ulcérations cancéreuses. Voici en quels termes il expose les résultats de ses premiers essais dans une note insérée au *Bulletin général de thérapeutique* (N° de décembre dernier).

La première application fut faite sur des chancres mous du gland et sur des chancres d'inoculation faits à la cuisse. La douleur assez vive dont ces plaies étaient le siége fut manifestement calmée par ces applications, et la cicatrisation s'opéra avec une rapidité remarquable. Peu après, sur une malade du même service, M. Besnier fit recouvrir tous les jours de poudre d'iodoforme une vaste ulcération bourgeonnante, étendue à toute la surface d'un sein cancéreux. Cette fois encore, aucun accident local ou général ne suivit cette pratique, et malgré les conditions particulièrement défavorables de ce cas, un travail manifeste de cicatrisation parut commencer; — l'expérience n'a pas été poursuivie assez longtemps pour se rendre un compte exact de ce fait. — Peu après encore, M. Besnier eut l'occasion de voir à sa consultation un jeune homme atteint d'un chancre mou du gland, n'ayant aucune tendance à la cicatrisation, malgré un traitement local approprié. Pendant une semaine, il se borna à l'expectation, puis ayant constaté l'absence totale de travail de cicatrice, il fit faire des applications bi-quotidiennes de poudre d'iodoforme; sous l'influence de ces applications et sans le concours d'aucune autre médication, la cicatrisation se termina avec rapidité.

M. Besnier a saisi depuis, dit-il, toutes les occasions de recourir au même procédé, et il lui a toujours paru, dans ces conditions, que l'iodoforme avait pour résultat de calmer la douleur et de hâter le travail de cicatrisation.

Voici le procédé d'application : l'iodoforme, réduit en poudre très-fine, est déposé à la surface de la plaie préalablement nettoyée et abstergée, avec une spatule qui sert, en outre, à la faire adhérer et à la tasser en quelque sorte, quand il s'agit de plaies petites et profondes. On en assure ensuite le maintien par un moyen approprié à la région, — pour la peau, un linge glycériné; pour le gland, un peu de baudruche gommée, etc. Quand il s'agit de plaies de petites dimensions et situées dans des régions spéciales, comme les ulcérations du gland, l'application de la poudre devra être renouvelée aussi souvent qu'il sera nécessaire pour maintenir son action en permanence. Pour les ulcérations du col de l'utérus, les applications se feront par insufflation, et la contention, au moyen d'un tampon de charpie sèche.

Actuellement et jusqu'à démonstration contraire, je pense, dit M. Besnier, que c'est surtout l'iodoforme en poudre, mélangé ou non à d'autres substances pulvérulentes, qui constitue la préparation à adopter, et que l'indication spéciale du médicament réside dans l'existence de plaies ulcéreuses plus ou moins anciennes, douloureuses ou non, et ayant pour caractère commun l'absence ou l'insuffisance du travail de cicatrisation.

CATARACTE TRAUMATIQUE

Guérison sans opération.

Par le docteur L. de Lucé (de Vire).

Le 29 octobre 1866, le sieur Eugène T..., cultivateur, venait solliciter mes conseils pour son jeune enfant, garçon de neuf ans, privé de la vue du côté droit.

Le 23 septembre dernier, cet enfant était occupé à couper du chanvre avec un couteau pointu lorsque, par suite d'une résistance brusquement vaincue, la pointe du couteau fut portée dans l'œil droit dont elle divisa la cornée dans les trois quarts externes de son diamètre transversal.

Jusqu'à ce jour, les parents, selon l'avis qui leur fut alors donné par M. le docteur P..., se sont bornés, pour tout traitement, à quelques lotions d'eau froide; l'œil n'a pas été bandé.

Voici l'état actuel de l'œil : d'une coaptation défectueuse suivie de réunion tardive a résulté l'opacité et une saillie légère de la cicatrice. La cornée, au niveau d'une adhérence de la marge pupillaire externe de l'iris à la cicatrice, présente une autre opacité produite par l'infiltration dans ses lames profondes de lymphe plastique; cette opacité, à cheval sur la cicatrice, s'étend dans tout le champ visuel et surtout inférieurement; toute la moitié externe de la cornée est nuageuse et identique à une glace sur laquelle on aurait soufflé. Deux vaisseaux assez volumineux, dont l'un suit la marge inférieure de l'iris et l'autre la cicatrice kératique, vont se réunir sur l'iris dans sa portion adhérente pour se perdre ensuite près de l'insertion scléroticale. L'iris, vers sa synéchie antérieure, s'est épaissi et sa couleur a tourné au bleu terne, sale. La pupille ayant été dilatée par l'atropine, j'aperçois une teinte blanc-bleuâtre de tout le fond de l'œil; le cercle uvéen, sauf près de l'adhérence irienne, est très-développé, et l'ombre portée, petite. L'enfant, peu de temps après l'accident, a éprouvé des douleurs circumorbitaires assez vives, nulles aujourd'hui. La sensation de la lumière persiste seule.

Je prescris la médication suivante :

1° Quatre gouttes par jour dans l'œil du collyre suivant :

Sulfate neutre d'atropine........	0,02
Eau distillée........	5

2° Lotions fréquentes de l'œil avec une cuillerée à café de la solution suivante :

Eau distillée........	120
Eau de laurier-cerise........	5
Borate de soude........	0,20

3° Purger l'enfant deux fois par semaine avec :

Décoction de sené, 10 grammes, réduite au 100°.	
— de café	—
Sucre........	q. s.

4° Promener autour de l'orbite des vésicatoires volants de la dimension d'une pièce de 2 francs;

5° Bandeau flottant au-devant de l'œil.

Le 2 novembre, je revois mon petit malade. L'opacité de la cornée s'est un peu éclaircie; le néphélion a disparu. La dilatation de la pupille complète, excepté à son bord externe, forme une ouverture oblongue à grand diamètre vertical. Le volume des deux vaisseaux a diminué. L'opacité cristallinienne, examinée à l'ophtalmoscope, ne m'a présenté aucune modification. C'est à peine si l'enfant distingue le passage de la main au-devant de l'œil. Mêmes prescriptions.

Le 11 novembre, l'état de la cornée s'était peu modifié. En revanche, je remarque que le cercle uvéen s'est bien rétréci; l'ombre portée par l'iris est plus grande, et la cataracte plus bleuâtre me semble plus profonde. A l'ophtalmoscope je découvre, en haut et en dedans, une zône étroite dont la transparence me permet d'apercevoir le fond rosé de l'œil. Cet examen fatigue l'œil. L'ombre de la main est mieux appréciée. J'espère la résorption de la lentille et je l'annonce.

Le 2 décembre, la tache kératique a disparu au-dessus de la cicatrice et n'existe plus au-dessous que dans une très-petite étendue. La résorption de la lentille cristallinienne a fait des progrès sensibles, et la zône transparente s'est beaucoup agrandie. L'enfant commence à reconnaître quelques objets volumineux. Continuer le collyre à l'atropine exclusivement.

Le 16 décembre, la cornée est transparente dans toute son étendue, sauf dans les deux tiers externes de la cicatrice. L'iris, qui a repris, à peu de chose près, sa couleur et son volume ordinaires, est accroché à la cicatrice par une languette très-mince; dès le 2 décembre, les deux vaisseaux n'étaient plus visibles. Le seul vestige de la cataracte qui persiste est constitué par une petite membrane blanchâtre, semblable à la nacre et comme ridée. Cette opacité, formée probablement par un débris de la capsule, est située derrière la synéchie antérieure et flotte dans le tiers inférieur et externe du champ pupillaire. L'enfant distingue facilement des objets tels qu'un couteau, un livre, un chandelier, un soufflet de salon, et même déchiffre, avec beaucoup de peine, il est vrai, les lettres du n° 15 de l'échelle de Jaeger.

J'ai revu mon petit malade le 15 avril dernier : l'état de l'œil est le même; toutefois le débris capsulaire est beaucoup moins profond et sa couleur pourtant plus grisâtre.

Malgré les faits observés par M. Pugliatti, je crois peu à l'efficacité du traitement médical des cataractes; M. le docteur Desmarres l'admet cependant dans les cataractes traumatiques. Mais, quoique mes recherches, dans ce cas particulier, n'aient pu me faire découvrir, soit par l'état de l'opacité qui était d'un blanc bleuâtre uniforme, soit celui de la capsule, une déchirure de cette dernière membrane; bien que la résorption ait débuté dans une région de cristallin opposée au traumatisme, je crois bien plutôt ici à une discision accidentelle, suivie de résorption, qu'à la réussite du traitement employé.

Note sur un nouveau mode de guérison de Kératoconus.

Par le Dr Édouard Meyer.

(Lu à l'Académie de médecine le 18 février 1868).

L'affection dont j'ai l'honneur d'entretenir cette illustre compagnie est connue depuis longtemps sous le nom de *kératoconus*, ou *cornée conique*.

Les recherches étiologiques provoquées par cette étrange anomalie dans la forme de la cornée n'ont pas eu d'autre résultat que de démontrer un trouble évident dans l'équilibre entre la pression intra-oculaire et la résistance de la cornée considérablement amincie. Nul doute que la cause de cette désharmonie ne se trouve dans la cornée même; cependant l'anatomie pathologique n'a pas encore pu nous éclairer sur la nature intime de cette cause, que nous ne pouvons attribuer exclusivement à une inflammation lente avec ramollissement du tissu cornéen. En effet, l'opacité légère constatée souvent au sommet du cône paraît plutôt consécutive à la distension de la cornée.

Quoi qu'il en soit de sa cause, l'affection, lorsqu'elle a une fois revêtu sa forme définitive, jette un trouble considérable dans la vision, un trouble tel, que les malades atteints du staphylôme pellucide de la cornée ne sont bientôt plus en état de se servir de leurs yeux, ni pour le travail, ni pour se conduire sans danger. La cause du trouble fonctionnel réside d'une part dans l'allongement extraordinaire de l'axe antéro-postérieur du globe oculaire, et d'autre part dans l'existence d'un astigmatisme irrégulier qui offre cette particularité que les parties d'égale réfraction sont situées dans des cercles ou des ellipses concentriques au sommet du cône; aussi voit-on les malades, pour atténuer ces inconvénients, cligner des paupières, en rétrécissant ainsi la fente palpébrale pour exclure une portion des rayons lumineux; ils obtiennent, en effet, une légère amélioration dans leur vision.

La thérapeutique a imité ce procédé en appliquant des appareils sténopéiques, ou en modifiant la forme de la pupille d'après le procédé de Bowman; le chirurgien anglais donne, par deux opérations consécutives à l'ouverture irienne, la forme d'une fente ovalaire dans le sens horizontal. Avant lui, M. de Graefe avait déjà conseillé contre le kéracotonus, l'iridectomie qui, en diminuant la pression interne de l'œil, empêche les progrès ultérieurs de la distension de la cornée. Dans la même intention, on avait proposé les paracentèses de la chambre antérieure, sans pouvoir cependant se flatter d'obtenir ainsi des résultats notables, parce qu'on sait trop bien que l'humeur aqueuse ainsi évacuée se reconstitue en peu de temps. D'ailleurs, toutes ces propositions avaient pour tout résultat d'arrêter la formation du kératoconus ou d'améliorer les troubles de la vision. Ils ne pouvaient satisfaire ni le malade, qui conservait toujours la conicité de la cornée, ni les médecins qui comprenaient que, pour guérir le malade, il fallait s'attaquer à la cornée même. Aussi rencontrons-nous dans l'historique de cette maladie la proposition de cautériser le staphylôme avec le beurre d'antimoine (Richter), et d'autres, plus étranges encore, telles que l'excision d'une portion latérale de la cornée. J'ignore, Messieurs, si cette proposition a jamais été exécutée; en tout cas, l'observation, autant que je sache, n'aurait pas été publiée, et on comprend en effet que cette excision, suivie inévitablement du prolapsus de l'iris, et du déplacement ou même de l'expulsion du cristallin, expose l'œil à des dangers tels, qu'il fallait plutôt s'attendre à la perte de l'organe qu'à des résultats favorables. Cette excision, d'après une autre proposition émanant, si je ne m'abuse, de Dieffenbach, devait être suivie d'une suture de la cornée qui, en réunissant les lèvres de la plaie, aurait en même temps aplati la cornée. Je ne pense pas, Messieurs, que la hardiesse des opérateurs se soit jamais risquée jusqu'à l'exécution de ce procédé.

Le traitement du kératoconus était donc resté dans cet état peu satisfaisant, lorsque M. de Graefe publia, en 1866, un autre procédé qui, se basant sur l'observation attentive des infiltrations de la cornée, lui avait fourni dans un cas un résultat assez encourageant.

A la fin de l'année dernière, j'eus la bonne fortune de m'entretenir sur ce même sujet avec le savant professeur de Berlin, et c'est ainsi guidé par ses observations et par ses conseils, que j'ai entrepris le traitement d'un malade que M. de Graefe avait vu lui-même à plusieurs reprises. C'est de ce traitement et de son résultat que je demande la permission de dire quelques mots.

Le malade ici présent, âgé de 43 ans, s'est aperçu, en 1860, que ses yeux se fatiguaient facilement et que sa vue faiblissait petit à petit, à tel point que tout travail lui devint impossible. Il vint à Paris consulter notre regretté confrère M. Follin, qui reconnut l'existence d'un staphylôme pellucide de la cornée des deux yeux, lui donna des lunettes sténopéiques, recommanda le repos des yeux et dit franchement au malade qu'il n'y avait rien à faire.

Le malade retourna dans son pays, et avec chaque année qui s'écoulait, il voyait le mal faire de nouveaux progrès. Cinq ans après avoir consulté M. Follin, le malade fit le voyage de Berlin, et M. de Graefe lui conseilla de se laisser faire à l'œil gauche (je cite les paroles du malade telles qu'il me les a écrites) des opérations sur la cornée, qui devaient avoir pour résultat de détruire le staphylôme. Il ne fut pas alors donné suite à cette proposition, et au mois d'octobre de l'année dernière, le malade se présentait chez moi dans l'état suivant :

A droite, la conicité de la cornée est moins prononcée qu'à gauche; aussi il peut de l'œil droit se conduire, quoique avec hésitation, et lire des caractères de grandeur moyenne (Jaeger, n° 8) en approchant le livre jusqu'à cinq pouces (à distance 3 dixièmes, porté par la fente sténopéique jusqu'à 1 sixième). L'œil gauche présentait un staphylome pellucide des plus prononcés, et la vue en avait tellement souffert, que le malade ne pouvait plus compter de cet œil les doigts de sa main lorsqu'il avait le bras étendu.

Des deux côtés, l'examen à l'ophthalmoscope ne démontra aucune anomalie du fond de l'œil. Il me parut de la plus haute importance, vu le mauvais état de l'œil gauche, de ne négliger aucun moyen pour conserver l'autre dans son état actuel, et je proposai au malade une iridectomie en haut qui fut pratiquée, au milieu d'octobre, avec le résultat habituel. Je profitai de la présence de M. de Graefe à Paris pour l'entretenir de ce malade, qu'il avait revu peu de jours auparavant, et pour lui demander ce que l'on pourrait faire pour l'autre œil. C'est d'après ses conseils que je pratiquai alors l'opération suivante qui, cette fois, devait avoir pour but l'aplatissement de la cornée et la disparition du staphylôme. Le 19 novembre, j'enlevai de la surface de la cornée, avec un petit instrument exécuté par M. Mathieu d'après mes indications et que j'ai l'honneur de vous présenter, un petit morceau de la substance de la cornée, un peu en dehors du sommet du cône, à peu près sur une largeur de 2 à 3 millimètres. La cornée n'ayant pas été percée, il ne s'échappa pas une goutte d'humeur aqueuse. Cette petite opération n'étant suivie d'aucune réaction, je touchai l'endroit opéré, deux jours après, avec une pierre mitigée (nitrate d'argent et nitrate de potasse à parties égales), et je répétai cette légère cautérisation de temps en temps pendant une semaine. Ne voyant arriver aucune réaction, malgré l'application de compresses chaudes, j'enlevai, dix jours après la première opération, une seconde portion, grande comme la première, de la surface cornéenne, sans pénétrer dans la chambre antérieure. Il s'établit alors, après plusieurs jours et de nouveaux attouchements avec la pierre, une petite infiltration tout à fait limitée à l'endroit de l'opération. Un mois après la première opération, je faisais à cet endroit même une ponction de la cornée que je répétai de six à sept fois dans l'espace de dix jours. Pendant tout ce temps, le malade, portant un bandage sur son œil, sortait de chez lui pour venir tous les jours à ma clinique, où ce traitement avait lieu sous les yeux de mes élèves.

A partir du 1er janvier, l'œil ne fut plus touché, et je ne mis plus d'obstacle à la guérison de la petite ulcération. Dès ce jour, nous avons vu la cornée, sous l'influence de la rétraction de son tissu, produite par la cicatrisation, s'aplatir petit à petit, de sorte que, vers le 20 janvier, il n'y avait plus trace de staphylôme. Aujourd'hui, je peux mettre sous vos yeux les dessins de l'œil avant et après l'opération pour vous faire juger du changement de sa forme. Quant à la vision, permettez-moi, Messieurs, de citer les paroles du malade qui, doué d'une grande intelligence, a voulu juger lui-même son état.

« Mon œil, avant le 19 novembre, tout en laissant entrer la lumière, la recevait dans des conditions telles, que je puis presque dire qu'il ne me servait à rien. Je n'aurais certainement pas pu en faire usage pour me conduire. Je n'aurais pas reconnu quelqu'un que j'aurais pu toucher de la main; écrire ou lire quelque caractère que ce fût m'était parfaitement impossible. J'avais beau faire remonter ma paupière à tous les degrés, ce moyen, efficace pendant longtemps, ne m'offrait plus de ressource.

« Aujourd'hui, le staphylôme a disparu; je puis voir, au point que je circule sans crainte dans les rues; je reconnais les personnes qui y passent d'un trottoir à l'autre; je vois ce que j'écris, je peux lire des caractères assez fins. »

A ces paroles, écrites il y a quinze jours, nous ajouterons seulement que le malade lit le n° 4 des échelles de Jaeger et qu'il déchiffre même des numéros plus fins.

Devant ce succès obtenu par le traitement indiqué dans ses principes par M. de Graefe, je n'ai plus voulu hésiter de soumettre au jugement de l'Académie de médecine ce nouveau genre de traitement. Heureux de pouvoir, d'après une communication écrite de mon savant maître, ajouter au résultat obtenu par moi trois autres succès que cette opération a donnés à M. de Graefe lui-même, je pense que nous pouvons sans hésitation enregistrer, comme un nouveau triomphe de la science, la guérison d'une maladie qui privait l'homme du don précieux de la vision et qui était jusqu'ici déclarée incurable.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 5 février 1868. — Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

INSTALLATION DU BUREAU.

M. Legouest monte au fauteuil de la présidence, et invite M. Trélat, secrétaire, et M. Léon Labbé, secrétaire annuel, à prendre leur place au bureau.

DISCUSSION SUR LES LUXATIONS DE L'ASTRAGALE (SUITE).

M. Chassaignac. A l'occasion de la communication faite par M. A. Guérin dans l'avant-dernière séance, il a été question d'un cas de luxation que j'avais observé et auquel j'ai donné le nom de *luxation sous-scaphoïdienne de l'astragale*.

Le blessé avait fait une chute d'un cinquième étage. L'astragale du côté gauche fut écrasé; celui du pied droit avait rompu le ligament qui unit le calcanéum au scaphoïde et était venu faire saillie à la plante du pied, puis le scaphoïde entraînant avec lui le premier cunéiforme et le premier métatarsien s'était placé sur la tête de l'astragale.

Il n'existait aucune déviation du pied, ce qui s'expliquait par l'existence des déplacements suivants : le troisième cunéiforme était venu se loger au-dessous de l'astragale, et les deux métatarsiens et une partie du cuboïde fracturé avaient été repoussés en arrière et en bas.

M. Lefort. Je pense que l'appellation de luxation sous-scaphoïdienne de l'astragale, donnée par M. Chassaignac, au déplacement dont il vient de nous entretenir n'est pas justifiée. Si l'on s'en tient à l'usage généralement adopté, de considérer comme l'os luxé celui qui est le plus éloigné du tronc, on doit plutôt désigner cette lésion sous le nom de *luxation du scaphoïde et des trois derniers métatarsiens de l'astragale*. Cette manière de voir me paraît d'autant plus fondée que l'astragale a, dans ce cas, conservé ses rapports avec la mortaise tibio-péronière.

M. Chassaignac. La règle générale dans la classification des luxations est en effet de tenir pour luxée la partie la plus éloignée du corps, mais j'estime que dans ce cas particulier, il doit y avoir dérogation à cette règle. On dépeint mieux le fait, en disant que l'astragale est luxé; et d'ailleurs cet os a subi un véritable déplacement par rapport à la mortaise tibio-péronière, ainsi qu'on peut le constater sur la pièce que je mets sous vos yeux.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Marjolin présente un enfant qui offre un cas intéressant d'amputation spontanée de la jambe gauche à l'union du tiers supérieur avec le tiers inférieur.

COMMUNICATION.

M. Liégeois fait une communication assez étendue relative à *l'exploration des diverses sensibilités cutanées*.

De la distinction des diverses sensations tactiles à l'aide d'un œsthesiomètre nouveau, par M. Liégeois.

Le sujet dont je me propose d'entretenir la Société est plutôt un sujet de physiologie que de chirurgie, toutefois j'espère qu'il s'y attache un intérêt pratique, et c'est à ce titre surtout que je désire appeler sur lui l'attention. Pendant longtemps on a pensé que les diverses sensations consécutives aux impressions sur la peau se reliaient à une seule et même manière de sentir, laquelle pouvait être modifiée par la nature ou le mode d'application de l'agent impressionnable. Darwin le premier, en 1810, isola la sensation de température des autres, se reposant sur l'observation qu'il avait faite d'un malade qui ne pouvait plus percevoir les impressions chaudes ou froides, tandis que les impressions de contact de douleur étaient appréciées exactement. En 1838, Beau fit une distinction entre la sensation de douleur et celle de contact. Il avait été frappé de voir chez certains sujets l'insensibilité complète à la douleur, tandis que la sensibilité de contact persistait. Mais Beau, n'ayant jamais constaté l'état inverse, c'est-à-dire la disparition de la sensibilité de contact avec la conservation de la sensibilité douloureuse, Beau ne regarda ces deux sensibilités que comme deux degrés différents d'une même sensibilité. En 1850, Landry publia dans les *Archives de médecine* un travail, dans lequel il chercha à établir que les sensations de contact, de douleur, de température sont nettement distinctes les unes des autres. Les observations cliniques qui lui ont suggéré cette opinion sont rangées dans son travail en cinq catégories. Dans la première, les sensations de contact sont altérées, tandis que les sensations douloureuses n'ont subi aucune modification dans les mêmes points; dans la seconde, les sensations de douleur sont altérées, celles de contact restant normales; dans la troisième, les sensations tactiles et les sensations douloureuses sont altérées en même temps et dans les mêmes points d'une manière différente; dans la quatrième, les sensation de température ont été conservées intégralement quels qu'aient été le mode et le degré d'altération des sensations de contact et de douleur; dans la cinquième, les sensations de température ont été perdues, les autres sensations étant conservées. — Dans son ouvrage sur les paralysies publiées en 1859, Landry fait un pas de plus et admet que ces trois sensations sont desservies par des filets nerveux différents, et par conséquent ont un siége distinct dans les centres nerveux. Cette opinion a été corroborée depuis par les travaux de MM. Schiff et Brown-Sequart, qui ont démontré, chez les animaux, que certaines lésions pratiquées sur la moelle pouvaient faire disparaître une ou deux de ces sensations à l'exclusion de l'autre ou des deux autres.

Mais jusqu'ici aucune expérience, ayant pour but d'établir cette distinction entre les diverses sensations tactiles, n'a été faite en agissant directement sur la peau et chez des sujets sains, c'est-à-dire placés dans des conditions physiologiques. Il m'a semblé que le moyen découvert par Weber pour connaître les différences d'intensité de la sensibilité au contact dans diverses régions du corps, pouvait être employé dans ce genre de recherches. Ce moyen consiste, comme chacun le sait, à chercher avec un compas l'écartement qu'il faut donner à ces deux pointes appliquées sur la peau pour obtenir deux impressions distinctes; il a reconnu ainsi que l'écartement devait être d'autant moindre que la sensibilité au contact était plus développée; ainsi l'écartement devait être moins considérable à la pointe de la de la langue qu'à la pulpe des doigts, à la pulpe des doigts qu'à la paume de la main, à la paume de la main qu'à l'avant bras, à l'avant bras qu'à l'abdomen, à l'abdomen que dans le dos, etc.

L'instrument que j'ai fait faire à M. Mathieu est le suivant : Il se compose de deux prismes triangulaires en métal, creux, dont deux côtés se réunissent à angles droits; la hauteur de ces prismes est de 20 centimètres environ. Leur base présente une ouverture qui peut être fermée par un couvercle glissant horizontalement autour d'un pivot placé près des bords. Cette ouverture est suffisamment grande pour qu'on puisse facilement y faire passer de l'eau, de la glace pilée et au besoin l'extrémité renflée d'un petit thermomètre. Chacun de ces prismes porte perpendiculairement à un de ses côtés une tige métallique longue de 90 centimètres. L'une est pleine et graduée en centimètres et en millimètres, l'autre est creuse, la seconde est destinée à recevoir la première, de telle sorte que l'on peut ainsi rapprocher et écarter à volonté les deux prismes l'un de l'autre et lire sur la tige graduée leur degré d'écartement. Enfin les deux prismes sont traversés de la base au sommet par un conduit creusé dans l'épaisseur de la paroi, et qui permet d'introduire dans son intérieur une épingle de forme ordinaire, mais calibrée sur ce conduit et plus longue que lui. L'épingle peut être tournée vers le sommet de l'instrument par sa pointe et par sa tête.

Si avec cet œsthésiomètre on cherche à connaître le degré d'écartement nécessaire pour obtenir une double impression, en présentant successivement à une partie donnée de la peau les deux pointes de l'épingle, les deux têtes; les sommets des prismes débarrassés des épingles et contenant de l'eau chaude, on constate que cet écartement doit varier dans chacun de ces cas, et qu'en règle générale, pour arriver à obtenir une double sensation, il faut un écartement plus considérable quand on expérimente avec les deux têtes de l'épingle que quand on expérimente avec les deux pointes; plus considérable quand on expérimente avec les sommets des prismes dont la température a été élevée par l'eau contenue dans leur intérieur que dans les deux autres cas.

Mes expériences ont porté sur toutes les parties de la surface cutanée, mais plus spécialement sur la peau de l'avant-bras et de la main; je ne parlerai que de ces dernières. J'ai d'abord cherché à déterminer les limites de ce que j'appellerai les zônes de sensibilité. Les espaces dont la limite correspond à l'écartement qu'il faut donner à l'instrument pour obtenir une sensation unique, par rapport à un point central. Je n'emploie, du reste, cette expression que pour la facilité du langage, ne rattachant à elle aucune idée de distribution nerveuse.

A la figure antérieure de la partie supérieure de l'avant-bras, j'ai fait partir d'un point vingt rayons également distants les uns des autres, et j'ai cherché pour chaque rayon le degré d'écartement nécessaire pour avoir deux impressions : d'abord au contact, puis à la douleur, ensuite à la température; j'ai par conséquent dû faire soixante expériences sur ces vingt rayons. Puis, rapportant sur le papier les distances correspondantes aux divers écartements, sur vingt rayons équidistants et tirés d'un même centre, j'ai joint par une ligne droite chaque point appartenant à une même sensibilité. J'ai obtenu ainsi les limites de mes trois zônes. Il est facile de voir sur la figure que je présente à la Société que ces trois zônes, dont les les bords sont indiqués par des traits de teintes différentes, ne sont pas régulièrement placés l'une par rapport à l'autre; la zône de sensibilité à la température est la plus extérieure, mais elle est traversée en deux points par la zône de la sensibilité au contact, en deux points par la zône de la sensibilité à la douleur. La zône de la sensibilité au contact est intermédiaire aux deux autres, elle est traversée en quatre points par la zône de la sensibilité douloureuse, enfin cette dernière est la plus centrale, elle traverse et est traversée par les deux autres en plusieurs endroits. Dans mes expériences sur le reste de l'avant-bras, sur le poignet, la main et les doigts, pour chaque point que j'ai étudié, je n'ai tiré que quatre rayons, deux parallèles à l'un des membres et deux perpendiculaires, et j'ai circonscrit mes zônes en joignant les points qui correspondaient à chaque sensibilité spéciale par des lignes courbes. Le dessin que je présente montre d'une façon très-nette : 1° Que les trois zônes se rapetissent au fur et à mesure que l'on arrive vers l'extrémité des doigts; 2° qu'elles sont plus étendues sur la face postérieure du poignet que sur la face antérieure, sur la face dorsale de la main que sur la face palmaire, sur les parties latérales de la paume de la main que dans la partie centrale; 3° enfin, que ces zônes tendent à empiéter les unes sur les autres d'autant plus qu'on se rapproche de la pulpe des doigts, aussi la zône de sensibilité à la température, qui est périphérique au poignet, à l'avant-bras et à la partie supérieure la main, devient centrale à la face antérieure de tous les doigts.

Je ne puis maintenant passer sous silence les difficultés inhérentes à l'application de ce procédé. Pour mesurer le degré de sensibilité à la douleur et au contact, il n'existe pas, à proprement parler, de difficulté sur plus de cinquante individus sur lesquels j'ai expérimenté, je n'en ai trouvé qu'un seul, chez lequel il me fut impossible de circonscrire ces zônes de sensibilité, ce sujet ne pouvait discerner exactement l'instant où la sensation devenait double. Tous les autres m'ont indiqué nettement, non pas toujours du premier coup, mais toujours après quelques essais, l'intensité qui correspondait à la duplicité des impressions, et chez tous l'écartement était variable pour la sensibilité de contact et la sensibilité douloureuse, dans l'immense majorité des cas l'écartement, étant plus considérable pour la première que pour la seconde. Il est bon cependant, quand l'expérience est faite sur d'autres personnes que sur soi-même, d'écarter d'abord les deux prismes d'une façon notable, de manière à ce que le sujet perçoive bien nettement deux impressions distinctes. Il est alors plus à même de constater la limite de l'impression.

Mais les recherches sur la sensation de température présentent plus de difficultés. Nous savons, en effet, que nous ne jugeons la température des corps extérieurs que par rapport à la nôtre; un corps ne nous paraît chaud et froid que parce que la température est plus basse ou plus élevée par rapport à celle de notre peau. Or pour mesurer, avec l'instrument dont nous nous servons, le développement de la sensibilité à la température, il est nécessaire que l'instrument soit chauffé à un degré qui produit la brûlure, ou très-voisin de celui-ci; même alors l'instrument se refroidit vite et ne fournit plus que la notion de contact, de telle sorte que l'on est forcé de réchauffer l'eau contenue dans les prismes une série de fois pour obtenir un résultat positif. Pour gagner du temps, il nous a paru plus simple de présenter à une lampe l'extrémité des prismes avant de les appliquer sur la peau, mais alors les brûlures sont plus difficiles à éviter que précédemment, vu qu'on ne peut calculer ici la quantité de calorique que l'on communique à l'instrument. C'est là un inconvénient qui, toutefois, affecte l'expérimentateur, mais non le procédé.

Il ressort, en effet, des nombreuses tentatives de ce genre que j'ai faites, que le degré d'écartement nécessaire pour avoir une double impression est le même, que l'instrument soit chauffé au point de procurer une sensation pénible de brûlure, ou qu'il soit chauffé de manière à procurer une simple sensation de température. C'est là une observation importante, car elle me paraît prouver que la sensation de brûlure, quoique affectant désagréablement l'économie comme la sensation douloureuse, se rattache réellement à la sensation de température, est, en quelque sorte, une modalité de celle-ci.

Un procédé plus simple et plus innocent consiste à remplir les prismes de glace ou d'un mélange refrigérant avant de les appliquer sur la peau; comme le froid et le chaud sont pour l'organisme un seul et même excitant, le résultat est le même que l'on se serve de l'un ou de l'autre agent.

Ces expériences me paraissent corroborer les idées des auteurs qui admettent des sensations tactiles essentiellement différentes les unes des autres, et desservies par des cellules nerveuses, distinctes au point de vue du rôle qu'elles ont à remplir dans les élaborations sous-orcelles. Si, en effet, les impressions de contact, de douleur, de température étaient perçues par les mêmes cellules, on ne comprendrait pas qu'il faille donner à l'œsthésiomètre des écartements toujours variables pour avoir double sensation de chacune de ces impressions.

Arrivons aux applications que l'on peut faire de ces recherches à la chirurgie et à la médecine. Très-souvent le chirurgien se trouve en demeure de constater la diminution de la sensibilité cutanée chez des sujets, dont une partie du système nerveux central ou périphérique a été atteinte par le traumatisme. Habituellement on se contente de pincer la région paralysée, pour s'assurer de l'état de la sensibilité, ou de passer un corps mousse à sa surface, ou de brûler. Mais il est bien évident que les renseignements que donnent les malades sur l'intensité des sensations qu'ils éprouvent lors de cette exploration ne peuvent être pour le chirurgien que fort imparfaits, et d'une bien moindre valeur que ceux que fournirait un instrument gradué, du genre de celui que je présente ici. Par ce moyen, les mots : je sens peu, beaucoup, assez, moins que du côté opposé, seront avantageusement remplacés par des chiffres, qui pourront être comparés entre eux à des époques différentes et qui pourront renseigner sur le retour ou la disparition graduelle des diverses sensibilités. Je n'ai eu l'occasion de faire une exploration de ce genre qu'une seule fois, chez une malade de M. Richet qui, dans ces derniers temps, a fait tant de bruit, et cela à juste raison. Cette malade avait eu le nerf radial complétement coupé à la partie inférieure de l'avant-bras, et malgré cette lésion la sensibilité persista, mais à un moindre degré, dans les parties innervées par les branches terminales de ce tronc; la peau qui correspond à la pulpe de l'index seule était complétement insensible.

Je vis cette malade un mois environ après l'accident, et je constatais, à l'aide de mon œsthésiomètre, qu'à la face externe de l'annulaire, pour avoir une double impression, il fallait écarter les deux prismes d'une façon sensiblement la même qu'à la face externe de l'annulaire, du côté opposé, c'est-à-dire du côté sain. Pour le médius, il fallait, au contraire, un écartement qui mesurait toute l'étendue transversale du doigt pour obtenir une sensation double à la douleur, elle restait unique au contact et à la température avec cet écartement. A la racine de l'index, la sensation double ne pouvait être obtenue ni en mettant en jeu la sensibilité douloureuse, ni la sensibilité de contact, ni celle de température. Au niveau de la dernière phalange de ce dernier doigt, la malade ne percevait qu'une seule impression dans tous les cas et ne pouvait la rapprocher du lieu où elle était faite. Enfin à l'éminence thénar il fallait un écartement plus considérable, un centimètre environ, par rapport au côté opposé, pour avoir l'impression double au contact, à la douleur, à la température. Cette exploration semble donc démontrer que, chez cette femme, les diverses sensibilités étaient d'autant plus diminuées qu'on s'éloignait

de la face externe de l'annulaire en allant vers l'index, c'est-à-dire qu'on s'éloignait des branches terminales du nerf cubital. Il est donc probable que la persistance de la sensibilité dans les parties qui reçoivent les rameaux périphériques du nerf médian, malgré la section de nerf, tenait à des anastomoses de celui-ci avec le cubital.

J'ai revu la malade de M. Richet, trois semaines environ après la première exploration, et j'ai pu constater que les zônes de sensibilité avaient réapparus, excepté à l'extrémité de l'index, elles présentaient toutefois une étendue plus considérable qu'à l'état normal.

Mes recherches sur des malades atteints d'affections organiques des centres nerveux, ou de paralysies hystériques sont jusqu'ici trop incomplètes et m'ont fourni des résultats trop incertains, dans bon nombre de cas, pour pouvoir y insister longuement. L'obstacle que j'ai surtout rencontré résulte de difficulté pour ces sujets de discerner la duplicité des impressions. Toutefois il ressort, comme fait général de ces dernières expériences qu'il faut souvent sur ces sortes de malades, un écartement énorme pour produire des sensations double, soit de contact, soit de douleur, soit de température, et que, dans un certain nombre de cas, tandis que l'écartement doit être considérable pour produire la duplicité d'une de ces sensations, il doit être restreint pour obtenir la duplicité des deux autres, ou d'une seule de celles-ci.

M. Verneuil, à l'occasion de cette lecture, demande que la question relative à la conservation et au retour de la sensibilité dans certaines parties soit mise à l'ordre du jour. Les cas assez fréquents dans lesquels les chirurgiens enlèvent, avec la moitié du maxillaire inférieur, le nerf dentaire, ou le nerf sous-orbitaire avec la partie antérieure du sinus maxillaire, et à la suite desquels on voit la sensibilité reparaître dans des points où ces nerfs allaient se distribuer, pourront servir à élucider quelques-unes des questions soulevées par la communication de M. Liégeois.

M. Guersant lit l'observation *d'une masse polypeuse développée dans la vessie d'une petite fille de 22 mois.*

L'extirpation a été pratiquée, et la mort a eu lieu sept jours après l'opération. M. Guersant présente en même temps la pièce anatomo-pathologique relative à ce fait. (*Voir notre numero du 25 février.*)

A cinq heures moins un quart la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à six heures moins un quart.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

CORRESPONDANCE.

A M. le Directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et très-honoré confrère,

L'article que vous avez consacré dans votre estimable journal (No du 9 février 1868) à l'analyse de notre travail intitulé : Étude *expérimentale* sur l'action du bromure de potassium, a inspiré à M. Aug. Voisin une réclamation de priorité sur ce qu'il appelle *la découverte* de « l'action *élective* du bromure de potassium sur la force excito-motrice de la moelle ».

Vous avez très-justement répondu qu'il n'y avait pas là de question de découverte et partant de priorité. Aussi nous fussions-nous abstenu de faire remarquer à M. Aug. Voisin que notre travail est une Étude purement expérimentale et que nous n'avions ni le projet, ni l'obligation d'enregistrer tous les documents de la littérature médicale sur le bromure de potassium.

Mais il est un point que nous ne pouvons laisser passer sans rectification, c'est l'opinion que M. Voisin nous attribue sur *l'action élective* du bromure de potassium sur la moelle. Cette opinion, nous nous garderons de lui en contester la priorité, nous étant attachés précisément, dans nos expériences, à en démontrer l'inexactitude.

En effet, il ressort clairement de notre travail que l'action sédative du bromure, loin de se localiser sur la moelle épinière, s'étend à tout le système nerveux, qu'elle gagne aussi les muscles et porte en outre sur le système capillaire. Notre pensée est que ces sédations multiples concourent toutes à l'apaisement des éléments morbides nerveux et vasculaires.

Ces conclusions reposent sur de véritables faits, des faits expérimentaux, et nous pensons qu'à l'égal des interprétations aléatoires sur le mode d'action des remèdes, ils ont aussi leur éloquence.

Agréez, etc.

Paris, 28 février 1868.

Martin Damourette.
Pelvet.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

15. Estube. De la Dyspepsie liée aux maladies de l'utérus ou de ses annexes, et aux troubles fonctionnels de ces organes.
16. Leroy (L.). Des Concrétions bronchiques.
17. De Lostalot-Bachoué (Alfred). Du Vaporarium : son utilité dans le traitement de la phthisie pulmonaire.
18. Bergeon (Léon). Causes et mécanisme du bruit du souffle.
19. Gourbeyre (Félix). Essai sur l'emploi thérapeutique du Phosphore.
20. De Faria (Antonio). Considérations sur les Paralysies des muscles extenseurs de l'avant-bras.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. HERVIEUX.

Symptomatologie de la péritonite puerpérale généralisée ou générale d'emblée (1).

Période d'état. — La maladie une fois déclarée, l'économie devient le théâtre d'une série de troubles fonctionnels, que nous étudierons successivement, sauf à en montrer ensuite les divers groupements naturels.

Pouls. — L'état du pouls mérite d'être placé au premier rang parmi les symptômes de la péritonite puerpérale. Sa valeur séméiotique est considérable. Je partage entièrement, à cet égard, l'opinion de MM. Delpech et Tarnier. Mais il faut préciser les modifications les plus constantes et les plus caractéristiques de ce signe important.

La fréquence appelle tout d'abord l'attention. Elle ne manque jamais. Ce fait est des plus curieux et des plus intéressants, parce que de toutes les maladies susceptibles de revêtir le caractère adynamique, il n'en est peut-être pas une seule dans laquelle on ne puisse observer, au moins à de certaines périodes ou à de certaines heures, la lenteur du pouls.

Dans la péritonite puerpérale, le pouls reste toujours accéléré. Cette accélération a des degrés, elle est sujette à des rémissions ou à des exacerbations, mais elle persiste invariablement depuis le commencement de la maladie jusqu'à la fin. Elle donne constamment la mesure de l'intensité du mal. Elle progresse avec la lésion péritonéale et rétrograde avec elle. S'il survient quelque complication, telle qu'une pleurésie, une érysipèle, une phlébite, la fréquence du pouls peut éprouver des redoublements indépendants de l'état du péritoine. Mais en dehors de toute complication, je signale à l'attention ce fait capital que la fréquence du pouls est proportionnelle au degré de la phlegmasie péritonéale.

Bien que, dans les cas graves, la fréquence du pouls suive une progression assez régulièrement croissante jusqu'au terme fatal, il faut tenir compte des redoublements fébriles qui ont lieu chaque soir. Ces redoublements qu'expliquent les agitations et les fatigues de la journée, la nécessité des pansements, quelquefois les écarts de régime, etc., sont un phénomène presque constant. Il est bien peu de malades chez lesquelles le tableau des variations du pouls, chaque matin et chaque soir, ne nous ait montré la colonne du soir toujours beaucoup plus élevée que celle du matin. Je ne serais pas éloigné de croire que les causes multiples, qui agissent ainsi sur le pouls pour l'activer, n'agissent également sur la lésion péritonéale pour l'exagérer.

On a dit et répété tant de fois que le pouls, dans la péritonite puerpérale, était petit, concentré, misérable, qu'il importe de rectifier ce qu'il y a d'erroné dans une pareille assertion.

Il est bien vrai que, pendant le frisson, le pouls devient aisément faible, étroit, dépressible. Il est bien vrai que, quand l'adynamie est extrême, le pouls s'affaiblit, et que l'ondée sanguine se réduit à de très-minces proportions. Il est encore vrai qu'aux approches du terme fatal, la pulsation artérielle est devenue filiforme, et si réellement imperceptible qu'elle échappe, par intervalles, au doigt qui explore le vaisseau.

Mais en dehors de ces conditions, qui n'occupent toujours relativement qu'une très-petite place dans l'évolution de la maladie, j'avance que les qualités du pouls sont diamétralement opposées à celles qu'on a généralement signalées comme prédominantes dans la péritonite puerpérale.

Ce qui prédomine dans la péritonite généralisée ou générale d'emblée, c'est la plénitude, la force, l'ampleur, la dureté et la résistance du pouls. On sent que la tension artérielle a atteint sa limite maximum. L'exagération de ces qualités conduit fréquemment à la vibrance et au bondissement du pouls. J'ai vu cette vigueur de l'ondulation sanguine persister jusqu'à la période la plus ultime, et la mort surprendre des malades dont le pouls avait conservé une largeur et une énergie remarquables.

Donc, contrairement à ce qui a été avancé par la plupart des auteurs, je dis que dans la maladie qui nous occupe, un pouls fort, plein et résistant, est la règle; le pouls petit, étroit, misérable, filiforme, l'exception.

Température. — Dans la péritonite puerpérale, la température du corps suit le pouls dans ses variations. Mais cela est loin d'être absolu, et si l'on représentait par deux lignes les oscillations de l'une et les oscillations de l'autre, ces deux lignes ne seraient pas, et il s'en faut de beaucoup, rigoureusement parallèles. En d'autres termes, pour un nombre de pulsations déterminé, le thermomètre ne s'élève pas d'un nombre de degrés toujours le même, et réciproquement, quand le thermomètre placé dans l'aisselle marque un chiffre déterminé de degrés, le chiffre correspondant des battements artériels n'est ni uniforme ni constant.

Le tableau suivant montrera de combien de degrés le thermomètre a pu varier chez une de nos malades, pour chaque chiffre de pulsations qu'elle a présentées pendant le cours de sa maladie :

TABLEAU des variations de la température pour un chiffre de pulsations déterminé chez une de nos malades.

Pulsations, 80. — Température : 36 4/5, 37 2/5, 37 3/5, 37 4/5.
Pulsations, 84. — Température : 37, 37 2/5, 37 3/5, 37 4/5.
Pulsations, 86. — Température : 37, 37 3/5.
Pulsations, 88. — Température : 36 2/5, 37, 37 1/5, 37 2/5, 37 3/5, 37 4/5, 38, 38 1/5, 38 2/5, 38 3/5.
Pulsations, 90. — Température : 36 3/5, 37 2/5, 38 1/5, 38 2/5, 39 2/5.
Pulsations, 92. — Température : 37 3/5, 37 4/5, 38, 38 1/5, 38 2/5.
Pulsations, 96. — Température : 37 1/5, 37 2/5, 37 3/5, 38, 38 3/5, 39, 39 4/5.
Pulsations, 100. — Température : 37, 3/5, 38 3/5, 38 4/5, 39, 39 1/5, 39 2/5, 39 4/5.
Pulsations, 104. — Température : 37, 37 2/5, 38, 38 1/5, 38 2/5, 38 4/5, 39, 39 1/5, 39 4/5, 40 1/5.
Pulsations, 108. — Température : 37 2/5, 37 3/5, 38, 39, 39 1/5, 39 2/5, 39 4/5, 40 1/5.
Pulsations, 112. — Température : 37 2/5, 37 3/5, 38, 38 3/5, 39, 39 1/5, 39 3/5, 40.
Pulsations, 116. — Température : 38 1/5, 38 4/5, 39, 40.
Pulsations, 120. — Température : 38 2/5, 38 3/5, 39, 39 2/5, 39 3/5, 39 4/5.
Pulsations, 130. — Température, 38 3/5.
Pulsations, 136. — Température, 40 4/5.

Ce tableau renferme plusieurs enseignements :

1° Il donne un aperçu des limites dans lesquelles, pour un chiffre de pulsations déterminé, la colonne thermométrique peut osciller chez le même sujet dans le cours de la maladie, ainsi, par exemple, les limites minima et maxima ont été :

Pour le chiffre de	pulsations			Différence :
Pour le chiffre de 88	pulsations,	36 2/5 et 38 3/5.	Différence :	2 1/5.
— 90	—	36 3/5 et 39 2/5.	—	2 3/5.
— 96	—	37 3/5 et 38 2/5.	—	0 4/5.
— 100	—	37 et 39 4/5.	—	2 4/5.
— 104	—	37 et 40 1/5.	—	3 1/5.
— 108	—	37 2/5 et 40 1/5.	—	2 3/5.
— 120	—	38 2/5 et 39 4/5.	—	1 2/5.

Les différences entre les limites maxima et minima varieraient donc entre 0° 4/5 et 3° 1/5, en chiffres ronds de 1 à 3° environ, résultat bien digne de remarque et tout à fait imprévu.

2° Malgré ces oscillations si considérables, notre tableau nous permet de constater que la progression des chiffres indiquant la température est, sinon mathématiquement, du moins manifestement croissante, au fur et à mesure que s'élève le nombre des pulsations. Considérez par exemple les limites minima. Elles sont :

Pour 88-90 pulsations, de 36 2/5 à 36 3/5.
Pour 96-108 — de 37 à 37 3/5.
Pour 120-130 — de 38 2/5 à 39.

Les limites maxima, quoique plus irrégulières, montent aussi avec le chiffre des pulsations. Ainsi le nombre 4° 1/5 n'apparaît qu'avec celui de 104-108.

3° La progression croissante de la température proportionnellement à l'élévation du pouls aurait été bien plus évidente encore si l'espace m'avait permis d'introduire dans chaque colonne du tableau précédent autant de fois l'un des chiffres énoncés qu'il avait été constaté chez la malade par rapport au nombre correspondant des pulsations. Soit, par exemple, le chiffre 38 dans la colonne qui correspond à 96 pulsations. Ce n'est pas une fois qu'il figure dans nos notes, c'est six fois, tandis que 37° 1/5 n'a été constaté qu'une seule fois pour le même nombre de 96 pulsations.

La température étant une base plus fixe, un terme de comparaison plus stable que le pouls, nous allons maintenant, dans un tableau qui sera la contre-partie du précédent, montrer quelles sont les variations du pouls qui, chez une de nos malades, ont pu correspondre à chaque degré de température observé :

TABLEAU des variations du pouls pour une température déterminée (chez une de nos malades).

Température, 37 2/5. — Pouls : 72, 78, 80, 82, 84, 88, 90, 104, 108, 110, 112.
Température, 37 3/5. — Pouls : 80, 82, 84, 86, 88, 92, 96, 100, 108.
Température, 37 4/5. — Pouls : 80, 84, 88, 92, 104, 108.
Température, 38. — Pouls : 88, 92, 94, 96, 104, 108, 112.
Température, 38 1/5. — Pouls : 88, 90, 92, 104, 116.
Température, 38 2/5. — Pouls : 88, 90, 92, 94, 96, 104, 112, 120.
Température, 38 3/5. — Pouls : 88, 90, 96, 100, 112, 120, 130.
Température, 38 4/5. — Pouls : 94, 96, 100, 104, 116.
Température, 39. — Pouls : 96, 100, 104, 108, 112, 116, 120, 128.
Température, 39 1/5. — Pouls : 96, 100, 104, 112.
Température, 39 2/5. — Pouls : 90, 96, 100, 108, 110, 120.
Température, 39 3/5. — Pouls : 96, 112, 120.
Température, 39 4/5. — Pouls : 96, 100, 104, 106, 108, 110, 120.
Température, 40 1/5. — Pouls : 104, 108, 114, 116.
Température, 40 4/5. — Pouls : 136.

Ce tableau nous apprend :

1° Qu'à une température déterminée peuvent correspondre des chiffres très-variables de pulsations. Nous voyons en effet qu'entre les divers nombres constituant une colonne donnée il peut se produire un écart qui varie de 12 à 40 pulsations;

2° Que malgré ces variations du pouls eu égard à un degré déterminé de température, il y a une progression croissante dans le chiffre des pulsations au fur et à mesure que la température s'élève. Cette progression n'est pas, il est vrai, rigoureuse pour les chiffres maxima considérés chacun en particulier, mais elle l'est pour l'ensemble. De plus, elle est incontestable pour les chiffres minima. Ainsi :

Pour 37° et une fraction, les chiffres minima sont 72-80.
Pour 38° — — 88-94.
Pour 39° — — 96.
Pour 40° — — 104.

Les variations que nous avons signalées dans le pouls eu égard à une température déterminée n'ont rien qui doive nous surprendre, si l'on considère la facilité avec laquelle, principalement chez les femmes en couche, le pouls s'accélère sous l'influence de la plus légère commotion physique et morale. La visite du médecin a le privilége en particulier d'activer très-notablement le pouls de nos malades, et nous sommes journellement obligé d'attendre que ce premier effet de l'intervention médicale soit passé pour pouvoir apprécier le chiffre réel des pulsations.

Une autre cause d'erreur consiste dans l'habitude que nous avons de compter les pulsations au quart. Supposez que l'on se trompe d'une pulsation, on a tout de suite une erreur de 4 pulsations par minute.

Toutefois, même en évitant avec le plus grand soin toutes ces causes d'erreur, on arrive à des différences encore assez grandes dans les chiffres de pulsations qui correspondent à un degré déterminé de température, de même que dans les degrés divers de température qui s'observent pour un chiffre de pulsations déterminé.

Nous avons dit plus haut que le pouls présentait chaque soir une accélération très-marquée. Ajoutons ici que la température subit une élévation proportionnelle. C'est ce que nous allons mettre en relief dans les tableaux suivants, que je dois au zèle aussi intelligent que dévoué de M. Chantreuil, mon ancien interne à la Maternité.

Chez une jeune fille de dix-huit ans, atteinte de péritonite puerpérale généralisée et qui finit par guérir, voici quelles ont été, parallèlement examinées le matin et le soir, les variations du pouls et de la température :

	MATIN		SOIR	
	Pouls	Température	Pouls	Température
17 août 1866.	120	39 1/5	130	40
18 —	110	39 4/5	120	40
19 —	120	39 4/5	100	39 4/5
20 —	100	38	112	39 1/5
21 —	120	39	124	40 4/5
22 —	124	39 3/5	112	39 1/5
23 —	120	39 3/5	120	40 3/5

(1) Voir les numéros 3, 4, 5, 7, et 24.

	MATIN		SOIR	
	Pouls	Température	Pouls	Température
24 août 1866.	100	37 1/5	116	39
25 —	100	37 2/5	108	38 3/5
26 —	94	38 1/5	100	38 2/5
27 —	84	37	88	37 3/5
28 —	84	36 1/5	84	36 4/5
29 —	64	36 3/5	64	36 3/5
30 —	80	36 4/5	80	37 3/5
1er septembre 1866.	84	37	140	40 2/5
2 —	92	37 3/5	88	39
3 —	100	38 2/5	108	39 4/5
4 —	92	37 2/5	84	38 3/5
5 —	88	37 3/5	92	38
6 —	84	37	92	37 2/5
7 —	76	37 2/5	92	37 3/5
8 —	84	37	100	37 1/5
9 —	88	37	92	37
10 —	76			

Il est facile de voir, par un premier coup d'œil jeté sur ce tableau, que les chiffres contenus dans la colonne du matin sont généralement plus élevés que ceux de la colonne du soir, aussi bien eu égard au pouls qu'à la température. Il y a en moyenne 12 à 15 pulsations de différence entre le matin et le soir. Quant à la température, la différence est relativement plus sensible et surtout plus constante. L'écart entre le matin et le soir est habituellement de 3/5 à 1°, mais il peut aller jusqu'à 2 et même 3°.

Pour se rendre compte de quelques singularités qu'un examen attentif fait découvrir dans le tableau qui précède, il faudrait avoir sous les yeux l'observation de la malade qui nous a fourni ces données numériques.

L'espace nous manquant pour rapporter cette observation *in extenso*, nous nous contenterons d'expliquer les singularités dont nous parlons.

Ainsi, le 19 août, si le pouls marque 120 le matin et 100 seulement le soir, la température étant d'ailleurs la même, à 39° 4/5, cela tient à ce que la malade avait souffert toute la nuit d'un large vésicatoire qui avait été appliqué, la veille, sur toute l'étendue de la zône hypogastrique.

Le 22, nous trouvons la température à 39° 3/5 et le pouls à 124 le matin, tandis que le soir le pouls n'est plus qu'à 112 et la température à 39° 1/5. — Explication : la malade n'avait pas fermé l'œil de la nuit en raison d'une recrudescence des douleurs abdominales.

Le 1er septembre, il arrive que du matin au soir la température monte de 37° à 40° 2/5, chiffre énorme, et le pouls de 84 à 140. D'où vient cette différence si grande entre les chiffres du matin et ceux du soir? De l'explosion de deux grands frissons survenus à deux heures d'intervalle dans la journée, avec tremblement des membres et claquement de dents. Il s'était déclaré en même temps une vive douleur à l'épaule droite.

On remarquera encore que le 4 septembre nous avons 92 pulsations le matin et 84 seulement le soir. Mais par compensation le thermomètre qui marque 37° 2/5 le matin de ce jour-là indique 38° 3/5 le soir. Or, nous avons déjà dit que les indications du thermomètre étaient beaucoup plus stables, beaucoup moins sujettes à varier que celles du pouls.

A part ces anomalies, que les détails de l'observation suffisent amplement à expliquer, la règle du redoublement fébrile dans la péritonite des femmes en couches est établie d'une façon irrécusable par le tableau qui précède.

Cette règle d'ailleurs existe non moins clairement démontrée pour les nombreuses affections qui relèvent de l'empoisonnement puerpéral.

Le tableau suivant est emprunté à l'observation d'une jeune femme qui, après avoir présenté quelques symptômes de péritonite généralisée, bientôt dissipés, fut atteinte d'arthrite purulente et de congestion pulmonaire. Je ne donne qu'une très-petite partie des longues colonnes de chiffres recueillis et consignés avec le plus grand soin par mon excellent interne M. Chantreuil :

	MATIN		SOIR	
	Pouls	Température	Pouls	Température
20 septembre 1866.	86	37 3/5	120	39
21 —	92	37 4/5	104	39
22 —	92	37 4/5	120	39 3/5
23 —	96	38	120	39 4/5
24 —	92	38	112	39 3/5
25 —	92	37 3/5	108	39
26 —	88	37 3/5	120	38 3/5
27 —	84	37 3/5	130	38 3/5
28 —	96	38	116	38 4/5
29 —	100	38 3/5	120	38 2/5
30 —	96	38 2/5	120	39 2/5
1er octobre 1866.	92	37 4/5	116	39
2 —	100	37 3/5	128	39
3 —	88	38	120	38 3/5
4 —	96	38	112	39
5 —	92	38	120	38 3/5
6 —	88	38	112	38 3/5

Ce tableau ne laisse, comme le précédent, aucun doute sur la réalité des redoublements fébriles qui se produisent le soir; comme le précédent, il montre encore la concordance du pouls et de la température; il précise enfin numériquement le rapport qui existe entre ces deux phénomènes symptômatiques.

Le frisson a-t-il le pouvoir de rompre la concordance qui existe entre le pouls et la température du corps? Si l'on ne s'en rapportait qu'à la sensation de froid intense éprouvée par les malades, à l'aspect presque cyanosé de la face et des parties exposées, au refroidissement réel des extrémités, on pourrait croire que les données fournies par le thermomètre et l'exploration du pouls vont devenir contradictoires. Il n'en est rien. Car chez l'une des malades qui nous a fourni les éléments d'un des précédents tableaux, nous voyons qu'en plein frisson le thermomètre marquait 40° 2/5 en même temps que le pouls s'élevait à 140.

Il importe de faire remarquer que toutes nos températures ont été prises dans l'aisselle des malades; l'introduction de l'instrument dans l'une des cavités muqueuses, bouche, vagin, rectum, présentant des inconvénients qu'il est facile de concevoir.

On sait que ces différentes cavités donnent toujours une température un peu plus élevée que le creux axillaire.

Sur une jeune femme de 27 ans, simultanément prise de péritonite et de choléra pendant l'état puerpéral, et qui a guéri, nous avons eu occasion de rechercher l'état corrélatif de la température du pouls. Voici les chiffres recueillis par M. Chantreuil :

	MATIN		SOIR	
	Pouls	Température	Pouls	Température
8 août 1866.	108	38 1/5	»	»
9 —	88	36 2/5	»	»
10 —	80	36 1/5	80	36 1/5
11 —	72	36 1/5	72	36 4/5
12 —	60	36 2/5	72	36 4/5
13 —	66	36 3/5	80	36 4/5
14 —	64	37	72	37 1/5
15 —	60	37	72	37 1/5

Il est curieux de voir, chez la malade qui fait le sujet de cette observation, que, malgré la complication de la péritonite par le choléra, la température est restée directement proportionnelle au chiffre des pulsations, et que, nonobstant la dépression de l'une et des autres, on a encore pu noter l'existence, sinon d'un redoublement fébrile, du moins d'une élévation relative vers le soir des nombres indiquant l'état du pouls et de la température.

La constance du redoublement fébrile et de l'accroissement vespérien de la température n'a rien qui doive nous surprendre, si nous considérons que, dans l'état le plus normal, les femmes en couches présentent une élévation progressive, non-seulement du chiffre des pulsations, mais encore de la température.

Dans un mémoire important, dont je dois la traduction à mon ancien interne M. Chantreuil, le docteur Oscar Wolf, de Hanau, a établi, par l'analyse de 266 cas, la loi suivante : « La température la plus basse chez les femmes en couches se montre le matin jusqu'à neuf heures, puis une ascension graduelle, d'abord très-lente, a lieu jusqu'à huit heures du soir. Alors commence une rémission, et la température s'abaisse de 0°,5 jusqu'au matin suivant. »

Des résultats analogues ont été obtenus par le docteur Winckel, par Grünewald, Hecher, etc., et montrent jusqu'à l'évidence la réalité des exacerbations vespériennes chez les jeunes accouchées à l'état normal.

On conçoit dès lors que toute accélération du pouls avec élévation de la température devra s'accentuer davantage du matin au soir dans l'état morbide. D'où il suit que la rémittence serait beaucoup moins l'effet de la maladie que d'une disposition naturelle chez les femmes en couches. (*A suivre.*)

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Boinet.

Kyste multiloculaire datant de plus de 20 ans. — Deux ponctions. — Ovariotomie. — Extraction d'une tumeur du poids de 8 kilog. et demi. — Guérison en quatorze jours.

(Observation recueillie et publiée par MM. Béhier et Casaubon, internes des hôpitaux).

Madame de M..., âgée de 53 ans, douée d'un certain embonpoint, d'une bonne constitution, était d'une bonne santé habituellement; réglée à 14 ans, la menstruation fut toujours régulière; elle se maria à 21 ans, eut trois enfants et une fausse couche.

Il y a 23 ans, après sa quatrième grossesse, elle crut remarquer que son ventre restait volumineux, aussi fait-elle remonter à cette époque l'apparition de la tumeur abdominale qu'elle porte actuellement. Cette tumeur se développa graduellement et occasionna des troubles fonctionnels, surtout du côté des organes digestifs et respiratoires. Il y eut perte d'appétit, dyspnée, affaiblissement général, et il y a 3 ans, pertes utérines. Un traitement médical ayant été institué, il fut continué pendant fort longtemps, sans aucun succès. La malade n'est plus réglée depuis plusieurs années.

Dans cet état, la malade consulta M. Ricord qui, ayant reconnu un kyste de l'ovaire, l'adressa à M. Boinet pour subir l'ovariotomie, la seule chance de salut qu'il pouvait offrir à sa cliente. Le ventre est excessivement développé.

Le 24 juin 1867, M. Boinet fit deux ponctions dans deux poches séparées. Chacune d'elles donna issue à un liquide épais et filant dont la quantité équivalait à sept ou huit litres. Il y eut, à la suite de cette double ponction, un soulagement immédiat, mais de courte durée. L'insomnie succéda à un sommeil paisible, mais bientôt les troubles digestifs reparurent, entraînant après eux une nouvelle faiblesse et la fièvre qui existait déjà depuis plusieurs mois, enfin le découragement s'était emparé de la malade et elle demandait avec instance qu'on lui pratiquât l'ovariotomie. Le ventre était si volumineux qu'il recouvrait les genoux de la malade; il était redevenu très-douloureux, comme avant les ponctions. La partie abdominale sous-ombilicale était très-distendue et très-infiltrée, et le kyste s'élevait beaucoup au-dessus du bassin, et comme toute la région abdominale antérieure était depuis longtemps le siége de douleurs, M. Boinet craignait l'existence d'adhérences. Quant à la matité, on en obtenait jusque sous les fausses côtes, surtout sur le côté gauche.

La malade désirant vivement être débarrassée de cette tumeur, l'ovariotomie est décidée pour le 10 juillet 1867. Elle est pratiquée par M. Boinet, rue Oudinot nº 4, dans une maison de santé où la malade avait été transportée, en présence de MM. Ricord, Firmin, Amussat, Foucault, Béhier et Casaubon, les trois derniers, internes des hôpitaux.

La malade est placée sur un lit un peu élevé, étroit, et simplement couchée sur le dos; elle est calme et tranquille, et très-heureuse de l'opération qu'on va lui faire; après quelques inhalations de chloroforme, elle tombe dans un sommeil paisible qui dure jusqu'à la fin de l'opération.

M. Boinet, pratique d'abord une incision portant à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic, jusqu'à 5 centimètres au-dessus du pubis. Cette incision a environ 14 à 15 centimètres de longueur. Il incise couche par couche, jusqu'à l'aponévrose; les parois abdominales, chargées de beaucoup de tissu adipeux, sont très-épaisses; elles ont au moins 5 centimètres d'épaisseur. L'incision de l'aponévrose et celle du péritoine, faite sur une sonde cannelée, favorise la sortie d'une petite quantité de liquide ascitique. Des ligatures sont posées sur quelques artérioles; le long de l'incision abdominale, le kyste paraît entre les lèvres de l'incision, et la main, introduite dans la cavité abdominale, reconnaît qu'il n'existe aucune adhérence. M. Boinet ponctionne le kyste à l'aide d'un gros trocart; mais le liquide de la loge ponctionnée est tellement épais qu'il ne peut s'écouler par la canule et s'échappe en bavant par la piqûre du trocart. Malgré la sortie du liquide, déterminée par cette ponction, le kyste, qui est multiloculaire et offre plusieurs grosses bosselures, est encore trop volumineux pour pouvoir être extrait de la cavité abdominale; l'incision est prolongée de 5 à 6 centimètres au-dessus et à gauche de l'ombilic, ce qui porte l'incision totale à 25 ou 26 centimètres environ; des tractions sont alors faites avec ménagement sur le kyste avec des pinces à érignes, tandis que la main gauche, introduite dans la cavité abdominale au-dessous du kyste, le soulève et le pousse au dehors. L'extraction de la tumeur, exempte d'adhérences, si ce n'est celle du pédicule, est, par ce simple procédé, assez facile; le pédicule est mince et long, et ne nécessite pas l'application du clamp. Pendant que le kyste est maintenu soulevé au dehors de la cavité abdominale à l'aide deségrignes et des pinces, M. Boinet applique une forte ligature au niveau de l'insertion du pédicule, à la base du kyste, et coupe le pédicule avec des ciseaux au-dessus de la ligature. Le poids de la tumeur enlevée est de 17 livres; il ne s'est fait aucun épanchement dans la cavité péritonéale. De nouvelles ligatures sont placées sur quelques artérioles de l'incision. La masse intestinale, qui fait hernie par l'incision, est réduite, maintenue par des flanelles, que l'on a eu le soin de tremper préalablement dans l'eau chaude. Le paquet intestinal est ensuite rentré, au fur et à mesure qu'on fait la suture profonde, à l'aide de neuf fils d'argent placés à 3 centimètres les uns des autres. Pour placer les fils métalliques, M. Boinet se sert d'une longue aiguille à chas en forme d'alène, qu'il a fait construire exprès, pour rendre plus facile et plus prompte l'opération. Avec cette aiguille particulière, munie d'un fil d'argent, on traverse, avec une grande facilité, les parois abdominales, quelle que soit leur épaisseur, et il n'est pas nécessaire d'enfiler autant d'aiguilles qu'on a de points de suture à placer; deux aiguillées, enfilées d'avance d'un long fil d'argent, suffisent pour passer dix à douze points de suture. Le péritoine est compris dans toutes les sutures, et le tronçon du pédicule, placé dans l'angle inférieur de la plaie, est traversé par une longue aiguille courbe, demi-flexible, qui traverse en même temps les parois abdominales. Cette aiguille qui traverse le pédicule et les parois abdominales est ensuite comprise dans la suture entortillée, qui est faite avec dix épingles placées à égale distance les unes des autres, mais successivement rapprochées pour fermer complétement la plaie abdominale. Les pointes des épingles coupées et la malade lavée, épongée, plusieurs couches de collodion riciné (1) sont appliquées sur la suture entortillée et en dehors, dans une étendue de 5 ou 6 centimètres de chaque côté, pour empêcher le contact direct de l'air sur la plaie et l'oblitérer plus complétement. L'opération avait duré trente-six minutes.

L'opérée est soigneusement nettoyée, séchée et placée dans un lit bien chaud, préparé dans la pièce où la malade avait subi l'opération. Les membres sont enveloppés de flanelles chaudes, et des cruchons pleins d'eau chaude sont placés aux pieds et le long des côtés de la malade, dont le ventre a été recouvert de ouate et modérément serré avec un bandage de corps en flanelle; quelques cuillerées de vin de Madère sont administrées à la malade, et, d'heure en heure, une cuillerée à bouche d'une potion calmante; pour tisane, du tilleul à discrétion.

La journée de l'opération est bonne, la réaction est franche, la peau offre une bonne moiteur, la malade reste très-calme et sommeille par moment. Vers le soir, elle accuse quelques douleurs vagues dans le bas-ventre, ces douleurs sont très-supportables et se dissipent rapide-

---

(1) L'application du collodion pour réunir les plaies est déjà de date ancienne, et pour ce qui regarde l'ovariotomie, M. Boinet l'a appliqué dès 1862 (*Gazette hebdomadaire*). Nos recherches nous ont appris que M. le docteur Lesueur de Vimoutiers (Orne) l'a employé avec succès dans une opération de bec-de-lièvre (*Bulletin de thérapeutique*, tome 38, page 83, année 1850). Les sutures sèches au collodion ont été recommandées par d'autres encore (*Bulletin de thérapeutique*, page 335, tome 56, et en 1858), M. Goyran, d'Aix, a publié, dans la *Gazette médicale de Paris*, un mémoire pour faire connaître les avantages des badigeonnages et des sutures au collodion dans toutes les plaies par division.

On a prétendu aussi que plusieurs couches de collodion, étendu avec soin sur toute l'étendue de l'abdomen en avant et en arrière, pouvaient guérir la péritonite, même suppurée, mais plusieurs faits observés par M. Boinet n'ont pas confirmé cette opinion; et cependant ce chirurgien agissait dans des cas beaucoup plus favorables, puisqu'il appliquait le collodion comme moyen préventif, non plus dans le but de guérir la péritonite, mais bien dans celui de la prévenir, et encore contre des péritonites de cause traumatique, qui, *à priori*, paraissent devoir guérir plus facilement que les péritonites puerpérales. Dans plusieurs cas d'ovariotomie où M. Boinet a employé le collodion riciné, largement étendu sur tout l'abdomen pour prévenir l'inflammation du péritoine, il n'a pu y parvenir et a vu se manifester aussi rapidement que s'il n'avait pas employé le collodion, tous les signes de la péritonite et toutes ses suites fâcheuses.

ment toutes les cinq ou six heures. Notre collègue, M. Foucault, qui veille la malade, lui pratique le cathéthérisme et extrait des urines normales. Pendant la nuit, la malade dort quelques heures, et n'est pas agitée dans l'intervalle. Le pouls est à 72.

Le 11, au matin, à la visite de M. Boinet, le pouls a atteint 80 pulsations, la soif est un peu plus vive que la veille, le ventre est souple, non douloureux, le gosier est bon, le moral excellent. On continue le même traitement que la veille : le vin de Madère, la potion et quelques cuillerées de bouillon qu'on ajoute à la visite du soir. Trente-deux heures après l'opération, le pouls est à 90, la peau moite, mais l'état général est excellent, le ventre est souple, nullement douloureux ; la soif est moins vive que le matin ; on continue le même traitement, sondant la malade toutes les cinq ou six heures.

Le 12, à la visite du matin, le pouls est tombé à 80 pulsations ; la malade a dormi plusieurs heures pendant la nuit, et d'un sommeil très-paisible. L'état général est très-satisfaisant; même tisane, continuation du bouillon et du vin de Madère, suppression de la potion calmante ; le ventre est toujours souple, non douloureux, ni ballonné. Moral excellent, gaieté et satisfaction de la malade qui demande à manger.

Le 13, rien de nouveau, continuation du bien ; le catéthérisme est pratiqué comme les jours précédents ; quelques cuillerées de potage sont données une seule fois et bien supportées ; le reste du régime est comme auparavant.

Le 14, la malade a uriné seule pendant la nuit et n'a plus été sondée depuis lors. Les urines sont toujours normales. Le pouls est à 72. Gaieté, satisfaction. Tout va bien du côté du ventre. Au régime de la veille, on ajoute deux petits potages qui sont pris avec plaisir et bien supportés.

Le 15, comme la précédente, la nuit a été très-bonne, et la malade a bien dormi. L'état général et l'état local sont des meilleurs. On continue les potages et le madère, pour lequel la malade a un goût tout particulier; plusieurs bouillons sont administrés entre les potages; la malade réclame des aliments plus solides. M. Boinet ôte sept fils d'argent de la suture profonde, et applique une nouvelle couche de badigeon au collodion, sur les trous des fils d'argent enlevés.

Le 16, les derniers fils d'argent sont retirés, ainsi que l'aiguille courbe qui traverse le pédicule. La malade est très-heureuse de sa position. Le ventre n'est nullement douloureux; la peau est bonne; le pouls est à 72; l'appétit est pressant. On continue les potages, les bouillons et le madère. Les nuits sont excellentes.

Le 17, on remarque un léger suintement purulent dans l'angle inférieur de la plaie, au niveau du pédicule sur lequel M. Boinet avait placé, immédiatement après l'opération, un petit plumasseau de charpie, imbibé de perchlorure de fer.

La plaie, au niveau du pédicule, est pansée avec de la charpie trempée de vin aromatique. La malade est complétement changée de linge, de flanelle, et placée sur un autre lit. Elle a eu, la veille, une garde-robe naturelle et abondante. Deux épingles de la suture entortillée sont enlevées et remplacées par des bandelettes de diachylon, collées avec du collodion. La réunion de la plaie paraît solide et complète dans toute son étendue. L'état de la malade est excellent sous tous les rapports : elle prend trois potages, du madère, de l'eau de seltz édulcorée avec du sirop de groseilles. L'interne placé auprès de la malade cesse de la surveiller.

Le 18, on enlève encore deux épingles de la suture entortillée, et de nouvelles bandelettes enduites de collodion sont placées en travers du ventre pour maintenir la réunion; il y a toujours de la suppuration au niveau du pédicule. Même pansement et même régime.

Le 19, M. Boinet retire encore deux épingles de la suture entortillée et les remplace par une suture au collodion. On continue le pansement du vin aromatique avec de la charpie imbibée de vin aromatique. Le pouls est à 68. Le régime consiste toujours en trois potages, en petits bouillons, en un petit pot de crème et en eau vineuse pour boisson. Une lavement administré à la malade produit une garde-robe copieuse. L'état de la malade ne laisse rien à désirer.

Le 20, les dernières épingles et le fil de la suture entortillée sont enlevés, et la réunion est complète dans tous les points, excepté au niveau du moignon du pédicule, qui suppure toujours un peu. Les ligatures du pédicule résistent à une traction légère; la malade se plaint de la modicité des aliments qu'on lui donne; avec les trois potages, on lui accorde une côtelette, un œuf à la coque et de l'eau rougie. Le pouls est à 64, et madame X... se trouve si bien, qu'elle demande à se lever. On fait son lit chaque jour, en la transportant d'un lit sur un autre.

Le 21, plusieurs fils de la ligature du pédicule se détachent naturellement, et le seul qui reste cède le lendemain à une très-légère traction. La suppuration au niveau du pédicule est à peine sensible; un lavement provoque une garde-robe abondante. Même régime.

Le 23, le pédicule ne suppure plus, et la réunion est parfaite dans toute l'étendue de la plaie, qui est solide et linéaire. Le ventre est souple, non douloureux à la pression. Le sommeil est très-bon, l'appétit très-vif, la digestion excellente, et tout annonce un résultat heureux. Les garde-robes deviennent naturelles et quotidiennes. M. Boinet permet tous les aliments que désire la malade; la guérison est complète et radicale, et jusqu'ici, si on n'a pas permis à la malade de se lever, c'est par mesure de précaution, dans la crainte, exagérée peut-être, de compromettre cette guérison; mais l'autorisation de se lever et de marcher est accordée, et, quelques jours après, madame de M... quitte la maison de la rue Oudinot pour aller à la campagne, où elle séjourne pendant plusieurs mois, se livrant à toutes les promenades, à tous les exercices qui lui conviennent. Aujourd'hui, près de sept mois après l'opération, la malade jouit de la meilleure santé possible.

ÉTUDES SUR LES EAUX DE VALS.

Par M. le Dr Clermont (de Lyon).

Gastralgie et entéralgie.

Sous la première de ces dénominations on désigne un état morbide assez commun, qui se traduit par une vive douleur à l'estomac, venant par accès, à intervalles de temps parfois égaux, mais non toujours, durant de une demi-heure à 5 ou 6 heures, et pendant lesquels le malade, poussant des plaintes et des gémissements, replie le genou sur le ventre comme pour soulager son mal, prend une respiration anxieuse, se couvre d'une sueur froide, et se sent parfois près de tomber en syncope; souvent son pouls se précipite et devient petit; nous l'avons vu rester calme dans des accès moins aigus.

Pendant la crise, on voit des malades refuser de prendre les plus simples remèdes, tandis que d'autres se soulagent par quelques aliments. La douleur ne paraît pas toujours après un repas, et il n'y a souvent entre l'un et l'autre aucune relation de cause à effet. Cette circonstance, la nature des crises, leur intensité, leur cessation presque brusque ont fait penser que c'était là la névralgie stomacale.

L'étiologie de cette affection est obscure, quoique les hypothèses ne fassent pas défaut. Quand on aura dit qu'elle est plus commune de 20 à 50 ans et chez les femmes que chez les hommes, on n'aura guère éclairci la question.

Mais on peut affirmer que la gastralgie est le résultat d'une métastase névralgique ou rhumatismale, et c'est aux causes qui produisent ces formes morbides qu'il faut se reporter pour expliquer l'origine de celle qui nous occupe.

On a cherché à établir diverses formes de gastralgie. Bornons-nous à n'y voir que des différences d'âge, de sexe, de tempérament et d'intensité, et ne faisons pas comme pour la dyspepsie que l'on a formulée en chapitres, selon les maladies dont elle n'est qu'un trait accessoire. — Il serait utile d'avoir, en médecine comme dans toutes les autres sciences, un langage clair et précis, et de ne pas confondre la gastralgie avec la dyspepsie, qui en est très-souvent, mais pas toujours un symptôme.

L'*entéralgie* offre avec la névralgie stomacale une telle analogie de causes et d'effets que nous ne croyons pas devoir les séparer; c'est le siége qui en est différent, et fréquemment les troubles morbides portant leurs manifestations sur l'estomac et sur les intestins à la fois, mériteraient alors d'être compris sous le nom de *gastro-entéralgie.*

Les personnes atteintes de ces douleurs à forme périodique ne sont pas rares à Vals pendant la saison thermale; elles y trouvent presque toujours une notable amélioration et souvent la guérison, quand on les y traite par les eaux alcalines peu minéralisées; tandis que leur état tend à s'exaspérer quand on lui oppose une eau trop sodique.

Ce fait d'observation concorde avec ce qu'en a écrit l'un des médecins de Vichy les plus renommés (*Lettre 5 sur Vichy*, p. 101), quand il dit que l'on est obligé de renvoyer de cette station les gastralgiques, parce que les eaux minérales des bords de l'Allier ont au moins 7 grammes par litre de principes fixos, tandis que nous avons des eaux carbo-sodiques qui n'en contiennent que 1, 2 ou 3 grammes.

Par ses eaux tempérantes et sédatives, Vals a un grand avantage sur les stations d'eaux minérales analogues; et celle de la source *Saint-Jean*, l'une des moins chargées en principes minéraux, y est par cela même une des plus utiles, puisqu'elle peut remplir certaines indications auxquelles il serait impossible de répondre par un liquide contenant trois ou quatre fois plus de sel alcalin. En outre, elle est assez pourvue d'acide carbonique pour en retirer l'effet hyposténisant, et dire qu'elle contient de l'arseniate de soude, c'est faire pressentir qu'elle est sédative du système nerveux, et très-apte à combattre l'élément douleur, pour parler le langage de l'habile nosographe auquel nous faisions allusion ci-dessus.

Observation de gastralgie.

Mademoiselle A..., d'Yssingeaux (Haute-Loire), âgée de 39 ans, bien réglée et occupée dans sa famille à des travaux faciles, éprouve depuis un an, à intervalles inégaux, tous les trois ou quatre jours, et sans cause prochaine appréciable, de très-vives douleurs à l'épigastre, d'une durée de quatre à cinq heures, s'irradiant vers le pylore, et produisant à la malade une sensation de déchirement qui semble diminuer un peu par une légère pression.

D'abord l'opium avait pu soulager les crises, mais non en empêcher le retour. Le sulfate de quinine et les ferrugineux n'ayant pas réussi davantage, MM. les docteurs Chardon et Pipet envoient la malade à Vals, le 1er juillet.

Chaque accès névropathique augmentait l'affaissement général, la perte de l'appétit et la diminution des forces digestives. Le teint était anémique et la malade ne se livrait plus qu'avec lenteur et indolence à ses travaux habituels.

Dans l'intervalle des accès, l'estomac était peu sensible à la pression, la langue était blanche, le pouls régulier, petit et concentré. De l'anorexie, de la répugnance pour les corps gras, quelques autres phénomènes dyspeptiques, comme l'éructation de gaz inodores, des borborygmes, étaient les seuls symptômes persistants, et contrairement à ce qui arrive souvent chez les gastralgiques, la douleur épigastrique n'était pas soulagée lors des crises par une petite quantité d'aliments.

L'eau de la *Rigolette* produisit à la malade une sensation de chaleur à l'estomac, et bientôt elle fut prise d'un accès de gastralgie assez violent.

L'eau de la source *Saint-Jean*, au contraire, fut très-bien supportée, quatre verrées, puis six par jour.

En quittant Vals le 23 juillet, mademoiselle A... se considérait comme guérie, car depuis dix-neuf jours elle n'avait pas eu d'accès. La dyspepsie avait cessé, la peau avait repris une bonne couleur, et l'activité physique et morale reparaissait dans toute son intégrité.

Dans l'entéralgie ou coliques *idiopathiques* de Cullen, dans nombre d'états névropathiques, lors même que l'eau de la source *Saint-Jean* n'est pas mise en rapport direct avec l'organe souffrant, elle n'en exerce pas moins sa bonne influence sur ces affections et concourt puissamment à leur guérison.

Observation d'entéralgie.

M. D..., 42 ans, cultivateur à Monteron, près d'Uzès, actif et de bonne constitution, fut atteint, il y a trois ans, de fièvre intermittente, et prit, pour s'en délivrer, de fortes doses de quinine.

A partir de cette époque, il est souvent fatigué par des digestions lentes et pénibles. Depuis deux mois, il éprouve de temps en temps, surtout après avoir mangé, des coliques violentes, quoique son régime soit des plus sobres. Il accuse alors un sentiment de torsion ou de déchirement autour de l'ombilic, se propageant vers l'hypocondre gauche, la vessie et d'autres régions du ventre dont les muscles se contractent violemment.

Dans ce paroxysme entéralgique, le malade se plaint de respirer avec peine; il se sent glacé; son pouls devient petit, fréquent et concentré. L'application de quelques linges chauds, ou une légère pression sur le ventre, soulagent un peu la douleur, mais c'est surtout l'expulsion de gaz par les voies hautes et basses qui semble marquer la fin de la crise.

Quoique peu désireux de se déplacer, car il craignait d'être pris d'un accès pendant le voyage, le malade est néanmoins décidé par M. le docteur Bouchon à venir à Vals, où il arrive le 6 juillet.

Le ventre est légèrement sensible à la pression. La rate paraît un peu tuméfiée; la langue est blanche; le pouls est à 72. Il y a de la faiblesse dans les jambes; enfin nous notons aussi un peu de constipation.

Cette dernière circonstance nous engagea à donner l'eau de la source *Précieuse;* mais elle fut mal supportée, et c'est à l'eau de la source peu sodique, mais arsenicale, que le malade dut le bienfait d'une amélioration assez promptement marquée. Après douze jours, la névrose ne paraissait plus qu'à l'état rudimentaire, et après vingt-trois jours de traitement (7 à 8 verres par jour), le malade prit son *exeat*, accusant encore un peu de faiblesse, mais digérant parfaitement, et n'ayant plus ces horribles coliques qu'il redoutait, disait-il, plus que la mort.

L'eau de la source *Saint-Jean* doit, avons-nous dit, une partie de son action sédative à la petite quantité d'arseniate de soude qu'elle contient. En effet, les archives de la médecine ont enregistré plusieurs observations de gastralgie et d'autres névralgies guéries par de très-petites doses d'arsenic, 1 ou 2 milligrammes par jour, et nous avons été nous-mêmes plusieurs fois témoins de ce fait.

M. le docteur Vétu, de Dijon, nous a fourni l'occasion de voir, à Vals, une dame affectée d'un eczéma de la face et d'une gastralgie, alternant depuis plus de deux ans, de telle façon que toujours l'une des deux maladies était à tour de rôle en permanence. Après avoir résisté toutes deux à de nombreux traitements, elles cédèrent enfin à l'eau de la *Saint-Jean*, qui en délivra la patiente. Nous pûmes à nouveau constater là l'efficacité de l'arseniate de soude dans un certain nombre d'affections cutanées, comme aussi dans la névropathie stomacale.

FIÈVRE TYPHOIDE

Se développant à la suite d'une intoxication lente par les gaz que dégagent les poêles de fonte.

(Extrait d'une note communiquée à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, par le Dr E. Decaisne.)

Dans la séance de l'Académie des sciences du 17 avril 1865, M. Velpeau lisait, au nom de M. le docteur Carret (de Chambéry), une note sur l'apparition d'une nouvelle espèce d'épidémie en Savoie. Cet observateur croyait pouvoir affirmer que bon nombre d'épidémies d'hiver qu'on désigne ordinairement sous les noms de *méningite cérébro-spinale*, de *typhus cérébral*, de *fièvres rémittentes graves*, sont tout simplement des intoxications par le gaz oxyde de carbone que dégagent les poêles de fonte.

Une discussion intéressante qu'on peut lire dans les bulletins de l'Académie, et à laquelle prirent part MM. Faye, Regnault et Chevreul, s'engagea alors sur ce sujet.

Depuis longtemps on avait reconnu que le fer porté au rouge devient perméable pour les gaz et que la fonte l'est plus encore.

Graham avait démontré que, dans ces conditions, le fer condense au moins 4 fois son volume d'oxyde de carbone, et que le gaz traverse les porosités du métal.

Tout récemment enfin, M. Sainte-Claire-Deville et M. Troost, le savant professeur du lycée Bonaparte, ont analysé avec soin l'air qui circule autour des poêles de fonte et y ont trouvé une quantité notable d'oxyde de carbone.

Je ne connais pas les localités où ont été recueillies les observations de M. le docteur Carret et les conditions dans lesquelles se trouvent les populations de la Savoie; je ne puis donc les discuter ici et rechercher quelle est au juste la part qu'il faut faire aux coïncidences si fréquentes en médecine, comme chacun le sait. Mais je pense que l'usage des poêles de fonte peut donner lieu à un grand nombre d'accidents et avoir sur la santé, dans certaines circonstances, des effets qui ne me paraissent pas avoir été suffisamment étudiés jusqu'ici, et que le savant mémoire de M. le docteur Carret a mis le premier en lumière.

Je crois donc qu'il est utile de continuer d'appeler l'attention des hygiénistes sur ce sujet, et je demande à l'Académie la permission de lui soumettre l'observation suivante qui démontre, selon moi, l'influence que peut avoir sur le développement de la fièvre typhoïde l'intoxication plus ou moins prolongée par les gaz délétères que dégagent dans certaines conditions les poêles de fonte dont l'usage est si répandu aujourd'hui.

Au mois de décembre 1864, je visitais, au hameau de Martincourt (Oise), une famille composée de cinq personnes : le mari, âgé de 53 ans ; la femme, du même âge environ ; un garçon de 23 ans, une petite fille de 10 ans et un petit orphelin âgé de 11 ans, que la famille avait recueilli depuis quelque temps.

Pendant les froids qu'il faisait à cette époque, ces pauvres gens habitaient une unique chambre mal-aérée de 5 mètres environ de longueur, sur 4 mètres de largeur et 2 mètres 50 centimètres de hauteur. Cette pièce était chauffée par un poêle de fonte au charbon de terre. Ce poêle était presque constamment porté au rouge, et l'air était rarement renouvelé.

Depuis huit jours, tous ces individus, excepté le grand garçon qui travaillait au dehors de son métier de bûcheron, n'étaient sortis de cette chambre. Le père était retenu à la maison par une contusion à la jambe.

Le père et la mère se plaignaient d'éprouver depuis quelques jours des vertiges, des étourdissements, de grands maux de tête. La femme avait eu la veille quelques vomissements.

Les deux jeunes enfants avaient des nausées, la tête brûlante, des tintements d'oreille, des troubles de la vue et une grande propension au sommeil. Chez tous, il y avait une grande prostration des forces. La langue était naturelle. Chez la petite fille cependant elle était un peu rouge à sa pointe. L'appétit était conservé à peu près chez les enfants ; il était presque nul chez le père et la mère. Le pouls ne présentait rien de particulier. Le grand garçon jouissait d'une santé parfaite.

Il me suffit de rester dans cette chambre pendant dix minutes pour comprendre la cause de ces accidents. En effet, l'air était infect, la chaleur insupportable, et j'éprouvai bientôt des étourdissements, ce qui étonna beaucoup ces braves gens, qui me prirent bien certainement pour un délicat.

J'ouvris la porte et la fenêtre, je renouvelai l'air et je cherchai à faire comprendre au père et à la mère qu'ils s'empoisonnaient, tout simplement.

Je fis appliquer sans interruption de l'eau fraîche sur le front à mes quatre malades, on promena des cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs et on donna à chacun un lavement purgatif. Je crus utile, en outre, de faire appliquer quelques sangsues aux apophyses mastoïdes, chez le mari.

Dix-huit heures après, tous les accidents avaient disparu chez ces quatre individus. Le père et la mère gardèrent pendant trois jours une grande susceptibilité nerveuse.

Je renouvelai à ces pauvres gens, avant de les quitter, toutes mes recommandations. Je leur prescrivis de bien ventiler la chambre, de ne pas fermer la clef du poêle, de ne pas le porter au rouge, et de sortir chaque jour. Je leur recommandai surtout d'éteindre le feu avant de se coucher. Le tout sous peine de voir revenir les accidents qui avaient mis leur vie en danger.

Dix jours après, on vint me prévenir que le père, la mère et le petit garçon étaient repris des mêmes accidents. La petite fille, cette fois, y avait échappé ; elle était rentrée depuis quelques jours dans la fabrique où elle travaillait habituellement.

Je vis bientôt que mes prescriptions avaient été négligées avec cette incurie si commune chez les gens de la campagne.

Je fis faire le même traitement qui amena le même résultat.

Mais, à mon grand étonnement, je vis dès le surlendemain se dérouler chez ces trois individus les symptômes les mieux caractérisés de la fièvre typhoïde : douleurs de ventre, diarrhée, météorisme, fièvre continue, anorexie, langue sèche, tremblotante, soubresauts des tendons, toux, prostration, somnolence, sudamina, hémorrhagie intestinale chez le petit garçon, avec délire pendant quatre à cinq jours. Ils eurent tous, comme circonstance à noter, des épistaxis hors de proportion avec ce que j'avais observé jusque-là chez les malades atteints de fièvre typhoïde.

Mes trois malades guérirent. La période ataxo-adynamique fut très-accentuée. La maladie dura trente jours, en moyenne. La convalescence fut longue, et deux mois après, le père et la mère conservaient encore une grande prostration des forces.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Montpellier vient de faire une grande perte : M. Jaumes, professeur de pathologie et de thérapeutique générale, vient de succomber dans un âge encore peu avancé, à une courte maladie. M. Jaumes avait préludé par de brillants concours et par de nombreux travaux à la haute position qu'il s'est acquise dans l'enseignement officiel. Nous citerons notamment, parmi ses premières publications, un *Essai de Pharmacologie thérapeutique générale* et un *Traité de Pharmacologie spéciale*, dont le premier volume seulement a paru. Depuis que M. Jaumes avait été appelé à la chaire de pathologie générale, il avait pris en quelque sorte la haute direction de la tradition doctrinale de l'École, et à dater de ce moment, toutes ses publications qui ont paru, pour la plupart, dans le *Montpellier médical*, ont pour sujet les grandes questions de la pathologie générale et de la philosophie médicale et portent toutes le cachet d'une forte éducation philosophique. On y remarquera, entre autres, ses savantes défenses du dualisme dynamique de l'École de Montpellier, à l'occasion des discussions soulevées dans le monde philosophique sur l'animisme et le vitalisme. Une partie de ces publications ont été réunies récemment en un fascicule, sous le titre de *Fragments de Pathologie générale*, où il est traité de la maladie, de la diathèse, de la contagion et de l'infection. Enfin la *Gazette hebdomadaire* publiait de lui, il y a quelques semaines seulement, un travail étendu sur la théorie de la contre-fluxion, extrait d'un *Traité de Pathologie et de Thérapeutique générales*, qui va paraître prochainement.

La Faculté de médecine de Montpellier ne perd pas seulement en M. Jaumes un professeur éminent, elle perd aussi un homme excellent et qui vivait entouré d'une grande et légitime considération. Tous ceux qui, comme nous, ont pu apprécier tout ce qu'il y avait de distinction dans son esprit, d'honorabilité et de qualités aimables dans son caractère, partageront les vifs et sympathiques regrets que nous a causés cette mort prématurée. M. Jaumes laisse un fils, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, qui a su se faire déjà une position distinguée, et qui saura marcher sur ses traces.

— La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu le mercredi 4 mars, à huit heures précises du soir, rue de Rivoli, à la nouvelle mairie du 4me arrondissement.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 4 mars 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu, dans cette séance, un rapport de M. Blache sur un mémoire de M. le docteur Mignot, relatif à la contagiosité du muguet; une note de M. Miahle sur le principe actif du vaccin, à l'occasion des expériences récentes de M. Chauveau, dont nous avons entretenu nos lecteurs dans le nº du 18 février dernier, et sur lesquelles nous aurons à revenir. Puis, la reprise de la discussion sur la tuberculose a amené à la tribune M. Guéneau de Mussy. N'ayant point eu son travail sous les yeux, il nous serait impossible d'en donner aujourd'hui un résumé, ni même une appréciation suffisamment motivée. Nous y reviendrons dans un prochain numéro. On trouvera plus loin la lettre de M. Lebert, lue dans la séance précédente, et qui apporte à la discussion, sinon des éléments nouveaux, du moins des rectifications utiles que réclamaient les diverses objections faites au sujet de la première communication. Nous aurons à tenir grand compte de ce document dans le résumé que nous nous proposons de faire prochainement de cette importante discussion.

L'Académie s'est formée en comité secret à quatre heures et demie pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante d'académicien libre, à laquelle il devra être pourvu dans la prochaine séance. La liste de présentation est composée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Daremberg; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. A. Latour, Legoyt et Th. Roussel. Les titres, si bien connus de tous, de M. Daremberg, bien plus encore que le rang qui lui a été assigné par la Commission, assurent d'avance sa nomination. Nous voyons avec plaisir figurer en seconde ligne, avec des candidats d'une valeur reconnue, un de nos collègues de la presse. Si nous ne savions que M. Latour s'était d'avance volontairement effacé devant la candidature de M. Daremberg, nous aurions fait des vœux sincères pour son succès. Nous les réservons pour une prochaine élection.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. HERVIEUX.

Symptomatologie de la péritonite puerpérale généralisée ou générale d'emblée (1).

Troubles digestifs. — Aux symptômes d'embarras gastrique qui marquent habituellement la période d'invasion, succèdent bientôt des troubles plus graves du côté de l'appareil digestif.

La langue, d'abord humide et blanche ou recouverte d'un enduit saburral médiocrement épais, perd en partie son humidité. Elle devient poisseuse, se charge d'une couche limoneuse grise ou jaunâtre, s'élargit quelquefois au point de recevoir sur tout son pourtour l'empreinte des arcades dentaires. D'autres fois, la langue conserve son humidité et demeure exempte de toute espèce d'enduit. Mais, le plus souvent, la sécheresse de la langue va toujours en augmentant, les produits de sécrétion qui couvrent sa surface se racornissent et brunissent en se desséchant; le doigt, porté alors sur la face supérieure de l'organe, n'y constate aucune humidité. La langue se rétrécit et s'effile, acquiert une dureté ligneuse et prend cet aspect qu'on a désigné sous le nom de langue de perroquet; les gencives, les dents et la face interne des lèvres se recouvrent en même temps d'une matière noirâtre, fuligineuse; des mucosités visqueuses, filantes, tenaces, s'interposent parfois entre la langue et la voûte palatine, mucosités dont les malades ont beaucoup de peine à se débarrasser. La parole est gênée, la soif aride et incessante, l'état typhoïde se dessine nettement.

D'autres fois la langue, dépouillée de toute espèce d'enduit, est d'un rouge vif, briqueté. Elle peut alors rester humide, mais le plus souvent cette rougeur coïncide avec un certain degré de sécheresse.

Quand la langue demeure chargée de saburres épaisses, elle est d'ordinaire d'un blanc jaunâtre. Mais quand il existe simultanément des vomissements bilieux, l'enduit saburral prend la couleur jaune ou verte des vomissements.

J'ai vu plusieurs fois, soit un muguet véritable, soit une matière fibrineuse, en couche mince, blanche comme de la crême, se produire à la surface de la langue et tapisser même la totalité de la muqueuse buccale.

Quel que soit l'état de la langue, la soif, mais une soif ardente, continuelle, est un phénomène à peu de chose près constant.

L'anorexie est loin d'être la concomitance obligée des troubles graves qui caractérisent la péritonite puerpérale. Il n'est pas rare de voir, au milieu des désordres digestifs les plus alarmants, les malades nous dire : *J'ai faim*, et réclamer avec instance, quelquefois même avec larmes, non pas des bouillons et des potages, mais de la nourriture solide. Le plus ordinairement, quand on met ces malheureuses à même de satisfaire cette voracité apparente, il suffit de quelques bouchées d'aliments pour la calmer aussitôt; mais, quelquefois aussi, des doses assez considérables de nourriture ont été parfaitement supportées, sauf à ce que le lendemain la diarrhée et les vomissements reparussent plus intenses que jamais.

Tout me porte à croire que ces appétits étranges, surgissant au milieu de la situation la plus grave, sont le résultat d'une perversion, non pas seulement des fonctions gastriques, mais encore et surtout des fonctions cérébrales. Il y a là pour moi une conception délirante. J'ai l'habitude de dire à mes élèves : « Défiez-vous d'une accouchée qui, au milieu d'un état fébrile grave et des accidents de péritonite les plus accentués, vous dit subitement : *Je ne souffre plus, j'ai faim, je veux m'en aller.* Cette femme a le délire, et si ce délire ne s'est pas encore manifesté, n'ayez crainte, il éclatera bientôt. » Le délire du cerveau suit de très-près en effet le délire de l'estomac. Ces deux phénomènes sont connexes.

Comme exemple des appétits bizarres qui peuvent s'observer, je citerai le cas d'une jeune femme, actuellement dans mon service pour une péritonite puerpérale généralisée. Son état est des plus graves : face pâle, traits profondément altérés, tympanite excessive, fièvre intense, pouls de 120 à 130. Ces jours passés, j'ai eu à combattre des vomissements bilieux d'un vert porracé, vomissements que n'ont pu arrêter l'eau de Seltz, les boissons froides, la glace, l'application d'un vésicatoire volant au creux épigastrique. Eh bien! cette femme, qui est Belge et qui a l'habitude de la bière, me pria instamment de lui permettre l'usage de cette boisson; je lui en fis donner à discrétion, environ 4 litres par jour, et ce matin les vomissements étaient arrêtés.

Les nausées, les envies de vomir, plus rarement le hoquet, précèdent d'ordinaire les vomissements.

Mais les vomissements sont loin d'être un phénomène constant. Très-communs dans les épidémies graves, ils sont beaucoup moins fréquents dans les épidémies de moyenne intensité et peuvent manquer complétement dans les épidémies bénignes, alors même que les malades succombent aux progrès de la maladie. Toutefois, il ne faut pas oublier que nous traitons uniquement ici de la péritonite généralisée ou générale d'emblée, et que dans cette variété de péritonite, les vomissements sont beaucoup moins sujets à faire défaut que dans la péritonite partielle, en raison de l'extension de la phlegmasie péritonéale au diaphragme, au foie, à l'estomac.

Les boissons constituent d'abord uniquement la matière des vomissements. Plus tard, ces boissons se colorent en jaune par l'addition d'une petite quantité de bile, et si on les examine de près, on aperçoit, déposée au fond du vase, une sorte de lie grisâtre formée par des mucosités gastriques. Si les vomissements persistent, ils deviennent bientôt purement bilieux et prennent alors, ou bien une teinte franchement jaune, ou bien une couleur aussi verte que celle des épinards. La consistance des vomissements verts varie; tantôt ils sont limpides, transparents et comme sirupeux; tantôt mélangés d'une matière verte, épaisse, demi-solide, qui n'est que de la bile concrète et condensée; d'autres fois enfin ils sont entièrement formés de cette dernière substance, que je ne saurais mieux comparer qu'au résidu verdâtre provenant de la combustion de l'huile à brûler.

Les vomissements sont très-douloureux dans le principe, d'abord parce qu'ils exigent de grands efforts, en second lieu parce qu'ils ne s'effectuent pas sans la participation du diaphragme et des muscles abdominaux, et par suite, sans un retentissement très-douloureux dans une cavité dont la séreuse est tout entière envahie par l'inflammation.

Au fur et à mesure que la maladie fait des progrès, les douleurs abdominales s'apaisant, les efforts de vomissement deviennent moins pénibles, et, chose remarquable, ils peuvent même cesser complétement pour faire place à une véritable régurgitation. Les malades rejettent alors la bile épaisse et verte qui constitue la matière des vomissements, comme les enfants à la mamelle rejettent le lait de leur nourrice, c'est-à-dire sans effort, sans douleur, sans même éprouver le besoin de se mettre à leur séant ou de lever la tête. Le liquide s'échappe spontanément de la bouche, flue sur le menton et le cou, souille les draps et les alèzes, avant que les personnes présentes aient pu approcher un vase; qui n'est d'ailleurs même pas réclamé par les malades arrivées au dernier degré de l'indifférence et de la prostration.

Dans le principe, il semblait que les vomissements eussent besoin pour se produire d'un prétexte, tel que l'ingestion des boissons, les mouvements soit spontanés, soit communiqués, un effort de toux, etc. Plus tard, c'est indépendamment de toutes ces causes, c'est quelquefois même, pour ainsi dire, envers et contre tout que se produisent les vomissements.

Au début, ils étaient séparés les uns des autres par d'assez grands intervalles. Il y en avait un, deux, trois ou quatre par jour. A une époque plus avancée de la maladie, ils se rapprochent et deviennent parfois si fréquents qu'il devient impossible de les nombrer.

La quantité des matières vomies peut être plus considérable au début, en raison du mélange de la bile avec une plus ou moins grande abondance de boissons. Mais si l'on ne considère que la bile, la quantité qui en est évacuée devient de plus en plus grande à mesure qu'on avance vers le terme fatal.

Quelquefois cependant les vomissements cessent tout à coup sans que l'état du malade s'améliore. Ce résultat, qui est habituellement dû à la médication employée, s'explique alors par le rétablissement de la diarrhée qui vient prendre alors la place des vomissements. Ces deux phénomènes sont tellement solidaires l'un de l'autre chez les femmes en couches que, si vous tentez d'arrêter la diarrhée à son tour, vous ramenez les vomissements.

La présence des vers lombrics dans la matière des vomissements a été signalée par tous les auteurs qui ont écrit sur la péritonite puerpérale, Van den Bosc, Amard, Osiander, Vigarous, Cliet, Baudelocque, Paul Dubois, Tarnier, etc. Mais, au lieu de considérer avec Van den Bosc et Osiander la complication vermineuse comme étant liée par un rapport de cause à effet avec la péritonite, il ne faut voir là qu'une circonstance fortuite, toute accidentelle et qui tient à deux causes : la première, c'est que parmi les femmes qui viennent accoucher dans les Maternités, un grand nombre sont encore assez jeunes pour être atteintes de cette affection si commune dans le jeune âge; la seconde, c'est que les vomissements sont souvent assez énergiques pour solliciter l'expulsion des matières profondément situées dans l'intestin grêle.

Les évacuations intestinales dans la péritonite généralisée sont le plus ordinairement diarrhéiques. Il existe parfois un peu de constipation au début; ou bien, si les vomissements sont prédominants, les selles peuvent se suspendre pendant toute la durée de ces derniers. Il arrive encore, dans certaines épidémies très-bénignes, que la péritonite parcourt ses phases avec une constipation persistante. Mais ce sont là des exceptions. La diarrhée est de règle. J'invoquerai ici le témoignage de M. Béhier, qui ne l'a vu manquer que 11 fois sur 69.

La diarrhée s'établit habituellement de bonne heure et sous le prétexte le plus léger, un lavement, un ipéca, un laxatif doux, tel que 15 grammes d'huile de ricin.

Une fois déclarée, elle persiste, si on l'abandonne à elle-même, jusqu'à la fin de la maladie dans les cas graves. D'ordinaire, elle ne s'arrête spontanément que quand les accidents tendent à s'amender. Elle est d'autant plus intense que la péritonite est plus inaccessible à nos moyens de traitement.

Lorsqu'on réussit thérapeutiquement à arrêter la diarrhée dans les cas graves, il arrive trop souvent, et ce fait est vulgaire dans mon service à la Maternité, que les vomissements apparaissent. Si l'on se rend maître des vomissements par les remèdes appropriés, la diarrhée se reproduit.

Je ne saurais trop fortement appeler l'attention sur cette alternance possible de la diarrhée et des vomissements, parce qu'elle a des conséquences pratiques de première valeur. Elle commande la plus grande circonspection dans l'emploi des moyens anti-diarrhéiques, la diarrhée, si fâcheux que soit ce symptôme, étant encore de beaucoup préférable aux vomissements.

(1) Voir les numéros 3, 4, 5, 7, 24 et 26.

Il est rare que la diarrhée présente dès le début une très-grande intensité. La fréquence des selles liquides croît avec les progrès de la maladie, et il arrive un moment où cette fréquence ne peut plus être calculée, les évacuations diarrhéiques devenant involontaires, surtout quand l'adynamie est extrême.

La composition des selles diarrhéiques offre un grand intérêt. Je ne me bornerai pas à dire, avec un certain nombre d'auteurs, qu'elles peuvent être de couleur jaune, verte, brune ou noirâtre, qu'elles sont tantôt glaireuses, tantôt bilieuses, d'autres fois séreuses ou sanguinolentes et d'une plus ou moins grande fétidité. Ces qualifications de la diarrhée n'ont rien de caractéristique. Or, j'ai remarqué que dans la péritonite puerpérale, la diarrhée se distingue par la prédominance d'un élément particulier, la bile.

Il faut avoir ouvert le tube digestif d'un grand nombre de femmes emportées par la péritonite puerpérale pour se faire une idée de l'énorme quantité de bile qui peut encombrer l'estomac au point de quadrupler son volume et être répandue dans toute la longueur de l'intestin grêle et du gros intestin. Pendant la vie, cette hypersécrétion biliaire se traduit par deux phénomènes dont nous avons signalé la solidarité, à savoir : les vomissements et la diarrhée. Cette solidarité est si réelle que non-seulement il y a suppléance de l'une par les autres et *vice versa*, mais encore que, si l'on examine les matières évacuées soit par la bouche, soit par l'anus, ces matières présentent identiquement le même aspect, la même consistance, le même caractère, c'est-à-dire le caractère bilieux.

Après avoir constaté cette prédominance de la bile dans les selles diarrhéiques des femmes atteintes de péritonite puerpérale, il devient impossible d'admettre avec quelques auteurs allemands, et notamment avec Niemeyer, l'hypothèse qui consiste à attribuer la diarrhée à une transsudation séreuse à travers la tunique interne de l'intestin.

La transsudation serait la conséquence de l'œdème sous-séreux ; mais cet œdème manque dans une foule de cas, et lorsqu'il existe, il ne saurait expliquer ces diarrhées abondantes à forme bilieuse dont nous sommes journellement témoin.

Dans l'épidémie de choléra 1865-1866, j'ai vu souvent la diarrhée prendre le caractère séreux chez les accouchées atteintes de péritonite. Eh bien! les tuniques intestinales étaient complétement indemnes de l'œdème sous-séreux décrit par Niemeyer.

Nous avons dit plus haut que la diarrhée n'apparaissait guère qu'après la période initiale. Mais dans les épidémies puerpérales sévères, elle peut non-seulement accompagner, mais précéder les symptômes initiaux. J'ai vu même la diarrhée se déclarer chez des femmes enceintes, survivre à l'accouchement et devancer ainsi de beaucoup l'explosion de la phlegmasie péritonéale.

On a considéré souvent la diarrhée comme un phénomène critique. Il me paraît difficile d'attribuer cette signification à un symptôme qui commence avec la maladie et finit avec elle, et le plus souvent entraîne l'issue fatale. Si c'est une crise, il faut convenir qu'elle n'est guère favorable. Hypothèse pour hypothèse, j'inclinerais plus volontiers vers celle qui fait des évacuations diarrhéiques un moyen éliminateur du poison puerpéral, moyen bien souvent impuissant, il est vrai, mais qui n'est pas plus obligé de réussir que tous les efforts dont la nature est susceptible pour amener la guérison.

Ce qui me porterait à admettre cette dernière opinion, c'est que dans les épidémies bénignes j'ai vu souvent la diarrhée (une diarrhée modérée s'entend) être suivie d'une amélioration notable ou du moins ne rien ajouter à la gravité des cas.

Tympanite intestinale. — Le développement du ventre est considéré comme un des symptômes les plus infaillibles de la péritonite généralisée ou générale d'emblée. Je l'ai vu manquer dans quelques cas de péritonite suppurée, mais ce sont là de rares exceptions.

Le ballonnement abdominal n'est pas un phénomène de début aux mêmes titres que le frisson et la douleur. Mais son apparition ne se fait pas longtemps attendre.

A peine s'est-il manifesté de la sensibilité du côté du ventre que déjà les parois abdominales ont perdu leur souplesse accoutumée. Ce n'est pas encore du météorisme; mais il y a déjà une certaine tension, un peu de résistance anormale. Veut-on explorer la paroi abdominale, qu'aussitôt, en vertu d'une action réflexe et inconsciente, cette paroi se roidit par l'effet de la contraction des muscles qui entrent dans sa composition, et ni par la prière ni par l'intimidation on ne peut obtenir des malades qu'elles fassent cesser cette contraction. La rigidité de la paroi ne disparaît qu'autant que l'on renonce à toute exploration. Le lendemain et les jours suivants, le gonflement des parois s'accuse davantage, et, si dans l'origine il se montrait partiel, occupant soit une partie, soit la totalité de la zone hypogastrique, bientôt il se généralise et il n'existe plus un point de l'enceinte abdominale qui ne devienne le siége d'une tension d'abord modérée, puis excessive, et qui oppose une forte résistance à toute tentative de pression.

C'est dans de telles conditions que toute sensibilité abdominale disparaît. Parfois les malades se plaignent encore de quelques douleurs spontanées, mais le plus souvent le ventre devient absolument indolent.

Le météorisme atteint assez fréquemment des proportions considérables. En refoulant le diaphragme et réduisant la capacité de la poitrine, il gêne les fonctions respiratoires et entrave la circulation du cœur et des gros vaisseaux. On conçoit que, porté aux dernières limites, le météorisme s'élève à la hauteur d'une complication susceptible de menacer sérieusement l'existence.

Je regrette que le défaut d'espace me prive de publier ici l'observation d'une jeune femme atteinte de péritonite généralisée et chez laquelle une tympanite monstrueuse amena la mort par asphyxie. Dans ce cas la circonférence de l'abdomen ne mesurait pas moins de 110 centimètres ; la courbe qui s'étendait de l'appendice xyphoïde au pubis avait 50 centimètres. Pendant les deux derniers jours de la vie, la peau était cyanosée, la respiration à 56. La mort arriva presque subitement. A l'autopsie que je fis avec le concours de M. Chantreuil, nous trouvâmes une ampliation énorme de l'estomac et des intestins. Le gros intestin formait à la partie supérieure du ventre un cylindre de 10 centimètres de diamètre. L'estomac mesurait 34 centimètres dans le sens de sa longueur, 15 centimètres dans celui de sa hauteur. L'intestin grêle avait presque partout 6 centimètres de diamètre. Le foie était culbuté ; sa face inférieure regardait en avant, sa face convexe en arrière. Il était comme ratatiné, gras à la coupe, la rate ramollie, ses cellules détruites ; l'utérus sain, à peu de chose près revenu à ses limites normales. Le diaphragme remontait sur la ligne médiane jusqu'au niveau du deuxième espace intercostal : la cavité thoracique n'avait guère plus que le quart de sa capacité ordinaire ; les poumons, aplatis comme si on les eût mis sous presse, ne laissaient suinter à la coupe que du sang noir. Pas d'épanchement pleural. Le cœur mou, peu volumineux ; caillot fibrineux occupant les cavités droites et s'étendant dans le tronc de l'artère pulmonaire et ses premières divisions.

N'omettons pas de noter que les anses intestinales agglutinées par de fausses membranes renfermaient du pus dans leurs intervalles. Le diaphragme, le foie et la rate étaient également tapissés de fausses membranes. Épanchement purulent peu abondant dans le petit bassin.

L'intensité de la tympanite est habituellement proportionnelle à l'intensité de la péritonite. Mais il n'en est pas toujours ainsi. J'ai vu quelquefois des tympanites considérables chez des femmes assez légèrement atteintes. Mais c'est l'exception.

La distension de l'intestin par des gaz est sans contredit la cause du ballonnement abdominal. Mais la formation gazeuse elle-même, d'où provient-elle, sinon de la même cause qui préside à l'exagération de la sécrétion biliaire? Sous l'influence du poison puerpéral, les sécrétions gastro-intestinales sont perverties comme la sécrétion biliaire et l'intestin surpris par le développement rapide de gaz qui en résulte se laisse distendre avant de pouvoir réagir sur le fluide qui le dilate. Peut-être aussi la tunique musculaire participe-t-elle à l'inertie dont tout le système est frappé, peut-être le relâchement des parois abdominales déterminé par la grossesse a-t-il sa part dans la manifestation du météorisme. Mais le point de départ est ailleurs, à coup sûr, que dans un phénomène mécanique, car on rencontre la tympanite, ainsi que je l'ai dit plus haut, dans la phlébite utérine en dehors de toute lésion du péritoine et de l'intestin.

Lorsque, coïncidemment avec la tympanite, il existe un épanchement péritonéal, on peut constater cet épanchement par la percussion en faisant varier l'attitude de la malade. Mais la chose n'est pas si simple qu'on le dit généralement dans tous les livres. On ne reconnaît clairement ainsi que les épanchements considérables, ceux d'un volume médiocre se dissimulant aisément soit dans le petit bassin, soit sur les côtés de l'abdomen en arrière ou au-dessous des anses intestinales dilatées.

Dans l'immense majorité des cas, une sonorité tympanique exagérée se perçoit sur tous les points de la région abdominale antérieure. J'en excepte à peine la région du foie et celle de la rate, ces organes étant habituellement entraînés par le diaphragme dans son mouvement ascensionnel vers la poitrine. Il n'est pas jusqu'à l'utérus qui ne puisse être, quoique très-volumineux encore, complétement masqué par le développement gazeux de l'intestin. (*A suivre.*)

Lettre sur la tuberculose

Par M. le professeur Lebert (de Breslau).

(Adressée à M. le Président de l'Académie de médecine).

Monsieur le Président,

J'ai eu l'honneur d'envoyer il y a quelques semaines à un ami, membre de l'Académie de médecine, le récit détaillé de la production expérimentale de cavernes pulmonaires. Ce petit travail n'ayant point été lu en séance publique, mais devant paraître, d'après les renseignements qui m'ont été donnés, dans les Bulletins de l'Académie, je me borne à commencer cette lettre par un très-court résumé de ce fait, en y ajoutant quelques détails de structure observés depuis sur des préparations durcies.

Voici ce fait : Une femme qui a eu, il y a deux ans, une toux sèche prolongée avec affaiblissement considérable, s'était bien remise, lorsque huit mois avant sa mort, elle fut prise de douleurs de ventre fréquentes avec diarrhée, fièvre, sueurs, amaigrissement progressif et perte des forces. Les signes d'une péritonite chronique devinrent plus manifestes en même temps que les deux régions sous-claviculaires se rétractèrent, puis survinrent les signes d'une tuberculisation pulmonaire aiguë qui se termina par la mort.

A l'autopsie, nous trouvons une péritonite tuberculeuse chronique, une pneumonie interstitielle du lobe supérieur des deux poumons, parsemée de petits foyers d'infiltration jaunâtre et de bronchi-ectasies, les bronches offraient, outre les signes du catarrhe, beaucoup de granulations fort petites et quelques ulcérations très-petites aussi. Le reste des poumons renfermait beaucoup de petites granulations, les unes grises, les autres jaunâtres, placées surtout aux environs des bronches. Le cœur était fort petit avec dégénération graisseuse et graisseuse de ses fibres. La rate renfermait beaucoup de granulations miliaires; le foie, outre les nombreuses granulations tuberculeuses, en partie seulement visibles à la loupe, offrait une inflammation de tout le tissu connectif interstitiel. L'intestin grêle présentait des ulcérations et des granulations à la surface péritonéale correspondante, entre les nombreuses granulations indépendantes de ces ulcères.

Le 7 mai 1867, un cochon d'Inde est inoculé sous la peau de la nuque avec plusieurs des granulations blanches du péritoine. En mai, il se forme un grand abcès à l'épaule, qui guérit. Le 22 septembre, l'animal met bas trois petits qui ont survécu ; le 26, on le trouve mort. A l'autopsie, nous trouvons de nombreuses glandes lymphatiques à infiltration jaunâtre non purulentes; glandes sous-cutanées, bronchiques et mésentériques. Le foie est très-volumineux, pâle, granuleux et offre une inflammation interstitielle générale, gélatiniforme; par places, le tissu de la glande elle-même est d'un rouge brun, et c'est seulement la périphérie des lobules qui a souffert; dans d'autres endroits, le tissu conjonctif enflammé est d'un blanc grisâtre; dans d'autres encore, d'un rouge pâle sans lobules hépatiques; nous y trouvons, à l'examen microscopique, tous les caractères de l'hyperplasie cellulaire du tissu connectif intrahépatique. La rate renferme beaucoup de petites granulations, dont les plus volumineuses, ramollies au centre, renferment une matière puriforme. La trachée, à sa partie inférieure et les grosses bronches, sont légèrement rétrécies par les glandes engorgées ambiantes. Plusieurs cavernes pulmonaires se trouvent dans les deux poumons; elles ont des parois irrégulières, anfractueuses, entourées d'un tissu condensé; ces petites cavités ne communiquent point avec les bronches; on voit en outre dans les poumons de nombreuses petites granulations grises et d'autres plus volumineuses. L'examen microscopique du poumon, conservé dans de l'alcool absolu, montre à la surface du lobe qui renferme les cavernes un épaississement pleurétique composé de nombreuses petites cellules fusiformes ou étoilées, ainsi que beaucoup de vaisseaux sanguins; par places, la muqueuse bronchique offre de très-petits foyers infiltrés de petites cellules, foyers qui se trouvent aussi disséminés à la surface externe des bronches.

Le tissu pulmonaire interstitiel est composé aussi de ces mêmes cellules, et par places ce tissu est parsemé de nombreuses gouttelettes et de granules graisseuses. Les granulations pulmonaires se composent également de fort petites cellules.

Voilà donc des granulations tuberculeuses type, inoculées sous la peau, occasionnant dans le foie une inflammation interstitielle sans granulations tuberculeuses; dans la rate des granulations en partie ramollies à leur centre; dans les poumons une inflammation interstitielle; des granulations qui offrent tout à fait le type des tubercules pulmonaires de l'homme, puis des tubercules plus volumineux; et enfin des foyers à destruction moléculaire commençante ou plus avancée, jusqu'à des cavernes indubitables, nullement distinctes de toute dilatation bronchique.

On a souvent soulevé dans ces derniers temps la question de savoir si vraiment nous avions obtenu des tubercules par nos expériences. Je ne conçois pas que l'on puisse en douter; en effet, aucune forme du produit pathologique que l'on appelle tubercule chez l'homme n'y manque : granulations fort petites, grises, demi-transparentes, granulations jaunes, petits foyers disséminés d'infiltration, localisations dans les alvéoles, dans le tissu cellulaire interstitiel, le long des bronches, dans les glandes lymphatiques, dans le foie, dans la rate, mêmes tubercules ramollis et formation de cavernes, voilà pour l'examen à l'œil nu. On m'a objecté que j'avais surtout parlé de cellules plus volumineuses que celles du tubercule, qui se composeraient de globules à dimension fixe 0 mm. 06. J'aurais mauvaise grâce de nier la forme et les dimensions particulières des globules des tubercules, ce sont de mes enfants aînés, et j'ai décrit dès 1843 les éléments qui composent le tubercule; mais leur dimension varie entre 0 mm. 005 et 0 mm. 075, et ils atteignent exceptionnellement 0 mm. 01, même au delà lorsque les cellules ordinairement incomplétement développées le sont plus parfaitement. Dans les détails des expériences publiées dans les Archives de Virchow, il est souvent question de ces petites cellules, mais j'avoue que, tant pour l'homme que pour les animaux, je ne trouve pas cette fixité de dimensions; dans le tubercule de l'homme comme dans celui des animaux, il y a une différence selon la provenance épithéliale, conjonctivale ou glandulaire. De plus, il est important d'étudier la formation même des petites cellules, étude difficile dans les poumons, mais facile dans les membranes séreuses; or on trouve alors qu'une granulation présente à sa périphérie des cellules à noyaux ronds ou fusiformes plus larges, puis à mesure qu'on s'en éloigne, on trouve des cellules plus petites, plus irrégulières, dans lesquelles le noyau ne s'est point nettement séparé de la membrane d'enveloppe. En résumé, je puis affirmer que chez les animaux soumis à l'expérimentation, j'ai trouvé la même structure macroscopique aussi bien que microscopique pour les diverses variétés et phases de développement des éléments du tubercule que ceux que l'on constate chez l'homme.

Je ne puis donc point accepter cette fin de non-recevoir, qui ne me paraît nullement justifiée. L'objection faite également, que l'on peut avoir affaire à des animaux tuberculeux avant l'expérience, est bien plus faible encore. Voilà trente ans bientôt que j'ai fait beaucoup d'expériences sur des lapins, et je puis affirmer que rien n'est plus rare que de les trouver tuberculeux; il en est de même des cobayes, et tout le monde sait que les chiens sont très-rarement tuberculeux; pourtant ces trois espèces si différentes d'animaux ont fourni les mêmes résultats positifs par l'expérimentation. Vouloir expliquer ceux-ci par l'embolie capillaire me paraît également parfaitement inadmissible. Lorsqu'une quantité très-considérable de tubercules, occupant pour le moins dans son ensemble plusieurs centimètres cubes, est le résultat de l'inoculation avec 1 ou 2 millimètres cubes de matières tuberculeuses ou autres, on comprend qu'il y a une disproportion trop flagrante pour admettre cette hypothèse qui n'a, du reste, nullement été vérifiée par l'observation directe, bien que nous ayons fait de grands efforts dans ce but. Si des foyers tuberculeux offrent à leur pourtour une diminution notable de vascularité, comme nous l'avons démontré par les injections, il est bien plus naturel d'admettre qu'une hyperplasie cellulaire considérable et étendue ait fait disparaître des vais-

seaux sanguins que d'attribuer l'hyperplasie à l'obstruction capillaire. Comment expliquer par l'embolie les tubercules obtenus chez des chiens par l'injection de pus très-soigneusement filtré, par l'établissement d'une fistule biliaire, et surtout, pour la plupart de nos animaux, par une inoculation sous-cutanée?

Quant au tubercule chez l'homme, je continue à soutenir qu'il ne saurait plus être envisagé aujourd'hui comme un produit néoplasique à vie propre, tel que les tumeurs cancéreuses fibroplastiques, fibreuses épithéliales, les enchondromes et les lipomes. Rien n'est plus transitoire et moins doué d'une vie prolongée que la granulation tuberculeuse et les tubercules en général. La vascularité cesse à leur pourtour, et les cellules entassées, étroitement collées ensemble, sont si peu aptes à la multiplication cellulaire, que leur propre développement vers le milieu et le centre reste incomplet, et que leur tendance à la désagrégation, à la fonte granuleuse, à la transformation graisseuse, n'est mise en doute par personne. D'un autre côté, ce sont là des caractères que l'on rencontre d'une manière exactement identique dans les produits de l'inflammation non suppurative, soit qu'on l'étudie dans le tissu conjonctif, soit dans l'épithéliale ou glandulaire. Et qu'est-ce que cette fameuse granulation? C'est encore un état transitoire et intermédiaire entre quelques cellules qui se multiplient, un amas presque microscopique de ces mêmes cellules d'un côté, et de l'autre un amas cellulaire beaucoup plus considérable qu'une granulation, soit massif, soit étendu en surface le long d'une gaîne bronchique, d'un vaisseau sanguin, d'un tractus de tissu connectif interstitiel. Aussi la discussion de savoir si le tubercule commence toujours par une granulation ou non, me paraît-elle perdre par cela même de son importance. Évidemment un très-petit foyer alvéolaire ou péri-bronchique ou péri-artériel, l'amas cellulaire, offre à un moment donné de son développement la forme et les dimensions d'une granulation. Je ne puis donc pas admettre, avec quelques auteurs, cette séparation nette et tranchée entre la phthisie dite caséeuse, épithéliale, scrofuleuse, et la phthisie tuberculeuse. Ce sont là des phases de développement différentes d'une forme de phlegmasie particulière que l'on n'hésite pas à nommer méningite tuberculeuse, péritonite tuberculeuse, etc.; mais qu'on ne veut absolument pas envisager comme une forme particulière de pneumonie soit par foyers disséminés souvent, plus tard confluents, soit par foyers granuleux. La granulation ne joue pas davantage un rôle exclusif ni comme produit primitif ni comme produit secondaire; elle peut être aussi bien l'un que l'autre. Les granulations confluentes en épaisseur ou en surface, dans les alvéoles, dans le tissu pulmonaire interstitiel, dans le tissu connectif qui suit les bronches, les artères, etc., forment d'abord des nodules, puis des foyers disséminés ou allongés le long des bronches, etc., plus volumineux, puis, par nécrose moléculaire, des ulcères et des cavernes, où les dépôts restent stationnaires. Dans les deux cas, un nouveau semis granuleux peut s'effectuer de proche en proche, en prenant pour point de départ les foyers plus anciens. Rien, sous ce rapport, n'est plus instructif que le semis de très-petites granulations à la surface péritonéale d'un ulcère intestinal. Lorsque j'ai parcouru, il y a un an, mes observations de tuberculose miliaire aiguë, j'ai trouvé dans les trois quarts des cas des foyers anciens, soit stationnaires pendant quelque temps, soit encore en voie de développement progressif, et dans mes observations des deux dernières années, pas une seule fois ces foyers anciens n'ont manqué; aussi ai-je pu, depuis longtemps, affirmer qu'il était très-rare de trouver des foyers disséminés sans granulations, et je puis ajouter aujourd'hui qu'il est pour le moins aussi rare de trouver une tuberculisation aiguë même très-étendue et promptement mortelle, sans trouver des foyers de pneumonie disséminés plus anciens, et souvent à tous les degrés d'évolution progressive et destructive jusqu'aux cavernes.

On ne sera pas étonné, d'après tout ce qui précède, que je nie formellement la possibilité de pouvoir diagnostiquer tous ces divers états des poumons d'une manière différentielle pendant la vie.

Non-seulement les combinaisons sont trop nombreuses et trop variées pour être reconnues isolément, mais cette négation se base aussi sur de nombreuses observations cliniques recueillies depuis les travaux de Niemeyer, faits dans lesquels les antécédents, l'état actuel, la marche, l'auscultation et la percussion pratiquées avec une rigoureuse exactitude, les mesures thermométriques prises au moins deux fois, souvent trois fois par jour, ont été notées avec soin, et le tout comparé après la mort avec le résultat de la nécropsie.

J'ai bien souvent diagnostiqué dans la clinique les cas de tuberculose aiguë, et tous ceux observés pendant ce semestre ont pu être reconnus de bonne heure et vérifiés par l'autopsie. Mais dans tous aussi, j'ai pu reconnaître que le début de la tuberculose aiguë n'était point celui de la maladie en général. Il est vrai que les premières phases sont quelquefois peu accentuées ou latentes, mais même un cas de tuberculose aiguë étant donné, on trouve à peu près constamment, outre les granulations, bon nombre de petits foyers plus étendus qui, lorsqu'ils sont entourés de tissu pulmonaire perméable et lorsque l'air peut pénétrer dans les petites bronches, ne sauraient être distingués à l'examen clinique, ni par l'auscultation ni par la percussion, des granulations miliaires, les uns et les autres ne donnant, dans ces circonstances, d'autres signes que ceux du catarrhe capillaire, de la bronchiolite.

Mais la tuberculose est-elle une inflammation simple, comme toutes les autres, ou a-t-elle des caractères particuliers qui en font une maladie spéciale? Je n'hésite pas à me prononcer dans ce dernier sens. Rien de spécifique, il est vrai, comme dans la morve, la syphilis, la variole, multiplicité très-grande dans les causes et dans la production expérimentale et pourtant un cachet spécial; seulement beaucoup moins bien délimité d'une manière ontologique qu'on ne l'admet généralement aujourd'hui. Tout ce qui affaiblit localement les tissus, ou généralement tout l'organisme, est plus ou moins capable d'engendrer la tuberculose, et tout en ne trouvant point à celle-ci les caractères des produits accidentels ordinaires, mais seulement ceux de l'hyperplasie cellulaire avec ses phases progressives et répressives, telles qu'on les observe dans l'inflammation non suppurative, les phlegmasies tuberculeuses forment cependant un groupe à part très-voisin des altérations cachectiques.

Du reste, si l'essentialité des fièvres n'est plus admise par personne, nous sommes également bien loin d'admettre l'essentialité des inflammations d'une manière aussi étendue qu'il y a dix ou vingt ans. La syphilis est sous ce rapport bien instructive, presque toutes ses localisations sont, malgré sa spécificité, de nature inflammatoire, et même les gommes dont on a voulu faire un produit anatomique tout à fait à part, ont sous le rapport de leur mode de formation une grande analogie avec les tubercules, et les gommes miliaires des reins, par exemple, ne sauraient être distinguées anatomiquement des tubercules miliaires de ce même organe. J'irai plus loin, et je dirai que, m'étant beaucoup occupé ces dernières années du diagnostic de la syphilis des organes internes, je suis arrivé à cette conclusion : que bien que les antécédents, la succession morbide, en un mot tout l'ensemble, rendait le diagnostic presque toujours possible, il n'y a cependant ni symptôme pathognomonique ni altération anatomique spécifique. N'en résulte-t-il pas clairement que l'anatomie pathologique seule, malgré tous ses perfectionnements modernes, malgré les bien grands services qu'elle peut rendre à la médecine, n'est point capable, à elle seule, d'assigner à une maladie la place qu'elle doit occuper en pathologie? Aussi, pour fixer celle de la tuberculose, faut-il réunir l'étiologie clinique et expérimentale, la symptomatologie très-exactement faite, l'étude approfondie de la marche avec les résultats nécropsiques, physiques et microscopiques, avant de se prononcer et avant de pouvoir arriver à des doctrines vraiment solides. En procédant par cette voie, on est loin de renverser ce que nos grands maîtres ont fait sur ce grave sujet, on professe pour eux un culte d'autant plus grand que l'on a appris à connaître toutes les difficultés qu'ils ont eu à surmonter. Mais l'on ne doit pas non plus hésiter d'employer tous les moyens d'investigation, pour élargir le cercle de nos connaissances sur une maladie qui, incontestablement, est la plus meurtrière qui afflige l'humanité.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 4 mars 1868. — Présidence de M. RICORD.

(CORRESPONDANCE OFFICIELLE).

1° M. le Ministre de l'Instruction publique transmet l'ampliation d'un décret en date du 22 février, par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Davaine dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, en remplacement de M. le docteur Trousseau, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Davaine prend place parmi ses collègues.

2° M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce adresse : 1° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1867 dans les départements de la Creuse, de la Moselle, du Rhône et de la Vendée. (Commission des épidémies); 2° un rapport de M. le docteur Penissat sur le service médical des eaux minérales de Chateauneuf (Puy-de-Dôme). (Commission des eaux minérales).

3° L'Académie reçoit : 1° un mémoire de M. le professeur Jeannel (de Bordeaux), sur la préparation des sels de sesquioxyde de fer et sur le chlore ferrique. (Commissaires, MM. Robinet, Gubler et Boudet); 2° un travail de M. Megmin, vétérinaire dans l'artillerie de la garde, sur la transmission de la gale du chat au cheval. (Commissaires, MM. Barth, Gubler et Davaine).

M. BÉCLARD offre en hommage à l'Académie, de la part de M. Gubler, un ouvrage intitulé : *Commentaires thérapeutiques sur le Codex.*

M. BÉCLARD présente, au nom de M. le docteur Auzias-Turenne, un ouvrage sur les virus, qui est accompagné de la lettre suivante :

« Paris, 3 mars 1868.

« Monsieur le Président,

« Le plus grand hommage qu'on puisse rendre à un corps savant, est de lui apporter des paradoxes appuyés de preuves. Voilà pourquoi j'offre à l'Académie ce livre, inspiré tout entier par ses discussions.

« Les doctrines qu'il renferme se résument aisément.

« J'ai recherché les origines de la vaccine au flambeau de l'histoire, sans abandonner les sentiers de l'observation, et j'ai été conduit ainsi à formuler la manière de régénérer et de renforcer le vaccin.

« J'ai démontré que la variole et la vaccine, indépendantes l'une de l'autre à leur point de départ, conservent toujours leur autonomie malgré des apparences et des propriétés communes, et que ces deux maladies ne deviennent jamais réductibles l'une à l'autre, lors même qu'elles se rencontrent accidentellement sur un seul organisme : il n'existe entre elles aucune parenté. — La cocote et la clavelée appartiennent aussi, chacune de son côté, à deux autres familles bien distinctes.

« J'ai rattaché à une formule simple, et j'ai utilisé pour la science et pour la pratique les cas de communication de la syphilis occasionnés, non par la vaccine, mais par la vaccination. J'ai indiqué les moyens faciles d'en prévenir le retour, sans s'écarter de la grande route ouverte par Jenner.

« J'ai rapporté de nouvelles preuves historiques de l'origine américaine de la syphilis, et je les ai fortifiées par des considérations neuves de pathologie virulente. J'ai montré en même temps que cette maladie n'a rien de commun, — si ce n'est de grossières ressemblances, — soit avec la lèpre tuberculeuse du moyen âge, soit avec la morve des chevaux.

« J'ai précisé les circonstances et les limites dans lesquelles cette maladie humaine peut se transmettre aux animaux.

« J'admets l'unité du virus de la syphilis, quoiqu'il se manifeste par des lésions et par des symptômes fort variés. Ce virus présente plusieurs modes, c'est-à-dire plusieurs manières d'être, et des degrés divers d'énergie.

« Je crois avoir découvert le secret de la nature dans la guérison spontanée de la syphilis; j'ai cherché à suivre le même courant qu'elle mais plus rapidement, malgré le choc et la résistance de ceux qui le remontent par une tradition séculaire.

« J'ai saisi, comme sur le fait, les lysses ou vésicules rabiques. On a nié, selon moi, leur existence pour n'avoir pas assez tenu compte de leur précocité, de leur *superficiellité*, de leur *éphémérité*, de leur variété de siége, de leur degré de fréquence, et surtout parce qu'il leur avait été assigné en prophylaxie une importance exagérée. Elles ont donc été mises à l'écart par réaction. Telles que je les représente, au contraire, on pourra les admettre sans risque de tomber dans l'extrême.

« Enfin, je ne dis rien de la tuberculose.

« Recevez, monsieur le Président, etc.

« AUZIAS-TURENNE. »

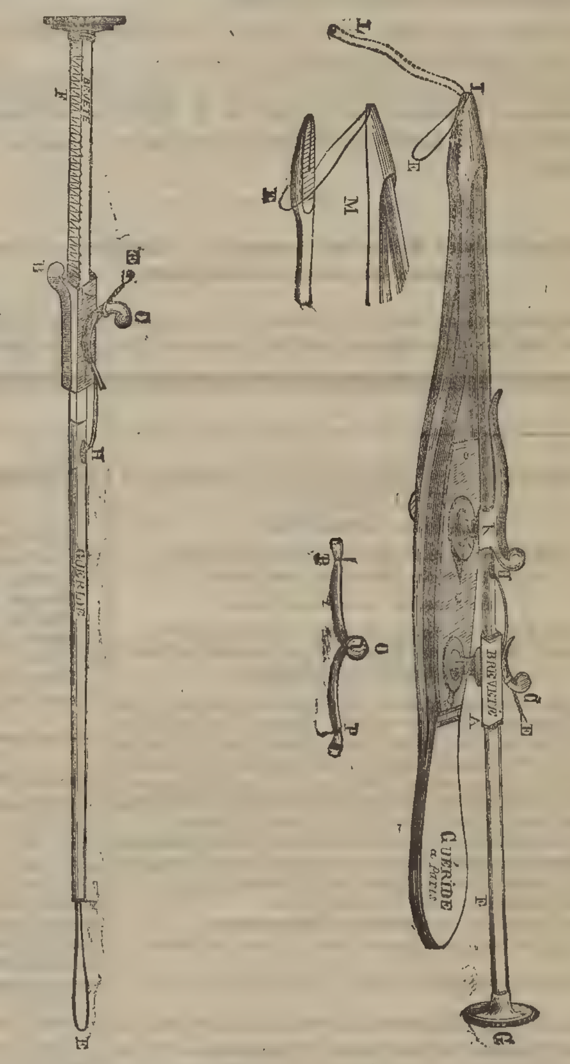
M. BÉCLARD met sous les yeux de l'Académie un appareil destiné à pratiquer la ligature des artères dans les régions profondes, ligateur automatique, inventé par M. le docteur Cintrat et exécuté par M. Guéride.

Cet instrument donne à l'opérateur la possibilité de faire, sans le secours d'aucun aide, les ligatures ou sutures soit à ciel ouvert, soit dans les cavités inaccessibles aux doigts.

Voici la description du ligateur automatique : d'une manière générale, le ligateur se compose de deux pièces principales : 1° l'aiguille, fig. 1; 2° sa gaine, fig. 2, de I en K. Cette dernière pièce fait corps ici avec la pince.

Pour enfiler l'aiguille et préparer l'instrument, il faut : 1° monter le coulant A jusqu'au milieu de la crémaillère F; 2° passer les deux bouts d'un fil dans les deux trous de l'extrémité de l'aiguille, et les pousser jusqu'à ce qu'ils viennent sortir par le trou H; 3° prendre les deux bouts du fil, tirer dessus jusqu'à ce que l'anse s'applique sur la cloison qui sépare les deux trous, fixer les deux clefs sur le bouton C; 4° soulever avec l'ongle du pouce le ressort B et, en poussant, faire descendre le coulant A jusqu'à son point d'arrêt. Le fil ressort tel que le représente la fig. 1. Avoir soin que l'anse de fil E soit bien fermée; 5° introduire le tout dans la gaine, fig. 2; 6° écarter l'anse du fil, qui sort en I, par le bec de la pince, et rabattre sur l'autre bec M.

Pour faire usage de la pince ainsi préparée, il faut saisir le point sur lequel on veut opérer comme avec une pince à artère ordinaire, le ligateur sera dessous; tenir la pince d'une main et, avec l'index de l'autre, faire monter le coulant A, le pouce s'arc-boutant sur le bouton G.



A une certaine résistance, l'on reconnaît que l'anse du fil étreint la partie saisie. On fait alors exécuter à l'aiguille deux tours sur elle-même; la ligature est faite. Deux autres tours, et le fil est coupé.

M. le docteur Péan, qui en a fait usage avec succès dans différents cas, lui a surtout reconnu une grande utilité dans une opération de vagin artificiel.

M. HUGUIER, chargé d'un rapport verbal concernant l'instrument présenté dans la dernière séance par M. Poinsot, pour l'avulsion des dents, dit que cet instrument ne diffère pas essentiellement des pinces à bec de corbin, employées depuis longtemps en chirurgie, que, d'ailleurs, il n'offre aucun avantage sérieux sur les instruments généralement usités par les dentistes et en particulier sur les daviers droits ou courbes avec lesquels on peut aisément saisir et arracher les dents sans intéresser les alvéoles et meurtrir les gencives.

RAPPORTS.

Contagion du muguet. — M. BLACHE lit un rapport sur une observation de M. le docteur *Mignot* (de Chantelle) relative à la contagion du muguet.

« Dès l'année 1857, M. Mignot avait publié plusieurs cas incontestables de contagion du muguet. Aujourd'hui, il envoie à l'Académie une nouvelle observation où la contagion du muguet ne peut être non plus mise en doute. Quoique cette nouvelle observation ne fasse que corroborer un fait déjà solidement établi, nous devons savoir gré à M. Mignot de sa communication dont il a eu soin, du reste, de déduire des conséquences pratiques au point de vue de la prophylaxie.

« Cette prophylaxie est facile. La cause palpable, matérielle est sous la main et sous les yeux; on peut l'éloigner des individus dont l'organisme présente les conditions favorables au développement de la maladie. Il n'y a point là un de ces principes mystérieux, insaisissables qui, malheureusement, sont hors de notre atteinte dans beaucoup de maladies contagieuses. »

M. le Rapporteur propose à l'Académie de remercier M. le docteur Mignot de son intéressante communication et de la déposer dans les archives. (Adopté.)

LECTURES.

Principe actif du vaccin. — M. MIAHLE lit une note relative aux expériences de M. Chauveau sur le principe actif du vaccin, dont voici le résumé :

« Il résulte de mes recherches que le principe actif de la vaccine appartient à la classe des ferments.

« Voici ses principaux caractères. Noté à l'aide de précipitations alcooliques successives, il est soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool et dans l'éther. Son pouvoir spécifique réside dans la propriété qu'il possède d'agir sur l'économie animale absolument comme la vaccine elle-même. »

M. Bussy. Si je ne me trompe, M. Miahle vient de dire dans cette note que le ferment était soluble dans l'eau. Mais alors il se trouve sur ce point en désaccord avec M. Chauveau, puisqu'il résulte des expériences de ce physiologiste que le ferment est, au contraire, insoluble dans l'eau.

M. Miahle. J'ai cru pendant longtemps, comme tous les chimistes et les physiologistes, que toutes les matières albuminoïdes étaient insolubles dans l'eau. Le ferment, en effet, est bien insoluble aussi, mais il se mêle à l'eau comme par exemple le tannate de fer. Je dis donc que le ferment est non plus soluble dans l'eau, mais bien nuisible à l'eau.

M. Bussy. Si j'ai demandé la parole, c'était simplement pour faire remarquer que dans sa communication M. Miahle considère le ferment comme soluble, tandis que M. Chauveau le considère comme insoluble. Je voulais donc simplement appeler l'attention de M. Miahle sur ce point.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la tuberculose.

La parole est à M. Guéneau de Mussy.

M. Guéneau de Mussy donne lecture d'une argumentation écrite, que nous résumerons dans un numéro prochain.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Littré sur les titres des candidats, pour la place vacante dans la section des membres associés libres.

Énumération des Mémoires envoyés à l'Académie pour les prix du concours de 1868.

Conformément au désir du bureau de l'Académie, et afin de mettre tous les auteurs de mémoires à même de savoir si leurs travaux sont parvenus à leur destination, nous publions ci-après les titres et épigraphes de tous les mémoires reçus jusqu'à ce jour dans les bureaux de l'Académie.

POUR LE PRIX DE L'ACADÉMIE.

N° 1. — De hoc multi multa, omnes aliquid, nemo satis.

PRIX CIVRIEUX.

N° 1. — La physiologie doit servir de guide à la philosophie; celle-ci doit la suivre presque pas à pas de peur de s'égarer complétement. (Vulpian.)
N° 2. — Qu'une vaine philosophie avait dégradé l'homme jusqu'au rang des bêtes, où l'avait follement élevé à la ressemblance de Dieu. (Massillon.)

PRIX CAPURON.

N° 1. — Les bons médecins font les bonnes eaux.
N° 2. — De tout temps, l'action des sources minérales sur l'économie, assez délicate et mystérieuse par elle-même, a été entourée, comme à plaisir, de quelque chose de surnaturel. (*Annuaire des Eaux de la France.*)
N° 3. — Uteri omnium morborum causæ sunt. (Hip. lib. sect. *de morbis mulierum.*)
N° 4. — Avant tout l'expérience clinique.
N° 5. — Gynécologie hydrologique ou traitement des affections utérines par les eaux minérales.
N° 6. — Les maladies de matrice sont ordinairement occasionnées, entretenues par un état constitutionnel.

PRIX BARBIER.

N° 1. — Il ferro contro il cholera, par M. Santirocco (de Naples).
N° 2. — Du cuivre contre le choléra, par M. Burq.
N° 3. — Recherches sur le traitement des affections scrofuleuses et tuberculeuses. (Epig. Sanabilibus ægrotamus malis.)
N° 4. — Sur les bains de vapeur térébenthinés, par M. Chevandier.
N° 5. — De la résection du poignet, par M. Folet.
N° 6. — Traitement de la fièvre typhoïde par l'hydrothérapie. (Epig. C'est la nature qui opère les guérisons, l'art ne fait que lui venir en aide. [Hufeland.])
N° 7. — Considérations cliniques sur le choléra; Note sur un moyen préservatif de la coqueluche, par M. Davreux, médecin à Liége.
N° 8. — Notice sur le traitement du choléra dans une division du bureau de bienfaisance, etc., par M. Ch. Pinel.
N° 9. — Recherches sur la nosographie et le traitement du choléra épidémique, par M. Jules Besnier.

PRIX ORFILA.

N° 1. — Sinu sese digitalis aperto ostendit campis, cui discolor aura refulget.
N° 2. — Dimidium facti, qui cœpit, habet.

PRIX GODARD.

N° 1. — Etudes physiologiques et pathologiques sur le ramollissement cérébral, par MM. J.-L. Prevost et J. Cotard, internes des hôpitaux.
N° 2. — Etude médico-légale sur la simulation de la folie, par M. A. Laurent, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille.
N° 3. — Pathologie de la protubérance annulaire, par M. O. Larcher.
N° 4. — De l'impaludisme, par M. Duboué, un volume de 472 pages.
N° 5. — Recherches expérimentales et cliniques sur la cause prochaine de l'épilepsie, par M. Poulet (de Planches-les-Mines).
N° 6. — Des différentes formes de la pneumonie aiguë chez les enfants, par M. Damaschino.
N° 7. — Nouvelles recherches sur les affections sudorales ou suettiques, par M. J. Daudé.
N° 8. — Note sur la mole hydatoïde; Note sur les polypes fibreux de l'utérus; Études sur les maladies du pancréas, par M. Ancelet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des Sciences a procédé avant hier à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'économie rurale et science vétérinaire, en remplacement de M. Rayer. La section avait dressé la liste suivante de candidats :

1° M. Reiset; 2° MM. Bouley, Dubrunfaut, Hervé Mangon; 3° M. Richard (du Cantal). Au premier tour de scrutin, M. Reiset a eu 26 voix, M. Bouley 27, M. Dubrunfaut 5. Au deuxième tour, M. Bouley a obtenu 32 voix, M. Reiset 24, M. Dubrunfaut 2. En conséquence, M. Bouley a été élu. Le corps médical tout entier applaudira avec nous à l'élection de M. H. Bouley.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'imperméabilité de l'épithélium vésical, ou de la non absorption par la vessie, démontrée par des faits cliniques et des expériences physiologiques.

L'épithélium vésical est-il ou n'est-il pas perméable? ou, en d'autres termes, la surface vésicale est-elle ou non absorbante? Médecins et physiologistes sont encore partagés sur ce point, les uns prétendant que l'absorption se fait par la muqueuse vésicale, aussi activement et plus activement même que par la muqueuse stomacale; d'autres n'admettant cette propriété d'absorption qu'à un très-faible degré; d'autres, enfin, la contestant complétement et considérant l'épithélium vésical comme une barrière à l'absorption. Cette question n'intéresse pas seulement la physiologie, elle intéresse aussi la pathologie et la thérapeutique elle-même, à laquelle elle pourrait fournir dans quelques circonstances particulières des indications ou des contre-indications utiles à connaître.

C'est d'après les expériences très-connues de M. Ségalas qu'on avait été conduit à admettre l'absorption par la muqueuse vésicale. Ces expériences ont été confirmées depuis par M. Ségalas fils. Mais il ne s'agissait jusque-là que d'expériences faites sur les animaux et dans des conditions qui pouvaient peut-être différer assez, à certains égards, de ce qui aurait lieu chez l'homme dans les circonstances où l'on croirait pouvoir utiliser ce fait, soit pour l'interprétation de certains phénomènes pathologiques, soit dans un but thérapeutique, pour qu'il y eût en réalité un sérieux intérêt à ce que l'épreuve fût faite directement.

C'est ce qui a été fait, dans ces derniers temps, d'abord par M. Demarquay, puis tout récemment par un jeune médecin stagiaire du Val-de-Grâce, M. Susini, dont nous allons tout-à-l'heure exposer le travail avec quelques détails.

Les recherches expérimentales de M. Demarquay se rattachent à une étude d'ensemble sur l'absorption des médicaments, dans laquelle il a cherché à déterminer la puissance d'absorption des muqueuses, de la peau, des séreuses, du tissu cellulaire et des plaies (1). Nous ne nous occuperons pour le moment que de la partie de cette étude qui a trait à la vessie.

M. Demarquay a recueilli seize observations, dans lesquelles les malades ont été soumis à une injection dans la vessie d'une petite quantité d'eau (un demi-verre environ) contenant 50 centigrammes d'iodure de potassium. Les sujets soumis à ces injections étaient, en général, des malades auxquels on passait le matin une bougie pour les guérir de rétrécissement, ou des sondes pour évacuer l'urine. Les injections étaient gardées durant deux ou trois heures au moins. La salive était examinée plusieurs fois depuis le moment de la visite jusqu'à six heures du soir.

Le premier résultat de cette série d'expériences a été pour une moitié des cas l'absence de toute trace d'absorption; pour une deuxième moitié la constatation du fait de l'absorption, mais à un degré faible généralement et inégal, c'est-à-dire différant sensiblement d'un malade à un autre. En effet, l'iodure de potassium a été trouvé chez un malade après trente-cinq minutes; chez un autre après 45 minutes; chez un troisième après deux heures et demie; chez un autre après trois heures; enfin chez d'autres après quatre, cinq et même six heures.

La conclusion qu'en a tirée M. Demarquay, c'est que l'absorption vésicale est faible ou nulle. Cette faiblesse d'absorption devient surtout extrêmement appréciable, si on compare à cet égard la vessie avec le rectum, dont la puissance d'absorption est très-énergique; ce que M. Demarquay explique par la différence du rôle physiologique de ces deux organes. Laissons pour le moment les explications et les théories, et bornons-nous à accepter le fait avec sa valeur expérimentale.

M. Susini a repris ces expériences, mais avec quelques conditions différentes. Disons d'abord comment il y a été conduit. C'est, d'une part, l'étude particulière qu'il a faite de l'épithélium de la muqueuse vésicale, et en second lieu l'opinion professée par M. le professeur Küss (de Strasbourg) sur l'imperméabilité de cet épithélium, opinion appuyée déjà elle-même sur des expériences.

(1) *Recherches sur l'absorption des médicaments faites sur l'homme sain*, par M. le docteur Demarquay. Brochure in-8°. Paris, 1867, chez Asselin.

Rationnellement l'imperméabilité de la muqueuse vésicale lui semblait être une condition nécessaire, indispensable à l'intégrité de l'organisme. Anatomiquement elle lui paraissait résulter de la texture particulière de l'epithélium vésical formant une sorte de feutrage très-serré et ne ressemblant nullement à celui des autres membranes muqueuses. Mais ce n'est qu'à des expériences directes qu'il a voulu demander la solution de cette question.

Nous négligerons les expériences sur des animaux pour nous occuper uniquement des expériences sur l'homme, les seules qui aient une valeur décisive et à l'abri de toute objection.

C'est sur lui-même que M. Susini a fait ces expériences. Voici comment il a procédé :

Il a fait des cathétérismes et des injections préparatoires de son canal de l'urèthre, avec de l'eau ordinaire portée à la température de 30°, pour s'assurer de la tolérance de sa vessie. Puis il a procédé de la manière suivante à ces expériences définitives : sa vessie étant vidée par le cathéter, il a injecté avec l'irrigateur à jet continu une solution de 4 grammes d'iodure de potassium dans 150 grammes d'eau distillée, chauffée à 30° centigrades, modérant l'introduction de manière à ce que le jet ne fouettât pas la muqueuse, et il a tenu la sonde, afin que le bec ne frottât pas contre les parois; puis il a injecté un peu d'eau ordinaire à la même température et retiré la sonde ainsi lavée.

Trois heures après, M. Susini s'est sondé de nouveau pour vider la vessie; son contenu n'avait aucune couleur anormale, il s'en exhalait seulement une odeur analogue à celle de l'iode; (y avait-il eu une faible décomposition de l'iodure? c'est ce que M. Susini incline à croire). La vessie a été lavée ensuite avec de l'eau ordinaire à la température de 30°. M. Susini n'a ressenti, pendant toute la soirée ni le lendemain, aucun des effets que produit l'iodure de potassium; cependant des essais précédents avaient prouvé que 25 centigrammes occasionnent chez lui de la céphalalgie et l'amertume de la bouche durant un temps assez long.

Le 7 avril, à midi un quart, après avoir vidé la vessie, M. Susini y a injecté, cette fois, une solution de 6 grammes d'iodure de potassium dans 150 grammes d'eau distillée et chauffée à 30° centigrades. A trois heures et demie, il a expulsé le liquide par l'intermédiaire de la sonde, aucune odeur particulière ne se dégageait du récipient; un lavage a été fait comme dans la précédente expérience. Il ne s'est manifesté encore aucune sensation d'amertume. Cependant pour s'assurer si l'absorption n'avait pas eu lieu, il a conservé sa salive, et au bout de trois heures il l'a mêlée avec un peu d'empois d'amidon; de l'acide azotique étendu ayant été versé goutte à goutte dans ce mélange, il ne s'est produit aucune coloration bleue.

Une troisième expérience a été faite le 19 avril; elle a été commencée à douze heures et demie. La solution injectée était de 10 grammes d'iodure de potassium dans 150 grammes d'eau, toujours portée à la température de 30° centigrades : la sonde a été un peu retirée de manière à ce que le bec seul fût à l'embouchure du canal avec le réservoir, et un peu d'eau à la même température a été introduite pour laver cet instrument; cela, dans le but de prévenir l'erreur qui aurait pu résulter du contact de la muqueuse urétrale avec une partie de la solution. A deux heures trois quarts le liquide a été retiré. Aucun effet n'a été produit sur les glandes salivaires, aucun symptôme de céphalée ne s'est manifesté. La salive a été analysée comme dans les expériences précédentes, et on n'a pu distinguer aucune trace de réaction caractéristique de la présence de l'iode.

Le 10 juin, M. Susini a essayé d'obtenir les mêmes résultats avec d'autres liquides dont l'action se manifeste d'une manière évidente. Il a choisi la belladone. Pour se convaincre de l'efficacité du pouvoir de cette substance sur son iris, il avait pris quelques jours auparavant, et à jeûn, une pilule d'extrait de 1 centigramme; au bout d'une demi-heure la pupille avait été notablement dilatée. De dix heures à onze heures et demie, la vessie ayant été vidée avec les mêmes précautions que dans les précédentes expériences, une injection a été faite avec une infusion de 4 grammes de feuilles sèches de belladone dans 120 grammes d'eau, au moment où la température en était descendue à 30°. Cette injection a été gardée trois heures et demie sans que, pendant ce temps, aucune dilatation de la pupille ait paru. A six heures du soir il n'y en avait pas non plus.

Le 28 juillet, à dix heures et demie, une solution de 5 gr. de cyanure ferro-potassique a été injectée dans 150 grammes d'eau; le contenu a été vidé à 4 heures. La salive, conservée depuis onze heures jusqu'au lendemain à neuf heures, a été analysée par M. Bitter, professeur agrégé de la Faculté de Strasbourg, qui a affirmé n'y avoir découvert aucune trace de ce sel. Pendant tout le temps qu'a duré l'expérience, ni après, M. Susini n'a éprouvé rien d'anormal.

Enfin, M. Susini rapporte les expériences faites par M. Küss sur des hommes et sur des animaux. M. Küss traitant un vieillard calculeux atteint d'un catarrhe assez léger de la vessie, mais en proie à des douleurs spasmodiques très-vives pendant la mixtion, eut l'idée d'injecter dans la vessie une infusion de racine de belladone au 1/120. Il recommanda au malade, qui se sondait lui-même, de laisser écouler l'injection, dès qu'il sentirait quelque chose d'insolite dans la tête : or, rien de pareil n'arriva. L'infusion put être renouvelée après chaque mixtion, pendant trois jours, sans qu'il en résultât le moindre accident toxique, le moindre changement dans les dimensions de la pupille; aussi n'y eut-il nul bénéfice pour le malade. M. Küss alors substitua à l'infusion de belladone une solution filtrée d'une partie d'opium dans 100 parties d'eau; cette solution encore renouvelée après chaque mixtion, il n'y eut aucun effet toxique général, mais le malade ne tarda pas à se plaindre d'un engourdissement dans la région périnéale, et de la perte totale du besoin d'uriner, ce qui l'inquiéta plus fort que le ténesme dont il était précédemment affligé.

Ajoutons que des expériences préalables de M. Küss sur des lapins et de M. Susini sur des cadavres d'hommes, ont montré que ce n'est que pendant la vie ou très-peu de temps après la mort que l'épithélium s'oppose à l'absorption. Un certain nombre d'heures après la mort, l'épithélium n'oppose plus aucune barrière à l'imbibition. Enfin, les expériences sur les animaux ont montré que lorsque, volontairement ou involontairement, on froissait, on raclait ou blessait de quelque manière que ce soit la muqueuse vésicale, les effets de l'absorption devenaient aussitôt manifestes.

Par l'exposé rapide que nous venons de faire et des recherches de M. Susini, et des recherches faites précédemment par d'autres expérimentateurs, on voit qu'on peut distinguer trois phases : l'une correspondant aux expériences de MM. Ségalas père et fils, dans laquelle l'absorption semble avoir été démontrée; une seconde, constituée par les expériences de M. Demarquay, qui consistent à n'admettre l'absorption que dans quelques cas seulement et à un faible degré; la troisième enfin, qui est celle des expériences de MM. Küss et Susini, démontrant l'imperméabilité de l'épithélium vésical. Comment concilier ces faits en apparence contradictoires? Nous laisserons de côté les considérations physiologiques empruntées au rôle et au but final du réservoir urinaire, pour nous en tenir aux faits seuls, aux expériences elles-mêmes. On remarquera de suite une chose; c'est que les expériences de MM. Ségalas ont été faites sur des animaux, et celles de MM. Demarquay et Susini sur l'homme; et entre ces dernières encore il y aura une distinction utile à faire, entre celles des expériences de M. Demarquay qui ont été faites sur des hommes malades, et les expériences de M. Susini qui ont toutes été faites sur l'homme sain. Nous croyons que là, en effet, est la cause principale sinon unique de la différence des effets constatés, et qu'on peut admettre avec M. Susini : que dans les expériences faites sur les animaux on n'est jamais certain de n'avoir pas altéré plus ou moins profondément l'intégrité de la muqueuse vésicale ou uréthrale en pratiquant les diverses manœuvres qu'elles exigent; que dans quelques-unes des expériences de M. Demarquay on n'est pas plus certain de l'intégrité de ces mêmes muqueuses; tandis que dans les expériences faites sur l'homme sain on est à la fois à l'abri de ces causes d'erreurs et dans les conditions les plus favorables pour n'avoir que des résultats toujours identiques et toujours concluants.

Corps étranger volumineux dans le rectum.

Par M. LAURE, interne des hôpitaux de Lyon.

La *Gazette des hôpitaux* du 28 janvier rapporte l'observation d'un homme qui s'était introduit dans le rectum un corps étranger assez volumineux : c'était un pilon de cuisinière, de 20 centimètres de longueur, et dont le plus grand diamètre mesurait 3 centimètres. L'extraction, bien que laborieuse, ne fut suivie d'aucun accident.

Deux jours après se présentait, pour le même motif, à la porte de l'Hôtel-Dieu de Lyon, un cordonnier âgé de 60 ans.

Comme il arrive toujours en pareille circonstance, le plus grand des hasards était seul en cause. Cependant, cet homme finit par avouer, avec une foule de circonlocutions, qu'étant sujet à une constipation opiniâtre, il s'aidait habituellement d'un petit morceau de bois pour faciliter la sortie des matières fécales.

L'aspect infundibuliforme de l'anus indique manifestement qu'il a été soumis à des dilatations répétées. Interrogé au point de vue d'habitudes plus honteuses, le malade refuse obstinément de me faire d'autres aveux. Comme le sujet de l'observation de M. Duval, doué d'une constitution robuste, brun, large d'épaules, cet homme ne présente pas les apparences d'un pédéraste passif; mais si l'on veut se rappeler deux malades ayant successivement occupé le même lit dans le service de M. Gayet, et tous deux affligés de blennorrhagie rectale, on se convaincra aisément que de pareils attributs ne sont pas indispensables.

On arrive par le toucher rectal sur la face antérieure d'un corps lisse rectangulaire, tandis que son extrémité inférieure s'arc-boute très-haut contre la concavité du sacrum.

Le patient accuse une douleur très-vive dans l'hypochondre droit, et on sent, du reste, par la palpation abdominale, une masse dure peu mobile et s'engageant à droite sous le rebord des fausses côtes.

Je parvins à grand'peine, au moyen de l'index et du médius, à dégager l'extrémité inférieure du corps étranger de la concavité du sacrum: ce mouvement de bascule provoquait des douleurs intolérables; le maintenant alors de la main droite, je pus le saisir de la main gauche entre les mors d'une pince à pansement; mais, vu son diamètre considérable, la petite pince n'avait pas assez de prise. Je renouvelai alors la même manœuvre avec des tenettes vésicales, ce qui me permit enfin d'extraire un morceau de bois.

C'est un instrument dont se servent les cordonniers pour lisser le cuir: fusiforme dans ses trois quarts supérieurs, rectangulaire dans son quart inférieur, son plus grand diamètre est de 4 centimètres, et sa longueur n'en atteint pas moins de 32. Il est vraiment singulier qu'avec de telles proportions, ce corps étranger ait pu être toléré pendant vingt-quatre heures sans occasionner le moindre accident. Du reste, cette extrême tolérance nécessite, ainsi qu'on va le voir, un changement dans la disposition des parties, changement qui a dû s'effectuer à la longue, les habitudes de cet homme remontant environ à 4 ou 5 ans.

Sur le cadavre d'un homme bien constitué, j'ai introduit ce morceau de bois dans le rectum; il redressait complétement l'S iliaque du colon, son extrémité supérieure atteignait le bord tranchant du foie, et pour l'établir dans les mêmes rapports que sur le vivant, j'ai dû détacher complétement le mésocolon iliaque, qui s'opposait au redressement de l'intestin.

La douleur très-vive accusée au niveau de l'hypochondre droit devait tenir à une forte contusion de l'intestin tendu sur l'extrémité supérieure du corps étranger; en effet, sur le cadavre, et malgré toutes les précautions possibles, la muqueuse faisait hernie, en ce point, à travers les éraillures de la tunique externe.

Il s'est écoulé, pendant l'opération, quelques cuillerées de mucus sanguinolent. Mais le malade, soulagé instantanément, s'est refusé, malgré mes instances, d'entrer à l'Hôtel-Dieu. Je lui ai conseillé un lavement huileux, des bains de siége, un cataplasme sur le ventre, lui recommandant de ne pas se croire à l'abri de tout danger. Comme je ne l'ai pas revu depuis, il est probable que son accident n'aura pas eu de suites fâcheuses.

(*Gazette médicale de Lyon.*)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 12 février 1868. — Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Verneuil présente, de la part de M. Vanzetti de Padoue, une note détaillée sur cinq cas de résection du poignet. Cet envoi est accompagné de photographies.

Résections de l'articulation radio-carpienne faites à la Clinique chirurgicale de Padoue.

Juin 1862. Femme de 36 ans. — Carie de tous les os du carpe et des extrémités articulaires du radius et cubitus (main gauche).

Résection des extrémités articulaires du radius et du cubitus, avec extirpation *de tous les os* du carpe. Grand lambeau dorsal comprenant les téguments et les tendons des extenseurs.

Cette femme a guéri et vit encore. Sa main a besoin d'être *soutenue* par une attelle palmaire. Les tendons extenseurs ayant été compris dans le lambeau dorsal, les mouvements des doigts sont en grande partie abolis: sa main, cependant, ne lui est pas sans quelque utilité.

Cette opérée se sert d'un appareil semblable à celui qu'on trouve dessiné dans l'ouvrage de M. Heyfelder « sur les résections, » pour les cas où, après l'opération, le corps n'est pas ferme et la main reste pendante.

---

22 mai 1863. Homme de 60 ans. — Carie de l'articulation radio-carpienne droite.

Résection de l'extrémité articulaire inférieure du radius et du cubitus avec extirpation de la *première rangée des os du corps*. — Incision *médiane dorsale* très-longue. Tous les tendons des extenseurs, excepté celui du radial et du cubital, ont été épargnés. Les bords de la plaie cutanée longitudinale ont été rapprochés par des bandelettes d'emplâtres agglutinatifs.

Les bords de la plaie s'étant écartés, les tendons des extenseurs restèrent à découvert et se mortifièrent. La plaie se remplit de bourgeons charnus, et, au bout de quarante jours, était presque cicatrisée. A cette époque, le malade voulut quitter la clinique. Le poignet présentait déjà assez de fermeté. On n'a plus vu le malade.

---

23 juin 1863. Garçon de 16 ans. — Carie de l'articulation radio-carpienne.

Résection de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus; excision de la première rangée des os du corps. Longue incision médiane. Tendons des extenseurs des doigts soigneusément épargnés; plaie réunie exactement par des points de suture.

Guérison très-heureuse. L'articulation du corps est ferme; les mouvements des doigts sont assez étendus, surtout dans la deuxième et troisième articulation des phalanges. L'opéré peut se *boutonner* et se servir de sa main. Le dessin a été pris *un an après l'opération*.

---

21 juillet 1863. Paysanne de 29 ans. — Carie de l'articulation radio-carpienne gauche.

Résection de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus; excision de la première rangée des os du carpe. Longue incision médiane. Tendons des extenseurs des doigts soigneusement épargnés; plaie réunie exactement par des points de suture.

Résultat excessivement heureux. Guérison complète, avec le poignet ferme et susceptible de quelques mouvements de flexion. Mouvements libres dans la seconde et troisième articulation des doigts. L'opérée travaille aux champs avec la pioche. Elle peut coudre et se boutonner. Le dessin a été pris un an après l'opération.

---

20 juin 1864. Paysanne de 23 ans. — Carie de l'articulation radio-carpienne.

Longue incision d'un sinus existant au côté ulnaire de l'articulation. Résection de l'extrémité articulaire du radius et du cubitus. Tendons des muscles extenseurs soigneusement épargnés. Excision de la première rangée des os du carpe.

Résultat excessivement heureux. Poignet ferme, susceptible de quelques mouvements de flexion. L'opérée peut coudre, se boutonner, et employer sa main très-utilement. La photographie a été prise le 23 novembre 1867, trois ans et demi après l'opération.

M. Verneuil a reçu, par l'entremise de M. le docteur de Laurès, de la part de madame Laborie, un grand nombre d'observations inédites, recueillies à l'asile de Vincennes par notre regretté collègue Laborie, et plusieurs moules très-parfaits de moignons d'amputés.

Les observations ont trait aux résultats éloignés du traitement des fractures, ou d'opérations diverses parmi lesquelles figurent en grand nombre les amputations, l'urétrotomie, etc.

Une lettre de remerciements sera adressée à madame Laborie, et une Commission, composée de MM. Verneuil, Després et Perrin, sera chargée d'examiner les travaux laissés par notre collègue et de s'occuper, s'il y a lieu, de leur publication.

Dans les papiers de Laborie se trouvait un travail de M. le docteur Philippe, relatif *à la saillie de l'os après les amputations*. Ce travail, qui devait être l'objet d'un rapport de la part de notre collègue, est renvoyé à une nouvelle commission composée de MM. Lefort, Guyon et Després.

M. Joseph Michon adresse une lettre accompagnant l'envoi d'un portrait de son père, le docteur Michon, l'un des membres fondateurs de la Société de chirurgie.

Des remerciements seront adressés à M. Joseph Michon.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire. La Commission nommée par la Société a présenté les candidats dans l'ordre suivant :

1° M. Guéniot;
2° *Ex æquo*: M. Cruveilhier fils, M. Leroy d'Etiolles;
3° M. Marc Sée;
4° M. Dubrueil.

27 membres prennent part au vote.

Au premier tour de scrutin, obtiennent :

MM. Guéniot	17 voix.
Leroy d'Etiolles	6 —
Marc Sée	3 —
Cruveilhier	1 —

M. Guéniot, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de la Société de chirurgie.

NOMINATION D'UN MEMBRE HONORAIRE.

La Société est appelée à voter sur la demande de M. Cullerier, qui désire échanger son titre de *membre titulaire* contre celui de *membre honoraire*.

M. Cullerier est nommé membre honoraire à l'unanimité, moins un bulletin blanc.

COMMISSIONS.

M. le Président nomme une commission chargée d'étudier les modifications qu'il peut être utile d'apporter dans la publication des Bulletins de la Société. Cette commission sera composée de MM. Broca, Blot, Lefort, Trélat et Léon Labbé.

Comité de publication : MM. Broca, Blot, Lefort.

Commission des congés : MM. Boinet, Tarnier, Houel.

Commission chargée de faire un rapport sur l'état des archives de la Société. Cette commission, tirée au sort, est composée de MM. Desormeaux, Després, Depaul.

COMMUNICATIONS.

Régime des malades dans les hôpitaux.

M. Després. La Société de chirurgie a traité, depuis deux ans, deux questions importantes, celle de la construction des hôpitaux et celle des maternités. Il en est résulté un travail profitable qui, s'il n'a pas éclairé les autorités, a, du moins, été apprécié et estimé par le corps médical. Une autre question me paraît utile à juger, celle du régime alimentaire dans les hôpitaux, et je choisis pour occasion l'établissement d'un nouveau régime dans nos services.

Ce régime, je me hâte de le dire, renferme des améliorations : ainsi, un peu d'augmentation de certains aliments, de nouveaux modes de préparation, etc. Je suis heureux de le constater ici, pour montrer que je n'agis pas dans un esprit d'opposition systématique, si plus tard je montre les côtés défectueux de ce règlement nouveau.

Le régime des convalescents peut être désigné à l'avance, comme celui des soldats, des prisonniers ou des collégiens; mais le régime des grands malades ne saurait l'être; les grands malades diffèrent trop entre eux et d'un jour à l'autre. Je crois que, dans les hôpitaux, pas plus qu'en ville, nous ne devons laisser à la discrétion de personnes non instruites des choses de la médecine le soin de choisir les aliments. Nous ne disons point, en ville, aux gardes-malades : Vous donnerez au blessé 100 grammes de pain, 20 centilitres de vin et 6 décagrammes de viande, 9 centilitres de pruneaux. Nous disons : Vous donnerez une côtelette ou deux œufs à la coque, une pomme cuite et un verre à bordeaux de vin généreux, et quelquefois un verre de bière.

Dans les régimes des hôpitaux, et le régime nouveau en particulier, il y a six classes d'alimentation: la diète au bouillon, les potages, les 1er, 2e, 3e et 4e degrés. N'y a-t-il que six classes de malades? Théoriquement, cela n'est pas, et en pratique, c'est inadmissible. Je ne doute pas que tous ces régimes, observés absolument, ne soient tout à fait impraticables, si les religieuses ne s'en tiraient pas quelquefois sur l'indication du médecin par des virements, en retirant à un malade pour donner à un autre.

Ainsi, un malade à 1 degré, c'est-à-dire un malade qui commence à manger, celui que nous nourrissons en ville avec des côtelettes et du beefsteak, tel que l'anémique ou le grand blessé, reçoit : potage 60 centilitres, viande rôtie 120 grammes (et par viande rôtie, il faut entendre du bœuf, du veau ou du mouton cuits dans le four). Au lieu de viande, on donne quelquefois de la volaille ou du poisson et des œufs, et cela sans que le médecin y voie rien. Ajoutez à cela : pain 100 à 120 grammes, vin 18 à 24 centilitres et lait 25 centilitres. Tout cela, divisé en trois repas, comme l'a bien dit M. Trélat, est dînette, ce n'est pas un régime. Il vaut mieux donner à un malade un morceau de viande et des bouillons que des petits morceaux si différents. Je n'en finirais pas si je voulais citer toutes les maladies auxquelles la viande rôtie et le vin peuvent convenir à l'inverse de cette alimentation administrative; je signalerai seulement les grands blessés et les femmes en couche, les opérés, sans compter les individus des services de médecine.

Pour ce qui est des autres degrés, le deuxième est quelquefois employé; le quatrième est le régime des convalescents, c'est-à-dire des malades qui ne le sont plus. Ces derniers peuvent être soumis à un régime déterminé à l'avance. Cependant, comme ce régime est celui des femmes enceintes, des syphilitiques, et qu'il peut y avoir des nécessités spéciales, on devrait pouvoir quelquefois le modifier. Les dyspeptiques, les diabétiques, les syphilitiques ont des variations d'appétit et des répugnances telles que l'étroitesse d'un règlement ne saurait les obliger à les changer. Un détail encore. Certaines malades arrivent dans mon service habituées à manger 2 livres de pain dans la journée: le règlement ne leur accorde que 400 grammes de pain, et 500 depuis que j'ai réclamé. On me répond que dans le nouveau régime, les malades ont plus de vin; mais cela n'empêche pas qu'il y ait des individus pour qui le vin ne remplace pas le pain.

Mais pourquoi insister? Il suffit de poser la question pour qu'elle soit résolue. Un régime catégorisé, absolu, convient-il pour les grands malades? Pour ma part, j'affirme que non, et je ne serai pas contredit.

Il me paraît juste d'établir qu'il y a deux classes de malades. Les convalescents, les gens qui n'ont point de maladies fébriles, peuvent être soumis à un régime; mais les grands malades exigent chacun un régime spécial, dicté par le médecin. La viande rôtie, que tous les physiologistes reconnaissent la plus capable de réparer le sang, doit être la base du régime des opérés et des anémiques. Si les malades ont l'habitude du lait ou d'une autre boisson, on doit pouvoir la leur donner. Ceux qui croient à l'efficacité des boissons alcooliques et vineuses, efficacité très-réelle pour les malades habitués au vin, doivent pouvoir donner cette boisson, même en quantité plus grande que ne le comporte un règlement.

Messieurs, l'administration se substitue au médecin dans les choses médicales; elle ne peut y être compétente, et nous sortirions de notre rôle si nous ne disions point qu'il s'agit ici de la science, et que le régime dans les maladies fait partie du traitement. Une décision ayant pour effet de réglementer d'une façon absolue le régime des grands malades, à supposer que ce régime soit possible, ne devrait pas être prise dans le silence du cabinet, pût-elle être trouvée bonne par deux ou trois médecins. Il faudrait l'avis d'un plus grand nombre d'autorités scientifiques pour juger la question du régime dans tous les hôpitaux et hospices. Qu'une administration dans des vues sages d'économie cherche à réglementer la nourriture, rien de mieux; mais qu'elle ne gêne pas le traitement par des règles trop étroites, même approuvées par quelques-uns. C'est en négligeant les préceptes scientifiques que nous sommes exposés à des accidents fâcheux, et pour le régime, comme pour la création de services temporaires, une action accomplie en dehors des médecins a des inconvénients pour ceux qui sont confiés à nos soins. Voici un exemple : L'administration a créé, à l'hôpital de Lourcine, un service temporaire, sans qu'aucun des médecins de l'hôpital ait été consulté, et sans songer qu'il est dangereux de placer des malades atteints de maladies aiguës dans un hôpital de femmes et d'enfants qui ne sont pas alités. Aussi, comme pour nous rappeler que les enseignements scientifiques sont quelque chose, une varioleuse, amenée à l'hôpital le 14 décembre 1867 et morte le 16, a été le point de départ d'une épidémie, et en 40 jours nous avons eu à l'hôpital 17 varioles. Ne négligeons donc point notre rôle de médecins, afin de pouvoir dire ainsi que Moreau à Louis XV : *Que nous soignons nos malades d'hôpital comme des rois.*

M. Lefort. Cette question doit être discutée, non devant la Société de chirurgie, mais devant la Société des chirurgiens des hôpitaux.

M. Panas communique à la Société un cas curieux de luxation de la septième vertèbre cervicale.

Luxation de la septième vertèbre cervicale.

X..., 24 ans, brasseur, grand, bien développé, d'une forte constitution, entre à l'hôpital le 6 janvier.

L'accident a été produit par l'arbre de couche d'une machine à vapeur, élevé au-dessus du sol de tout au plus un mètre, et relié à un engrenage par une forte courroie de cuir obliquement dirigée.

X... portait ce jour-là un fort gilet de laine flottant un peu sur le devant. Il voulait détacher la courroie mise en mouvement par l'arbre

de couche, sans avoir eu, auparavant, la précaution d'arrêter le mouvement de la machine, et il s'approcha assez près de la courroie pour que celle-ci pût saisir son vêtement. Il fut immédiatement entraîné par le mouvement, et aux cris qu'il poussa, un de ses camarades, qui se trouvait près de là, accourut et arrêta aussitôt la machine. X... était en ce moment soutenu au niveau de l'abdomen par l'arbre de couche, le bras droit s'appuyant sur une des bandes de la courroie, et la tête penchant vers le sol, sans qu'on ait pu savoir d'une manière exacte si un de ses bras ou son cou avaient été plus particulièrement soumis à une pression ou une traction exagérées.

Il était alors sans connaissance; mais cet état dura peu, et quand arriva un médecin, immédiatement mandé, il était en proie à un état d'excitation violente, poussait des cris, avait la face rouge et congestionnée. Une saignée abondante fut faite, et peu de temps après on le transporta à l'hôpital (neuf heures du soir).

En ce moment, il était encore agité, délirait, avait des mouvements désordonnés dans les bras et dans les jambes, et l'interne de garde observa quelques contractions convulsives.

On ne remarqua alors aucune trace de violence, point d'ecchymose. La face était toujours rouge, le pouls fort et plein. Sinapismes sur les membres inférieurs.

Cet état d'excitation dura jusqu'à trois heures du matin, mais en s'affaiblissant par degrés. En ce moment la respiration, qui jusqu'alors avait été libre, s'embarrassa peu à peu, puis la dyspnée devint très-intense, et le malade mourut vers six heures du matin.

A l'autopsie, faite deux jours après la mort, on observa :

Au niveau des *téguments*, de fortes ecchymoses sur le bras droit; une deuxième sur le côté droit de la région cervicale, en occupant la moitié de la circonférence, comme si un fort lien constricteur avait été appliqué en cet endroit pendant la vie. Il y avait un sillon de constriction, la peau ayant un aspect parcheminé.

Les *poumons* sont fortement congestionnés partout, mais principalement en arrière, où leur tissu, quoique crépitant sous la pression du doigt comme un poumon normal, est d'une couleur rouge brun foncé noirâtre.

Les *plèvres* sont libres de toute adhérence entre elles; leur transparence permet facilement de voir sous le feuillet séreux des taches d'un rouge foncé, ecchymotiques, nombreuses, de 2 à 3 millimètres de diamètre environ.

L'arbre respiratoire, ouvert dans toute sa longueur, est fortement congestionné, et sous la muqueuse, dans les bronches, la trachée, le larynx et même sur l'épiglotte, on remarque plusieurs petites ecchymoses en tout semblables à celles des plèvres.

A l'ouverture du *crâne*, veines et sinus de la dure-mère injectés d'un sang noir et fluide.

Dans la cavité arachnoïdienne, une assez grande quantité d'un liquide sanguinolent rouge foncé, plus abondant à la partie postérieure, surtout à la corne occipitale droite; mais cet épanchement n'est nulle part nettement limité. La *pie-mère* cérébrale est fortement injectée. Point de liquide anormal infiltré dans le tissu sous-arachnoïdien.

Le *cerveau* est normal et ferme; la substance grise est d'une coloration légèrement rosée; la coupe de la substance blanche présente un piqueté rouge assez abondant que le lavage fait disparaître, et qui reparaît aussitôt en pressant légèrement, sur les côtés, la substance cérébrale.

On rechercha l'état de la colonne vertébrale; et à l'incision de la couche musculaire, au niveau du cou, on remarqua une énorme quantité de sang infiltré dans le tissu musculaire. Ce sang est fluide et noirâtre, et en se rapprochant des vertèbres, on voit qu'il paraît venir d'une solution de continuité que l'on remarque à la colonne vertébrale.

A part cette lésion, d'ailleurs, les muscles sont loin d'être intacts; ils présentent des déchirures nombreuses et assez étendues.

On enlève une partie de la colonne vertébrale, comprenant les deux dernières cervicales et les trois premières dorsales, et il est alors permis de constater que :

Il y a eu rupture des ligaments jaunes unissant la proéminente à la première dorsale;

Rupture des ligaments qui unissent l'articulation que forment les apophyses articulaires droites de ces mêmes vertèbres.

A la partie postérieure, écartement de ces deux pièces osseuses, atteignant 1 centimètre au niveau des apophyses articulaires droites, tandis que l'écartement paraît nul au niveau de ces mêmes vertèbres, à gauche.

En vertu de cet écartement en arrière, les corps vertébraux de la proéminente et de la première dorsale ont éprouvé en avant un léger mouvement de bascule, de manière à présenter, dans l'axe de leur direction, un angle largement obtus ouvert en avant.

En même temps, la partie supérieure du corps de la première dorsale est légèrement écrasée en avant, dans une hauteur de 3 à 4 millimètres.

Les corps vertébraux ayant été enlevés, on remarque un épanchement considérable de sang dans le canal rachidien, marqué davantage en arrière et principalement au niveau du point où s'est produit la luxation.

La dure-mère rachidienne est complétement intacte. Inclinée sur la ligne médiane en avant et en arrière, elle permet de voir que le cordon médullaire paraît, au même niveau, comme légèrement étranglé, et présente, dans une hauteur de 1 centimètre environ, une teinte violacée, ecchymotique. En ce même point, le tissu médullaire est manifestement ramolli dans la même hauteur.

M. Duplay lit une observation, accompagnée de réflexions, relative à un cas de fracture de la rotule avec plaie pénétrante du genou.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Perrin, Tillaux, de Saint-Germain.

M. Liégeois communique trois observations, accompagnées de dessins de tumeurs fibro-plastiques développées dans le maxillaire inférieur. M. Liégeois a pratiqué dans ces trois cas la résection du maxillaire inférieur. La première opération a été faite il y a cinq ans, la seconde il y a trois ans, et la troisième en 1867.

M. Liégeois remet les trois observations complètes.

Trois opérations de résection du maxillaire inférieur pour des tumeurs fibreuses et fibro-plastiques de cet os.

J'ai déjà entretenu, en 1864, la Société d'une de ces opérations. Après ma communication, un des membres prit la parole pour dire qu'il serait intéressant de savoir ce que deviendrait la malade dont je présentais l'observation. En en reparlant aujourd'hui, je réponds à cet appel, et comme l'observation, dans nos bulletins, n'est point relatée, je demande la permission de revenir sur les principaux détails.

Première observation. — Mademoiselle J..., habitant Buzy (Meuse), âgée de 18 ans, se présente à moi en 1863, atteinte d'une tumeur considérable du maxillaire inférieur correspondant à la partie latérale droite du corps de la mâchoire et à la branche verticale du même côté. Cette jeune fille appartenait à une famille des plus pauvres, et avait joui jusqu'ici d'une santé parfaite. Sa constitution était, sinon robuste, au moins bonne, comme l'indiquaient un teint coloré, des membres assez développés, l'absence de tout ganglion hypertrophié, une menstruation qui toujours s'était faite régulièrement depuis l'âge de 13 ans. Sa tumeur datait d'un an environ, et avait grossi insensiblement jusqu'à acquérir le volume du poing. A l'extérieur, elle était uniformément dure, très-résistante; quand, au contraire, on l'explorait par la cavité buccale, elle se laissait déprimer sans donner lieu à aucune crépitation. Ni les ganglions sous-maxillaires, ni ceux du cou ne présentaient aucune trace d'engorgement. La mastication était considérablement gênée, la salivation abondante, l'articulation des sons difficile.

Avant de me prononcer sur la nature de cette tumeur, je crus devoir plonger le trois-quart à travers la paroi interne, dépressible sous le doigt. Il sortit quelques gouttes de sang, et mon instrument put parcourir assez facilement tout l'intérieur d'une énorme poche. Ayant retiré la canule du trois quart, je trouvai dans son intérieur quelques lambeaux de tissu fongueux mollasse qui, portés sous le champ du microscope, me permirent de reconnaître une quantité innombrable de noyaux fibro-plastiques, quelques cellules fibro-plastiques et des fibres de tissu cellulaire en quantité relativement très-faible par rapport aux noyaux fibro-plastiques.

Dans le but de conserver à la mâchoire un support osseux, je résolus d'abord d'ouvrir le kyste et d'enlever la production morbide. Cette idée fut mise à exécution le 8 septembre 1863 à Étain (Meuse). Une incision fut pratiquée dans la direction d'une ligne qui joignait le lobule de l'oreille et la commissure droite de la bouche, et sur le milieu de la tumeur environ, me proposant de mettre plus tard cette incision à profit, dans le cas où une opération plus radicale que celle que je tentais serait nécessaire. Arrivé sur la tumeur, je la disséquais dans une certaine étendue, puis, avec la gouge et le maillet, je faisais sauter la paroi osseuse, qui pouvait avoir 6 à 7 millimètres d'épaisseur; j'arrivai alors dans une poche remplie d'un tissu rougeâtre, très-vasculaire et d'une mollesse remarquable. A l'aide d'une rugine, je grattais la paroi de ce kyste afin de le vider de son contenu, puis, avec une forte serpette, j'enlevais la couche osseuse sous-jacente, jusqu'à ce que je fusse arrivé sur des parties du tissu spongieux qui me parurent saines. Le kyste fut rempli ensuite de charpie et la plaie recouverte par une compresse d'eau froide.

Je quittai la malade à la fin de septembre, peu satisfait, car la cicatrisation ne tendait nullement à se faire, et le fond de la plaie était rempli de bourgeons charnus qui me parurent avoir les mêmes caractères que le tissu primitif du kyste osseux.

En janvier 1864, le docteur Japin, qui m'avait aidé dans cette opération, m'écrivit que les craintes que je lui avais émises n'étaient que trop vraies, et que la tumeur avait actuellement un volume plus considérable que quand je l'avais vue pour la première fois. Immédiatement, je repris le chemin de la Lorraine, dans le but de pratiquer la résection. Cette opération fut faite le 10 janvier avec l'aide des docteurs Japin, Parisot, Thiébaux, Douan.

On fit respirer à la malade quelques gouttes seulement de chloroforme. L'incision fut faite sur la cicatrice de la première opération, se prolongeant, en arrière, jusqu'au lobule de l'oreille, en avant, jusqu'à la commissure de la bouche; un lambeau supérieur et un lambeau inférieur furent disséqués, le masséter fut détaché de la face interne de la branche verticale de la mâchoire, après quoi, la première petite molaire fut arrachée et le maxillaire scié avec la scie à chaîne. Je cherchai ensuite à disséquer le périoste, ce qui me fut facile, car il avait une épaisseur d'au moins un millimètre; cette dissection porta le plus haut possible, jusque vers le milieu de la branche verticale. Puis la partie supérieure du ptérygoïdien interne fut coupée au niveau de ses insertions à l'os; le sommet du muscle temporal fut détaché de l'apophyse coronoïde avec des ciseaux courbes. Enfin, je cherchai à effectuer la torsion et l'arrachement de l'os, mais alors le col de la mâchoire se fractura. En vain j'essayai d'extraire la tête par des tractions faites à l'aide d'un davier, je dus aller disséquer les parties molles qui entourent le condyle, en prenant soin de diriger la pointe de mon instrument vers celui-ci. Pendant l'opération, trois ou quatre ligatures d'artères durent être faites; la malade avait perdu une assez grande quantité de sang.

Quinze points de sutures métalliques réunirent la plaie, qui fut ensuite recouverte par une compresse froide.

Le lendemain de l'opération je quittai la malade, la confiant aux soins du docteur Japin. La réunion fut immédiate dans toute l'étendue de la plaie, excepté dans le point par où sortaient les ligatures.

L'examen de la tumeur fit voir que le kyste s'étendait fort haut dans la branche de la mâchoire, que le nerf dentaire était ramolli et détruit en plusieurs points, que les deux premières grosses molaires et la deuxième petite surmontant la tumeur étaient peu adhérentes au tissu gengival qui les entourait, que la portion spongieuse contenant les parois du kyste était fortement colorée et raréfiée. Enfin, l'examen microscopique fit reconnaître de nouveau, dans les fongosités qui remplissaient l'excavation, de nombreux noyaux fibro-plastiques, quelques cellules fibro-plastiques, quelques fibres de tissu cellulaire.

Je revis cette malade en septembre 1864; elle avait toutes les apparences d'une bonne santé; elle était notablement engraissée; elle s'était livrée, avec toute l'ardeur désirable, aux travaux champêtres pendant l'été. La cicatrice était à peine apparente, si ce n'est dans le point qui donnait passage aux deux ligatures. La face était à peine déviée. En explorant la portion correspondant au maxillaire enlevé, je constatai la présence d'une plaque d'une dureté extraordinaire, se continuant avec la partie du maxillaire qui avait été épargnée dans l'opération. Cette plaque s'étendait très-haut; on la sentait à l'extérieur jusque un peu au-dessous du lobule de l'oreille; son épaisseur paraissait avoir 4 à 5 millimètres. Enfin, malgré l'absence du nerf dentaire, la sensibilité, quoique diminuée, persistait au menton, à la lèvre inférieure, à la partie antérieure de la joue du côté correspondant à la résection.

A cette époque, la malade portait une petite tumeur ganglionnaire dans la région sous-maxillaire du volume d'une petite noix; cette tumeur, en partie fluctuante, fut ouverte, il ne s'écoula qu'une petite quantité de pus; elle était remplie surtout par des végétations fongueuses que la cautérisation fréquemment répétée avec le nitrate d'argent fit disparaître.

Depuis ce temps, cette malade est restée dans le même état; on peut se faire une idée du résultat de cette opération, en examinant les deux dessins que je présente à la Société : l'un est le portrait de la malade avant l'opération, l'autre le portrait après l'opération; ce dernier ayant été fait en septembre 1864.

Afin d'être bien sûr de ce que j'avance, j'ai demandé cette semaine même des renseignements sur cette malade au docteur Japin. Sa réponse est la suivante : Il n'y a pas la moindre apparence de récidive, la portion enlevée est remplacée par un tissu d'une dureté osseuse, recouvert d'une gencive d'un blanc nacré. La mastication se fait du côté opéré aussi bien que de l'autre. La déglutition est normale, ainsi que la voix; l'articulation des sons, très-distincte, est un peu différente de ce qu'elle était auparavant. Lorsque les mâchoires sont rapprochées, la ligne de séparation des incisives médianes supérieures correspond à l'intervalle qui sépare l'incisive gauche de la dent canine, ce qui ferait à peu près un centimètre de déviation. Quant à la sensibilité, elle existe partout, seulement elle est obtuse; il y a une sorte d'engourdissement de la peau, plus prononcé près de la ligne médiane, et diminuant à mesure qu'on se rapproche de la joue.

Deuxième observation. — Le 13 mars 1865, mademoiselle C..., âgée de 29 ans, entre à Saint-Louis. Je remplaçais M. Voillemier comme chirurgien du bureau central. Cette malade, d'une constitution assez chétive, a vécu dans la plus grande misère en province, jusqu'à il y a un an, époque où elle vint à Paris et se fit domestique; elle porte une tumeur volumineuse, de la grosseur d'une petite pomme, dure, élastique, adhérente à la face postérieure de la mâchoire, faisant saillie dans la région sus-hyoïdienne et dans la cavité de la bouche, s'étendant en arrière jusque près de l'os hyoïde. Ce volume a été atteint, nous assure-t-elle, en un mois. La tumeur est le siége d'élancements qui troublent le sommeil de la malade. Il y a impossibilité pour elle de manger de la viande et difficulté d'avaler des potages à cause du refoulement de la langue en haut, l'articulation des sons est difficile. Les ganglions du cou et de la région sous-maxillaire sont sains.

Le 20 mars, c'est-à-dire sept jours après son entrée, la tumeur avait augmenté d'une façon appréciable. Le 21 mars, je procède à l'opération. On fait respirer à la malade quelques gouttes de chloroforme. Une incision, comprenant toute l'épaisseur de la lèvre inférieure, est faite à partir du bord libre sur la ligne médiane jusqu'au-dessous du menton. Du bord inférieur de cette incision, j'en fais partir deux autres, l'une à droite, l'autre à gauche, parallèlement à la branche horizontale de la mâchoire inférieure et prolongée à peu près jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du lobule des deux oreilles. Je dissèque ensuite les deux lambeaux dans toute leur étendue, la partie antérieure de la mâchoire est alors mise à nue. A droite, j'enlève la troisième dent molaire; à gauche, la cinquième; puis, avec la scie à chaîne, je scie de chaque côté la mâchoire inférieure au niveau des alvéoles qui contenaient ces dents. Je détache alors les muscles qui s'insèrent à la portion du maxillaire séparée par les deux traits de scie; mais, avant de terminer l'opération, je passe un fil dans le frein de la langue, de manière à retenir cet organe en dehors, s'il avait de la tendance à se porter en arrière. Alors, avec mes doigts, je sépare la face postérieure de la tumeur des adhérences celluleuses qui la maintenaient en contact avec les parties voisines, et je l'énuclée ainsi avec la plus grande facilité et sans effusion de sang.

Vingt points de suture réunirent la plaie, sur laquelle je plaçai une compresse d'eau froide.

La langue ne se rétracta pas, ce qui s'explique par la distension qu'avaient dû éprouver les muscles hypoglosses et génioglosses, placés des deux côtés de la tumeur, cette distension leur ayant fait perdre une partie de leur tonicité. Le 29 mars, époque où on enleva les dernières sutures, la réunion est complète presque partout, excepté vers le milieu de l'incision parallèle à la mâchoire; à ce niveau, la réunion n'est pas opérée, et lorsque la malade boit, le liquide s'échappe en partie par cette ouverture. Le 8 avril, elle est prise d'une variole discrète qui guérit en quelques jours. Le 16 mai, elle est atteinte d'une pneumonie à laquelle elle succombe. Mais à cette époque, elle était complétement guérie, et n'était retenue dans les salles que par l'intérêt que les sœurs et les malades lui portaient.

Examen de la tumeur. La table antérieure du maxillaire paraît saine dans presque toute son étendue, excepté vers le bord inférieur; là, le périoste se confond avec la tumeur. Pourtant, au niveau de la quatrième et de la cinquième molaire, cette face antérieure est interrompue par un prolongement de la tumeur, de la grosseur d'une noisette et arrondie comme elle. Ce prolongement semble être passé de la partie postérieure vers l'antérieure, en détruisant l'os vers le bord supérieur.

Le bord inférieur du maxillaire est confondu avec la tumeur; le bord supérieur est surmonté de toutes ses dents qui sont saines. Elles sont toutes déjetées en dehors, excepté la deuxième et la troisième molaires gauches qui sont déviées en dedans. Ces dents branlent toutes dans leurs alvéoles; la lamelle du tissu compact qui, à l'état normal, les recouvre en avant, a été détruite par la compression et le refoulement des racines. A ce niveau, les racines ne sont plus recouvertes que par la gencive. Celle-ci est mollasse et rouge.

La face postérieure de la mâchoire se confond avec la tumeur. Celle-ci mesure environ huit centimètres en hauteur et quatre centimètres dans son diamètre transversal. Son épaisseur est de cinq centimètres; elle occupe tout l'espace limité par deux lignes verticales qui passeraient à gauche par la quatrième molaire, à droite par la première. Elle présente la forme d'un segment d'ovoïde, surmonté de plusieurs cannelures. Sa consistance est ferme, sa coloration légèrement rosée.

Une coupe pratiquée perpendiculairement sur la tumeur et sur l'os montre que le corps du maxillaire a notablement augmenté en épaisseur, aux dépens surtout de sa partie postérieure. Il est facile de voir

que cette augmentation est due à du tissu osseux de nouvelle formation, on distingue aisément la limite de la portion surajoutée. Cette dernière se confond avec un tissu formé de faisceaux grisâtres distincts et placés les uns à côté des autres, ce qui donne à ce tissu un aspect feuilleté. La coupe du mamelon antérieur permet de reconnaître qu'il est constitué en grande partie par du tissu osseux recouvert par une couche fibreuse assez mince. A l'examen microscopique, on constate la présence de fibres de tissu cellulaire en quantité considérable, et dans les parties superficielles des corps fibro-plastiques en proportion notable, par rapport aux fibres de tissu conjonctif.

3e *Observation.* — Madame B..., âgée de 26 ans, est une femme d'une constitution chétive, petite, maigre, sans couleur, vivant au sein de la plus grande misère. Elle se présenta à moi lors d'un voyage à Etain (Meuse), en 1864, portant un énorme épulis adhérant à la face externe de la mâchoire dans la plus grande partie de la moitié gauche de cet os, ainsi qu'à la gencive, surtout au niveau de l'alvéole de la première grosse molaire vide de sa dent.

Cette tumeur, du volume d'un gros œuf, fait faire à la joue une saillie notable; elle est d'un rouge assez intense, d'une consistance fibreuse; elle ne gêne pas les fonctions de la langue, mais le rapprochement des mâchoires est rendu par elle difficile. De plus, elle provoque une salivation abondante. Les ganglions sous-maxillaires ne sont point engorgés.

Le 25 août, j'enlève cette tumeur. Après l'avoir circonscrite par quelques incisions en arrière, en avant et en bas, je porte deux doigts de la main disposés en crochet derrière elle et l'arrache, ce qui se fit très-facilement et très-rapidement. Après son ablation, je constatai que cette tumeur envoyait un prolongement dans la fossette dentaire correspondant à la grosse molaire absente. A l'aide d'une branche de ciseaux détachée, je dilacérai ce prolongement, j'en enlevai une partie avec une pince à mors large, puis je cautérisai avec le crayon de nitrate d'argent.

Vu au microscope, le tissu de cette tumeur était constitué presque exclusivement par des fibres de tissu conjonctif.

Après cette opération, de laquelle la malade se remit rapidement, la guérison se maintint pendant une année; au bout de ce temps apparut une tumeur dans l'épaisseur même de la mâchoire, au-dessus de l'angle gauche. Cette tumeur grossit de plus en plus, et quand je revis cette malade en septembre 1865, c'est-à-dire deux ans après la première opération, elle se présentait dans l'état suivant : Une partie du corps de l'os et de la portion inférieure de la branche verticale paraît dilatée en dehors comme en dedans, et fait à l'extérieur une saillie qui repousse la joue, à l'intérieur une saillie qui refoule la langue.

Le bord supérieur de cette tumeur paraît formé par un tissu résistant, quoique un peu élastique. Le bord inférieur et les parties latérales inférieures ont une consistance osseuse. Le bord supérieur s'élève de 2 centimètres environ au-dessus du niveau du rebord alvéolaire, et met ainsi la mâchoire inférieure dans l'impossibilité de se rapprocher de la supérieure. La première et la seconde petite molaire qui limitent cette tumeur en dedans sont déviées et branlantes. Le bord inférieur se trouve sur le même plan que le bord inférieur du reste du corps de l'os. La mastication est devenue impossible; la malade ne se nourrit plus que de potage. La salivation est extrêmement abondante, l'articulation des sons difficile. Les ganglions de la région sous-maxillaire ne sont point augmentés de volume.

Notre diagnostic fut le suivant : tumeur fibreuse développée dans l'épaisseur de la mâchoire et dont le point de départ a été le périoste alvéolo-dentaire.

Évidemment il n'y avait qu'un seul parti à prendre, celui de faire la résection. Ce fut le 10 janvier 1866 que je la pratiquai. Une incision verticale, comprenant toute l'épaisseur de la lèvre, fut faite à partir de 1 centimètre de la commissure gauche. Cette incision, arrivée au niveau du rebord inférieur de la mâchoire, fut prolongée le long de ce rebord, jusqu'au niveau du lobule de l'oreille. Pour le reste de l'opération, tout se fit comme pour la première; seulement je ne pus conserver qu'une très-petite partie du périoste. Vingt points de suture métalliques furent posés, la réunion immédiate s'opéra dans toute l'étendue de la plaie, et la guérison ne fut entravée que par un érysipèle qui survint, heureusement après que la réunion des bords de la plaie était assurée.

La tumeur que je présente à la Société a les caractères suivants : la plus grande partie de la portion gauche de la mâchoire et de la branche verticale est transformée en un tissu blanchâtre, de consistance fibreuse, présentant çà et là quelques points durs, dus à des portions de tissu osseux dont la résorption n'a pas été effectuée complétement.

Les parois de l'os ont disparu complétement dans la partie qui correspond au bord supérieur et à la partie supérieure des faces latérales; là, on ne trouve que le tissu de nouvelle formation. Les parois existent encore, mais notablement amincies dans le reste de la tumeur, et se continuent sans ligne de démarcation accusée avec le produit pathologique. Le canal dentaire, refoulé à la partie inférieure de la tumeur, paraît intact ainsi que le nerf contenu dans son intérieur. Des parcelles de ce tissu, observées au microscope, m'ont permis de reconnaître qu'il était constitué presque exclusivement par des fibres de tissu cellulaire de la matière amorphe, et de petites parcelles osseuses.

Les trois tumeurs dont je viens de parler me paraissent surtout être intéressantes sous les points de vue suivants :

1° Toutes trois sont constituées par des éléments des tissus cellulaires, embryonnaires, ou complétement développés; elles nous montrent, en quelque sorte, les trois degrés d'évolution d'une seule et même tumeur fibreuse, celle-ci ayant toujours pour point de départ des noyaux embryo-plastiques, qui deviennent corps fibro-plastiques, puis filaments de tissu cellulaire.

2° Ces trois tumeurs se sont développées dans les trois départements cellulaires de la mâchoire, si l'on peut ainsi dire, dans lesquels les fibrômes peuvent prendre naissance. La première, très-vraisemblablement, dans le canal dentaire; la seconde, dans le périoste qui enveloppe l'os; la troisième, dans le périoste alvéolo-dentaire.

3° Ces trois tumeurs ont été observées chez des sujets jeunes, 18 ans, 29 ans, 26 ans; chez des sujets vivant dans la plus grande misère, les deux seules causes que l'on puisse invoquer pour leur apparition.

4° Enfin, on peut être certain que des deux malades survivantes la première est à l'abri de toute récidive, eu égard au temps qui s'est écoulé depuis l'opération. *(La fin au prochain numéro.)*

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. HERVIEUX.

Symptomatologie de la péritonite puerpérale généralisée ou générale d'emblée (1).

Troubles respiratoires. — Tous les auteurs signalent l'accélération des mouvements respiratoires comme la conséquence nécessaire du développement tympanique de l'abdomen. Ils portent à 40, 50 et même 60 le chiffre des respirations qui peut être constaté comme résultat de cette influence mécanique. L'observation que nous avons donnée en raccourci dans le paragraphe précédent semble appuyer encore ces remarques de nos devanciers.

Toutefois, à part ces cas de tympanite monstrueuse, réduisant la cavité thoracique au quart de sa capacité normale, aplatissant les organes pulmonaires, refoulant le cœur et les gros vaisseaux et apportant un obstacle sérieux aux fonctions des appareils les plus essentiels à la vie, on peut dire qu'un ballonnement abdominal, même assez considérable, n'accélère pas sensiblement les mouvements respiratoires et surtout ne détermine ni dyspnée, ni accès de suffocation.

J'ai en ce moment dans mon service une jeune femme atteinte de péritonite généralisée et qui, bien que vouée à une mort certaine par les progrès incessants de la maladie, ne compte pas, depuis plusieurs jours, plus de 28 à 32 respirations, malgré une tympanite très-prononcée. Ce matin encore, 1er octobre 1867, la respiration n'était qu'à 24.

Nous avons recherché si dans la péritonite généralisée il n'existait pas un rapport entre ces trois termes : respiration, pouls, température. Il nous a paru que la respiration suivait, non pas rigoureusement, mais à quelque chose près, les oscillations de la température et du pouls. Voici d'ailleurs quelques chiffres recueillis par mon ancien interne, M. Chantreuil, dans un cas de métro-péritonite :

	Pouls	Respiration	Température
5 août 1866.	132	32	39 2/5
6 —	128	28	39
7 —	116	30	38 3/5
8 —	108	30	37 3/5
9 —	100	32	38
10 —	96	24	37 2/5
11 —	100	24	37 2/5
12 —	96	38	37 2/5

On remarquera dans ce tableau que la proportion n'est pas toujours strictement gardée entre les divers chiffres indiquant le pouls, la température et le nombre des respirations, mais cependant que le chiffre de respirations le plus élevé correspond à la plus haute température et au chiffre de pulsations le plus fort, et d'une autre part que le chiffre de respirations le plus faible, 24, coïncide avec 96 pulsations et 37° 2/5, c'est-à-dire avec la température la plus basse et le pouls le moins fréquent qui aient été observés.

Les mêmes réflexions sont applicables au tableau suivant, dont les éléments nous ont été fournis par une malade primitivement atteinte de métro-péritonite à la suite d'une application de forceps pour procidence du cordon, et plus tard de thyroïdite et d'abcès mammaires.

	MATIN			SOIR		
	Pouls	Respir.	Tempér.	Pouls	Respir.	Tempér.
11 août 1866.	76	32	38 1/5	96	32	38 2/5
12 —	92	32	37 2/5	92	32	38
13 —	84	32	37 3/5	90	»	38 1/5
14 —	64	28	37 2/5	104	»	38 4/5
15 —	72	32	37 2/5	92	18	38
16 —	»	»	»	108	36	38 2/5
17 —	72	32	37 3/5	104	32	38 3/5
22 —	88	32	37 1/5	100	»	38 1/5
23 —	88	»	37 2/5	100	28	38 1/5

Ces chiffres ont été pris dans la période de déclin de la maladie, ce qui fait concevoir leur faible élévation.

Pour expliquer l'accélération des mouvements respiratoires qu'on est toujours tenté de rapporter à la tympanite, il faut avoir présente à l'esprit une double cause possible : en première ligne, la pleurésie qui se développe si souvent d'une manière latente, et sur un plan plus reculé, la pneumonie ou la congestion pulmonaire.

Du moment que le nombre des respirations dépasse 40 ou 50, ne vous contentez pas de voir là une fréquence respiratoire par cause mécanique, le résultat du ballonnement abdominal, explorez avec soin la poitrine, alors même qu'il n'y aurait ni point de côté, ni toux, ni expectoration; et souvent, très-souvent, vous découvrirez un épanchement pleurétique qui vous donnera la clef de l'anhélation que vous avez constatée.

Lorsqu'il existe de la pneumonie ou de la congestion pulmonaire, la toux et le caractère particulier des crachats nous ont déjà mis sur la voie du diagnostic de ces complications préalablement à toute exploration thoracique.

Troubles de l'innervation.

A. *Céphalalgie.* — Je l'ai notée dans presque tous les cas, mais surtout au début avec les premières manifestations de la fièvre. Plus tard ce symptôme disparaît, soit qu'il s'efface devant l'intensité des accidents abdominaux, soit qu'il survienne un délire qui ne laisse plus à la malade la conscience de ses sensations, soit enfin que la maladie s'amende et tende vers la guérison.

B. *Délire.* — Rare dans les péritonites partielles, le délire est très-fréquent dans la péritonite généralisée ou générale d'emblée.

J'ai déjà appelé un peu plus haut l'attention sur une forme très-insidieuse de délire, forme dans laquelle les malades, sans avoir donné jusque-là aucun signe d'aberration mentale, nous disent tout à coup un matin, à la visite : « Je ne souffre plus, j'ai faim, je veux m'en aller. » Un observateur peu exercé pourrait aisément s'en laisser imposer par ce langage trompeur. Mais un examen attentif de la peau qui est très-chaude, du pouls qui reste élevé, de la langue qui est sale ou sèche, du ventre qui demeure volumineux, quoique indolent, les renseignements qu'on peut se procurer sur les selles souvent alors liquides, sur le sommeil que l'on apprend avoir été agité, sur une loquacité ou une gaieté insolites, donnent la mesure du degré de confiance qu'il faut accorder à de telles paroles.

Cette forme de délire est habituellement calme. Mais il en est une autre qui peut succéder à la précédente ou se manifester d'emblée, et qui se caractérise par une agitation extrême, des mouvements désordonnés, le besoin de s'élever à chaque instant, des paroles incohérentes, et parfois même des cris ou des vociférations lamentables. Il est arrivé qu'une de nos malades, échappant à toute surveillance, a réussi à sortir de la salle, et, après avoir enjambé un balcon, s'est précipitée du premier étage dans la cour.

On peut voir encore de véritables accès de manie se produire, accès d'ailleurs très-passagers, quand ils coïncident avec l'état fébrile et qui ne laissent pas de traces dans le cas où la guérison a lieu.

C. *Expression faciale.* — L'altération des traits et de la physionomie joue un rôle considérable dans la séméiologie de la péritonite puerpérale.

Il faut distinguer deux choses dans l'aspect particulier que présente la face des malades : 1° l'amaigrissement; 2° le manque d'expression ou l'expression douloureuse du visage.

L'explosion des premiers accidents a pour effet de creuser rapidement les traits. Les yeux s'excavent et s'entourent d'un cercle bleuâtre, les joues se dépriment, le nez s'amoindrit, l'ovale de la figure s'allonge, la peau devient terne, le teint perd son éclat, les contours sont moins arrondis, les ongles plus saillants. Il y a diminution évidente dans le volume des parties.

A cette première modification de la physionomie, conséquence du dépérissement rapide qui s'observe dans les premiers jours, s'ajoute un autre élément, l'absence totale d'expression. Les traits s'immobilisent, le regard est vague et terne, rien de ce qui se passe autour de la malade ne paraît l'intéresser; elle ne répond pas ou qu'avec peine aux questions qu'on lui adresse.

(1) Voir les numéros 3, 4, 5, 7, 24, 26 et 27.

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE.

Du mouvement dans les fonctions de la vie.

(Leçons faites au Collège de France, par E.-J. Marey, professeur suppléant (1).

L'ouvrage que nous voulons analyser ici nous a paru tout à fait digne d'intéresser le public médical par les recherches qu'il contient, et, d'autre part, les physiologistes militants par la méthode nouvelle qu'il leur propose.

Il y a, en effet, dans ce recueil de leçons rédigées sans nul apparat dogmatique, deux parties distinctes, et qui fourniront une division naturelle à notre examen :

I. L'exposé de la méthode graphique;
II. Son application à des recherches particulières.

I. — Il est impossible de s'occuper de statistique, de météorologie, de sciences mécaniques, physiques ou médicales sans rencontrer quelqu'une de ces expressions courantes : « Courbes de population, courbes de mortalité, courbes de solubilité, courbes de distribution électrique, de distribution magnétique, courbes des températures, courbes des mouvements respiratoires, etc. » Il n'y a pas longtemps, les feuilles médicales reproduisaient la courbe représentative du choléra de 1832. Ses expressions ont même franchi les limites de spécialité qui semblaient devoir les contenir, et récemment un journal populaire initiait ses lecteurs aux mystères des « graphiques du pouls ».

Sans être parvenues à une telle notoriété, d'autres reviennent fréquemment dans les publications scientifiques; tels sont les noms des appareils enregistreurs : « Chronographe, phonotaugraphe, myographe d'Helhmoltz, sphygmoscope, sphygmographe de Marey, hemétochomètre de Vierordt, themnographe, » et tant d'autres!

Ces mots qui, à des degrés divers, tendent à se naturaliser, appartiennent tous à la méthode graphique.

Ainsi cette méthode, née d'hier, envahit déjà le domaine scientifique; elle y pénètre par tous les points à la fois, et chaque jour qui passe en voit un nouveau développement. Il n'est pas téméraire de prévoir qu'elle opérera une révolution dans les procédés de l'expérimentation biologique; et, ici du moins, révolution veut dire progrès.

Il importe donc de s'enquérir de cette panacée universelle, de cette thériaque, cet orviétan, ce dictame. — Quelle est son essence? Quels sont ses vertus, ses vices, la nature de ses applications? Quelles en sont les limites?

Pour que la réponse soit claire, nous sommes obligés, avec l'auteur, d'établir une distinction entre les deux éléments de la méthode :

a, La représentation graphique;
b, L'enregistrement graphique.

a. — La représentation graphique consiste à exprimer par le dessin les variations d'un phénomène. Si simple que cette idé paraisse, elle est le fondement de la géométrie analytique, et elle n'a pas nui à la gloire de Descartes, son illustre auteur.

Ainsi, toute relation de dépendance entre deux grandeurs mesurables peut être traduite fidèlement au regard par une courbe. En particulier, un trait graphique peut donc représenter une succession d'états, c'est-à-dire la relation de dépendance du phénomène qui s'accomplit avec le temps qui s'écoule.

Ce dessin d'une expérience, d'une observation, est fécond en profits. Des colonnes de chiffres, des tableaux d'indications fastidieuses à compulser, des descriptions minutieuses et lentes qui usent sans résultats des jours, des mois peut-être, deviennent saisissables d'un coup d'œil; elles arrivent de toutes pièces à l'intelligence à raison de 70,000 lieues à la seconde, avec la rapidité de la sensation lumineuse.

Combien l'opération de l'esprit qui doit comparer et juger est alors rendue facile par la suppression du morcellement intellectuel, par la vue d'ensemble substituée à la vue lente successive et à petits coups!

L'auteur cite l'ouvrage récent du docteur Lorain sur le choléra, où l'on voit souvent condensés en trois ou quatre traits « les fastidieux récits qui s'appellent l'observation d'un malade ». Une courbe fait connaître les variations de poids du sujet pendant toute la durée du mal : elle s'élève lorsque le poids s'élève, s'abaisse avec lui, et ses flexuosités peignent à l'œil toutes les alternatives que le poids a éprouvées à chaque instant. Une seconde courbe, placée au-dessous de la première, fait connaître l'intensité de la sécrétion urinaire aux mêmes époques; d'autres, les variations de température en différents points du corps.

Le regard saisit d'un coup cet ensemble de conditions diverses, et s'il y a entre elles quelque liaison simple, constituant une loi constante, elle se trahira aux yeux de l'observateur par une disposition constante dans la forme des graphiques.

Ce mode de représentation se retrouve à quelque degré dans tous les arts. La notation musicale, due à Guy d'Arezzo, n'est qu'un graphique, comme le fait remarquer M. Marey; c'est un graphique dans lequel le déplacement en hauteur indique l'élévation du son, et le déplacement latéral la succession du temps; les barres horizontales de la portée, les barres verticales de la mesure sont des repères destinés à faciliter et préciser les comparaisons.

Enfin l'usage du graphique se généralisant pourrait, jusqu'à un certain point, dispenser de la connaissance des langues étrangères et suppléer l'ancien moyen de communication scientifique, la langue latine, aujourd'hui deux fois morte.

(1) Germer-Baillière, Paris, 1868. 1 vol. in-8°. Prix: 10 fr.

C'est de l'étonnement, de la stupeur, ou mieux encore, si l'on peut ainsi dire, de l'absorbement.

Quand le visage s'anime, c'est pour exprimer la souffrance, et alors le front se plisse, les sourcils se rapprochent, le sillon naso-labial s'accuse, les muscles constricteurs de l'orifice buccal et des paupières se contractent; c'est ce qu'on nomme la face grippée. Mais ce n'est là qu'une expression temporaire. Ce qui persiste et ce qui domine, c'est l'immobilité des traits, leur altération et, au fur et à mesure que le mal fait des progrès, leur décomposition.

Lorsque la réaction fébrile est intense, le pouls vite, plein et fort, il monte parfois au visage comme des bouffées de chaleur qui se traduisent par une animation insolite des pommettes, très-souvent d'une seule pommette, l'éclat particulier des yeux, une turgescence momentanée des joues, l'apparition d'une sueur abondante qui perle sur le front, le pourtour du nez, les lèvres, le menton, le cou, et qui reste ainsi limitée à la partie supérieure du corps.

Mais à ces poussées temporaires succède une dépression d'autant plus grande des traits qui paraissent ensuite plus creusés, plus vieillis, plus languissants, plus décomposés.

Enfin la face peut prendre, dans les derniers temps de la vie, l'aspect cadavéreux qu'elle conservera après la mort.

D. *Oppression des forces, prostration, coma.* — M. Jacquemier a distingué avec bonheur l'oppression des forces par la douleur de la prostration réelle.

Quand les douleurs de la péritonite généralisée atteignent leur paroxysme, les forces sont opprimées, mais elles sont si peu anéanties que, si par le traitement ou par le bénéfice de la nature on obtient une suppression, voire même une atténuation de l'élément douloureux, les forces se relèvent en même temps que la cause opprimante s'amoindrit ou disparaît.

La prostration, au contraire, survit à la douleur. Elle n'est même jamais si grande que quand, la période douloureuse ayant cessé, la maladie continue sa marche progressive vers l'issue funeste.

L'attitude des malades témoigne de cette prostration. Immobiles dans le décubitus dorsal, elles semblent incapables de tout acte qui exigerait le moindre effort ou une intervention quelque peu active de leur volonté. C'est à peine si, pour cracher ou vomir, elles chercheront le vase destiné à recevoir le produit du vomissement ou de l'expectoration; elles ne demandent plus le bassin et ne se prêtent que très-malaisément aux pansements ou aux soins de propreté que leur situation exige.

L'annihilation de plus en plus prononcée des forces conduit les malades à un état semi-comateux, plutôt qu'à un coma véritable. Quand il a existé un délire violent, celui-ci peut être remplacé par un coma vrai; mais le plus souvent, ce que les auteurs appellent coma dans la péritonite généralisée n'est qu'une prostration excessive, et la preuve, c'est que, si l'on interpelle fortement les malades, on peut réussir à fixer un instant leur attention et à obtenir une réponse.

Dans les épidémies véhémentes, la prostration, au lieu de se montrer seulement dans le décours de la maladie, est un phénomène du début. Le mal est à peine déclaré que déjà l'accouchée est atteinte d'un sentiment de lassitude et de courbature générale. Aussitôt après le frisson initial, amoindrissement très-prononcé de l'énergie musculaire, lenteur intellectuelle, apathie. Puis, à une époque plus éloignée de l'invasion, dépression complète des forces vives de l'organisme.

E. *Altération de la voix.* — Ce phénomène morbide varie beaucoup avec les causes qui le produisent.

Quand l'altération de la voix reconnaît uniquement pour cause la prostration des forces, la voix est plus ou moins affaiblie, quelquefois à moitié éteinte, mais enfin claire encore et intelligible.

Mais s'il y a ataxie, la parole est mal articulée, tremblottante comme les lèvres et fort peu distincte.

L'état typhoïde vient-il compliquer la scène, l'embarras de la parole tient à la sécheresse de la langue et parfois aux mucosités tenaces et visqueuses qui gênent ses mouvements. Il est rare qu'il n'existe pas en même temps un peu d'agitation et de délire, et ces causes réunies rendent l'articulation des sons très-confuse.

Dans quelques cas, c'est une véritable mussitation. Les malades marmottent des mots sans suite. On ne perçoit plus qu'un bourdonnement, un murmure incompréhensible.

Enfin, on conçoit sans peine qu'une accélération grande des mouvements respiratoires donne à la parole un caractère saccadé et entrecoupé qui rend encore plus malaisé l'accomplissement de cette fonction.

F. *Sommeil.* — Parmi les causes qui troublent ou suppriment le sommeil dans la péritonite puerpérale, il faut citer la douleur, le délire, la dyspnée.

Quand la maladie suit une marche très-aiguë, l'insomnie persiste jusqu'au terme fatal.

Survient-il un amendement dans les accidents péritonéaux, le sommeil reparaît, mais léger, de courte durée et troublé par des rêves.

La somnolence qui accompagne l'état semi-comateux est une autre forme de l'insomnie. C'est un signe pronostique très-fâcheux.

La conservation du sommeil ne s'observe que dans la forme subaiguë de la péritonite puerpérale.

G. *État moral.* — Il faut avoir journellement comme nous, sous les yeux, les exemples les plus saisissants de l'impressionnabilité des femmes en couches pour se faire une idée de leur état moral. Hoffmann, Delaroche, J.-P. Franck, Paul Dubois, Baudelocque ont signalé les dangers qui peuvent résulter de cette impressionnabilité. Je n'insisterai pas sur un fait aujourd'hui généralement reconnu et accepté. Je ferai remarquer seulement que, quand l'adynamie n'engendre pas une torpeur et une indifférence profondes, les malades sont tellement accessibles à toutes les commotions morales, que la moindre circonstance, et notamment tout ce qui se rapporte à leur famille, à leur enfant ou au père de leur enfant, les jette dans un trouble et une agitation inexprimables. Le pouls s'accélère, les douleurs redoublent ou se réveillent, l'appétit se supprime, la soif renaît plus intense que jamais, parfois une certaine quantité de sang vient colorer les lochies, et il est rare, si le ventre était souple, qu'on ne découvre pas de la dureté, de la résistance dans une partie de son étendue. Tout cela est le produit d'une simple perturbation morale.

Si la maladie tend à guérir, on voit cette susceptibilité s'amoindrir au fur et à mesure qu'on s'éloigne de l'époque de l'accouchement.

Lochies. — La suppression des lochies a été considérée pendant si longtemps comme liée d'une manière inéluctable et par un rapport de causalité à la péritonite puerpérale, qu'il importe de rétablir la vérité sur ce point.

Il n'est pas exact de dire que les lochies soient constamment ou diminuées ou supprimées. Elles persistent au contraire habituellement pendant toute la durée de la maladie avec des modifications soit dans leur quantité, soit dans leur qualité.

Il peut arriver que les lochies diminuent notablement pendant le frisson initial, mais elles se rétablissent avec l'apparition des phénomènes réactionnels, sans qu'il en résulte aucune modification avantageuse dans l'état de la malade.

On voit journellement des lochies abondantes, purulentes ou séro-purulentes et plus ou moins fétides, coïncider avec les symptômes les plus graves de la péritonite puerpérale. Les qualités et le plus ou moins d'abondance de la sécrétion lochiale paraissent dépendre surtout de la part que prend l'utérus à la maladie.

Les lochies peuvent se supprimer et se suppriment fréquemment dans la période ultime aussi bien d'ailleurs que toutes les autres sécrétions.

En admettant qu'il existât un rapport direct entre les lochies et la péritonite, la suppression des lochies serait l'effet et non la cause, comme le prétendaient les anciens.

Sécrétion lactée. — La péritonite puerpérale influence aussi la sécrétion du lait plutôt qu'elle n'en est influencée.

J'ai été souvent très-surpris de voir la sécrétion lactée s'établir et l'allaitement se continuer au milieu des manifestations les plus graves de la péritonite. Mais le plus ordinairement cependant, la montée du lait ne se fait pas ou se fait mal, et au bout de quelques jours les seins s'affaissent, se flétrissent et la sécrétion se tarit.

Si la malade guérit et si l'atteinte portée à l'organisme n'a pas été trop profonde, on peut rappeler, en mettant l'enfant au sein, la sécrétion lactée.

Période ultime. — Cette période nous offre le tableau de l'aggravation croissante des principaux phénomènes morbides qui se rattachent à la période d'état.

La fièvre redouble; le pouls acquiert une rapidité extrême; de 120-130 il s'élève à 140, 150 et parfois même jusqu'à 160 pulsations; en même temps il faiblit, se déprime, devient filiforme et souvent imperceptible à la radiale. La peau est brûlante et sèche, ou bien se couvre de sueurs profuses tantôt généralisées, tantôt limitées à la partie supérieure du corps.

La langue peut rester humide jusqu'à la fin; mais le plus ordinairement elle rougit, se dessèche et se couvre de fuliginosités ainsi que les dents, les gencives et la face interne des lèvres. Les malades sont dévorées par une soif ardente, inextinguible. Les vomissements sont d'un vert porracé et se répètent à chaque instant, mais ils cessent habituellement quelque temps avant la mort pour faire place à une diarrhée irrésistible et involontaire.

Il n'y a plus ou que rarement de douleurs abdominales, mais le ventre demeure ballonné et dans tous les cas insensible à la pression.

Les traits s'altèrent et se creusent de plus en plus; le regard est terne et sans expression, les narines pulvérulentes, les lèvres tremblottantes, la voix mal articulée, le corps immobile dans le décubitus dorsal, les membres inertes. L'attitude de la malade est celle de l'abattement le plus profond. *Perindè ac cadaver.*

Les accidents nerveux ont seuls le pouvoir d'arracher les malades à cette torpeur lamentable. Le délire provoque de l'agitation, des mouvements désordonnés, des cris incessants, une loquacité infatigable. La patiente se découvre sans cesse, se met à son séant, fait des efforts pour sortir de son lit, et, si on n'est pas là pour la surveiller et la contenir, elle peut se lever, tomber, aller trouver les voisines ou même se jeter par la fenêtre.

Un état semi-comateux succède d'ordinaire au délire. Alors les extrémités se refroidissent, les parties exposées, telles que la face, le cou et les mains, se glacent et se cyanosent; l'haleine devient elle-même froide et prend une odeur cadavéreuse, les yeux se convulsent, la respiration s'embarrasse, toute sensibilité s'abolit et la malade expire.

Dans cet exposé sommaire des phénomènes ultimes, nous avons omis à dessein de mentionner quelques manifestations importantes sur lesquelles nous allons nous arrêter un instant et qui appartiennent principalement à la période que nous étudions.

Eruptions cutanées. — On peut encore ranger parmi les phénomènes morbides qui relèvent de la maladie certaines ma-

---

b. — Le second procédé de la méthode graphique, qui en est véritablement l'âme, consiste dans l'emploi des appareils enregistreurs.

Leur invention est toute récente : l'honneur en revient à un homme d'un rare mérite scientifique, le général Poncelet. Dans l'impossibilité d'étudier directement le phénomène si rapide et si fugace de la chute des corps, il tourna la difficulté en inventant le principe des instruments enregistreurs; son idée fut réalisée sous sa direction par le général Morin qui laissa son nom à l'appareil. Ce procédé fit son chemin sans protection, en rendant des services marqués à la mécanique industrielle et à la plupart des sciences pures. On conçoit, par exemple, de quel secours peut être à la météorologie un ensemble d'instruments qui, une fois réglés, continuent d'eux-mêmes à noter d'une manière continue, sans relâche et sans défaillance, avec une absolue précision, les variations de la pression barométrique, de la température, la force du vent et sa direction, la quantité de pluie tombée; suppléant ainsi un personnel nombreux, coûteux et, malgré ses efforts, toujours insuffisant.

Ainsi le phénomène se guette, s'observe lui-même; — il note ses faits et gestes, et tient fidèlement, pour le moment où nous voudrons le consulter, le livre détaillé de sa conduite. — Par cette invention, en un mot, la nature a appris à écrire.

La biologie peut retirer de ces procédés les mêmes profits et encore des profits d'une autre sorte, car ils peuvent suppléer, non-seulement à l'assiduité soutenue de l'observateur, mais encore à son insuffisance.

Les sens de l'homme sont bornés, dit un proverbe qui ne fait pas d'exception pour le physiologiste. Aujourd'hui que le gros œuvre scientifique est terminé et qu'il faut atteindre les phénomènes dans leurs intimes profondeurs, nos instruments de première main doivent faire place à d'autres plus délicats. C'est en vain que le physiologiste aurait la subtilité du sauvage, dont la vue perçante va discerner un ennemi dans les nuages du lointain, qui connaît son approche à des bruits insaisissables, et par des fantômes d'odeur retrouve les traces de son passage.

Il faut autre chose, et les instruments enregistreurs, dans un grand nombre de cas, peuvent nous la donner.

Voici, par exemple, le myographe de Harey, instrument amplificateur bien simple, puisqu'il est fondé sur le principe du levier, et qui nous permet d'étudier la contraction musculaire, de distinguer dans son apparente stabilité une multitude de vibrations infiniment petites et infiniment brèves, et non-seulement de les distinguer, mais de les évaluer aussi en grandeur, en forme et en durée.

L'auteur ne s'attarde pas longtemps sur ces considérations de pure évidence; il entre dans son sujet en énumérant les tentatives de ses prédécesseurs Ludwig, Hehlmoltz, Vierord, Frick, Pflüger, tous Allemands. (Ne nous en épargnons pas la confusion.) Aucun des instruments qui leur sont dus ne me paraît destiné à se répandre, et à servir jamais à d'autres qu'à son inventeur. Quand ils auront rempli ce rôle modeste, ils disparaîtront de la scène du monde physiologique, laissant la place aux instruments perfectionnés du docteur Marey, à qui l'on ne saurait contester une longue pratique et une grande ingéniosité dans cette mécanique délicate.

Ses appareils se rapportent à deux types : le type myographe, le type polygraphe.

Le myographe doit sa double vertu d'enregistreur et d'amplificateur à un levier, dont la pointe note sur un cylindre noirci ses moindres excursions. Le sphygmographe, employé aujourd'hui par un grand nombre de chefs de service et sorti victorieux des débats qui ont signalé son apparition, appartient à ce type.

Dans le polygraphe, il y a quelque chose de plus. On n'inscrit pas le mouvement dans le voisinage du point même où il se produit, ce qui serait souvent impraticable; on doit dès lors le transmettre à distance sans altérer aucun de ses caractères. Imaginons donc un tube terminé à chaque extrémité par un petit tambour; le moindre tressaillement de la première membrane ira se transmettre à la seconde avec une fidélité scrupuleuse, par l'intermédiaire de l'air contenu dans le tube. C'est en ce point que le levier écrivant viendra le recueillir.

On a pu étudier ainsi les variations de la pression du sang dans les artères, les mouvements du cœur, les mouvements respiratoires.

Tout changement d'état qui, par certains artifices, peut être traduit en mouvement, tout phénomène de mouvement, si obscur qu'il paraisse, deviendra de cette façon saisissable et susceptible à la fois d'étude et de mesure.

Voilà le domaine de la méthode graphique et ses limites.

DASTRE.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté préfectoral, M. le docteur Journal, ancien interne de l'asile de Maréville, a été nommé médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés de la Haute-Garonne (fonction nouvelle).

— Un concours pour deux places d'élèves internes en médecine et pour huit places d'élèves suppléants près l'hospice général de Tours s'ouvrira les 24 et 25 mars 1868.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 22 mars, au bureau du directeur de l'hospice qui donnera tous les renseignements nécessaires aux candidats.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris se réunira mercredi prochain, 11 mars, à huit heures du soir à la mairie du 1er arrondissement.

Ordre du jour. — De la constatation des naissances à domicile. — Des devoirs des médecins inspecteurs des crèches et des salles d'asile, par MM. les docteurs Passant et Coursserant.

nifestations cutanées, telles que les plaques érythémateuses, les taches ecchymotiques, les hydroa ou sudamina, les éruptions miliaires et les éruptions pustuleuses, bulleuses ou phlycténoïdes.

Les plaques érythémateuses peuvent se produire sur toutes les parties du corps. Elles sont habituellement peu nombreuses, au nombre de deux, trois ou quatre, quelquefois solitaires, d'un diamètre variable dépassant plusieurs centimètres, de forme irrégulière, de couleur rosée ou rouge vif, dans certains cas douloureuses au toucher et s'accompagnant alors d'une légère tuméfaction. Elles sont l'indice d'un état grave.

Les taches ecchymotiques ont été comparées avec raison aux pétéchies des fièvres graves. Elles consistent dans des taches violacées ou bleuâtres, pouvant occuper les régions les plus diverses, mais siégeant spécialement aux membres, surtout vers leurs extrémités. Plus nombreuses d'ordinaire que les plaques d'érythème, elles sont très-susceptibles de s'agrandir, mais ne sont jamais ni douloureuses, ni accompagnées de tuméfaction. Ce sont de simples extravasations sanguines comme les taches du scorbut. Leur apparition est l'indice certain d'une mort prochaine.

Les sudamina et les hydroa, qui ne sont que des sudamina très-volumineux, paraissent liés aux sueurs profuses qui accompagnent si fréquemment l'état adynamique.

Il en est de même des éruptions miliaires, soit blanches, soit rouges, qu'on est à même d'observer si fréquemment sur le tronc des femmes en couches. Le ventre, les lombes, les fesses et la partie supérieure des cuisses m'ont paru en être le siége le plus habituel. Le génie épidémique joue assurément un rôle important dans la production de ces éruptions, car dans certaines années elles sont très-communes et se présentent journellement à notre observation. D'autres années s'écoulent sans que l'on en puisse voir un seul cas. Les topiques émollients, la macération de l'épiderme par certains liquides irritants, tels que l'urine, les lochies et les évacuations intestinales, favorisent singulièrement le développement de ces éruptions.

Les fesses et la région sacrée sont fréquemment, dans la péritonite puerpérale, le siége d'éruptions pustuleuses ou bulleuses, constituées par des pustules ou des bulles, d'un volume qui varie entre celui d'une tête d'épingle et celui d'un pois, arrondies, enflammées à leur base, jaunâtres à leur surface et laissant voir, quand elles se rompent, autant de petites perforations du derme, faites comme à l'emporte-pièce et accompagnées d'un léger décollement de la peau environnante. Les petites ulcérations qui en résultent peuvent se cicatriser et les malades guérir.

Mais en outre de cet exanthème local, il se manifeste quelquefois une éruption de bulles pemphigoïdes, susceptibles de se généraliser, et qui affectent plus volontiers les extrémités des membres. Ces bulles, de volume variable, sont arrondies, contiennent une matière séro-purulente ou purulente, et leur apparition est ordinairement d'un fâcheux augure.

Eschares vulvaires et sacrées. — Les solutions de continuité qui peuvent résulter de la déchirure de la muqueuse vulvaire et même du périnée après l'accouchement, sont susceptibles de se couvrir d'eschares, et le fait est si commun à la Maternité, que les élèves ne désignent pas ces plaies autrement que sous le nom d'eschares.

Rarement en effet, dans la péritonite puerpérale infectieuse, les éraillures vulvaires et les déchirures périnéales ont le caractère des plaies simples. Elles sont presque toujours gangréneuses, et la gangrène offre divers aspects.

Le cas le plus commun est celui dans lequel les plaies sont grisâtres ou d'un gris noirâtre. Plus rarement l'eschare est entièrement noire, auquel cas les accidents généraux offrent une extrême gravité. Enfin, j'ai vu exceptionnellement les plaies vulvaires être frappées par la gangrène blanche. Ces plaies occupent le plus ordinairement l'angle inférieur de la vulve. Mais l'angle supérieur n'en est pas exempt; elles forment des bandes allongées et sinueuses qui vont en s'élargissant de haut en bas et d'avant en arrière. Leur diamètre dépasse souvent celui d'une pièce de cinq francs; elles se prolongent parfois assez loin dans la cavité vaginale; mais quelle que soit leur étendue et leur gravité, elles offrent ceci de particulier que, quelle que soit l'intensité des accidents péritonéaux et alors même que la maladie continue de marcher vers l'issue fatale, elles guérissent toujours sûrement grâce aux moyens thérapeutiques que nous mettons en usage. Non-seulement nos malades ne meurent pas des eschares vulvaires, mais celles qui périssent, périssent guéries de ces eschares.

Tout le monde sait qu'il n'en est pas ainsi des eschares sacrées. Ces dernières ne sont pas rares dans la péritonite puerpérale. Elles sont l'indice d'un danger très-grand, et, comme dans toutes les fièvres graves, elles précèdent d'un temps généralement assez court l'arrivée de la mort.

Il existe, dans certains cas, une véritable diathèse gangréneuse. Sans parler de la gangrène possible de l'utérus, du vagin, de l'épiploon, etc., on a vu souvent les piqûres de sangsues devenir gangréneuses, et la mortification, s'étendant de proche en proche, détruire les parois abdominales sur une grande étendue.

M. Tarnier a vu un abcès du sein devenir le point de départ de la gangrène de toute la glande mammaire elle-même et de la peau qui la recouvre.

J'ai vu, dans certaines épidémies très-sévères, la surface des vésicatoires se recouvrir d'une couche grisâtre, non pas diphthéritique (car il n'y avait pas de fausse membrane saisissable avec des pinces), mais grenue, insaisissable comme la pourriture d'hôpital, et qui donnait lieu à de vastes surfaces ulcéreuses dont les caustiques les plus énergiques étaient impuissants à arrêter les progrès.

L'érysipèle peut s'ajouter à ces complications si graves et à toutes celles que nous avons signalées en traitant des caractères anatomiques de la maladie et contribuer encore à précipiter le terme fatal.

L'ictère, la scarlatine, la variole, le choléra sont encore des complications possibles de la péritonite puerpérale. Mais nous ne pouvons que les mentionner et renvoyer, en raison même de leur importance, aux travaux spéciaux que nous avons déjà publiés dans divers recueils périodiques sur chacune de ces affections.

OVARIOTOMIE

Obs. XXXVI. — Ovariotomie pratiquée le 3 décembre 1866. Guérison.

Par M. E. Koeberlé.

Madame B..., de Ringeldorf (Bas-Rhin), âgée de 42 ans, amaigrie, très-anémique, mais d'une constitution vigoureuse, n'a jamais éprouvé d'indisposition notable jusque dans les derniers mois de 1866. Ses grossesses n'ont présenté aucune particularité remarquable. La menstruation a toujours été normale, sauf la dernière fois, où les règles ont à peine paru.

Depuis 1864, un kyste de l'ovaire s'était accru lentement. En 1865, ce kyste n'avait encore que 25 à 30 centimètres de diamètre et était dépourvu d'adhérences abdominales; il avait pris un développement très-rapide vers la fin de l'année 1866, surtout pendant les quinze derniers jours qui ont précédé l'ovariotomie. La malade a ressenti alors des douleurs très-vives sur diverses parties du ventre et est devenue très-pâle, faible, anémique; les jambes et la paroi abdominale sont devenues œdémateuses. La figure était légèrement bouffie. L'urine contenait une certaine quantité d'albumine. Rien d'anormal dans l'excavation pelvienne. Le kyste paraissait dépendre de l'ovaire droit et être formé par une grande loge prédominante et un certain nombre de loges accessoires. Il y avait des adhérences périombilicales très-manifestes. La circonférence du ventre était de 1 mètre 15 centimètres. Comme particularité curieuse, il y a lieu de noter que la malade était habituée au vin pur et que, dès son enfance, elle n'avait jamais bu une goutte d'eau. Pour boisson, elle ne faisait usage que de vin, de lait et parfois de petit-lait. Elle s'est toujours refusée obstinément à boire la moindre quantité d'eau pure ou d'eau vineuse, et elle préférait supporter la soif la plus vive plutôt que de boire un peu d'eau.

L'ovariotomie eut lieu le 3 décembre 1866. Étaient présents : MM. Fantin (de Seine-Port), Voisin (de Paris), Caternault, H. Liouville et Kiën.

Incision d'environ 20 centimètres. Ponction de la grande loge du kyste qui donna issue à 15 litres d'un liquide hémorrhagique, de couleur très-brune. Le reste de la tumeur pesait encore 3 kilogrammes et était formé de loges très-petites dont le contenu était incolore et très-visqueux. Les adhérences périombilicales étaient très-lâches, et elles cédèrent facilement à la pression des doigts. Elles occupaient un espace d'environ 25 centimètres de diamètre et ne donnèrent pas lieu à une hémorrhagie notable. Il n'en fut pas de même de la surface de l'incision, qui fournit en abondance du sang qui n'avait guère de tendance à se coaguler. Toutefois, la perte de sang pendant l'opération ne dépassa pas 200 grammes. L'hémorrhagie fut arrêtée incomplètement par deux ligatures et trois cautérisations au fer rouge. Ligature du pédicule par du fil de fer. Réunion par quatre points de suture profonde et six points de suture superficielle. Un tube de verre de 12 centimètres de longueur fut placé dans l'excavation pelvienne en raison de l'hémorrhagie capillaire qui n'était pas arrêtée complétement par suite du défaut de plasticité du sang. L'opération a duré une demi-heure.

Après l'opération, un suintement sanguin très-abondant se continua jusqu'au lendemain matin, et l'on extraya du bassin, par l'intermédiaire d'une sonde introduite à plusieurs reprises par le tube jusque dans le cul-de-sac recto-vaginal, 450 grammes de sang. L'hémorrhagie ayant cessé, le tube de verre fut retiré. Il ne survint aucun autre accident notable. Le ventre demeura très-plat; les urines restèrent claires et abondantes, très-légèrement albumineuses, et le pouls ne s'éleva pas au-dessus de 90 pulsations. L'opérée put se lever le quinzième jour et, dès le vingtième jour, elle se promenait et restait levée toute la journée. Le ventre était très-affaissé, et la cicatrisation de l'incision était complète. Cependant les pieds restaient un peu œdémateux.

Le vingt-cinquième jour, à la suite d'un léger refroidissement, il survint des douleurs vagues de chaque côté des reins et des parties inférieures de la colonne vertébrale. Les urines, jusqu'alors très-claires et abondantes, prirent une coloration d'un rouge violet de plus en plus foncé et devinrent de plus en plus albumineuses et hémorrhagiques. Elles contenaient une très-forte quantité de matière colorante du sang. La langue restait toujours très-nette, et l'appétit était très-prononcé. La malade, sur ces entrefaites, était retournée dans son village. Elle avait été soumise de suite, après l'opération, à un régime tonique et fortifiant : vin, viande, extrait de viande, œufs et laitage; dragées d'iodure de fer; vin de quinquina; extrait de fiel de bœuf.

Dès le début des accidents d'albuminurie grave, on appliqua des vésicatoires volants sur la région rénale de chaque côté. On prescrivit du perchlorure de fer à l'intérieur (1 gramme dans 120 grammes d'eau). Mais l'anasarque fit de rapides progrès; l'œdème envahit les poumons et occasionna de la dyspnée. La malade succomba par suite de l'œdème des poumons le treizième jour après le début des accidents de néphrite. L'autopsie n'a pas été pratiquée.

Un mois avant l'ovariotomie, la malade se trouvait encore dans les meilleures conditions possibles de succès. Ce n'est que 15 jours avant l'opération, que l'état général est devenu rapidement très-mauvais. Les douleurs abdominales ressenties alors par la malade ont été symptômatiques d'éraillures, de déchirures spontanées du kyste qui ont occasionné une hémorrhagie interne dont l'anémie, qui s'est manifestée en même temps, a été l'expression extérieure. L'opération, par l'hémorrhagie qu'elle a entraîné, a aggravé l'anémie et le défaut de plasticité du sang; mais, si elle a été suivie de succès complet, elle n'en a pas moins prédisposé la malade aux graves accidents auxquels elle a succombé. Il est à remarquer cependant qu'une sœur de la malade est morte également à la suite d'une infiltration générale.

Le kyste présentait à la face interne de sa grande loge, sur des déchirures incomplètes de sa paroi, les traces d'une hémorrhagie récente. Les malades affectées des kystes de l'ovaire deviennent ordinairement anémiques par suite des hémorrhagies internes. Le liquide des kystes, qui est naturellement incolore, ne devient plus ou moins foncé que par son mélange avec le sang épanché. Lorsque l'hémorrhagie a lieu à la surface externe des kystes, il se produit peu à peu des adhérences vasculaires dans les régions où les parties, agglutinées d'abord simplement par le caillot sanguin, sont maintenues en contact permanent. De là, la fréquence des adhérences de la paroi abdominale et de l'épiploon; tandis que les intestins, grâce à leur mobilité et à leurs mouvements incessants, s'agglutinent plus difficilement.

Dans cette observation, la perte du sang (700 gr.) a été énorme, eu égard à la simplicité du cas, parce que les moindres petits vaisseaux ne cessaient pas de suinter, en raison de l'état particulier du sang. Si l'opération avait été compliquée d'adhérences vasculaires, la malade aurait succombé à l'hémorrhagie.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 12 février 1868. — Présidence de M. Legouest (1).

M. Larrey fait observer que dans le livre de Jourdain, on trouve relatés des cas analogues au troisième fait rapporté par M. Liégeois.

M. A. Forget. Parmi les tumeurs qui se développent dans les os maxillaires, il en est qui leur sont communes avec toutes les autres parties du squelette; il en est d'autres, au contraire, qui leur sont spéciales et qui dépendent de conditions anatomiques et physiologiques qui ne se rencontrent que dans les mâchoires.

C'est au premier genre de tumeurs qu'appartient l'une de celles que nous présente M. Liégeois, et qui est constituée par une hypergenèse du périoste externe.

L'autre est une tumeur propre aux os maxillaires; elle est de tout point semblable à celles dont j'ai décrit plusieur variétés dans ma thèse inaugurale sur les kystes des mâchoires.

Procédant du développement anormal du périoste alvéolo-dentaire, le néoplasme se comporte différemment suivant qu'il reste inclus à l'intérieur de l'os indéfiniment, ou qu'à une époque plus ou moins éloignée de son point de départ, il se fait jour à l'intérieur de la bouche par les alvéoles privées de leurs dents par le fait même de la pression incessante et excentrique du produit morbide.

Dans le premier cas, le corps de l'os prend la forme ovoïde et constitue une cavité close qui enserre de toute part le néoplasme.

Dans le second cas, celui-ci s'est pédiculisé à l'intérieur d'une ou de plusieurs alvéoles dilatées, et la portion du maxillaire à laquelle il correspond affecte une forme cylindroïde.

Ces tumeurs fibreuses adhèrent très-intimement à la paroi osseuse du kyste; il y a comme une sorte de fusion entre elles et lui au moyen d'un prolongement que j'ai comparé, dans ma thèse, à l'épanouissement d'un fort tendon au point de son insertion.

Cette disposition différencie ce genre de tumeurs de celles que constituent exclusivement les éléments hypertrophiés des bulbes dentaires. Ces tumeurs, dont j'ai donné la description en 1860 dans un mémoire lu à la Société de chirurgie (avec une planche) et qui ont été récemment étudiées par M. Broca, s'enkystent à l'intérieur des alvéoles où, le plus souvent, elles ne contractent que de très-faibles adhérences, y restant plus généralement libres et isolées.

J'ai eu l'occasion de mettre sous les yeux de la Société de chirurgie une fort belle planche reproduisant le dessin d'une tumeur de ce genre qui lui avait été adressée par M. Letenneur (de Nantes).

Les tumeurs fibreuses ou fibroplastiques du premier ordre ont des rapports variables avec les nerfs et les vaisseaux maxillaires, suivant l'époque de leur développement à laquelle on les observe. Le plus généralement elles n'ont aucun rapport de contact avec le nerf dentaire, le canal de ce nom restant intact dans la base de l'os tant que la tumeur n'a pas acquis une ampliation considérable. Sur deux malades que j'ai observés, par suite des progrès de la maladie et de l'amincissement du tissu osseux, le plancher du canal dentaire avait été détruit, et le contact de la tumeur avec le nerf déterminait les plus vives douleurs à la moindre pression. C'est ainsi qu'indolores à la

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

première phase de leur existence, ces tumeurs peuvent être plus tard très-douloureuses.

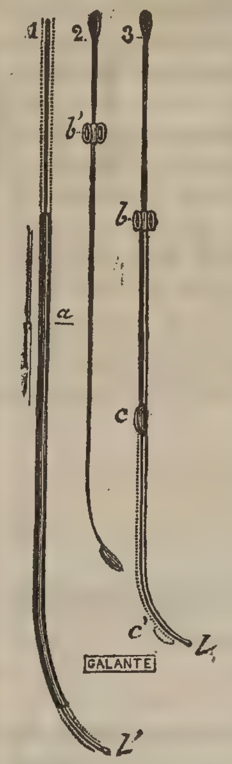
Quant au traitement, il serait insuffisant si on se bornait à arracher la tumeur faisant saillie au-dessus des alvéoles et à cautériser superficiellement la portion restante de celle-ci. C'est pour avoir agi de la sorte que l'on a eu souvent des récidives. Dupuytren conseillait d'éteindre plusieurs cautères à l'intérieur de ces kystes osseux. Cette précaution peut aussi être insuffisante; le plus sûr en pareil cas est d'enlever, comme je l'ai vu faire à Lisfranc et comme je l'ai fait moi-même, le plan osseux qui sert d'implantation au néoplasme. Toutefois, la nature homéomorphe de celui-ci et l'intégrité de la base de l'os maxillaire dont la continuité est conservée, me paraissent devoir prescrire le plus souvent de conserver l'os et de réserver la résection pour les cas extrêmes.

M. Demarquay. J'ai suivi une malade qui avait été opérée par Blandin, et chez laquelle on avait enlevé toute la portion d'os au niveau de laquelle la tumeur avait pris naissance. La récidive eut lieu cependant, et cette fois il fallut pratiquer la résection d'une moitié du maxillaire. Dix ans après j'ai revu la malade; la guérison s'était maintenue et les mouvements des muscles de la face s'étaient rétablis, quoique pendant l'opération le nerf facial eût été coupé.

M. Liégeois insiste sur ce fait, que dans le cas dont il a donné la relation, le point de départ des tumeurs paraît bien être le périoste alvéolo-dentaire.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. le docteur Demarquay a fait construire, par M. Galante, une série de cathéters de différents volumes, qui ont pour but de faciliter l'uréthrotomie externe sur conducteur. Sur chacun de ces cathéters de différents volumes, se monte un curseur en forme d'olive; pointu inférieurement, et sur lequel on a ménagé une cannelure.



Le conducteur étant introduit dans la vessie, le curseur fait facilement reconnaître le rétrécissement et s'engage en partie dans ce dernier, ce qui permet de l'inciser sur la rainure du curseur. L'opération terminée avec ce même curseur, on explore le canal comme avec une bougie à boule, et on s'assure ainsi qu'il n'existe plus de portion rétrécie. Cela fait, il s'agit d'introduire une sonde dans la vessie; pour arriver à ce résultat, laissant le conducteur en place, on enlève le curseur, et à l'extrémité supérieure du conducteur on adapte une simple tige qui, faisant corps avec le cathéter, permet de faire glisser jusque dans la vessie une sonde percée à son extrémité. On peut dès lors enlever le conducteur.

Grâce à cet instrument, les deux difficultés que présente l'uréthrotomie externe sont vaincues à savoir 1° reconnaître le siége et l'étendue du rétrécissement, 2° introduire une sonde dans la vessie après l'opération.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Concours de 1868.

1° *Étudier l'influence du tabac sur la santé des ouvriers qui sont employés à sa fabrication; et rechercher les préceptes hygiéniques qui doivent leur être recommandés;*

2° *Étudier l'urticaire au point de vue de ses causes, de sa pathogénie, et de son traitement.*

Clôture du concours : 30 septembre 1868.

Les résultats du concours seront proclamés dans la séance publique annuelle du mois de décembre. Les vainqueurs pourront obtenir, selon le mérite de leurs mémoires, soit une médaille d'or avec le titre de membre correspondant, soit une médaille de vermeil, avec le même titre, soit une mention honorable. Les mémoires couronnés seront publiés dans les Annales de la Société, et un tirage à part de 50 exemplaires sera accordé aux auteurs qui en feront la demande.

La forme usitée est requise pour ces concours : les auteurs accompagneront leurs travaux d'un pli cacheté contenant leur nom et leur adresse et portant l'épigraphe placée en tête du mémoire. Les membres effectifs et résidants de la Société sont exclus du concours, ainsi que les auteurs qui, d'une manière quelconque, se seraient fait connaître. Les mémoires peuvent être rédigés en français, en flamand, en anglais ou en allemand, et doivent être adressés au secrétaire de la Société, M. le docteur RULLENS, rue de l'Hôpital, 48.

3° La Société a décidé en outre qu'il pourra être accordé un prix à l'auteur du meilleur travail original communiqué à la Société pendant le courant de l'année, jusqu'au 30 septembre.

Concours de 1869.

Faire la topographie médicale de la ville d'Anvers.

Clôture du concours : 31 août 1869.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 30. — JEUDI 12 MARS 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 12 MARS 1868. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 11 mars 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie avait à procéder hier, comme on le sait, à l'élection d'un membre associé libre. Elle était au grand complet, grâce à l'empressement que les membres qui s'abstiennent habituellement d'assister aux séances avaient mis à venir voter, témoignant par là de l'intérêt qu'ils attachaient à cette élection. Le scrutin a eu le résultat que nous avions prévu. M. Daremberg a été nommé à une grande majorité : sur 83 votants, il a obtenu 50 suffrages; M. Th. Roussel en a eu 25; M. A. Latour, 6, et M. Legoyt, 2. L'élection de M. Daremberg sera accueillie partout avec la plus grande faveur.

L'Académie a entendu ensuite un très-bon rapport de M. Boudet sur un nouveau procédé, imaginé par M. Ozouf, pour obtenir en grand le gaz acide carbonique parfaitement pur pour la confection des eaux minérales factices. Puis elle a procédé à une série de scrutins pour la nomination des commissions de prix pour le concours de 1868. Malgré la précaution qu'avait prise le Bureau de faire circuler des listes toutes faites, pour éviter une très-longue et très-inutile perte de temps, cette opération en a pris assez encore pour qu'il n'ait pas été possible de reprendre la discussion sur la tuberculose.

M. Bouley, qui se proposait de parler, a dû demander lui-même la remise à la séance prochaine. M. Hérard a mis à profit les quelques minutes qui restaient pour relever quelques points qui le concernaient dans l'argumentation de M. Guéneau de Mussy. On trouvera dans le compte rendu de la séance les quelques mots de M. Hérard, ainsi qu'une reproduction presque textuelle du discours de M. Guéneau de Mussy.

Après M. Bouley, qui doit prendre la parole dans la séance prochaine, on nous annonce encore l'intervention de M. Hardy dans la discussion et une deuxième argumentation de M. Béhier.

La discussion n'est pas, comme on le voit, près de finir encore. Nous ne nous en plaignons pas, quoique cependant il nous paraisse douteux qu'il puisse être ajouté beaucoup, soit comme faits, soit comme idées, à tout ce qui a été dit jusqu'ici.

Dr Brochin.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. DEMARQUAY.

Observation et nouvelles recherches sur la tumeur cirsoïde artérielle.

Depuis la publication de mon traité sur les *tumeurs de l'orbite*, mon attention s'est particulièrement attachée à l'étude des lésions artérielles. C'est spécialement cette variété, depuis longtemps connue sous le nom de tumeur fougueuse sanguine artérielle (Roux), de tumeur érectile artérielle (Dupuytren), d'anévrisme par anastomose (J. Bell), d'anévrisme cirsoïde (Breschet), qui a fait l'objet de tous mes soins.

Au mois d'août dernier, un fait se présenta à mon observation; je m'empressai d'en suivre tous les détails. Le traitement que j'employai dans cette circonstance suscita de ma part un travail et quelques recherches que le dernier mémoire de M. le professeur Gosselin vient d'annihiler presque entièrement. Je ne peux pourtant pas le laisser passer inaperçu, car il intéresse, à plus d'un titre, la clinique chirurgicale de ces maladies.

Et d'abord, de quoi s'agit-il dans la tumeur cirsoïde artérielle? A-t-on affaire à une lésion de sang; à une altération des parois artérielles, ou plutôt à une production nouvelle et exagérée de tous les tissus de la région malade? La dénomination de tumeur cirsoïde artérielle semble justifier cette manière de voir. Qui dit tumeur, dit, en effet, génération nouvelle, hypergenèse des tissus : et cependant, cette hypergenèse, dans la tumeur cirsoïde, est peu marquée; si peu, que la lésion caractéristique est surtout l'ampliation vasculaire, la dilatation des artères, dilatation qui porte sur un ordre particulier de vaisseaux, les rameaux et les ramuscules artériels; ce dernier point est le fait capital de la tumeur cirsoïde. C'est là ce qui la différencie de la varice artérielle; c'est là ce qui en fait une maladie à part ayant son caractère particulier, sa marche et son traitement spéciaux. Aussi nous sommes loin de faire un crime à M. Decès d'avoir continué à donner le vieux nom à une affection qu'il a parfaitement connue et mise en relief. Il ne lui a manqué que de donner un nom nouveau à la maladie qu'il a décrite pour avoir fait un travail complet.

La lacune laissée par cet auteur vient d'être comblée par M. le professeur Gosselin, qui a adopté la dénomination de *tumeur cirsoïde artérielle;* il l'a appliquée à une tumeur sous-cutanée, formée par la dilatation en amas ou en paquet, des artères de dernier ordre précédant les capillaires, tumeur qui, le plus souvent, a été confondue avec la dilatation des capillaires ou celle des troncs et des branches.

Le nom de tumeur cirsoïde spécifie donc la lésion artérielle nouvellement admise; il aura en outre l'avantage de faire mieux étudier encore cette maladie, dont l'histoire reste encore à compléter.

Si cette distinction nominale avait autrefois existé, il ne se serait pas glissé, dans sa description, une confusion telle qu'il est arrivé à M. Gosselin lui-même de nier l'existence de ces tumeurs dans les membres, soit supérieurs, soit inférieurs.

Le fait de Breschet, par exemple, en est une preuve; et pourtant dans ce cas « il y avait, du côté des collatérales des doigts, dit Breschet lui-même, un lacis vasculaire très-remarquable, constituant un véritable anévrisme par anastomose ». Ce lacis pouvait bien intéresser justement les ramuscules artériels; mais le manque de renseignements précis peut, à la rigueur, faire considérer ce fait comme une varice artérielle dont le développement considérable aurait envahi les artérioles, et formé ainsi, consécutivement, une tumeur cirsoïde qui a été postérieure à la lésion principale.

Le fait que je publie aujourd'hui, et qui vient d'ailleurs démontrer sous d'autres points de vue la justesse des opinions de M. Gosselin, est une preuve que le développement de la tumeur qui fait le sujet de mon observation s'est fait de la périphérie au centre, des ramuscules vers les branches, celles-ci n'étant malades que consécutivement et ne constituant d'ailleurs qu'un état relativement morbide. Le même fait met aussi en évidence ce point de la maladie qui veut que la tumeur siége dans les artérioles du tissu conjonctif sous-cutané, et non dans les artérioles de la peau, comme dans les nævi. En résumé, c'est une varice artérielle des *ramuscules* et des *rameaux,* distincte de la varice artérielle en ce que celle-ci n'attaque que les troncs et les branches artérielles.

Voici donc le cas dont il s'agit; je le discuterai ensuite.

OBS. — Tumeur cirsoïde artérielle du doigt médius de la main gauche, chez un enfant de 13 ans. — Ligature préalable des deux artères radiale et cubitale. — Injections de perchlorure de fer. — Guérison.

Le 8 août 1867, j'ai été appelé par mon ami le docteur Corbel-Lagneau, auprès du jeune Charles X..., âgé de 13 ans, né à Grenoble, habitant Paris depuis deux mois et présentant à la main gauche une tumeur anormale qui me parut, tout d'abord, présenter un grand intérêt.

A l'âge de cinq ans, cet enfant, qui jusque là n'avait *rien* présenté de particulier, reçut, en jouant, un coup de pierre sur le côté externe du médius gauche, au niveau de l'articulation de la deuxième et de la troisième phalange. Il s'écoula peu de sang par cette blessure; la plaie consécutive resta quatre jours à se cicatriser; après ce temps, sans que l'on remarquât rien de spécial sur le doigt, il survint une douleur sourde qui persista quelque temps. Quinze jours s'étaient à peine écoulés, qu'une grosseur se développa sur le point contus : à peine appréciable au début, elle prit bientôt un accroissement tel, que le doigt parut aussi augmenter de volume; sa fermeté diminua au fur et à mesure que son développement se prononçait davantage; il devint mou et, au bout d'un an, il doubla son volume primitif. A ce moment, il n'y avait pas de pulsations, pas de battements. Cet état demeura longtemps à peu près stationnaire, et, tout en prenant de

---

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE.

Du mouvement dans les fonctions de la vie.

(Leçons faites au Collége de France, par E.-J. Marey, professeur suppléant) [1].

II. — C'est la nécessité qui rend l'homme industrieux, et les inventions, bien loin de précéder les besoins, en sont la naturelle conséquence. Le docteur Marey n'a donc pas imaginé tous ses appareils pour le singulier plaisir de surmonter des difficultés mécaniques; il a obéi à une idée préconçue et poursuivi la réalisation d'un but défini.

Le but qu'il s'est proposé, c'est l'étude du mouvement dans les fonctions de la vie.

De toutes parts, la vie se traduit à nous par le mouvement : c'est la fonction de motricité qui caractérise le mieux l'animalité; elle se rencontre, comme cause éloignée ou prochaine, à la base de toutes les autres fonctions, circulation, respiration, digestion, reproduction. « Le mouvement musculaire, dit Claude Bernard, constitue la principale fonction animale, et le système musculaire est véritablement le centre des phénomènes manifestés par les êtres vivants. »

Mais le mouvement n'est pas un fait simple qui s'explique par lui-même : il est l'effet secondaire d'une propriété primitive, la *contractilité*, ou pouvoir spécial que possède un tissu de modifier sa forme. L'*élasticité* est autre chose : c'est la propriété physique que possède tout corps de revenir à la forme première dont on l'a écarté.

Le théâtre du mouvement, le lieu où il s'élabore et se développe, le *tissu contractile*, en un mot, n'affecte pas une forme unique dans le même individu; encore moins, dans la série animale, collection des différents individus. Ainsi, l'amibe nous fournit l'exemple d'un tissu contractile amorphe : l'être tout entier est une masse homogène où rien ne distingue une portion d'une autre; la vie semble les animer toutes au même titre, qu'elles soient réunies à la masse ou séparées d'elle, en sorte qu'un physiologiste a pu s'élever contre l'indivisibilité du principe vital et prétendre qu'en coupant l'animal, il avait aussi coupé la vie par tranches. Les cils vibratiles nous montrent la contractilité dévolue à un tissu cellulaire. Enfin, au sommet de l'échelle, cette propriété a pour organes deux sortes de fibres : la fibre lisse, appartenant aux muscles de la vie organique; la fibre striée, constituant les muscles de la vie animale.

Les études de l'auteur ont porté sur les muscles de la vie animale et sur le mécanisme de leur fonction, la contraction volontaire. Ses expériences ont fondé la théorie qui est la conclusion de son ouvrage.

Mais pour atteindre ce terme, il nous faut suivre la route semée d'expériences où l'auteur nous engage, et étudier successivement :

Le muscle en lui-même;
Son élasticité;
Sa contractilité.

Quant à la fonction nerveuse qui semble présider au mouvement et qui est un attribut non moins essentiel de l'animal, nous savions avec Reby que son rôle consiste à porter au muscle l'excitation qui doit mettre en jeu sa contractilité.

Le microscope nous a révélé les particularités anatomiques les plus intimes de la fibre musculaire. Bowmann, Brücke et Kühne ont constaté que la fibre résultait de l'empilement de disques semi-liquides, transparents, formés de corpuscules nombreux, les « *sarcous elements.* » L'identité entre ces disques n'est pas complète, et de deux en deux on en trouve un qui jouit de la double réfraction, propriété qu'il emprunte à la présence des *disdiaclastes*, sorte de petits prismes accolés les uns aux autres.

Ce premier point établi, l'auteur passe à l'étude de l'élasticité.

E. Weber, le premier, comprit toute l'importance qu'il y avait à déterminer, par des expériences précises, l'élasticité des muscles pendant le repos de ces organes et pendant leur action. Il tira de ses recherches cette conclusion paradoxale que, sous l'influence d'une même charge, le muscle excité à se contracter s'allongera plus que le muscle au repos; en sorte que le résultat le plus net de la contraction serait une augmentation de longueur.

Il n'en est rien. En toutes circonstances, le muscle en activité sera plus court que le muscle au repos. Il est bien vrai qu'il sera plus élastique aussi; mais ces mots veulent dire que son accroissement relatif de longueur (et non sa longueur absolue) sera plus considérable. Cette explication deviendrait infiniment plus claire pour le lecteur si je pouvais mettre devant ses yeux le graphique qui peint le phénomène, et que M. Marey a obtenu par une disposition très-ingénieuse.

L'élasticité joue un rôle important dans les phénomènes dont les muscles sont le siége. La mécanique nous apprend qu'une force de courte durée appliquée à mouvoir une masse a plus d'effet utile lorsqu'elle agit sur cette masse par l'intermédiaire d'un corps élastique. La force vive subitement développée serait bientôt dissipée et perdue dans le stérile mouvement vibratoire qui accompagne toujours le choc, tandis que l'élasticité l'emmagasine et en permet plus tard la restitution lente et efficace. Sans elle, une grande partie du travail musculaire serait perdue.

Le troisième élément qui nous est nécessaire est la connaissance de la *contractilité*, c'est-à-dire des différentes manières dont un muscle réagit aux divers excitants : c'est en faisant usage des excitants artificiels, en variant leur nature et leur intensité, que nous acquerrons un certain nombre de notions sur les conditions dans lesquelles se manifeste cette propriété.

Dès le début, il est une distinction très-importante à établir entre

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

plus grandes proportions, le doigt n'augmenta pas tellement de volume qu'on dût s'inquiéter de la présence de cette tumeur.

Il y a un an, sous l'influence d'exercices gymnastiques trop actifs, Charles X... a vu sa tumeur gagner, de proche en proche, la racine du doigt et la paume de la main. A ce moment, les battements ont apparu, et ils ont été très-manifestes pour le malade lui-même. Cet état l'a, dès lors, un peu inquiété, et cependant il ne souffrait autrement de sa main que d'une façon toute mécanique; il y avait un peu de gêne dans les articulations des phalanges du médius, mais d'ailleurs point de douleur, point de chaleur, point d'inflammation.

C'est alors que le malade s'est présenté à nos yeux.

Le 8 août, en effet, le médius gauche est gros comme un cervelas à sa partie moyenne et à sa base; il est effilé vers la pointe. Il a une teinte bleuâtre et il présente des saillies mamelonnées cylindriques et de divers sens qui longent le doigt jusqu'à la racine et se retrouvent dans la paume de la main, jusqu'au niveau du tiers supérieur de la face palmaire. Ces saillies, agglomérées et séparées par des sillons peu marqués et diversement dirigés, forment une tumeur mollasse, flasque, assez semblable à un amas de vers lombrics. Le doigt a de la peine à pénétrer entre deux saillies; mais la pression digitale déprime un groupe de ces mêmes saillies, et celles-ci semblent se vider sous cette influence. Un soulèvement répété de la masse y rend très-évidente l'existence de mouvements isochrones aux battements du pouls, et l'auscultation y révèle manifestement la présence d'un bruit de souffle continu avec renforcement. Cette tumeur mesure 11 centimètres du bord supérieur à la première phalange du doigt (dans la paume de la main), et 6 centimètres du bord cubital au bord radial de la paume de la main; elle fait une saillie moyenne de 1 centimètre



et demi plus prononcée au centre et à la naissance du médius. La pression la fait disparaître tout d'abord, mais elle reprend, aussitôt après, son volume primitif. La peau paraît adhérente en plusieurs points, libre en d'autres; et ici elle glisse aisément sur les parties profondes qui roulent sous elle. Au reste, pas de douleur, pas de tension, pas de phénomènes généraux qui révèlent un danger immédiat.

Le diagnostic était fait : j'étais en présence d'une lésion artérielle, caractérisée par la dilatation des ramuscules des artères collatérales du doigt médius, dilatation qui avait gagné la paume de la main et s'était même prolongée un peu aux artères radiale et cubitale, chez lesquelles il y avait un commencement de varice artérielle. Le malade ne présentait d'ailleurs aucun désordre fonctionnel, et il fut dès lors convenu entre nous que je ferais une ligature préalable des artères de la main, et que je terminerais la guérison de l'opéré par une ou plusieurs injections de perchlorure de fer.

Le 12 août, je fis en effet, en présence de mon ami le docteur Corbel-Lagneau, la ligature des deux artères radiale et cubitale, à la partie inférieure de l'avant-bras. La tumeur diminua immédiatement de volume; tout battement disparut; la flaccidité augmenta en raison du manque d'impulsion, et, un instant, la ligature sembla devoir amener la résolution complète de toute la masse. Peu à peu, le volume du doigt diminua, et la guérison paraissait définitive lorsque, le 22 août, les battements reparurent dans ce même doigt. Il fallut recourir au perchlorure de fer.

Vingt gouttes de perchlorure de fer d'Adrian furent injectées en trois points, un au bord interne, l'autre au bord externe du médius, le dernier à la paume de la main, à l'aide de la seringue de Pravaz. Chaque ponction amena une goutte de sang artériel et fut suivie d'une induration locale, due, sans doute, à la coagulation sanguine. Les battements disparurent une seconde fois.

23 août. — Le lendemain, à la douleur vive qui avait accompagné et suivi l'injection de perchlorure de fer, succéda une véritable inflammation dont les points où avaient pénétré la seringue étaient le centre. Le repos et une compression légère ne purent arrêter la suppuration de ces mêmes points enflammés, et le 28 août, une hémorrhagie assez abondante survint par les ouvertures que la suppuration avait établies. Le docteur Corbel exerça une compression forte et méthodique avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer, des compresses et une bande, et suspendit ainsi tout écoulement sanguin.

30 août. — M. Corbel-Lagneau lève l'appareil compresseur, et les plaies sont d'un rouge vif; les bourgeons charnus sont exubérants. Pas de battements; diminution de la tumeur.

2 septembre. — De légers battements se font sentir à la racine du doigt et sur les côtés.

3 septembre. — Nouvelle injection, en ces deux points, et avec la même seringue de Pravaz, de douze gouttes de perchlorure de fer. Immédiatement après, durcissement de la poche, disparition des battements.

5 septembre. — Même inflammation, même suppuration que la première fois.

6 septembre. — Réapparition des battements, mais à peine sensibles, un peu sur la face palmaire de la première phalange et un peu du côté radial de la paume de la main.

12 septembre. — Nouvelle injection de seize gouttes de perchlorure de fer; huit en chacun de ces points.

15 septembre. — A la dernière injection a succédé une vive inflammation qui a déterminé un décollement considérable de la peau du doigt médius. Pansement à la glycérine, compression méthodique légère.

Depuis ce moment, aucun accident n'est survenu; les battements n'ont plus reparu; les plaies, lentement, il est vrai, ont cependant cicatrisé; la tumeur a constamment diminué de volume.

1er novembre. — La guérison est complète, sauf l'état d'ankylose du doigt qui, par suite du recollement de la peau et de la maigreur, semble momifié.

13 novembre. — Les mouvements ont, en partie, reparu dans le doigt, dont la coloration est blanche et rosée. On voit parfaitement le tendon fléchisseur exécuter ses mouvements. Une gymnastique active et particulière au doigt est recommandée à l'enfant, et bientôt tout sera rentré dans l'état normal.

J'ai revu ce petit malade il y a à peine quelques jours; son doigt avait repris les mouvements, mais son volume est encore moindre que le même doigt de la main droite.

(La suite au prochain numéro.)

Note sur la pince porte-ligature du docteur Judée.

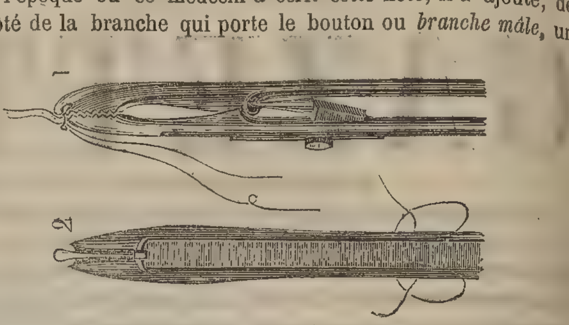
M. le docteur Cintrat vient de présenter, à l'Académie de médecine, une pince porte-ligature, qu'il a décorée du nom de *pince automatique*. M. le docteur Judée profite de cette circonstance pour rappeler qu'il y a environ huit ans, il en avait déjà trouvé une beaucoup moins compliquée, bien que présentant à peu près les mêmes avantages que la sienne, ainsi que le prouve la note ci-dessous, extraite du numéro 82 de la *Gazette des Hôpitaux*, 12 juillet 1860 :

« La pince porte-ligature que je propose aujourd'hui ne diffère de la pince ordinaire que par un petit bouton dont est surmonté le mors, qui n'est pas pourvu de la fermeture.

« Pour lier une artère dans la contiguïté d'un membre, on commence par placer autour du bouton le fil, dont on laisse pendre les deux bouts le long de la branche qui lui fait suite; puis, on va à la recherche de l'artère comme avec la pince ordinaire, en ayant soin de, toutefois, maintenir le fil en place avec la main qui tient l'instrument. Une fois que le vaisseau a été saisi, on ferme la pince et on fait passer les deux bouts du fil sur les côtés de sa deuxième branche, en s'arrangeant de façon à ne pas changer leur position respective. On noue et on serre ensuite sur cette dernière branche, pour terminer la ligature. Il ne reste plus qu'à ouvrir la pince.

« Le but principal de cet instrument est de rendre possible toute ligature dans la contiguïté d'un membre, pourvu qu'on puisse arriver jusqu'à l'artère. »

Depuis l'époque où ce médecin a écrit cette note, il a ajouté, de chaque côté de la branche qui porte le bouton ou *branche mâle*, un



petit crochet, destiné à recevoir un des bouts du fil; de sorte que, quand on est à la recherche de l'artère, on n'ait plus à s'inquiéter même de ce fil.

Nous terminons cette nouvelle note sur cette pince en faisant remarquer qu'en allongeant convenablement ses branches, elle pourrait parfaitement servir, non pas seulement à aller porter des ligatures sur les artères, mais encore sur des tumeurs situées dans l'intérieur d'organes creux comme, par exemple, le pharynx ou bien la cavité utérine.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 10 mars 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémie, par M. le docteur Reverchon (de Nogent-le-Roi) et par M. le docteur Forges (de Morlaix);

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1867, dans le département de l'Allier (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Une note de M. Fauconnet (de Lyon) sur le traitement de la phthisie pulmonaire par l'arsenic, à l'occasion du mémoire lu récemment par M. le docteur Moutard-Martin. (Commissaires : MM. Louis, Chauffard et Hérard.)

2° L'extrait d'un travail présenté, par MM. Laudrin et L. Marchand, à la Société de thérapeutique expérimentale de France, au sujet d'une maladie qui sévit depuis longtemps, dans le département de la Somme, sur plusieurs troupeaux de moutons. (Commissaires : MM. Gubler et Leblanc.)

3° Une note relative à un appareil pour constater les décès, par M. J.-J. Mauger (de Caen). (Commission du prix d'Ourches.)

4° La relation d'une épidémie syphilitique survenue dans une des verreries de Montluçon, par M. le docteur Dechaux. (Commissaires : MM. Devergie et Hardy.)

5° Une lettre de réclamation de M. Joseph Cloves (de Londres), à propos de l'instrument récemment présenté à l'Académie, par MM. Robert et Colin, et destiné à extraire de la vessie, par aspiration, les derniers fragments des calculs broyés dans l'opération de la lithotritie.

6° Un pli cacheté, adressé par M. Tardieu, interne des hôpitaux. (Adopté.)

M. Richet met sous les yeux de l'Académie un nouvel otoscope, imaginé par M. C. Miot.

Cet appareil, fabriqué dans les ateliers de M. Mathieu, se compose :

1° D'un spéculum, dont la surface intérieure des valves est argentée et dont le pavillon noirci est destiné à absorber l'excès des rayons lumineux;

2° D'un miroir concave de 10 centimètres de foyer, fixé au spéculum au moyen d'une tige.

Ce réflecteur donne un bon éclairage, même avec une source lumineuse faible.

M. Poggiale présente, de la part de M. le docteur Meuriot, une thèse pour le doctorat en médecine, intitulée : De la méthode physiologique en thérapeutique et de ses applications à l'étude de la Belladone.

---

les excitations que l'on emploie : les unes sont des *excitations simples*; elles donnent naissance à ce mouvement brusque, rapide, que les Allemands ont appelé *zückung*, et que M. Marey traduit par le mot *secousse musculaire*; les autres, *excitations complexes*, sont suivies d'un phénomène plus durable, la contraction proprement dite, celle que la volonté commande.

Quel lien existe entre ces deux phénomènes, secousse et contraction? Y a-t-il entre eux une différence de nature, différence marquée et profonde? Ou bien l'un d'eux est-il l'élément de l'autre, comme la partie est l'élément du tout, l'unité l'élément de la collection?

C'est l'expérience qui va répondre.

L'auteur interroge alors les caractères de la secousse musculaire tels qu'ils ressortent clairement du graphique qu'elle a inscrit sur l'appareil enregistreur; il en apprécie l'amplitude, la durée, la forme, la période active, la période de déclin; il cherche les variations qui accompagnent la fatigue, le repos, le froid, la chaleur. Les secousses connues en elles-mêmes, il étudie l'effet de leur succession rapide. Weber écrivait, dès l'année 1846, que l'on peut mettre un muscle dans un état de raccourcissement permanent très-analogue au tétanos, si l'on soumet ce muscle à une série d'excitations très-fréquemment répétées. Weber pensait aussi que la contraction volontaire est produite par une série d'excitations multiples qui partent du cerveau. Il tranchait donc d'un mot la question qui nous occupe aujourd'hui; mais son affirmation, n'étant appuyée d'aucune preuve expérimentale, restait sans valeur.

Aujourd'hui, les preuves abondent pour établir qu'une contraction véritable se compose d'une série plus ou moins prolongée de ces convulsions ou secousses que produit une excitation isolée; ces secousses très-rapides, fusionnées entre elles, disparaissent dans une résultante générale, comme les vibrations sonores disparaissent pour nos sens dans le son continu qu'elles engendrent. Nous citons textuellement l'ouvrage.

Mais enfin, ces preuves si nombreuses, quelles sont-elles? Elles sont empruntées à l'analyse et à la synthèse.

Les preuves analytiques sont tirées du bruit engendré par la contraction d'un muscle, bruit étudié par Wollaston, Haughton, Collongue, Marey, et appelé *bruit rotatoire*. Sa production, sa tonalité prouvent l'existence de vibrations multiples que l'œil ne peut saisir, il est vrai, mais que l'oreille perçoit et dont elle sait apprécier la fréquence. Le myographe a permis une vérification plus directe en décelant les tressaillements réguliers d'un muscle qui paraît immobilisé dans le tétanos.

Les preuves synthétiques consistent dans une reproduction assez parfaite du phénomène de la contraction, à l'aide de secousses isolées qui se succèdent de plus en plus rapidement; elles sont dues à Heidenhain, Rood, Helhmoltz et Marey.

Il ne nous reste plus qu'un pas à faire pour avoir complétement pénétré le mécanisme de la contraction musculaire, et nous le ferons en examinant le rôle, non plus du muscle tout entier, mais de ses derniers éléments, de la fibre musculaire, en un mot.

On admet aujourd'hui que chaque fibre du muscle est le siége d'une ondulation qui la traverse d'une extrémité à l'autre avec une grande rapidité, qu'une évaluation moyenne fixe à un mètre par seconde. L'onde musculaire consisterait en un gonflement de la fibre produit aux dépens de la longueur de celle-ci : ce gonflement prend naissance au point que l'on a excité et se propage dans le reste du muscle. Une succession rapide de secousses engendrera dans la fibre une file de ces ondes cheminant simultanément à la suite les unes des autres, de manière à donner à cette fibre l'apparence d'un chapelet. Les secousses devenant plus pressées, le raccourcissement de la fibre sera plus considérable; les grains de chapelet, empiétant les uns sur les autres, présenteront l'aspect d'un renflement continu.

Ce fusionnement des ondes est la cause du fusionnement des secousses. Mais cela même demande quelques détails. Comment concevoir, en effet, que l'addition d'une onde nouvelle ne produise pas un tressaillement brusque et toujours de même amplitude?

Lorsqu'on étudie le transport des ondes, on s'aperçoit, à la forme du graphique, que ni leur apparition ni leur disparition ne sont instantanées. Cet effet est dû à l'élasticité. Au moment où l'onde se produit, il y a une diminution de longueur de la fibre, diminution qui persiste autant que l'onde et disparaît avec elle. Et cette diminution, qui devrait être instantanée, l'élasticité la rend continue, successive et graduée; elle l'éteint d'autant mieux, qu'elle-même est plus développée. Nous avons eu soin de signaler, avec Weber, l'augmentation de l'élasticité par la contraction. La fibre sera donc de plus en plus élastique à mesure qu'elle contiendra un plus grand nombre d'ondes, et chaque secousse nouvelle, diminuant d'amplitude, augmentant de durée, s'éteindra d'autant plus complétement, qu'elle trouvera dans la fibre un plus grand nombre d'ondes existant déjà.

Le régime régulier sera atteint; l'élasticité du muscle sera constante lorsque le nombre des ondes qui circulent sur la fibre musculaire sera lui-même constant.

Telle est la théorie que l'auteur livre à notre appréciation. Je me suis proposé de l'exposer à grands traits, l'ayant trouvée satisfaisante, parce qu'elle était le fruit de recherches consciencieuses et vraiment scientifiques.

Dastre.

— Nous avons fait connaître, dans le numéro de jeudi dernier, les titres et épigraphes des mémoires envoyés à l'Académie pour les concours de prix de 1868. Dans cette liste ne figure pas un mémoire manuscrit envoyé le 26 février 1868 et annoncé dans la séance du 3 mars, sous ce titre : *Du Choléra, de la Cholérine, du siége, des causes et du traitement curatif de ces maladies*, et destiné, par son auteur, aux concours des prix Barbier et Godard. Un même travail ne pouvant être admis à concourir à la fois pour deux prix, l'auteur de ce mémoire est invité à choisir entre ces deux prix celui pour lequel il désire concourir et à faire connaître son choix à l'Académie.

M. Piorry présente, de la part de M. le docteur Souligoux, un volume, intitulé : « Du diagnostic médical et chirurgical par les moyens physiques. »

M. Larrey dépose sur le bureau un exemplaire des « Bulletins de la Société médicale d'émulation de Paris. »

ÉLECTION.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre dans la section des associés libres. Voici la liste des présentations :

En première ligne : M. Daremberg; en seconde ligne, *ex æquo*, par ordre alphabétique : MM. Amédée Latour, Legoyt, Théophile Roussel.

Sur 83 votants, la majorité étant 42, M. Daremberg obtient 50 suffrages, M. Roussel 25, M. Latour 6, M. Legoyt 2.

En conséquence, M. Daremberg est élu membre associé libre de l'Académie.

RAPPORTS.

Fabrication des eaux minérales factices. — M. Boudet, au nom d'une commission composée de MM. Boullay, Béhier, Gobley et Boudet, rapporteur, donne lecture d'un rapport sur un procédé pour obtenir en grand l'acide carbonique pur pour la fabrication des eaux minérales factices, présenté par M. Ozouf, ancien pharmacien.

Inspiré par la pensée de se mettre, pour la fabrication des eaux minérales factices, à l'abri de toute chance de lavage insuffisant et de purification incomplète du gaz en les prenant à une autre source que les carbonates calcaires décomposés par les acides, M. Ozouf a imaginé de produire directement l'acide carbonique par la combustion du coke, de l'engager ensuite dans une combinaison alcaline d'où il peut, sous la seule influence d'une certaine élévation de température, s'échapper parfaitement pur.

La commission a été frappée de l'importance considérable et de la simplicité ingénieuse du fonctionnement du système imaginé par M. Ozouf; elle a remarqué en particulier ce fait intéressant que les gaz fournis par la combustion du coke ne contiennent pas d'oxyde de carbone; les conditions de tirage et de température ont été assez exactement calculés pour que le produit dangereux ne puisse pas se former dans l'appareil, et qu'il ne s'en échappe qu'un gaz pur de toute matière empyreumatique et composé, d'après l'analyse qui en a été faite :

D'acide carbonique	0,20
Oxygène	10,90
Azote	79,90

La commission propose, par l'organe de son rapporteur : d'adresser à l'auteur une lettre de remerciment pour son intéressante communication, et de déposer honorablement son travail dans les archives de l'Académie.

Après un échange d'explications entre MM. Caventou, J. Cloquet, Chevallier, Boullay et le rapporteur, les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

NOMINATIONS DE COMMISSIONS.

L'Académie procède à une série de scrutins pour la nomination des commissions de prix pour les concours de 1868.

Voici le résultat des scrutins :

Commission du prix de l'Académie. (Question : épanchement sanguin dans les tissus) : MM. Richet, Legouest, Vigla, Robin, Demarquay.

Prix Civrieux. (Phénomènes psychologiques dans l'anesthésie) : MM. Larrey, Falret, Gosselin, Pidoux et Baillarger.

Prix Capuron. (Traitement des affections de l'utérus par les eaux minérales) : MM. Depaul, Huguier, Poggiale, Jacquemier et Barthez.

Prix Barbier. (Maladies incurables) : MM. Laugier, Barth, Chauffard, Delpech et Broca.

Prix Orfila. (Digitaline) : MM. Wurtz, Devergie, Cloquet, Regnauld et Gobley.

Prix Godard. (Pathologie interne) : MM. Louis, Michel Lévy, Gubler, Behier, Hérard.

Prix d'Ourches. (Recherche d'un signe certain de la mort réelle) : MM. Tardieu, Devergie, Gavarret, Béclard et Bergeron.

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE.

M. Hérard demande la parole pour une rectification. M. Guéneau de Mussy a commis, dit-il, une erreur à mon égard; il a donné à entendre, dans son discours de mardi dernier, qu'après avoir adopté l'opinion de Wirchow, je l'avais abandonnée. C'est une erreur. J'ai toujours pensé et je pense encore aujourd'hui que Wirchow a parfaitement distingué la granulation du tubercule jaune. Le grand mérite de Wirchow, dans cette question, est, en effet, d'avoir démontré que le tubercule jaune est le résultat d'un travail inflammatoire, une véritable broncho-pneumonie. Mais je n'ai jamais entendu avec Wirchow, et c'est sur ce point que je me suis séparé de lui, que la granulation et le tubercule jaune fussent des affections différentes et distinctes l'une de l'autre. Pour moi, bien que constituant des états anatomiques différents, le tubercule jaune et la granulation n'en ont pas moins, au fond, la même origine et procèdent de la même cause. C'est là, du reste, une idée qui n'est pas allemande, mais bien essentiellement française, et qui doit revenir à nos maîtres, MM. Andral, Bouillaud et Cruveilhier.

Je partage l'opinion de M. Guéneau de Mussy en ce qui concerne le rôle du microscope dans cette question, et notre collègue a parfaitement raison quand il dit que le microscope ne nous fournit que des notions de forme et de couleur, et que lui demander davantage, ce serait vouloir compromettre cet admirable instrument d'investigation. Mais c'est parce que les résultats fournis par le microscope m'ont paru être en concordance parfaite avec les résultats de l'observation clinique, que je leur ai accordé l'importance qu'on semble vouloir me reprocher.

La parole serait à M. Bouley, mais vu l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

La séance est levée à 4 heures 3/4.

Addition à la séance du 3 mars.

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE

M. Guéneau de Mussy. Les termes du problème, qui a été discuté devant nous, me paraissent pouvoir être résumés ainsi :

1° Les expériences alléguées en faveur de l'inoculabilité du tubercule sont-elles concluantes?

2° L'observation clinique nous autorise-t-elle à admettre la contagion de la tuberculose?

3° Enfin, quelles conséquences légitimes peut-on tirer des faits expérimentaux et des faits cliniques pour éclairer la pathologie et la prophylaxie de cette affection?

Mais les termes de ce problème ainsi posés, et qui eussent paru simples, il y a vingt ans, ont été singulièrement obscurcis et compliqués par une question préalable sur la nature des lésions tuberculeuses. Les notions si nettes, si précises, qui nous avaient été laissées par Laënnec sur ce point d'anatomie pathologique, ont été contestées, rejetées même; on leur a substitué des théories, ingénieuses sans doute, mais subtiles et marquées de cet esprit d'hypothèse et de systématisation hasardée qui me semble être un peu le penchant d'une école dont j'admire d'ailleurs, sans réserve, la passion scientifique, et à laquelle la médecine est redevable d'importantes découvertes.

Je ne raconterai pas, après mes éminents collègues, toutes les péripéties qu'a subies l'histoire du tubercule et les opinions souvent contradictoires émises sur ce sujet de l'autre côté du Rhin.

M. Virchow n'est pas le premier qui ait eu l'idée de séparer le tubercule jaune de la granulation tuberculeuse; Bayle, le plus ancien historien anatomiste du tubercule, l'avait tenté. Chomel avait affirmé cette distinction, et jusqu'à la fin de sa vie il exprimait des doutes sur l'identité de ces deux produits morbides. Laënnec, contrôlant et éclairant l'observation anatomique par la clinique, crut devoir en faire deux formes de la même maladie : il alla plus loin, il les considéra comme étant deux phases d'une même lésion.

Si l'on se demande quelle opinion on doit substituer à celle de Laënnec, grand est l'embarras; car les séparatistes sont encore moins d'accord entre eux qu'ils ne sont en désaccord avec l'inventeur de l'auscultation.

Pour les uns, la granulation est un produit inflammatoire commun, non spécifique; le vrai tubercule est le tubercule jaune. Pour les autres, c'est précisément le contraire : le bon tubercule est la granulation; les masses jaunes sont des lobules enflammés, puis dégénérés en matière grasse par une tendance idiosyncrasique. La lésion jaune, pour ces derniers, n'est qu'une variété de pneumonie, un mode morbide commun, dépouvu de toute spécificité. Il semble que ces deux théories doivent contenir toutes les hypothèses; il n'en est rien, nous avons vu MM. Buhl et Niemeyer avancer que la lésion initiale primitive était la pneumonie caséiforme, qui produisait les granulations par infection, par embolie peut-être; c'est-à-dire qu'il n'y a pas de tubercule, ou du moins, je ne vois pas la place qu'on pourrait lui assigner entre la pneumonie, qui marque le point de départ, et les granules métastiques, qui en en sont un accident, un épiphénomène.

La période initiale des tubercules jaunes n'est-elle réellement et uniquement autre chose qu'une pneumonie catarrhale? Malgré les affirmations des pathologistes allemands, je crois qu'on ne l'a pas démontré. Singulière pneumonie qui, contrairement aux tendances des autres phlegmasies pulmonaires, affecte une préférence presque constante pour les sommets des poumons, se localise dans de petits noyaux isolés, suit toujours la même marche, aboutit fatalement à la dégénérescence graisseuse. Ne me dites pas : les conditions de la constitution lui impriment cette marche spéciale. Ne voyez-vous pas très-souvent chez les phthisiques des pneumonies développées autour des noyaux tuberculeux se terminer par résolution? Et cependant il y avait là plus qu'une prédisposition, il y avait une lésion tuberculeuse présente, active, *en voie d'évolution*. Pourquoi toute la masse du poumon enflammé ne s'est-elle pas convertie en tubercule jaune? C'est que, dans cette prétendue pneumonie qui aboutit aux masses jaunes, il y a *autre chose* qu'une pneumonie!

Sans doute vous avez pu observer dans les noyaux tuberculeux naissants des phénomènes de congestion. La congestion accompagne l'évolution de toutes ou de presque toutes les néoplasies.

Moins encore je nierai l'influence des congestions accidentelles du poumon sur le développement primitif du tubercule et sur ses envahissements successifs, tous les cliniciens le reconnaissent; et s'il m'est permis de me citer moi-même, j'ai cherché, il y a bien des années, à faire ressortir l'importance de cette condition étiologique...

Mais entre cette opinion et celle qui fait du tubercule jaune une simple pneumonie catarrhale il y a un abîme. Quand même l'inflammation serait la condition constante de cette forme de tuberculose au début de son évolution, elle n'en serait que la forme extérieure, superficielle; comme elle est la forme extérieure, le mode apparent du chancre, de la pustule variolique, de l'abcès morveux. Mais elle n'est qu'un mode morbide, et le tubercule diffère presque autant de la pneumonie qu'une pustule variolique diffère d'un abcès phlegmoneux.

Quand on se demande d'où viennent cette confusian et toutes ces obscurités introduites dans une question que la clinique nous avait faite si simple, je crois qu'il faut l'imputer en grande partie à la part sinon excessive, du moins un peu prématurée faite aux données fournies par le microscope.

Personne n'admire plus que moi les beaux travaux accomplis avec l'aide de cet instrument; mais de même que les yeux, le microscope ne nous fournit que des notions de forme et de couleur. Je sais que les réactions chimiques étudiées sous la lentille viennent souvent ajouter aux renseignements précieux qu'il fournit. Pouvons-nous garantir cependant son infaillibilité? Qui oserait affirmer que sous des caractères extérieurs analogues ne peuvent pas se cacher des produits morbides essentiellement différents dans leur nature? Le pus du chancre, le pus de la variole, le pus de l'ecthyma n'ont présenté *jusqu'ici* à l'examen microscopique que des différences insignifiantes; et combien cependant ces divers liquides diffèrent dans leur essence!

Pour déterminer la nature d'un produit morbide, il est indispensable d'ajouter à l'étude de la structure intime l'étude des causes, l'étude de l'évolution, l'étude des troubles fonctionnels concomitants, quelquefois même l'étude des réactions thérapeutiques. Demander trop au microscope, c'est compromettre cet admirable moyen d'investigation. Avant de renverser au nom de l'autorité des observations microscopiques, des doctrines que l'observation clinique semble avoir solidement établies, il est prudent d'attendre que les premières aient reçu le contrôle et la sanction de recherches encore plus nombreuses et plus mûres.

Les expériences d'inoculation n'ont pas dissipé les incertitudes ni fait cesser les dissentiments sur la nature du tubercule. M. Villemin n'est pas le premier qui ait songé à demander à cette méthode expérimentale la solution du problème. En 1805, Salmade avait, de concert avec Bichat, inoculé, dit-il, du pus tuberculeux à des animaux sans les rendre tuberculeux; d'une autre part, le docteur Malin avait vu deux chiens appartenant à une phthisique succomber successivement l'un et l'autre à la maladie de leur maîtresse après avoir avalé ses crachats. Moi-même, en 1859, amené par l'observation clinique à admettre la contagion de la tuberculose, je rappelais les résultats contradictoires obtenus par l'inoculation et je faisais appel à des expériences nouvelles. Mais tout cela ne constituait en quelque sorte que des aspirations. Si, comme je le crois, la transmission possible du tubercule par inoculation demeure un fait acquis à la science, c'est à M. Villemin qu'en reviendra tout l'honneur, et son travail fera date dans l'histoire de la phymatose. Ses expériences ont été faites avec la rigueur de la science moderne, et il me semble difficile d'en récuser les résultats affirmatifs. Il faut convenir qu'il y aurait une singulière opiniâtreté dans ce *hasard* qui ferait tomber une tuberculose spontanée chez les animaux inoculés et qui épargnerait ceux qui ne le sont pas; alors même que, comme on l'a avancé, la phymatose serait très-fréquente chez les lapins. Mais l'objection tirée de cette fréquence, mise en avant par MM. Rufz et Béhier, en admettant qu'elle fût démontrée, tomberait devant les expériences de M. Collin : cet éminent expérimentateur a choisi a dessein des animaux très-peu disposés aux tubercules, qu'il a cependant vus se développer à la suite des inoculations.

La question semblerait donc jugée si un des pathologistes les plus éminents de notre époque, M. le docteur Lebert, n'avait avancé que toute matière organique ou inorganique introduite dans les tissus vivants pouvait aboutir à une production tuberculeuse. Je crois avec M. Hérard que ces faits, avant d'être expliqués, comme l'a tenté M. Chauffard, ont besoin d'être vérifiés; mais cependant la grave autorité de celui qui les a avancés ne permet pas de les rejeter sans contrôle, et je me joins à mon excellent ami pour réclamer de nouvelles expériences. Après avoir été évoquée devant le tribunal de l'Académie, après avoir ému l'opinion publique, la question de la contagion des tubercules demande une solution; la science et l'humanité l'exigent.

Dans l'interprétation des expériences déjà faites et dans l'importance que j'y attache, j'ai le regret de me trouver en contradiction avec MM. Pidoux et Chauffard, qui, par des raisonnements *à priori*, et par des considérations de haute pathologie, infirment par avance les résultats de ces investigations et les condamnent à l'impuissance.

M. Pidoux oppose à l'idée de contagion le caractère diathésique de la tuberculose, et l'influence incontestable des modificateurs généraux sur le développement de cette affection. A la première objection, M. Béhier a répondu en citant la syphilis. La seconde tombe devant l'exemple de la morve et du typhus, maladies contagieuses au plus haut degré, et pouvant se développer cependant sous l'influence des conditions extérieures.

Pour M. Chauffard, la transmission par inoculation n'est pas contestable, mais ce n'est pas une contagion. Le tubercule est inoculé, il circule en se multipliant à travers les méandres du système lymphatique, il finit par produire une infection générale, mais il n'est pas contagieux, parce qu'il n'imprègne pas d'emblée tout l'organisme! C'est-à-dire que, déterminant synthétiquement les caractères de la contagion d'après ceux qu'il a observés dans les maladies éruptives et pestilentielles, il refuse le titre de contagieuses aux maladies qui ne le sont pas de la même manière; ce procédé logique ne me paraît pas légitime.

Je crois qu'il faut regarder comme contagieuse toute maladie qui peut être transmise d'un organisme malade à un organisme sain. Si vous voulez faire entrer dans la définition la notion du mode intime suivant lequel s'accomplit cette transmission et de la marche que suit la contagion, vous entrez dans le domaine des subtilités stériles et des discussions interminables. Ne peut-il pas y avoir plusieurs modes de contagion, comme il y a plusieurs degrés d'activité contagieuse? La fièvre typhoïde n'est pas aussi contagieuse que la variole, les virus syphilitique et scarlatineux n'imprègnent pas l'économie de la même manière.

M. Chauffard repousse encore la contagion du tubercule par cette considération que ce produit morbide est solide, tandis que, suivant lui, tous les *contagium* auraient des véhicules liquides. D'abord dans la matière vivante, la limite des solides et des liquides me paraît bien difficile à déterminer. Je demanderai ensuite à M. Chauffard s'il a vu sous forme liquide les virus de la scarlatine, de la coqueluche, des oreillons. L'objection de M. Chauffard deviendrait encore bien moins acceptable si, comme l'a avancé dernièrement M. Chauveau de Lyon, le principe actif, contagieux du virus vaccin était constitué par une matière solide granulée qu'on peut isoler par la dialyse. M. Claude Bernard, en rendant compte de ce travail, a ajouté qu'on avait déjà constaté, pour d'autres virus, que leur principe actif résidait dans les granulations solides.

J'avais partagé un peu l'étonnement qu'avaient causé à M. Béhier les variations doctrinales de M. Chauffard sur la contagion de la tuberculose; mais mon étonnement a été porté à son comble quand j'ai lu l'explication qu'il en a donnée, et sa nouvelle interprétation des résultats de l'inoculation. Pour lui, le tubercule inoculé pourrait se multiplier dans l'organisme par prolifération sans qu'on fût en droit de dire qu'on a inoculé la tuberculose, c'est-à-dire que la lésion peut être contagieuse sans que la maladie le soit. Je suppose qu'on ait inoculé à un homme du tubercule pris chez un phthisique, ce produit morbide cheminant de ganglion en ganglion, finirait par infecter tout l'organisme, et au nom de la doctrine de M. Chauffard, si ce mourant se plaignait qu'on lui a inoculé la phthisie, on serait autorisé à lui répondre qu'il se trompe, qu'il meurt, en effet, avec tous les symptômes et les lésions de la phthisie, mais qu'il n'est que tuberculeux.

M. Chauffard a été un ardent adversaire de l'organicisme; il a reproché à cette doctrine de trop localiser les maladies, de les considérer quelquefois presque comme des parasites, sans tenir un compte suffisant de l'unité de la vie. Je ne crois pas que jamais l'organiciste le plus exclusif ait donné dans un parasitisme aussi accentué.

Je n'ai pas l'honneur d'appartenir à l'École de Montpellier, et j'ignore si elle mérite tous les reproches que mon éloquent collègue lui adresse; mais, je l'avoue, l'explication de la fécondation posthume du tissu cellulo-lymphatique par la matière caséiforme ne me satisfait pas plus que l'honorable agrégé cité par M. Chauffard. Je crois comme M. Chauffard, et j'ai dit avant lui que le caractère essentiel, fondamental de la vie était la génération; la persistance après la

mort de l'activité des contages appartient à presque toutes les maladies virulentes, et l'élément tuberculeux inoculable s'en rapprocherait par ce caractère.

Je ne veux pas prolonger plus longtemps cette discussion sur l'inoculation : il s'agit d'une question de fait, qui relève de l'expérience et non du raisonnement, et je veux étudier la question de la contagion de la tuberculose en la transportant sur le terrain de la clinique, où M. Pidoux a appelé et en quelque sorte défié les contagionistes.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

21. Lombart (Albert). Du Nitrate d'argent, de son action locale et de son emploi en chirurgie.
22. Bazin (Octave). De l'Albuminurie dans l'Epilepsie.
23. Quintaa (Justin). Essai sur le mal vertébral de Pott des enfants, considéré surtout au point de vue de son traitement orthopédique.
24. Laisne (A.-Louis). De quelques maladies simulant les épanchements pleuraux et amenant des erreurs de diagnostic inévitables.
25. Destival (E.-Louis). Essai sur la Périostite rhumatismale aiguë.
26. Dibos (Alfred). De l'infection purulente, examen des principales théories.
27. Poujade (Arthur). Du Choléra dans la Cochinchine française.
28. Odier (E.). Recherches sur la loi d'accroissement des nouveau-nés, constatée par le système des pesées régulières et sur les conditions d'un bon allaitement.
29. Pironon (P.). De l'Allaitement maternel et de ses avantages.
30. Prévost (Louis). De la déviation conjuguée des yeux et de la rotation de la tête dans certains cas d'hémiplégie.
31. Blatin (Antoine). Recherches sur la Typhlite et la Pérityphlite consécutive.
32. Quillardet (Étienne). De la Compression, employée en médecine et en chirurgie.
33. Boyer (A.). Considérations générales sur l'Albuminurie et ses complications.
34. Frogé (Louis). Étude de Pathogénie sur quelques troubles de la grossesse.
35. Schilpe (Alph.). De la Grossesse extra-utérine envisagée surtout au point de vue du diagnostic et du traitement.
36. Colon (Auguste). Des Symptômes et du diagnostic du Psoriasis.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Au dernier banquet des internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, sur la proposition du président, il a été décidé qu'une commission serait chargée de la publication d'un annuaire de l'internat.

Ont été nommés membres de cette commission : MM. Denonvilliers, président, Horteloup, père, Axenfeld, Martineau, Damaschino, Bouchard, Meuriot, Hénoque, Carville, Lafont, Richelot (Gustave).

Les membres de la commission, afin d'accélérer et d'assurer la bonne exécution de cette publication, prient leurs anciens collègues, habitant la France ou l'étranger, d'avoir l'obligeance de faire parvenir, dans le plus bref délai *à M. le docteur L. Martineau, 14, rue de Beaune, Paris*, les renseignements suivants :

1° Leur nom et prénoms ;
2° La date de leur promotion ;
3° La désignation de leur résidence.

— Un concours pour deux places de chirurgiens au Bureau central sera ouvert le mercredi 1er avril 1868, à midi précis, dans la salle des concours de l'Administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de l'Assistance publique, de midi à trois heures. Le registre d'inscription des candidats, ouvert le 14 mars 1868, sera clos le samedi 21 mars 1868, à trois heures de relevée.

— M. le docteur Dudon, par suite d'un concours, vient d'être nommé chef interne à l'hôpital Saint-André, à Bordeaux, en remplacement de M. le docteur Sentex, démissionnaire.

— *Société de médecine légale.* — Dans sa séance du 9 mars, la Société a procédé à l'élection de la *Commission permanente* qui, aux termes de l'article 16 des statuts, « est chargée de recevoir, *dans l'intervalle des séances*, toutes les demandes d'avis motivé qui peuvent être adressées à la Société et *d'y répondre immédiatement*, s'il y a lieu. »

Cette commission est composée comme il suit : MM. Duvergie, *président*; Gallard, *secrétaire général*; Béhier, Boys de Loury, Chaudé, Chevallier, père, Jarjavay, Legrand du Saulle, Luys, Mialhe, Tarnier.

— La vente des livres de médecine, chirurgie. etc. de la bibliothèque de feu M. le docteur Eug. Follin, membre de l'Académie de médecine, Président de la Société impériale de chirurgie, agrégé à la Faculté de médecine, etc., aura lieu rue des Bons-Enfants, 28, du 16 au 20 mars, à sept heures et demie du soir.

Me Perrot, commissaire, assisté de M. Aug. Aubry, libraire, rue Dauphine, 16, chez lequel se distribue le catalogue.

Les collections de la *Gazette* qui nous ont été remises pour être reliées, sont actuellement prêtes. On peut les faire prendre dès ce moment dans nos bureaux. Le prix de la reliure est de 2 fr. 50.

— Le premier fascicule du tome II de la nouvelle série des *Bulletins de la Société médicale d'émulation de Paris* vient de paraître chez J.-B. BAILLIÈRE et FILS. — Prix, 2 fr. 50.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 31. — SAMEDI 14 MARS 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 14 MARS 1868. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE : De l'emploi du sphygmographe dans l'étude des agents thérapeutiques. Nouveau procédé d'opération du phimosis par la dilatation. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE : Addition à la séance du 3 mars. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'emploi du sphygmographe dans l'étude des agents thérapeutiques.

On connaît les heureuses applications qui ont été faites de l'ingénieux appareil de M. Marey, le sphygmographe, à l'étude de divers points de physiologie et de séméiologie. Un ancien interne des hôpitaux, M. le docteur Bordier, vient d'en faire une application nouvelle à l'étude des effets des principaux agents de la thérapeutique. Voici comment.

Le sphygmographe, dit M. Bordier dans un travail qu'il a lu sur ce sujet à la Société de thérapeutique et qu'a publié depuis le *Bulletin de thérapeutique*, indique surtout quelles sont les modifications de la tension artérielle, modifications qui sont dues à l'état du cœur ou à celui des vaisseaux. A la condition de se servir de l'instrument avec une pression constante, il peut donner sur ces modifications de la tension artérielle des renseignements précis et facilement comparables. Afin de pouvoir apprécier avec quelque connaissance de cause la valeur des résultats que M. Bordier a obtenus dans ses recherches, il est nécessaire d'entrer avec lui dans quelques détails sur la nature des données que fournit cet appareil, c'est-à-dire sur la lecture des tracés sphygmographiques.

On sait que l'élévation du tracé sphygmographique est en raison inverse de la tension du sang dans les vaisseaux. En d'autres termes, la ligne d'ascension du tracé est d'autant plus élevée que la pression est moindre. Elle se rapproche d'autant plus de la verticale que la projection du sang par le cœur a lieu avec plus de force et plus de rapidité. Le sommet de la pulsation affecte la forme d'un plateau toutes les fois que la tension demeure pour un certain temps constante dans le vaisseau; quand, par exemple, il y a pour un moment équilibre entre la recette par le cœur et l'écoulement par les capillaires. Le plateau serait même un phénomène constant, n'était l'intervention d'un double élément à chaque ondée, mis en jeu par le choc même du liquide, l'élasticité et la contractilité qui transforment le mouvement saccadé du cœur en une force plus uniforme : la tension artérielle.

Ces conditions se rencontrent sous l'influence de certains agents thérapeutiques qui agissent en ceci de deux façons différentes :

Lorsque le vaso-moteur se trouve à peu près complétement paralysé et que la tension dans le système artériel s'est abaissée considérablement, la contractilité n'existe pour ainsi dire plus; l'élasticité se trouve impuissante à transformer l'action cardiaque; la paroi ne rend plus en pression sur le liquide la pression centrifuge qu'elle a reçue de l'ondée cardiaque; la tension reste un instant constante, et le levier reste en repos, décrivant sur la plaque animée d'un mouvement horizontal une ligne parallèle à ce mouvement : un plateau.

Lorsque, au contraire, le système vaso-moteur se trouve à un haut degré galvanisé, que la contraction vasculaire réduit autant que possible le calibre des vaisseaux en augmentant considérablement la pression, les parois vasculaires, pour ainsi dire *tétanisées*, deviennent assimilables à des parois rigides, incapables d'être refoulées par l'ondée cardiaque, comme de refouler à leur tour le liquide qu'elles renferment; ici encore, la formation d'un plateau. Dans certains cas même, le raccourcissement de la ligne d'ascension comme de la ligne de descente, fait du plateau l'élément prédominant du tracé : on obtient une ligne horizontale à quelques ondulations légères.

Quant aux modifications qui surviennent dans la fréquence du pouls, le sphygmographe rend compte des moindres qui se puissent produire, la plaque accomplissant sa course horizontale dans l'espace constant de dix secondes.

Les recherches de M. Bordier ont été faites soit sur des malades en cours de traitement, soit sur des individus guéris ou exempts de toute affection générale.

Les médicaments dont l'action a été étudiée peuvent être divisés en deux classes : 1° les agents paralysants du vaso-moteur ou qui abaissent la tension, l'opium par exemple; 2° les agents galvanisants du vaso-moteur, ou qui élèvent la tension, la digitale, le sulfate de quinine, la belladone, l'acide arsénieux, le seigle ergoté.

1° *Opium*. M. Bordier a pris des tracés avant et après l'administration de 5 à 20 centigrammes d'opium par jour. Dans tous, il a constaté une élévation croissante du tracé, consécutive à la diminution parallèlement décroissante de la tension. A mesure que la tension diminue, la ligne d'ascension se rapproche de la verticale, par suite de l'afflux plus facile et plus rapide de l'ondée cardiaque.

Dans l'un des tracés où la tension avait atteint son minimum, il s'est produit un sommet à plateau par suite de la paralysie vaso-motrice, la perte de la contractilité a fait de la paroi artérielle une sorte de membrane inerte qui n'agit plus avec la même rapidité sur l'ondée sanguine. Enfin la ligne de descente présentait une obliquité indiquant l'écoulement plus facile du sang par les petits vaisseaux; en même temps apparaissait le rebondissement ou dicrotisme, phénomène caractéristique d'une faible tension.

L'opium, dans ces diverses épreuves dont nous ne reproduisons ici que les principales, a agi dans le même sens que la section du grand sympathique, c'est-à-dire en paralysant les filets vasculaires.

2° Les autres médicaments dont M. Bordier a observé les effets au sphygmographe, bien qu'ayant certainement entre eux de grandes différences d'action, ont montré tous ce caractère commun qu'il caractérise par l'expression de galvanisation du grand sympathique, par opposition à l'effet qu'on vient de voir avec l'opium.

Pour la digitale, plus que pour tout autre médicament, il y a lieu de tenir grand compte de la dose, ou plutôt de l'unicité ou du fractionnement dans l'administration.

A dose élevée, unique, l'action apparaît primitivement sur le cœur lui-même. A dose fractionnée, la circulation générale a paru primitivement atteinte, et le cœur ne l'a été que secondairement.

Un cas d'empoisonnement par la digitale, que M. Bordier a observé dans le service de M. Lorain, lui a fourni l'occasion d'étudier les effets de l'absorption d'une haute dose non fractionnée.

Un caractère l'a frappé tout d'abord, c'est l'irrégularité rhythmique des battements du cœur. Le tracé sphygmographique montrait des groupes également espacés de trois sommets pulsatiles séparés par une longue descente silencieuse. La ligne d'ascension était verticale et indiquait une projection nette et rapide du cœur.

La malade était tourmentée de vomissements, de coliques et de troubles de la vue. Quelques heures après, le pouls reprenait un peu de régularité; par moments encore, une pulsation manquait et permettait une descente complète du levier, qui traçait ainsi une seule pulsation, longue au milieu de plusieurs brèves.

Le lendemain, les symptômes généraux s'étaient amendés, le pouls avait repris sa régularité complète, et la ligne du tracé, notablement plus élevée, faisait apparaître, par comparaison, l'augmentation de tension de la veille. En même temps, le sommet tendait, dans ce dernier tracé, à s'arrondir, ce qui indiquait une entrée de l'ondée sanguine moins rapide que la veille dans un milieu où la tension avait cependant diminué.

Ainsi administrée, la digitale semble donc être un agent perturbateur du cœur, mais surtout un tonique de cet organe, ainsi que l'indique la verticalité de la ligne d'ascension et l'acuité du sommet.

A dose fractionnée, la digitale semble agir primitivement sur la circulation générale, sur la tension.

Une expérience a montré que la cessation de la digitale ne s'était pas accompagnée de la cessation de ses effets; preuve écrite de l'accumulation du médicament dans l'organisme.

Quel qu'ait été le moment où on a examiné un malade traité par la digitale, l'élévation de la tension et le ralentissement du pouls ont été des phénomènes constants. Réciproquement, la suppression de ce médicament s'est toujours accompagnée, au bout d'un certain temps, variable avec la durée et la dose, d'une diminution dans la tension, avec accompagnement de la fréquence du pouls.

On sait que certains malades présentent une tolérance particulière pour la digitale : c'est lorsqu'une lésion du système circulatoire et surtout du cœur lui-même vient incessamment lutter contre les effets de la digitale, qu'on observe ces effets tardifs. C'est dans ce dernier cas, fait remarquer M. Bordier, qu'on peut profiter des renseignements donnés par le sphygmographe dans la médication par la digitale à dose élevée et unique.

Les doses fractionnées, dont l'action porte primitivement sur les vaisseaux, semblent mieux remplir les nombreuses indications de la digitale en dehors des affections du cœur.

L'action du *sulfate de quinine*, à l'inverse de celle de la digitale, s'est montrée sûre et toujours identique à elle-même, quels qu'aient été la dose et le mode d'administration. Dans tous les tracés, la tension a augmenté proportionnellement à la dose, elle a diminué de même.

L'action de la belladone s'est montrée très-fugace.

Enfin l'acide arsénieux et l'ergot du seigle ont agi, au point de vue de la tension, dans le même sens que la digitale et le sulfate de quinine.

L'exposé de ces faits, en l'absence des figures représentatives des tracés, laissera peut-être quelques obscurités dans l'esprit de ceux qui n'ont pas vu fonctionner l'appareil de M. Marey; mais il suffira, nous l'espérons et c'était là principalement notre but, pour montrer tout le parti utile que l'on peut tirer de l'application de ce mode ingénieux d'exploration à l'étude des effets d'un grand nombre de médicaments sur l'appareil circulatoire et à la connaissance plus précise de leurs indications et de leurs contre-indications.

Nouveau procédé d'opération du phimosis par la dilatation.

M. le docteur Saurel nous communique l'exposé suivant d'un nouveau procédé, pour l'opération du phimosis, qu'il a vu mettre plusieurs fois déjà en pratique, avec un plein succès, par M. le professeur Nélaton. Nous nous empressons de mettre cet exposé sous les yeux de nos lecteurs, laissant entièrement la parole à notre confrère.

Le traitement du phimosis congénital a de tout temps exercé la sagacité des chirurgiens. Sans parler de la circoncision pratiquée dès la naissance dans la religion israélite, les deux méthodes de l'incision et de l'excision sont aujourd'hui généralement adoptées. Mais, il faut le reconnaître, ces opérations ne sont pas toujours exemptes de danger, et entre les mains des rabbins, aussi bien qu'entre celles des opérateurs les plus habiles, on a vu survenir des accidents qui ont souvent amené la mort des sujets (1).

La méthode que je me propose de décrire me paraît appelée à modifier profondément la pratique des chirurgiens dans le traitement du phimosis. Je veux parler de la dilatation appliquée déjà quatre fois avec succès par M. le professeur Nélaton.

Dans le cours de l'année dernière, notre excellent confrère M. Thibault fit connaître à M. Nélaton les résultats heureux qu'il venait d'obtenir par cette méthode. Il dilatait graduellement et en plusieurs séances l'orifice préputial rétréci au moyen d'une pince mousse dont les deux branches s'écartent comme celles du dilatateur trachéal. M. Nélaton ne tarda pas à appliquer cette méthode, en se conformant aux préceptes tracés par M. Thibault. La première opération fut pratiquée chez un enfant de dix ans, atteint d'un phimosis congénital qui donnait lieu à des accidents sérieux.

L'enfant ayant été préalablement chloroformé, l'orifice du prépuce fut soumis à une dilatation que l'on put croire suffisante; mais au bout de peu de jours, cet orifice était tout aussi étroit qu'avant l'opération.

Une nouvelle tentative de dilatation fut alors résolue; mais, frappé des quelques imperfections que présentait l'instrument dont il s'était servi, M. Nélaton fit construire par notre habile fabricant, M. Mathieu, une pince dont nous donnons plus loin la description et le modèle. A l'aide de cet instrument, il put produire en un instant une dilatation assez considérable pour qu'il fût très-facile de rabattre le prépuce derrière le gland. Au bout d'un temps très-court, il ne restait plus trace de l'opération, et la guérison ne s'est pas démentie.

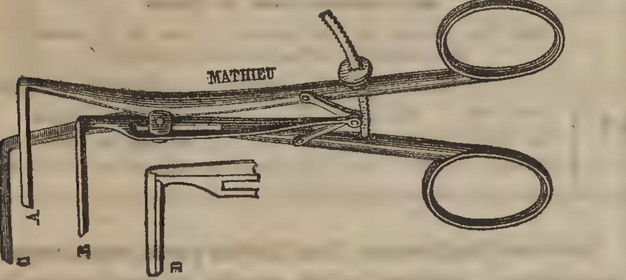
Depuis cette époque, M. Nélaton a eu l'occasion d'appliquer trois fois la dilatation instantanée au traitement du phimosis, et dans ces trois cas, comme dans le premier, les choses se sont passées de la manière la plus simple.

L'instrument construit par M. Mathieu est une pince munie de trois branches coudées à leur extrémité, à angle droit et pourvue d'un mécanisme à l'aide duquel on produit un écartement parallèle de ces branches.

---

(1) Il y a une réserve à faire à cet égard pour une méthode dont ne parle pas M. Saurel, et que nous avons vu appliquer plusieurs fois avec succès, l'incision par les caustiques. (*Note de la rédaction.*)

Avant de procéder à l'opération, et dans le but de se rendre compte des difficultés qui peuvent se présenter, le chirurgien explore à l'aide d'un stylet la cavité du prépuce, reconnaît les adhérences, puis l'instrument bien graissé est introduit à travers l'orifice du prépuce. On le fait cheminer lentement autour de la couronne du gland, et pendant cette manœuvre, on peut suivre tous ses mouvements à travers les téguments. A ce moment, les anneaux de la pince sont instantanément rapprochés,



les branches s'écartent, et on a la conscience d'une résistance vaincue que l'on peut comparer à la sensation qu'on éprouve dans l'opération de la fissure à l'anus par la dilatation. La pince est alors extraite, et on peut immédiatement rabattre le prépuce en arrière de la couronne du gland. Si on examine avec soin les parties sur lesquelles a porté l'instrument, on reconnaît qu'il s'est produit, sur le feuillet muqueux du prépuce, quelques légères éraillures linéaires d'une étendue qui varie de quelques millimètres à 1 centimètre, éraillures sans profondeur, bornées à la membrane muqueuse; du reste, pas de vaisseau divisé, pas d'écoulement de sang.

Le pansement est des plus simples : une couche légère de cold-cream est appliquée sur le prépuce qui est ramené dans sa position normale. Cinq à six fois par jour, principalement au moment de la miction, on découvre le gland en repoussant en arrière le prépuce. Cette petite manœuvre se fait sans difficulté; elle doit être répétée pendant les premiers jours qui suivent l'opération.

L'enfant est maintenu au repos pendant un jour ou deux. La tuméfaction œdémateuse qui survient ordinairement dans les premières heures, se dissipe d'elle-même dès le second jour.

Chez les quatre enfants opérés par M. Nélaton, on a eu recours à l'usage du chloroforme. Nous croyons cependant que dans un grand nombre de cas on pourrait se dispenser d'y recourir; l'opération est tellement rapide que la douleur ne peut être de longue durée. Cependant il est des circonstances où, pour rendre la manœuvre plus facile et éviter une souffrance légère à des enfants pusillanimes, il sera nécessaire d'employer le chloroforme.

Voici ces observations :

L'enfant X..., âgé de dix ans, est atteint d'un phimosis congénital qui rend la miction très-difficile. C'est ce malade sur lequel on essaye sans succès la dilatation avec la pince de notre confrère M. Thibault. L'enfant ayant été soumis à l'action du chloroforme, la pince de M. Mathieu est introduite dans la cavité préputiale, et après quelques efforts peu énergiques, il devient très-facile de faire passer le gland à travers l'orifice du prépuce. On constate alors sur la muqueuse trois éraillures linéaires, superficielles, parallèles à la direction de la verge. Une légère couche de cold-cream est appliquée sur le prépuce et le gland est recouvert. L'enfant ne souffre pas. Pas de prescriptions spéciales. Deux fois dans la journée le prépuce est rabattu derrière le gland, et cette manœuvre est si facile et si peu douloureuse que nous laissons à la mère le soin de la pratiquer ultérieurement.

Le lendemain, tuméfaction œdémateuse du prépuce qui disparaît d'elle-même dans la journée.

Le cinquième jour, les éraillures sont cicatrisées, et il est très-facile de découvrir le gland. L'enfant a quitté Paris, et nous apprenons que la guérison s'est parfaitement maintenue.

L'enfant qui fait le sujet de la seconde observation a été opéré en présence de notre savant maître, M. le professeur Axenfeld, médecin ordinaire de la famille. L'orifice préputial est très-étroit et admet à peine un stylet ordinaire.

Ici, comme dans le cas précédent, la dilatation fut faite sans difficulté, et quelques jours après la guérison était obtenue. Elle ne s'est pas démentie, comme nous l'apprend M. Axenfeld.

La troisième opération a présenté de plus grandes difficultés que les deux premières. L'examen de la cavité du prépuce à l'aide du stylet avait permis de reconnaître des adhérences formant un anneau complet recouvrant la moitié postérieure du gland. Comme dans les deux cas précédents, l'enfant ayant été endormi, la pince fut introduite dans la cavité du prépuce ses branches écartées, et on put découvrir le gland jusqu'au point où s'arrêtait la réflexion de la muqueuese. Les choses se passèrent encore ici très-simplement et sans la plus légère complication. Si dans ce cas on avait eu recours à l'excision, il est probable qu'on se serait trouvé plus tard en présence d'un de ces rétrécissements consécutifs qu'on a observés quelquefois en pareille circonstance.

La quatrième opération a été pratiquée chez un enfant de neuf ans, chez lequel on avait pu à l'avance reconnaître une légère adhérence; même procédé opératoire que dans les cas précédents. On peut constater sur la muqueuse trois éraillures superficielles, dont une, un peu plus étendue que les deux autres, siége à droite du frein. Ici c'est trois heures après l'opération que s'est produite la tuméfaction œdémateuse du prépuce pour disparaître spontanément le lendemain. Le cinquième jour l'enfant pouvait sans danger quitter la chambre, et le huitième jour il retournait à Rouen.

Telle est la méthode nouvelle sur laquelle nous avons voulu appeler l'attention de nos confrères : opération d'une certaine simplicité qu'on pourrait, dans une formule, exagérée sans doute, comparer à la rupture de l'hymen : pas de plaie, écoulement de sang nul ou insignifiant, pansement très-simple; Quant aux complications, nous dirions presque qu'elles ne sont pas possibles, si l'on pouvait se servir de cette locution en présence d'une opération si simple qu'elle soit. Selon toute probabilité on n'aura pas à redouter, à la suite de la dilatation, ces rétrécissements consécutifs qu'on voit assez souvent à la suite de l'excision du prépuce.

Le traitement du phimosis congénital, par la dilatation graduelle ou instantanée, nous paraît appelé à prendre rang dans la science. Bien que nous donnions la préférence à la dernière de ces méthodes, les résultats heureux obtenus trois fois par M. Thibault, à l'aide de la dilatation graduelle, doivent être pris en sérieuse considération. Quelle que soit, du reste, la méthode adoptée, il sera bon d'opérer les enfants dès le premier âge, avant que les organes génitaux aient acquis leur développement et que les tissus présentent une résistance, qui rendrait le succès incertain.

Jusqu'à quel point la méthode de la dilatation instantanée est-elle applicable dans les cas de phimosis chez l'adulte et chez le vieillard? L'expérience seule permettra de répondre à cette question. L'observation suivante est de nature à nous imposer quelques réserves à cet égard.

M. X..., beau jeune homme de dix-sept ans, atteint de phimosis congénital, est adressé à M. Nélaton par notre honorable maître, le docteur Vigla.

Les organes génitaux sont bien développés, le prépuce est court, son orifice laisse passer un gros stylet, mais ne permet pas l'introduction d'une sonde ordinaire de femme. Le malade, très-pusillanime, ayant été préalablement soumis à l'action du chloroforme, M. Nélaton introduit dans la cavité du prépuce la pince dilatatrice, et malgré des efforts énergiques, il ne peut arriver à une dilatation suffisante pour permettre au gland de franchir l'orifice préputial. Quelques éraillures légères s'étant produites pendant cette tentative, une pince à polypes est substituée à la pince dilatatrice, et ses deux branches, saisies chacune d'une main, sont écartées avec force.

Il est aisé de comprendre que dans cette manœuvre, le plus grand écartement des branches correspondant à leur extrémité, l'orifice du prépuce se trouvait peu distendu. Malgré des efforts prolongés, il est impossible de retirer la pince à l'état d'écartement, et M. Nélaton se décide, séance tenante, à pratiquer une incision sur le dos de la verge. Conformément à la pratique qu'il a adoptée depuis longtemps, pratique que j'ai vue couronnée de succès dans un grand nombre d'opérations auxquelles j'ai assisté, M. Nélaton ne réunit pas la peau et la muqueuse. Aujourd'hui, quatorze jours après l'opération, la cicatrisation de la plaie est presque complète.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Addition à la séance du 3 mars (1).

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE

M. Guéneau de Mussy. Si les résultats positifs de l'inoculation ne suffisent pas pour affirmer d'une manière absolue la contagion de la tuberculose, ils établiraient du moins en faveur de cette contagion une bien forte présomption; ils démontreraient qu'elle est possible. M. Pidoux vous a dit qu'il n'avait jamais rencontré un seul fait qui, sévèrement examiné, pût prêter à cette interprétation. Je lui répondrai, avec tout le respect que ses opinions m'inspirent, que peut-être ses répugnances dogmatiques pour ce mode de transmission de la phthisie l'auront empêché de voir les faits qui en témoignaient. Les phénomènes naturels ne se présentent pas à nous d'emblée par toutes leurs faces, et si on est exposé dans les sciences d'observation à voir trop facilement ce qu'on cherche, par contre il arrive trop souvent que ce qu'on ne cherche pas reste inaperçu. Combien de temps a-t-on passé sans la voir à côté de la contagion de la morve, du choléra, de la fièvre typhoïde? Je serais bien étonné si d'ici à peu de temps M. Pidoux ne rencontrait pas sur le vaste théâtre où il observe la phthisie quelques faits qui lui en feront regarder la contagion comme plus vraisemblable qu'il ne l'a admis jusqu'ici. Pour moi, il y a longtemps que ces faits se sont offerts à mon observation, et j'ai encore présent à la mémoire le premier qui a éveillé mon attention sur ce point; c'était en 1839. Je reçus dans le service de Chomel, dont j'avais l'honneur d'être chef de clinique, une femme de la constitution la plus robuste en apparence; elle présentait un développement remarquable de la cage thoracique et des muscles qui s'y attachent. En scrutant avec soin ses antécédents de famille, je ne pus découvrir ni dans ses ascendants ni dans ses collatéraux aucune trace d'affection pulmonaire; elle appartenait à une famille exceptionnellement forte et saine; elle-même n'avait eu dans son enfance aucune de ces manifestations qui se rattachent à la scrofule, terrain où se complaît le tubercule. Mais, quelques mois auparavant, son mari était mort phthisique; elle lui avait prodigué jusqu'à la fin les soins les plus dévoués; et, depuis quelque temps, elle toussait, elle maigrissait; ses forces déclinaient, et la teinte jaune de la cachexie commençait à couvrir les tons vigoureux dont sa peau conservait encore la trace. L'auscultation fit constater à un des sommets des tubercules ramollis. Cette observation me frappa vivement, et, à partir de ce jour, je conseillai à ceux qui vivent dans l'intimité des phthisiques ces mesures de prudence que la crainte d'une contagion possible doit inspirer au médecin; depuis lors, j'ai observé bien des cas analogues.

Si je mets ainsi en avant mes propres observations, c'est, je le répète, pour répondre à l'appel de M. Pidoux. Je ne l'eusse pas osé si je ne pouvais les appuyer, et, en quelque sorte, les mettre sous la protection d'autorités plus graves que la mienne. M. le docteur Barth et M. le professeur Cloquet m'ont dit avoir recueilli des observations favorables à la contagion. Je compterai encore parmi ceux qui admettent la possibilité de la contagion, notre savant collègue, M. Michel Lévy, M. Teissier, de Lyon, cité dans un travail très-intéressant du docteur Roustan sur l'inoculabilité de la phthisie; M. Bruchon qui, l'année même où je rédigeais mes leçons sur l'étiologie des tubercules, publiait un travail sur la transmission de la phthisie par la cohabitation, et arrivait à des conclusions identiques aux miennes; enfin M. Andral, qui a soulevé, un des premiers peut-être, à notre époque, cette question de la contagion.

Il y a quelques années, une démarcation géographique, en quelque sorte, séparait les médecins sur cette question de la contagion; la plupart des Méridionaux l'affirmaient, ceux du Nord étaient peu disposés à l'admettre. La différence du climat modifierait-elle à ce point la condition de transmission de la maladie? Rien n'autorise à le penser. Il ne serait pas cependant impossible que l'élévation de température, qui imprime en général à la phthisie une marche plus aiguë, en augmentât l'activité contagieuse; cela même serait en rapport avec les idées de M. Pidoux, qui croit que la contagiosité dans les maladies peut être subordonnée au degré d'intensité ou de puissance du travail morbide.

Mais il me semble qu'on peut découvrir d'autres raisons à cet antagonisme du Nord et du Midi sur cette question. J'accepte ce fait signalé par M. Pidoux, et dont il s'est fait un argument contre la contagion : plus l'étude de l'anatomie pathologique a pris d'essor, et plus l'opinion contagioniste a perdu de terrain; c'est que, d'une part, la préoccupation un peu exclusive des conditions anatomiques des maladies rejetait sur le second plan les questions d'étiologie, et que, d'une autre part, Broussais et Laënnec n'étaient pas favorables à la contagion. Or, c'est du Nord qu'était parti le mouvement qui renouvelait la face de la science et l'entraînait, pour un moment, hors des voies traditionnelles.

Il faut le remarquer aussi, ce n'est pas dans les grandes cités, qui étaient le foyer de ces révolutions médicales, qu'on peut résoudre facilement les questions de contagion, comme Chomel le répétait souvent. Les relations si complexes et si mobiles, les frottements si multipliés qui solidarisent ces grandes aggrégations humaines, qui rompent et mêlent à la fois les rapports des individus ne permettent pas, disait-il, dans beaucoup de cas, de retrouver la route parcourue par la contagion. C'est au milieu des petites agglomérations, c'est dans les campagnes qu'il est plus facile d'en suivre la piste, qu'elle se montre plus isolée et plus en relief.

Si la contagion du tubercule devient un fait démontré, je ne puis être de l'avis de M. Pidoux sur le danger qu'il y aurait à la faire connaître. Je ne crois pas que nous ayons le droit ni même le pouvoir de cacher une vérité scientifique; dès qu'elle serait acceptée par la science, cette opinion franchirait toutes les barrières qu'on voudrait lui opposer. Et puis ce n'est pas à nous, qui consacrons toute notre vie à la recherche du vrai, qu'il convient de le dissimuler ou d'en restreindre l'expansion. J'ai d'ailleurs meilleure opinion de l'humanité. Non, les phthisiques ne resteront pas sans secours parce qu'on saura que leur maladie est transmissible. La diphthérie et la morve ont une puissance contagieuse bien autrement active et certaine; personne ne l'ignore; et ceux qui en sont atteints ne sont pas pour cela abandonnés! Le dévouement qu'ils inspirent n'est pas refroidi par le nombre et par la notoriété de ceux qui en ont été victimes. Dans les pays où on croit la tuberculose contagieuse, les phthisiques ne sont pas délaissés. D'une autre part, si cette contagion est une vérité, ne serait-on pas coupable de la nier et d'inspirer ainsi une sécurité trompeuse qui ferait rejeter toutes les mesures prophylactiques?

D'ailleurs, la puissance de cette contagion nous paraît faible. Comme toute autre, plus que toute autre, cette semence contagieuse exige des conditions spéciales de terrain et de réceptivité. Les grandes causes de la propagation de la phthisie ne sont pas là, comme le croit M. Villemin : ces causes sont, avec l'hérédité, toutes celles qui affaiblissent la force plastique, l'énergie nutritive, c'est-à-dire la débilité constitutionnelle, les excès prolongés, les graves infractions aux lois de l'hygiène.

« Le tubercule, disais-je il y a une dizaine d'années, est un produit inorganisé, placé au-dessous du pus lui-même dans l'échelle des produits de la vie. Il est comme le dernier terme des affections à tendance cachectique, la forme sous laquelle elles se reproduisent souvent, en s'épuisant, par voie de génération. De même que les produits inassimilables sont chassés de l'organisme, les organismes radicalement altérés sont éliminés du sein de la collection vivante.

« Toutes les causes qui affaiblissent profondément la constitution, la force plastique, et par conséquent la puissance génératrice, peuvent faire naître la tuberculose dans des races qui en étaient jusque là exemptes. Ainsi l'âge avancé, ou la très-grande différence d'âge des êtres procréateurs, les excès, la mauvaise hygiène; toutes les maladies qui altèrent profondément l'organisme, comme la syphilis, les cachexies, en un mot toutes les maladies graves convergent à cet état de débilitation qui favorise la tuberculisation.

« Ces deux conditions : la faiblesse générale et une irritation locale, me paraissent être les causes prédisposantes ou occasionnelles les plus puissantes et les plus saisissables des développements diathésiques. »

Telle était la doctrine que je défendais; et les expériences de M. Villemin, en fortifiant ma croyance à la contagion, n'ont pas ébranlé mes convictions. C'est dans ce sens que je comprends l'opinion exprimée par M. Pidoux sur l'apparition possible de la tuberculose, comme évolution ultime des autres diathèses. Je ne dirai pas avec lui que c'est alors une maladie qui finit, mais plutôt une *maladie finale*; on peut ainsi concilier l'influence des diathèses sur la tuberculose dans l'individu et dans la race, quand ces diathèses sont arrivées à la période cachectique, et en même temps leur antagonisme, qui n'est pas moins réel, quand elles sont dans leur période d'activité et de pleine évolution.

La recherche des causes de la tuberculose se rattache à cette question de la dégénérescence des races dont M. Boudet, l'an dernier, nous

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

a tracé le programme; et si je n'avais craint d'abuser de la patience de l'Académie, j'aurais cherché à montrer quels auxiliaires les envahissements de cette maladie trouvent dans notre état social actuel, dans nos institutions et dans les erreurs de l'hygiène publique. Là nous eussions rencontré peut-être les conditions propagatrices les plus actives de la phthisie, mais c'est là aussi qu'il faut chercher le remède.

Ce remède, comme le disait si excellemment M. Pidoux, on ne le trouvera pas dans la médecine individuelle, mais dans la médecine sociale, celle dont tous les bons esprits appellent et préparent l'avénement; celle qui, prenant la race au berceau, comme vous le faisiez naguère, la suivra dans son évolution, fera au développement physique une part plus équitable dans l'éducation de la jeunesse, veillera, mieux encore qu'on ne le fait aujourd'hui, à la salubrité des habitations et des aliments, combattra par l'éducation plus largement distribuée et par l'enseignement populaire de l'hygiène les vices destructeurs et les erreurs inévitables de l'ignorance.

En reconnaissant à la phthisie des origines multiples, je prévois une objection que je ne chercherai pas à éluder. Comment, me dira-t-on, une maladie peut-elle être à la fois diathésique, expression de l'épuisement de la race, héréditaire, en même temps contagieuse, et très-probablement inoculable? Ce comment, je l'ignore; notre tâche est de constater, d'analyser et d'enregistrer les faits; l'avenir les conciliera et les rattachera à leurs conditions primordiales, en éclairant leurs lois régulatrices.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 19 février 1868. — Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— M. le Président déclare vacante une place de membre titulaire.

COMMUNICATION.

Fractures articulaires, résections.

M. Verneuil, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Duplay, sur le traitement des plaies des articulations, présente un malade sur lequel il a pratiqué la résection du coude pour une plaie pénétrante, accompagnée de fracture, de l'articulation du coude.

Le nommé X..., 27 ans, vigoureux, bien portant, reçut, le 28 août 1867, un bloc de pierre pesant, sur le côté externe et postérieur du coude. Il en résulta une plaie à lambeau longue de 12 à 15 centimètres et mettant à nu la région externe du coude. Il existait, en même temps, un décollement étendu en haut, en bas et du côté de l'olécrâne. Les mouvements du coude étaient faciles, non douloureux.

On diagnostiqua une plaie simple, et on mit en usage l'irrigation continue, sans tenter de rapprocher les lèvres de la plaie.

Il ne survint pas d'accidents pendant les premiers jours. Le quatrième, on observa une rougeur diffuse et un gonflement de toute la partie décollée. Une contre-ouverture fut pratiquée du côté de l'olécrâne, et les cataplasmes substitués à l'irrigation continue. Il n'existait pas alors de symptômes généraux.

Le 6 septembre, du huitième au dixième jour, frissons, fièvre, gonflement phlegmoneux très-considérable, s'étendant en haut jusque vers le deltoïde, en bas jusqu'au tiers moyen de l'avant-bras; douleur dans les mouvements; teinte noirâtre du lambeau interne; inappétence; soif; état général assez alarmant.

J'explore de nouveau la région, et je constate une fracture de l'épicondyle et une ouverture étroite de l'articulation du coude au niveau de son côté externe.

Je me décide immédiatement à faire la résection, après avoir pris l'avis de mon éminent collègue, le docteur Vanzetti.

La plaie formait une incision naturelle sur le bord externe de l'article, J'y joins une incision perpendiculaire passant au niveau de l'olécrâne et dépassant cette apophyse en dedans. Le bistouri n'intéresse d'ailleurs qu'un tégument menacé de sphacèle et qui, en effet, se mortifia en grande partie.

L'opération fut très-laborieuse à cause de l'extrême solidité des ligaments. Je n'enlevai absolument que les surfaces articulaires, c'est-à-dire l'humérus au niveau d'une ligne réunissant le centre de l'épicondyle et de l'épitrochlée, puis la cupule radiale et le cubitus au même niveau, en respectant les insertions du brachial antérieur.

Je place le bras dans la demi-flexion, et je laisse la plaie articulaire largement ouverte. Pansement avec l'alcool camphré et la liqueur de Labarraque.

Les accidents inflammatoires locaux et les symptômes généraux tombent dans les trois jours suivants. Au cinquième jour, je ne craignais plus rien pour la vie. L'eschare tombe et met à nu largement l'extrémité inférieure de l'humérus; il en résulte une large plaie qui se couvre bientôt de belles granulations.

Le membre reste dans la gouttière à angle droit pendant un mois; au bout de ce temps, je le redresse pour rapprocher les bords de la plaie. A la cinquième semaine, le bras était si solide et la coaptation si exacte, que le malade pouvait sortir lui-même le membre de la gouttière, sans avoir besoin de le soutenir.

Je commençai alors à faire exécuter des mouvements, mais avec modération, pour ne pas entraver la cicatrisation de la plaie. Ces mouvements se faisaient dans l'étendue de 30 degrés au moins. J'envoie alors le malade à Vincennes, parce que des érysipèles régnaient dans les salles. Je lui recommande expressément de continuer à mobiliser son bras.

Ce malade est venu me voir dans le mois de janvier, à peu près complètement guéri; mais le membre a perdu de sa mobilité. Il existe une cicatrice adhérente au niveau de l'humérus; le membre est fléchi à angle obtus. Je me propose de le mobiliser ultérieurement.

Je communique cette observation comme exemple de l'efficacité de la résection dans les cas de plaie articulaire, lorsque l'arthrite purulente et le phlegmon de voisinage se sont développés.

Les phénomènes locaux et généraux cèdent très-promptement. Ce fait tend également à prouver que l'on remédie très-bien aux accidents en faisant l'opération au moment même où ceux-là sont déjà développés.

On peut donc attendre dans les cas de plaie articulaire et ne pas réséquer d'emblée, à moins de délabrement considérable.

M. Guérin a longtemps professé l'opinion de M. Verneuil sur les résections; mais, depuis, il a modifié sa pratique et a obtenu de beaux succès, grâce au drainage dont il faut rapporter l'honneur à M. Chassaignac. Le drainage est un moyen puissant à mettre en usage, dans les plaies articulaires et les abcès des articulations.

Dernièrement, M. Guérin a dû traiter une grande collection purulente du genou. Il a pratiqué le drainage, des lavages ont pu alors être faits sans difficulté; la suppuration s'est écoulée facilement; il n'y a pas eu de fétidité, et le malade est en voie de guérison.

M. Guérin a encore, dans son service, un homme qui a eu une plaie étendue du bras et une suppuration de l'articulation du coude qui a été vaincue par le drainage. Sans ce moyen, il eût fallu avoir recours à la résection ou à l'amputation, ou le malade eût succombé.

M. Chassaignac. Ce que vient de dire M. Guérin me dispense de discuter, avec M. Verneuil, contre ce qu'il y a de trop absolu dans ses conclusions. Déjà, d'après les faits de ma pratique et celle d'autres chirurgiens, je rejette la résection, au moins de prime abord. Il faut essayer, comme moyen de transition, le drainage, et ce moyen peut devenir définitif.

M. Blot, il y a quelques années, a lu un travail, très-favorable à mon opinion. Il a prouvé qu'après l'emploi du drainage, dans des cas de suppuration articulaire, les mouvements s'étaient complétement rétablis.

Le point important, c'est d'agir de bonne heure, d'une façon hâtive.

M. Perrin. Je voudrais que M. Verneuil précisât son précepte, et qu'au lieu de dire : « il faut pratiquer la résection au moment où apparaissent les accidents articulaires, » il dise plus radicalement : « Il faut réséquer dans tous les cas de plaies des articulations, car il est rare qu'on n'ait pas d'accidents articulaires. »

Quant à mon opinion personnelle, relativement à l'opportunité de la résection, je la réserve entièrement.

M. Guyon. J'ai pu obtenir dernièrement un beau succès à la suite de l'emploi du drainage dans un cas de plaie du genou. J'avais pratiqué le redressement pour une arthrite purulente, je fis ensuite une ponction, et il s'en suivit une amélioration. Les accidents ayant reparu, M. Després, qui me remplaçait, pratiqua le drainage et le malade guérit parfaitement.

M. Trélat. M. Verneuil nous a présenté un malade atteint de plaie du coude avec fracture, chez lequel il a pratiqué avec succès la résection, et il a bien fait; mais de là à ériger en principe la résection dans le cas de plaie articulaire, il y a une grande distance. Il faut préciser quelles sont les articulations lésées et ne poser de préceptes que pour chaque articulation en particulier.

Ainsi la résection, favorable pour le coude, serait mauvaise pour le genou et ne devra être tentée qu'exceptionnellement pour l'articulation tibio-tarsienne.

Le drainage est un moyen très-utile, auquel j'ai fréquemment recours, mais il rentre dans la méthode plus générale des incisions évacuantes.

M. Demarquay. M. Verneuil a-t-il pu décoller le périoste dans le cas où il a opéré sur un sujet sain?

M. Verneuil. Je n'ai réséqué que les parties articulaires, et je ne me suis pas attaqué aux parties recouvertes de périoste. La question de conservation du périoste n'a pas été posée dans ce cas.

M. Demarquay. Je regrette que M. Verneuil n'ait pas fait de tentatives de conservation du périoste. Dans la dernière communication faite par M. Ollier, à la Société de chirurgie, ce chirurgien a dit avoir en cours d'observation un malade chez lequel il avait pratiqué, à la suite d'un traumatisme, la résection tibio-tarsienne. Il avait pu, chez ce malade, disséquer le périoste et rétablir les surfaces articulaires. J'ai tenté des résections de ce genre, et je n'ai pas été aussi heureux que M. Ollier. Je me demande comment, à Lyon, on obtient ce qui ne peut être obtenu à Paris. Je déclare que, pour mon compte, je n'ai jamais pu décoller le périoste d'un os sain, surtout au voisinage des articulations, sans produire des délabrements très-considérables.

M. Verneuil. Je voudrais qu'on distinguât l'emploi du drainage dans les abcès articulaires, de la résection appliquée aux cas de plaies articulaires avec fracture.

M. Blot. Il y a des cas où, malgré les accidents généraux les plus graves, on obtient la guérison d'arthrites suppurées par de larges incisions. J'ai observé un de ces faits dans le service de M. Nélaton, à la Clinique.

Il faudrait indiquer rigoureusement dans quels cas la résection doit être mise en usage, dans quel cas le drainage doit être utile. Il faut tenir compte de la question du rétablissement des mouvements.

On peut se demander, dans le cas de M. Verneuil, si c'est la résection ou bien seulement les larges débridements qui l'ont accompagnée, qui ont fait tomber les accidents généraux.

M. Larrey. J'ai recherché de tous côtés, depuis deux ans, des observations complètes et probantes de ces sortes de lésions, surtout en ce qui concerne l'articulation du genou. J'ai vu qu'on pouvait obtenir des succès très-inattendus dans un grand nombre de cas. Ces succès commandent une certaine réserve dans l'application de la résection et de l'amputation. Il faut d'abord faire usage de toutes les ressources dont nous pouvons disposer.

Il faut bien, dans ces cas, se garder de confondre l'*expectation* avec la *chirurgie conservatrice*. La première semble être oisive, inactive; la seconde doit, par les efforts les plus actifs, les plus énergiques, tâcher d'éviter les opérations.

M. Lefort. M. Verneuil nous a présenté un malade qui avait eu une fracture du coude avec plaie pénétrante. Au dixième jour de la blessure, deuxième jour des accidents, il a réséqué. Que fallait-il faire?

La fracture n'intéressait que l'épicondyle. Fallait-il faire alors de la chirurgie conservatrice, faire des incisions, ou pratiquer la résection? Les incisions faites sur l'articulation du coude n'ouvrent pas aussi largement l'articulation qu'au niveau du genou. Si la résection avait dû être pratiquée, celle de l'olécrâne, au plus, eût suffi.

Nous savons que les amputations, les résections faites au moment de la fièvre, donnent de mauvais résultats; aussi, je crois que, dans les circonstances où se trouvait M. Verneuil, il eût mieux valu ne faire que des débridements, du drainage ou de l'irrigation continue; mais pas la résection. Cependant, ce fait prouve qu'on peut guérir les malades dans ces conditions.

M. Panas. J'ai réséqué un coude, pour cause traumatique. Il existait une fracture intra-articulaire multiple, avec plaie de l'articulation, contusion violente.

La résection a porté sur les trois os. Je pensais mettre ainsi mon malade à l'abri d'accidents formidables, mais il a succombé à la suite du développement d'un phlegmon étendu et de fusées purulentes.

La résection avait été faite trois jours après l'accident, avant que la réaction inflammatoire fût violente. J'indique ce fait pour l'opposer aux faits favorables cités par M. Verneuil.

M. Verneuil. J'entends parler ici des plaies articulaires compliquées de fractures. Je demande ce que j'aurais pu faire dans le cas actuel. Mon malade arriva avec un traumatisme grave. On pratique l'irrigation. Surviennent les phénomènes inflammatoires, on fait des ouvertures. Alors se développent des accidents généraux, graves; c'est à ce moment que j'explore de nouveau la plaie avec mes doigts et que je constate la fracture.

J'ai pensé qu'on ne pouvait pas mettre un drain entre les surfaces articulaires du coude. Je crois également qu'on ne peut diviser, ouvrir largement l'articulation du coude. Restait la résection : en réséquant seulement l'olécrâne, l'opération n'eût pas été suffisante pour ouvrir largement l'articulation. J'avais déjà obtenu trois succès, à la suite de la résection des trois os; j'ai agi de même dans ce quatrième cas, et j'ai réussi.

Eh bien! dans les cas de fractures graves du coude, l'on a le plus souvent un cal vicieux, et une ankylose consécutive; les malades suppurent longtemps, et, s'ils guérissent, c'est avec un coude détestable.

Dans ces circonstances, la résection n'augmente pas les chances de mort. Chez mon malade, les symptômes étaient formidables, et tous ont cédé après l'opération.

M. Forget. Je voudrais savoir quel était exactement l'état des surfaces articulaires que M. Verneuil a enlevées. Le phlegmon si grave qu'on a observé avait-il pour point de départ l'articulation? Y avait-il du pus dans l'articulation?

M. Trélat. Dans le cas particulier dont il s'agit, vu l'état des choses, j'estime que M. Verneuil a bien agi; mais il ne faudrait pas généraliser.

M. Verneuil. Les surfaces articulaires étaient extrêmement serrées et il n'y avait pas de pus dans l'articulation.

M. Demarquay. M. Verneuil a surtout été entraîné à pratiquer la résection par l'intensité des phénomènes d'étranglement. Eh bien, des incisions, des débridements à l'air libre, à l'aide d'un ténotome, auraient pu vaincre l'étranglement. Cette pratique, qui était suivie par Roux, par Blandin, m'a réussi dans un cas de plaie du genou.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeurs à myéloplaxes.

M. Guérin présente une *tumeur à myéloplaxes*. Il s'agit d'une épulis, qui avait pris naissance dans le périoste alvéolo-dentaire de la mâchoire supérieure, ce qui semble en contradiction avec l'opinion des micrographes et en particulier de M. Charles Robin. M. Guérin a enlevé la dent et l'os qui entouraient l'implantation de la tumeur dans une très-grande étendue, pour éviter la récidive. Le point d'implantation était sur la dent, en enlevant celle-ci de bonne heure, on aurait eu grande chance d'enlever tout le mal.

M. Guyon a enlevé tout récemment une épulis à myéloplaxes de la mâchoire supérieure. Il rappelle la thèse de M. Nélaton, neveu, qui a publié un grand nombre de faits de cette nature.

M. Léon Labbé. M. Eugène Nélaton a, depuis 1860, époque à laquelle il a soutenu sa thèse, tenu les chirurgiens au courant du résultat définitif des opérations qui avaient été pratiquées chez les malades dont il a tracé l'histoire. En 1865, il a fait connaître l'état de ces malades, et dernièrement il a fourni des nouveaux renseignements sur ce sujet. Les résultats qu'il a constaté, démontrent que les tumeurs à myéloplaxes sont essentiellement bénignes. Elles ne récidivent pas lorsqu'on a eu le soin de dépasser les limites du mal.

M. Larrey a publié, il y a bien des années, un cas d'épulis, dans lequel il a cautérisé assez énergiquement la surface d'implantation.

M. Forget ne croit pas que l'on connaisse bien l'élément génésique de ces tumeurs, ce qui expliquerait les différences que l'on peut peut observer au point de vue de la récidive.

Autrefois, on confondait toutes ces tumeurs sous le nom de sarcôme. Cependant dès lors on les enlevait largement, et, sans connaître la nature de la maladie, on agissait comme si on la connaissait.

PRÉSENTATION DE MALADE.

A



M. Meyer présente un malade qu'il a opéré avec succès d'un *staphylôme pellucide de la cornée* : Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie a été atteint d'un staphylôme de la cornée dont les premiers symptômes remontent à plus de sept ans. A cette époque, le malade, s'apercevant que sa vue faiblissait de plus en plus, vint à Paris consulter notre regretté confrère M. Follin, qui, diagnostiquant immédiatement le kératoconus, conseilla le repos des yeux, l'usage des lunettes sténopéiques, et dit franchement au malade qu'il n'y avait rien à faire. Et, en effet, les moyens connus jusqu'alors tentaient toujours à neutraliser autant que possible les effets funestes que l'affection de la cornée exerce sur la vision, ou à empêcher les progrès du staphylôme sans attaquer ce dernier même. On avait bien proposé d'exciser une portion de la cornée avec ou sans suture consécutive, mais ces opérations, devant nécessairement mettre l'organe en danger, n'avaient jamais été exécutées. Ce n'est qu'en 1866 que M. de Graefe conseilla une nouvelle méthode, se basant sur l'aplatissement de la cornée que l'on voit survenir après des abcès de cette membrane, et publia en même temps un cas où il avait obtenu un résultat très-encourageant.

Lorsque le malade, ici présent, vint me consulter au mois d'octobre dernier, la vision de son œil avait tellement souffert qu'il ne pouvait plus reconnaître les personnes qu'il touchait de la main, et comme les moyens optiques ne présentaient plus d'efficacité, je me décidai à l'opération proposée par le savant professeur de Berlin. Le 19 novembre 1867, j'enlevai, à l'aide d'une aiguille en forme de curette (fig. 1), un petit morceau large de 3 millimètres à peu près de la surface de la cornée au-dessous du sommet du cône, sans pénétrer dans la chambre antérieure.

A ce même endroit, je cautérisai deux jours plus tard, et à partir

de ce moment, tous les deux ou trois jours, très-légèrement avec un crayon de nitrate d'argent mitigé. Ne voyant arriver aucune réaction inflammatoire, j'enlevai, dix jours après, un second morceau de la cornée de la même grandeur que le premier et sans perforer la membrane de Descemet. Il se forma alors peu à peu une petite infiltration que j'entretins à l'aide de fomentations chaudes et de légères cautérisations. Quand je vis ce petit abcès artificiel prêt à amener une perforation spontanée, je pratiquai, le 20 décembre, la paracentèse de la chambre antérieure, et je répétai cette ponction à plusieurs reprises, jusqu'au 1er janvier de cette année. A partir de ce jour, je ne mis plus d'obstacle à la guérison de la petite plaie. La rétraction du tissu cicatriciel provoqua rapidement l'aplatissement du staphylôme qui avait complétement disparu vers le milieu de janvier. La cornée montre maintenant, à l'endroit du staphylôme primitif (fig. 2), une taie qui est encore en voie de régression (fig. 3) et la courbure de la cornée est devenue normale (fig. 4).



FIG. 2. — Staphylôme pellucide de la cornée avant l'opération.



FIG. 3. — Aspect de l'œil, vu de profil, après l'opération.

Quant à la vision, le malade que je soumets à l'examen de la Société de chirurgie, lit aujourd'hui sans difficulté une écriture fine (Jaeger, nº 9) à la distance ordinaire, et reconnaît même les caractères les plus fins (Jaeger, nº 1). Pendant la durée du traitement, qui a été de deux mois à peu près, le malade portait un léger bandage sur l'œil et venait ainsi tous les jours chez moi pour se faire soigner.



FIG. 4. — Le même œil, vu de face, après l'opération.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

Ciseaux bronchotomes.

Cet instrument a été construit d'après les données de M. Amédée Tardieu, interne des hôpitaux, par M. Galante, fabricant d'instruments de chirurgie.

Il est destiné à faire la trachéotomie, tout spécialement chez les enfants, dans les cas difficiles.

Il se compose de deux branches de ciseaux rapprochées par une articulation mobile : l'une des branches est terminée par une pointe en tenaculum ; c'est la branche principale.

L'autre branche ressemble à une branche de ciseaux ordinaires, et sa lame peut être terminée un peu en ligne courbe.

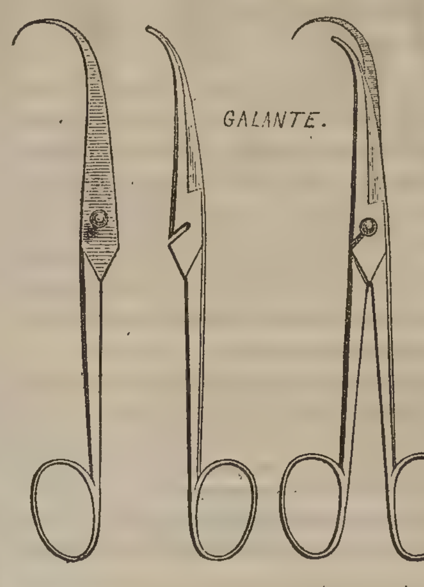
Avec cet instrument, on fait la trachéotomie de la façon suivante :

L'enfant est couché sur le dos; la face antérieure du cou est tendue par la projection en arrière de la tête tenue par un aide. Un autre aide tient les mains.

Dans un premier temps, le chirurgien, se plaçant près de la tête de l'enfant, saisit la trachée entre le pouce et l'index de la main gauche. Quel que soit l'embonpoint de l'enfant, on peut toujours fixer solidement la trachée.

Le chirurgien prend alors de sa main droite la branche de ciseaux terminée en tenaculum, et enfonce la pointe de bas en haut dans les tissus. Une sensation spéciale le prévient qu'il est dans la trachée.

Dans un deuxième temps, le chirurgien fait glisser de bas en haut dans la trachée la pointe du tenaculum, et la fait ressortir au point où il veut, au niveau du cartilage par exemple. Il lui est plus commode pour ce temps d'être à droite de l'enfant.



Enfin, dans un troisième temps, le chirurgien articule la seconde branche à la première, et coupe d'un seul coup la peau, les tissus sous-jacents et la trachée. Cet instrument rend la trachéotomie prompte et facile chez les enfants. Moins que tout autre procédé il expose aux hémorrhagies.

Quant aux reproches qu'on pourrait lui faire, l'expérimentation, mieux que les arguments, en aura facilement raison. Elle fera voir en même temps les avantages réels qu'offre ce modeste instrument, comparé aux autres appareils employés pour la trachéotomie.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 32. — MARDI 17 MARS 1868. 41e ANNÉE. MARDI 17 MARS 1868. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 16 mars 1868.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

Combien on travaille à notre époque! Pour ceux qui tiennent à rester au courant du mouvement scientifique, il est effrayant de penser qu'il suffit d'être un mois malade, pour voir s'accumuler devant soi plus de publications médicales qu'on n'en peut lire en une semaine de convalescence, passée tout entière au coin du feu.

Et l'on se trouve avoir perdu de vue l'étude pratique du progrès dans les services hospitaliers; on ne sait plus combien l'observation de chaque jour a fait marcher la science.

Nous nous bornerons donc forcément, aujourd'hui, à une revue très-succincte de ce qui nous semble le plus saillant dans les derniers travaux des sociétés savantes.

Académie des sciences. — M. Chauveau a complété sa première communication sur le virus vaccin. Par de nouvelles expériences, il a parfaitement établi que les granulations élémentaires sont la seule partie active de ce virus. Qu'on y mêle une quantité d'eau plus ou moins grande, l'effet n'en est pas moins certain quand on les injecte dans les veines d'un cheval ou d'un bœuf; et si les inoculations pratiquées avec un vaccin dilué dans plus de douze fois son poids d'eau échouent très-souvent, c'est que très-souvent alors il ne se rencontre aucune granulation élémentaire vers l'extrémité de la lancette.

M. Chauveau a fait des expériences semblables avec le virus de la variole et celui de la morve; et il paraît que ces virus agissent aussi uniquement par leurs éléments granuleux.

De ces données à l'hypothèse du parasitisme dans la plupart des maladies, il n'y a qu'un pas; et même ce pas n'est plus à faire.

Depuis les découvertes de M. Pasteur sur le rôle des organismes inférieurs dans les diverses fermentations, il a paru tout naturel de comparer les causes morbides à des ferments.

Nous avons exposé déjà dans plusieurs articles les applications de cette théorie à la pratique chirurgicale. Une nouvelle méthode de pansement des plaies en est sortie : méthode suivie dans plusieurs de nos hôpitaux et que préconise en ce moment même en Angleterre M. William Adams, après M. Lister, de Glascow.

— Qu'il faille ou non considérer les granulations élémentaires des virus comme de véritables organismes inférieurs, capables de vivre et de se multiplier dans un milieu convenable, le fait est que, d'après les expériences de M. Chauveau, ils se rapprocheraient singulièrement, par leurs propriétés, de ces granulations moléculaires que M. le professeur Béchamp, de Montpellier, a décrites sous le nom de *microzymas*.

Les microzymas sont des corpuscules qui jouent le rôle de ferment et sont douées du mouvement Brownien.

M. Béchamp en distingue de plusieurs genres. Les uns se trouvent dans le vin; d'autres apparaissent dans certains mélanges et dans certaines maladies des vers à soie; enfin il en est qu'on rencontre dans la trame même de nos tissus; et parmi ceux-là M. Béchamp vient de faire connaître, conjointement avec M. Estor, les microzymas, ou granulations moléculaires, qu'ils ont trouvées dans les cellules hépatiques.

Ces granulations sont très-petites : pour les apercevoir, il faut un grossissement de près de 600 diamètres; imputrescibles, elles sont insolubles dans l'acide acétique et dans la potasse caustique au dixième; elles sont douées d'une mobilité qui leur est propre (mouvement Brownien), et qui persiste même dans les liqueurs visqueuses dans lesquelles on les place.

Elles fluidifient rapidement l'empois de fécule avec lequel elles sont mises en contact; mais elles ne le saccharifient pas lorsqu'elles ne sont plus contenues dans les cellules hépatiques.

Dans la pulpe du foie, suivant M. Béchamp, elles contribuent à la transformation de la fécule en glucose, en produisant un ferment soluble (zymase) avec les matières albuminoïdes qui les entourent dans les cellules. Le fait est qu'au contact de la pulpe hépathique, M. Béchamp a vu l'empois non-seulement se fluidifier, mais se saccharifier en partie.

— Des granulations moléculaires, aux bactéries, la transition est toute naturelle, car M. Davaine a vu, dans plusieurs circonstances, les bactéries prendre la forme de granulations moléculaires très-petites et douées du mouvement Brownien. Les expériences de M. Davaine n'ont pas porté sur les animaux, mais sur les plantes grasses. En inoculant sur des aloès quelques bactéries prises sur un autre aloès atteint de ce qu'on nomme *pourriture*, il a vu la même maladie se développer rapidement autour du point inoculé, et envahir bientôt toute la plante, si on ne détruisait pas la vitalité des bactéries à l'aide d'une température de 52 degrés au moins.

En passant d'une espèce végétale à une autre, les bactéries changeaient de forme; sur celle-ci, elles s'allongeaient jusqu'à produire des filaments de 0m03 et se divisaient en plusieurs segments; sur celle-là, elles se réduisaient en corpuscules infiniment fins, mais elles reprenaient toujours le même aspect quand on les reportait sur des individus de même espèce.

La maladie qu'on nomme *pourriture* dans les plantes grasses est donc réellement parasitaire et produite par des bactéries, comme on l'a dit pour le charbon chez les animaux et chez l'homme.

— MM. Onimus et Legros préconisent l'emploi des courants électriques continus pour remédier aux accidents causés par le chloroforme.

Leurs expériences ont porté sur des grenouilles, des rats, des cabiais, des lapins et des chiens; chez ces derniers animaux, il fallait déjà employer trente éléments Remack pour produire un effet utile; chez l'homme, il en faudrait certainement beaucoup plus.

Le pôle négatif était placé dans la bouche et le pôle positif dans le rectum; sous l'influence d'un courant énergique ainsi dirigé, le cœur, paralysé par le chloroforme depuis déjà deux minutes et plus, recommençait à battre; et les animaux se rétablissaient complétement.

MM. Onimus et Legros repoussent en pareil cas l'usage du courant d'induction, qui, disent-ils, paralyserait plutôt les mouvements du cœur.

Cependant il ne faut pas croire que les courants interrompus soient sans effets utiles dans l'intoxication par le chloroforme.

Au contraire, M. Richardson, le célèbre expérimentateur anglais, vient de consacrer une de ses belles leçons à montrer l'influence de ces courants sur les animaux anesthésiés jusqu'à résolution.

Lorsqu'on dirige un courant faradique à travers la moelle épinière d'un animal préalablement endormi par le chloroforme ou quelque autre agent de même nature, on voit tout à coup cet animal se lever, crier, fuir avee vitesse, agir en un mot comme si ses systèmes nerveux et musculaire étaient chez lui dans l'état le plus normal. Qu'on interrompe alors le passage du courant, et ces phénomènes cessent aussitôt : l'animal retombe immobile, insensible comme auparavant. M. Richardson interprète ces faits par toute une théorie sur le système nerveux, sur la nature et sur les sources de son action incitatrice; nous aurons sans doute l'occasion d'en reparler.

Société médicale des hôpitaux. — Le rapport sur les maladies régnantes, deux fois retardé par une maladie de M. Ernest Besnier, a été lu dans la dernière séance.

Il embrassait un espace de deux mois : janvier et février 1868.

Depuis le mois de décembre 1867, la variole sévit dans les hôpitaux assez fortement pour constituer une véritable épidémie.

En dehors d'elle, ce sont les affections catharrales qui prédominent. M. Hérard fait remarquer que la grippe s'est généralisée soudain à partir du 13 janvier, moment où la température avait changé subitement, et s'était radoucie d'une vingtaine de degrés (de — 10 à + 10). Ces grippes ont présenté leurs symptômes ordinaires : sentiment de grande prostration, courbature dans tous les membres, fièvre, céphalalgie, larmoiement et injection des conjonctives, mais surtout coryza intense, souvent avec épistaxis, sensation d'ardeur à la gorge et derrière le sternum, toux peu prononcée, oppression, quelquefois vomissements.

Elles ont été généralement bénignes; mais quelques-unes ont présenté une apparence grave, et même simulé des fièvres typhoïdes. M. Hérard cite une malade chez laquelle les manifestations locales de la grippe ont paru seulement après huit jours d'une fièvre continue qui présentait tous les symptômes d'une fièvre typhoïde bien caractérisée.

Faut-il rapprocher de ces cas les nombreux embarras gastriques observés par M. Chauffard à l'hôpital Cochin, et qui presque tous étaient accompagnés d'un état catarrhal peu intense des muqueuses pharyngienne, laryngienne et bronchique, ainsi que de douleurs, soit rhumatoïdes, soit névralgiques, siégeant dans les membres, dans les espaces intercostaux, à la face ou vers l'occiput, etc.

D'autres cas d'embarras gastriques, sans gravité, mais lents à guérir, ont été observés par M. Valin dans son service au Val-de-Grâce, sans qu'ils fussent accompagnés de catarrhe des voies respiratoires?

Dans le service de M. Chauffard, les bronchites simples, communes pendant le mois de janvier, furent remplacées en février par une véritable épidémie de grippes bien caractérisées, fébriles à forme rémittente, et éminemment contagieuses.

M. Bourdon et M. Delpech signalent la fréquence et l'intensité des bronchites; plusieurs ont été compliquées de pleurésies dans le service de M. Bourdon.

Les pneumonies et broncho-pneumonies ont été de plus en plus nombreuses. A l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Barthés, plusieurs enfants, à la suite de bronchites, coqueluches, rougeoles, etc., ont été pris de broncho-pneumonies; tous ont succombé.

A la Pitié, les pneumonies observées par M. Empis présentaient toutes la forme adynamique; et M. Empis regrette amèrement que les chefs de service ne puissent plus faire donner de la tisane vineuse aux malades qui sont à la diète. Le vin rendrait les plus grands services dans les affections adynamiques, si le règlement permettait d'en prescrire : aucune autre boisson ne peut le remplacer.

Le nombre des phthisiques est toujours énorme, et malgré la mortalité qui les frappe, ils encombrent les divers services; il est regrettable qu'il n'existe pas d'hospices spéciaux pour les recevoir.

Les affections pseudo-membraneuses ont été graves à l'hôpital Sainte-Eugénie. Dans le service de M. Barthès, sur huit cas de croup, un seul s'est terminé heureusement sans opération; les sept autres, dont cinq opérés, ont été compliqués de broncho-pneumonie, et suivis de mort.

Parmi les affections éruptives, la variole domine; elle se développe souvent chez des individus vaccinés : parfois en même temps, ou à peu près, que les pustules vaccinales produites par une revaccination.

A ce sujet M. Ernest Besnier appelle l'attention sur les questions suivantes : Quel est le degré d'immunité fourni par les revaccinations animales?

Combien de temps après la revaccination cette immunité commence-t-elle à exister?

Quelle est la valeur des revaccinations négatives? « De ce que le vaccin n'a pas pris, on ne doit pas, dit-il, conclure qu'on est à l'abri de la variole, comme on le croit trop volontiers. »

De nouveaux faits sont venus mettre en lumière le danger d'admettre les varioleux dans les mêmes salles que les autres malades.

M. Hérard, à Lariboisière, M. Laboulbé, à Baujon, réclament vivement l'isolement des sujets atteints d'affections qui se communiquent à distance.

A l'Ourcine, dans le service de M. A. Després, une première variole hémorrhagique, reçue dans une salle de vénériennes, a provoqué une véritable épidémie qui a frappé en quarante-six jours dix-sept personnes. L'incubation a été moins longue que ne l'avait pensé Trousseau : de deux jours seulement au lieu de dix.

Avec la variole a coïncidé la varicelle, et il semblait que ces deux maladies, se produisant sous les mêmes influences, étaient d'une nature analogue. L'une et l'autre se sont montrées contagieuses, mais la varicelle n'a reproduit le plus souvent que la varicelle.

La variole s'est compliquée assez fréquemment, à la Pitié, d'une éruption scarlatiniforme ou morbiliforme.

Les rougeoles, fréquentes en ville, à ce que rapporte M. Empis, ont été remarquables par l'absence de fièvre et de toutes manifestations du côté des muqueuses. On les aurait prises pour des roséoles, si leur caractère contagieux ne s'était pas manifesté de la manière la plus évidente.

On a vu aussi un certain nombre de scarlatines, et je ne puis, pour ma part, malheureusement pas l'ignorer.

Les érysipèles ont été fréquents; M. Féréol en signale toute une petite épidémie dans une salle de la Charité.

Plusieurs éruptions herpétiques, telles que zonas, urticaires rhumatismales, etc., ont été vues par M. Empis.

Dans le même service, à la Pitié, on n'a noté aucune affection

puerpérale sur quatre-vingt-six accouchements, pendant les mois de janvier et février derniers.

Une seule femme est morte de péritonite puerpérale le dix-septième jour; mais elle était atteinte de tumeurs fibreuses multiples de l'utérus, et elle avait beaucoup souffert du ventre pendant les six derniers mois de sa grossesse.

A la Charité, au contraire, dans le service de M. Bourdon, des accidents se sont montrés fréquemment chez les femmes en couches. Dans le mois de janvier, sur quarante et un accouchements, il n'y avait eu qu'un seul décès occasionné par une bronchite généralisée, compliquée de pleurésie, chez une femme qui avait une gangrène profonde de la vulve et du périnée; mais les métrites et les métropéritonites ont été nombreuses; et, en outre, il s'est produit sept cas de gangrène de la vulve, dont trois très-graves. Une femme, qui a guéri, a eu successivement une métropéritonite, une arthrite très-douloureuse de l'articulation coxo-fémorale droite, une bronchite généralisée, deux pleurésies sèches et une *phlegmasia alba dolens*.

Ainsi l'influence épidémique qui s'était manifestée sévèrement durant le mois de décembre dans le service de M. Bourdon, s'y faisait sentir d'une manière bénigne pendant le mois suivant.

En février, elle y reprit une nouvelle intensité. Sur 38 accouchées, 7 femmes moururent, dont 4 d'affections puerpérales. Chez une d'elles il y avait, en outre de la péritonite, une gangrène de l'utérus et de la vulve; chez deux autres, seulement une péritonite; chez la quatrième, une arthrite purulente de l'articulation radio-carpienne, avec gangrène de la partie interne et supérieure des cuisses, et dans les derniers temps, phlébite des veines utérines avec caillots fibrineux. A l'autopsie, on ne trouva nulle part d'abcès métastatiques.

En dehors des femmes qui moururent, six autres furent atteintes d'accidents puerpéraux graves. On nota seulement deux gangrènes de la vulve pendant ce mois.

A Saint-Antoine, la salle d'accouchements de M. Lorrain, fermée à la suite des accidents puerpéraux qui s'y étaient produits, fut rouverte une première fois au bout de quinze jours; mais elle fut encore évacuée après deux autres cas mortels. Au bout de quinze autres jours de clôture, elle fut rouverte de nouveau, et cette fois il n'y eut plus de femmes sérieusement atteintes; mais deux enfants ont été affectés d'ophthalmie purulente, indice à peu près certain de l'infection puerpérale, selon M. Lorrain; et deux ont succombé à l'infection puerpérale proprement dite : c'est-à-dire, l'un à une péritonite, l'autre à une péritonite et à une méningite. Ces enfants n'étaient âgés que de 5 et 6 jours.

M. Ernest Besnier a tracé le tableau comparatif de la mortalité dans les hôpitaux pendant le dernier trimestre et pendant le trimestre correspondant de l'année précédente. Nous lui empruntons quelques-uns de ses chiffres.

Phthisie pulmonaire. — La mortalité a été de 255 décès pendant le mois de décembre 1867; de 253 en janvier 1868, et de 253 en février; total, 761 décès pour ce trimestre.

Dans le trimestre correspondant de l'année précédente, la mortalité par la même cause avait été de 269 décès en décembre 1866, 241 en janvier 1867, et 241 en février; total, 745.

Pneumonies. — Cette année, 60, 76, 95 décès; total, 231 pour le trimestre.

L'année précédente : 43, 82, 60; total 185 décès.

Bronchites et grippes. — Cette année, 19, 34, 28; total, 81 décès pour les trois mois.

L'année précédente : 19, 23, 20; total, 62 décès.

Variole et varioloïde, cette année : 29, 25, 22; total : 76.

L'année précédente : 6, 7, 3; total : 17.

Croup, cette année : 14, 18, 14; total : 46.

L'année précédente : 18, 2, 2; total : 22.

Sans suivre plus loin cette comparaison, on peut voir que la mortalité a été, relativement, assez considérable dans les hôpitaux pendant les derniers mois.

En effet, elle s'élève à 1,891 décès pour janvier et février réunis.

Avant de quitter le rapport de M. Besnier, disons que M. Empis vient d'expérimenter, à l'imitation de M. Delpech, l'action du phosphore dans les paralysies. Il s'en est parfaitement trouvé chez un malade atteint d'hémiplegie par suite d'hémorragie cérébrale déjà ancienne. Les doses ont été de deux, puis de trois milligrammes.

Société royale médicale et chirurgicale de Londres. — L'usage de l'ophthalmoscope se généralise de plus en plus en Angleterre. M. Clifford Allbutt vient de lire un travail important sur l'état du nerf optique et de la rétine chez les aliénés. Son étude a porté sur deux cent quatorze pensionnaires de divers asiles, et voici, d'après le « British medical journal », à quels résultats il est parvenu.

Sur cinquante-trois cas de paralysie générale, quarante-cinq ont présenté une atrophie plus ou moins prononcée du nerf optique; chez sept, le diagnostic pouvait être douteux; chez cinq seulement, l'œil était normal.

Suivant M. Allbutt, l'atrophie papillaire, en pareil cas, s'accompagne le plus souvent de l'atrophie des nerfs olfactifs; elle est en relation avec l'état de la pupille, qui, contractée dans le début, se dilate lorsque le processus atrophique est plus avancé; elle n'est pas en proportion constante avec l'affaiblissement des muscles orbitaires.

Le même auteur trouva également la papille atrophiée dans 5 cas d'idiotie sur 12 examinés.

Dans la manie, sur 51 cas, 25 présentaient soit de l'atrophie, soit de l'hyperhémie du nerf optique. M. Allbutt croit avoir remarqué qu'à la suite de chaque paroxysme, le fond de l'œil est hyperhémié pendant quelque temps.

Société clinique de Londres. — Depuis surtout que l'Académie de médecine s'occupe de la tuberculose, cette question est à l'ordre du jour en Angleterre. Aussi, à propos d'une observation de *phthisie fibroïde* communiquée par M. A Clark, une discussion s'est-elle engagée à la *Société clinique de Londres* sur ce qu'il faut nommer phthisie. Nous ne voulons pas entrer dans le fond du débat, craignant d'empiéter sur le lot de notre collègue et ami, M. Brochin.

Disons seulement que la phthisie fibroïde de M. Clark a été décrite sous le nom de pneumonie interstitielle dans le « Traité de la phthisie pulmonaire », de MM. Hérard et Corneil, pages 172 et suivantes.

Hôpitaux. — Nous avons appris que l'opération pratiquée par M. le professeur Jarjavay chez une femme atteinte d'une large fistule vésico-vaginale, avait eu seulement un résultat partiel. Il reste encore à obturer à peu près le tiers de la fistule. La malade est pour le moment sortie du service, où M. Labbé supplée M. Jarjavay, malade.

Dr Victor Revillout.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. DEMARQUAY.

Observation et nouvelles recherches sur la tumeur cirsoïde artérielle (1).

Cette observation, si importante à plusieurs titres, présente tout d'abord le caractère particulier d'une tumeur cirsoïde développée à l'extrémité d'un membre. Le fait est assez rare et assez important par lui-même, puisque M. Gosselin ne connaît qu'un seul exemple de ce genre : c'est celui qui fait le sujet de sa première observation. Dans le cas actuel, il est diffiile de faire une objection pareille à celle qui a été faite au travail de Breschet ou au mémoire de M. Cocteau; et il n'est pas permis d'élever le moindre doute sur le siége de la lésion artérielle, qui occupe exclusivement les ramuscules artériels du doigt et de la paume de la main. C'est là la lésion principale qui a provoqué l'intervention chirurgicale; la dilatation des artères radiale et cubitale n'a été que secondaire, et elle n'a fixé notre attention qu'au point de vue de l'explication de certains phénomènes sur lesquels nous aurons occasion de revenir.

Si nous en croyons un travail tout récent de M. le docteur Fauvel, du Havre, pareille production aurait été observée au bras; mais l'auteur la désigne sous le nom d'*anévrysme* cirsoïde, aussi ne faisons-nous que signaler le fait.

En cherchant encore quelles sont les régions du corps qui peuvent faciliter le développement de la tumeur cirsoïde, nous sommes amené à dire que, bien que M. Gosselin ne mentionne pas l'existence de ces tumeurs dans l'orbite, cette affection n'aurait été indubitablement constatée, au dire de M. Laburthe. Chose singulière, ce seraient justement les faits mêmes rapportés dans mon *Traité des tumeurs de l'orbite* qui seraient des exemples de véritables tumeurs cirsoïdes.

A ce propos, et sans vouloir suivre M. Laburthe dans la critique qu'il fait de mes opinions à ce sujet, je crois néanmoins devoir rappeler que déjà, depuis 1853, j'avais fait la part des prétendues tumeurs érectiles artérielles de l'orbite. Mon traité des tumeurs de l'orbite contient un certain nombre de faits, notamment ceux de Guthrie et de Schmeller, où la nature anévrysmale de la tumeur ne laisse pas le moindre doute. Est-ce à dire que la tumeur anévrysmale soit la seule variété d'altération ou de tumeur artérielle que l'on ait signalée dans cette région? Évidemment non. Le calibre de l'artère ophthalmique se prête mieux, au contraire, à sa dilatation générale, à son ampliation en tout sens; de là la possibilité de la formation d'une varice artérielle à la place d'une tumeur anévrysmale. Mais cet état ne dure pas longtemps, l'expérience le prouve; et, comme je l'ai établi, c'est l'anévrysme diffus consécutif qui lui succède bientôt.

Quant à la tumeur érectile artérielle, existe-t-elle? Mais nous savons que les tumeurs érectiles artérielles débutent presque constamment par la peau; que de plus elles sont, ou à peu près, congénitales; que rarement on y observe des battements et des bruits stéthoscopiques, et qu'enfin, le plus souvent, la ligature des troncs artériels est impuissante à en arrêter les progrès. Or, les prétendues tumeurs de l'orbite débutent constamment par les parties profondes; elles surviennent chez des sujets d'un certain âge, quelquefois même chez des vieillards; elles présentent des battements et des bruits de souffle; elles guérissent par la ligature de la carotide.

Nous sommes donc tout naturellement porté, on le voit, à rejeter l'idée de tumeur érectile artérielle développée dans la cavité orbitaire. Celle-ci, il est vrai, n'est pas la tumeur cirsoïde; et cette dernière pourrait bien exister, il n'y a pas de raison pour qu'il en soit autrement. Aussi ne serons-nous pas aussi exclusif que l'auteur dont nous avons parlé, qui *persiste à considérer les faits des auteurs signalés dans mon traité comme des exemples de tumeurs cirsoïdes*; nous admettrons néanmoins la possibilité d'existence de ces tumeurs dans cette région, ajoutant que nous n'en connaissons pas d'exemple bien authentique.

Encore un mot pour venir à l'appui de notre manière de voir. Une des conclusions de notre jeune confrère est celle-ci : *La ligature de la carotide est très-dangereuse dans les tumeurs cirsoïdes de l'orbite; d'ailleurs*, ajoute-t-il, *elle n'attaque pas directement la tumeur; le sang lui sera fourni de nouveau par les vertébrales.* Comment donc expliquer les succès obtenus par cette même ligature? Il semble ne pas se douter qu'il entre lui-même en contradiction avec ses principes. D'un côté, il croit à la tumeur cirsoïde orbitaire dans les exemples que j'ai rapportés; d'un autre, il signale les dangers de la ligature de la carotide dans les cas de ce genre. Mais mes observations sont justement de celles qui se sont heureusement terminées, et ces résultats, fort satisfaisants pour les malades, ne sont malheureusement pas d'accord avec ses conclusions. Il serait oiseux de prolonger, croyons-nous, cette discussion qui ne jette actuellement aucune lumière sur la question, et, en attendant que des faits bien évidents et clairement étudiés nous montrent l'existence de tumeurs cirsoïdes de l'orbite, nous nous rangeons à côté de M. Gosselin et nous nous contentons d'admettre la simple possibilité du développement de pareilles tumeurs dans cette région.

La question de savoir si la lésion qui fait l'objet de notre étude réside dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans la peau elle-même, nous offre plus d'intérêt. Il n'est pas indifférent, en effet, de préciser ce point d'anatomie pathologique. Au point de vue étiologique, l'étude de la tumeur cirsoïde en sera plus précise et plus complète; au point de vue du traitement, il est capital de savoir si c'est dans le tissu conjonctif sous dermique ou dans le réseau cutané que siége la tumeur anormale qu'on a sous les yeux. On comprend en effet, dans ce dernier cas, que la méthode opératoire qui consiste à pratiquer une ou plusieurs injections de perchlorure de fer dans la masse sanguine ne puisse avoir toujours d'excellents résultats, et qu'on lui préfère, au contraire, l'ablation entière de la tumeur : ceci serait facile, puisque la lésion serait isolée et indépendante des tissus voisins. Si, au contraire, ce sont les vaisseaux du tissu cellulaire sous-cutané qui sont intéressés, il y a alors relation directe entre ces vaisseaux et ceux des parties voisines, il y a solidarité de la tumeur avec les tissus ambiants; l'ablation en devient plus difficile si même elle n'est impraticable.

Sans doute, il n'est pas facile d'établir ce diagnostic différentiel. Je dirai même qu'au début, dans ces cas observés par quelques auteurs, où il y a eu primitivement un nœvus artériel, il a pu être impossible d'établir la distinction. Cela était alors sans importance, la maladie ne donnant lieu à aucun accident; mais il n'en est plus de même quand la tumeur a acquis un certain volume. On objectera peut-être que le début même de l'affection en explique le siége, et on pourrait alors croire que c'est la peau qui en est affectée. Mais hâtons-nous de reconnaître que la tumeur cirsoïde ne débute pas toujours par un nœvus; que c'est même là une exception; qu'il n'y a que coïncidence; que la présence d'un nœvus primitif n'est que l'indice d'une prédisposition à contracter la maladie qui nous occupe, sous l'influence d'une cause traumatique quelconque pouvant intéresser les ramuscules artériels. Et d'ailleurs, ne pourrions-nous pas ici invoquer l'opinion de S. Cooper, établissant la distinction entre le nœvus superficiel, qui n'est qu'une altération du tissu, et le nœvus sous-cutané que caractérise un tissu de nouvelle formation. Nous restons donc convaincu que la tumeur cirsoïde affecte primitivement, et généralement d'emblée, les ramuscules artériels sous-cutanés de la région où on l'observe.

Le siége précis de la tumeur cirsoïde étant donné, quels sont les rapports qui unissent ces vaisseaux, ainsi anormalement développés entre eux d'abord et ensuite avec le système veineux de la région? Entre eux, il est certain que de larges anastomoses y établissent une communication large et facile; la dénomination de J. Bell (anévrysme par anastomose) le faisait prévoir, et la situation de cette tumeur dans les régions médianes du corps où la communication est normale, justifie une pareille explication. Quant à la deuxième opinion, y a-t-il abouchement des vaisseaux artériels directement dans les canaux veineux? Y a-t-il communication, sans intermédiaire, des uns avec les autres? ou bien la circulation se fait-elle simplement par les capillaires, comme dans les autres tissus de l'économie? On est loin d'être d'accord sur ce point. Et, bien que la tumeur cirsoïde n'ait encore été bien étudiée que par M. Gosselin, plusieurs praticiens ont cependant émis diverses opinions sur sa nature et, en particulier, sur cette communication directe des artères et des veines.

Déjà Michon, se basant sur un fait clinique très-important, l'existence du bruit de souffle continu avec renforcement analogue à celui de l'anévrysme variqueux, avait pensé à cette communication de l'artère et de la veine. Longtemps avant lui, Roux avait aussi signalé l'existence d'une tumeur vasculaire présentant de l'analogie avec celle qui nous occupe, et qu'il avait désignée sous le nom de *mixte* précisément pour la distinguer des tumeurs érectiles uniquement artérielles ou seulement veineuses. Pourtant l'examen anatomique semble ne donner aucun fondement à cette opinion. Il n'a pas été permis de vérifier la présence de veines dilatées dans la tumeur cirsoïde qui a été examinée. Mais ce que le scalpel n'a pu démontrer, l'observation et le raisonnement paraissent l'établir d'une manière irréfutable, surtout si l'on considère :

1° La présence du bruit de souffle continu avec renforcement;

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

2° L'absence d'un réseau veineux bien manifeste à la surface de la peau qui recouvre la tumeur, circonstance qui, à *priori*, ferait croire à des communications profondes;

3° L'absence de stase sanguine malgré le développement exagéré des artères afférentes;

4° L'existence même de ces artères qui sont devenues visqueuses et dont la capacité a considérablement augmenté;

5° Enfin la cause traumatique elle-même qui expliquerait la présence de conduits veineux ainsi anormalement développés dans la tumeur cirsoïde.

Toutes ces raisons diverses qu'il nous a été donné de constater chez le jeune malade qui fait le sujet de notre observation, suffisent, nous semble-t-il, pour établir le fait de la communication de la veine et de l'artère. Nous faisons cependant nos réserves jusqu'à ce que l'examen anatomique nous ait donné raison. D'une manière rigoureuse, nous ne pouvons qu'élever des conjectures sur ce point; mais nous sommes assez disposé à croire à la communication artério-veineuse directe, et nous espérons que des observations consciencieuses et attentives rendront très-manifeste la continuité de l'artère et de la veine dans la tumeur cirsoïde artérielle.

Quoi qu'il en soit, nous avons eu sous les yeux l'exemple d'une tumeur cirsoïde non congénitale, développée assez rapidement chez un jeune sujet. Son évolution a à peine duré huit années; et l'on sait que la plupart des faits signalés par les auteurs n'ont été observés que vers l'âge de 20 ou 30 ans, bien que la lésion ait eu une existence sinon congénitale, ait du moins remonté à une époque fort antérieure. Ici, le début a été fixé d'une manière précise qui ne permet pas le moindre doute. Son évolution a été suivie pas à pas; son développement a été soigneusement observé, et d'après l'aperçu symptomatologique de ce malade, il ne saurait exister un seul doute sur l'étiologie de cette production anormale. Sous le rapport de la rapidité d'évolution, ce cas présente donc un autre intérêt qu'on retrouvera d'ailleurs toutes les fois que la tumeur reconnaîtra une cause traumatique.

La question du diagnostic n'a pas, dans ce cas, subi la moindre incertitude. Avec quoi, en effet, aurait-on pu confondre cette tumeur? Avec un anévrysme variqueux? Mais nous n'avions pas ici la forme allongée et uniforme qui caractérise cette lésion. D'ailleurs, l'absence de caillots sanguins éloignait toute idée d'anévrysme. D'un autre côté, la présence des battements isochrones aux pulsations artérielles et le bruit de souffle que donnait l'auscultation, en faisaient nécessairement une lésion vasculaire. Cependant, si nous en jugeons par une observation assez incomplète de Garengeot, le diagnostic ne serait pas toujours aussi facile (1). Il est vrai qu'on ne saurait baser une règle de conduite sur un fait incomplétement reproduit, et il faut se tenir en garde contre les prétendues tumeurs sanguines de ce temps-là.

Dans tous les cas, il était urgent de remédier à cet état pathologique. Aussi n'avons-nous pas hésité à recourir immédiatement à un traitement curatif pour mettre cet enfant à l'abri des accidents sérieux que chacun sait pouvoir survenir dans ces cas.

On demandera peut-être, surtout après avoir pris connaissance de la belle monographie de M. le professeur Gosselin, pourquoi nous avons eu recours à la ligature préventive des deux artères de l'avant-bras? Le perchlorure de fer seul n'eût-il pas suffi? Nous ne l'avons pas pensé. En présence d'une tumeur aussi volumineuse, en face de canaux vasculaires si dilatés et dans lesquels se faisait néanmoins encore une circulation relativement si active, il y avait à craindre, il fallait redouter la formation de caillots sanguins dans la tumeur artérielle. Une compression digitale, même méthodique, peut malgré tout demeurer infidèle. Il fallait donc prévoir le cas où un caillot, même minime, eût pu se détacher. Ne fallait-il pas aussi, en prévision de la suppuration probable des points où pénétrerait la seringue de Pravaz, se prémunir contre les accidents qui eussent pu survenir à ce moment. Tous ces dangers pouvaient être prévus et évités au prix d'une ligature simple et sans danger, ne pouvant avoir aucune funeste conséquence. L'opération était des plus innocentes; elle n'amena pas même un léger engourdissement dans la main. Dès lors, l'injection de perchlorure de fer devait se faire en toute sécurité et dans les meilleures conditions de réussite possibles.

Le résultat n'a pas trompé notre attente; à part les accidents inhérents à toute opération de cette nature, le succès a été complet. Aussi ce nouveau fait nous a-t-il paru une éclatante vérification des idées de M. Gosselin et mérite-t-il une place arrêtée dans la statistique du traitement des tumeurs cirsoïdes artérielles par les injections de perchlorure de fer.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 26 février 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Larrey. La statistique des hôpitaux civils de Paris nous fournit déjà des documents et des renseignements très-intéressants; leur importance et leur intérêt ne fera que s'accroître; mais il serait important de pouvoir y joindre celle des hospices de convalescence de Vincennes et du Vésinet. Cela serait d'autant plus nécessaire, que beaucoup d'amputés vont terminer leur guérison dans ces deux établissements, et que c'est là surtout où l'on peut étudier les résultats éloignés fournis au point de vue de l'utilité des membres par diverses amputations.

Il serait d'un intérêt considérable de posséder, d'une manière aussi complète que possible, la statistique de nos hôpitaux civils et militaires qu'on pourrait ainsi comparer.

M. Broca. Au point de vue scientifique, il serait désirable que les vœux de M. Larrey puissent être remplis; mais les hôpitaux de Vincennes et du Vésinet dépendent directement du Ministère de l'Intérieur; l'administration des hôpitaux ne peut y intervenir, et il serait difficile, sinon même impossible pour le moment, d'obtenir à Vincennes et au Vésinet la rédaction d'une statistique sur les mêmes bases et dans le même cadre que celle de l'Assistance publique.

M. Larrey. La Société de chirurgie obtiendra probablement sous peu l'audience qu'elle a demandée à S. Exc. M. le Ministre de l'Intérieur; peut-être alors pourrait-elle utilement appeler son attention sur ce point.

M. Marjolin. Beaucoup de nos malades, sachant que l'asile de Vincennes est dans de meilleures conditions hygiéniques que nos hôpitaux, s'y rendaient pour y prendre un air plus salubre et aussi pour s'y faire opérer. M. Laborie a pratiqué, à l'Asile impérial, un assez bon nombre d'opérations et avec beaucoup de succès. Il serait à désirer qu'on pût, avec les registres de cet établissement, compléter les notes que notre regretté collègue a laissées sur ce sujet. Cela doit être possible. Tous les mois, on nous présente à signer une feuille sur laquelle se trouvent inscrites les opérations que nous avons pratiquées pendant le mois précédent. Il me paraît plus que probable qu'on a dû tenir note, à Vincennes, des opérations faites.

M. Léon Lefort. L'administration, en entreprenant l'important travail dont elle vient, par l'intermédiaire de M. Broca, de nous soumettre les premiers résultats, est entrée dans une voie excellente, et nous devons l'aider de toutes nos forces à y persévérer. Je n'ai pas à signaler les imperfections de la statistique qui nous est soumise, je ne voudrais même pas le faire, car il y aurait injustice à demander qu'on arrivât du premier coup à la perfection dans une œuvre aussi délicate. La statistique des hôpitaux de Paris ne peut être bonne que si les éléments qu'on fournit à l'administration sont absolument sérieux; colliger plusieurs milliers de fiches statistiques isolées est un travail dont on ne peut sortir qu'avec la plus grande difficulté. Il serait à désirer que nous vinssions en aide à l'administration en lui remettant chaque année, sous forme de rapports, la statistique, faite sur un cadre uniforme, de nos services respectifs.

M. Després. La statistique est faite à l'administration centrale, longtemps après que les malades ont quitté les hôpitaux; lors donc que les feuilles individuelles portent des indications insuffisantes, il est trop tard pour les compléter. Aussi trouvons-nous, dans les tableaux publiés, beaucoup de désignations vagues: phlegmons, sans autre spécification; amputation des doigts, sans qu'on puisse savoir s'il y en a un ou plusieurs d'amputés. Je soumets ces *desiderata* à M. Broca, puisqu'il est, à l'administration, le directeur de la statistique.

Il serait désirable que la statistique fût faite, dans chaque hôpital, au fur et à mesure de la sortie des malades, par un employé spécial.

M. Verneuil. L'administration a supprimé, pour les concours des prix de l'internat, une épreuve excellente: celle du mémoire inédit, remis par chacun des candidats. Elle pourrait, avec avantage, rétablir cette épreuve sous la forme d'un prix de statistique et récompenser les internes qui fourniraient les meilleurs documents.

M. Giraldès. L'administration est entrée dans une voie utile, mais les lacunes que présentent ses statistiques ne sont pas de son fait. Elle ne peut mettre en œuvre que les documents qui lui sont fournis, et ils ne sont pas toujours rédigés avec un soin suffisant. M. Le Fort disait qu'il faudrait faire la statistique générale au moyen de statistiques partielles; je suis de son avis. Il y avait autrefois, dans le service de Dupuytren, l'interne chargé du service des observations; c'est une organisation à laquelle nous pourrions avec avantage emprunter quelques améliorations à l'état de choses actuel.

M. Trélat. Le tableau numéro 10 comprend les hôpitaux généraux desquels on a éliminé les services de chirurgie; les hôpitaux spéciaux, comme les cliniques et Saint-Louis, il y a là un *desideratum* qui ne tient qu'à une question de forme, mais qu'il serait utile de faire disparaître, car les services de chirurgie de ces hôpitaux n'ont rien de spécial qui les distingue de ceux des autres établissements tels que Beaujon, l'Hôtel-Dieu, la Charité, etc.

Quant aux statistiques partielles que demande M. Le Fort, elles me paraissent inférieures aux fiches individuelles, mais il faut que ces fiches soient exactes et bien faites.

M. Després insiste sur l'utilité d'un employé spécial chargé, dans chaque hôpital, du dépouillement des feuilles de statistique.

M. Broca. L'organisation générale de la statistique a été faite par une commission dont je faisais partie, mais je ne suis en aucune façon directeur de la statistique. Je me suis occupé seulement du dépouillement des opérations chirurgicales; je me suis borné, tout à l'heure, à demander à mes collègues si, dans ces tableaux, ils ont quelques modifications à conseiller à l'administration.

Comme le dit M. Després, il y a inconvénient à ce que le dépouillement et le classement soient faits si longtemps après que les malades ont quitté l'hôpital; mais ces retards ne vont pas tarder à disparaître. Dans les premières années, on manquait d'habitude, on découvrait à chaque instant, dans les fiches, des lacunes et des erreurs, et on a attendu, pour publier la première année, que le dépouillement de la seconde année fût achevé. Aujourd'hui, on peut marcher plus vite et mieux, car les feuilles statistiques sont mieux faites; les préventions qui régnaient au début sont effacées ou tendent à disparaître; nous n'en sommes plus à l'époque où Dupuytren regardait comme une injure personnelle un regard (indiscret, suivant lui), jeté sur les résultats de sa pratique hospitalière; tous, aujourd'hui, nous acceptons la responsabilité de nos œuvres.

J'avais demandé la suppression du relevé mensuel des observations, car ce relevé est presque toujours inexact et il fait double emploi; mais par cela même que la statistique est en retard, le relevé mensuel est indispensable, car il faut que, dans l'année même, l'administration puisse, s'il en est besoin, savoir quelles opérations ont été pratiquées dans les hôpitaux.

Contrairement à ce qu'a dit M. Le Fort, je crois les fiches individuelles préférables à une statistique faite pour chaque service annuellement par chaque chef de service; mais il faut que les feuilles soient exactement faites. Quant à moi, je fais faire l'en-tête par un externe, et j'en remplis les blancs moi-même. Si nous faisions nous-mêmes nos statistiques, elles ne concorderaient pas; sans doute il n'y aurait pas d'erreurs sur les chiffres absolus des guéris ou des morts; mais les classifications différeraient pour chaque service, il n'y aurait aucun ensemble; il vaut donc mieux que ce soit une même personne qui verbalise toutes les fiches et fasse la statistique sous des rubriques identiques pour tous les hôpitaux.

M. Léon Lefort. Je ne saurais me ranger de l'avis de M. Broca. Une statistique exacte est bien plus facile à faire par celui qui a soigné le malade que par un étranger, quelque intelligent qu'il puisse être. Il ne s'agit pas de substituer nos statistiques à celles de l'assistance publique; l'administration doit, dans cette œuvre, être secondée de tous nos efforts; continuons à lui fournir les fiches statistiques qu'elle nous demande, et faisons-les les plus exactes possibles, c'est notre devoir et notre désir à tous; mais je soutiens qu'il serait utile que chacun de nous fît, chaque année, sa statistique partielle, et toutes ces statistiques concorderont si nous suivons un cadre uniforme. Or, précisément ce que je demande, c'est que nous nous entendions tous pour discuter et accepter le même cadre, ainsi que cela a été fait récemment en Angleterre pour beaucoup d'hôpitaux. L'œuvre de la commission à les lacunes et des imperfections que nous pourrions faire disparaître en mettant nos efforts en commun; aujourd'hui que nous avons en statistique chirurgicale l'expérience qui, il y a quelques années, nous manquait à tous. Depuis quatre ans, je fais moi-même ma statistique, que je remets, à la fin de l'année, à l'administration; c'est un travail de quelques minutes chaque jour, au moment où nous signons nos cahiers de visite.

Présentation d'une tumeur formée par l'hypertrophie des glandes sudoripares.

M. Demarquay présente une tumeur du volume d'un œuf, qu'il a enlevée dans la région de l'aine d'un homme âgé de 55 à 56 ans. Ce malade avait été adressé dans le service de M. Demarquay comme étant affecté d'une tumeur cancéreuse. La première impression avait été, en effet, que la tumeur qui était bosselée, irrégulière, exulcérée, était cancéreuse. Mais un examen plus attentif modifia le diagnostic et il fut en effet facile de constater, après l'ablation du mal, que le produit pathologique était formé par l'hypertrophie des glandes sudoripares. C'est ce qui résulte de la note suivante, qui a été rédigée par M. Bouchard, après un examen attentif de la tumeur au microscope.

La tumeur est constituée par une substance rougeâtre un peu pulpeuse, appliquée sur la face profonde du derme, dont elle pénètre le tissu par des prolongements coniques qui s'insinuent dans ses alvéoles et qui lui adhèrent intimement. Cette masse est libre par la face qui repose sur le tissu cellulo-adipeux sous-cutané.

Son tissu est un peu friable et assez difficile à dilacérer à cause de la résistance du tissu conjonctif, qui semble le cloisonner et le diviser en lobules, à cause aussi de la fragilité de la substance propre.

Cette substance est constituée par des tubes de diamètre variable dépassant en général celui des glandes axillaires. Ils sont flexueux, entrecroisés, pelotonnés. Leur membrane, d'enveloppe anhiste, très-mince, très-transparente, est doublée extérieurement d'un tissu conjonctif peu abondant où prédominent les fibres lamineuses et les cellules fusiformes, dont les prolongements sont très-longs et très-grêles.

L'intérieur des tubes est rempli par des cellules étroitement tassées les unes sur les autres, ce qui donne à leur ensemble une disposition parimenteuse. La masse que constituent ces cellules est d'un brun rougeâtre par transparence un peu opaque, et paraît de distance en distance, tachée d'amas de granulations graisseuses et pigmentaires. Les cellules obtenues à l'état d'isolement sont caractérisées par un noyau sphérique ou légèrement ovoïde entouré d'une masse cellulaire très-exactement appliquée sur le noyau, ce qui, au premier abord, ne permet pas de la distinguer nettement. Quelques-unes de ces cellules sont franchement polyédriques; quelques-unes enfin, plus anguleuses, émettent des prolongements assez grands qui s'insinuent entre d'autres éléments semblables.

M. Verneuil. Les adénomes sudoripares sont fréquents, et cela explique les idées anciennes sur la non-reproduction et la bénignité de certaines tumeurs de la peau, dites cancéreuses. Les signes cliniques sont clairs quand la tumeur siége à la face; dans certaines régions, comme à l'aisselle, on les diagnostique d'autant plus facilement, qu'on s'attend à les trouver; mais on éprouve de grands embarras quand la tumeur siége au milieu des téguments du tronc. J'ai vu, sur le sternum, une de ces tumeurs datant de quatorze ans. Leur marche est extrêmement lente; elles sont indolentes souvent, même au toucher; la peau est intacte à une petite distance; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire, pas de développement pupillaire autour des ulcérations. Les épithélèmes siégent surtout aux environs des orifices.

Nous avons encore à faire l'histoire clinique des tumeurs sudoripares siégeant sur les membres.

M. Broca présente une pièce pathologique offrant les particularités suivantes:

Elle provient d'un jeune homme de 19 à 20 ans, atteint, depuis dix ans, d'une tumeur blanche du genou, et auquel M. Broca a fait l'amputation de la cuisse. En examinant l'articulation, après l'avoir sciée longitudinalement, on voit une petite masse blanche, cartilagineuse, située au-dessous de la surface articulaire du tibia, au voisinage du point d'insection du tendon rotulien et ayant une direction parallèle à l'axe du tibia. Elle paraît être due à l'hypertrophie de l'une des deux lames cartilagineuses d'ossification qui séparent la diaphyse de l'épiphyse supérieure de l'os. Bien que cette lame soit le produit d'un état pathologique, sa structure est celle du cartilage normal.

M. Després croit qu'il s'agit d'une néoplasie cartilagineuse et non d'une simple hypertrophie, néoplasie dont il a déjà vu un exemple, et qui serait due à l'inflammation.

M. Broca ne croit pas qu'il s'agisse d'une néoplasie, puisque la lame cartilagineuse normale est une dépendance du cartilage épiphysané normal.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Léon Le Fort.

(1) *Chir. de Garengeot*, vol. II, p. 433.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

37. Lafage (Eugène). Essai sur les Ulcères variqueux et leur traitement.
38. Pradines (André). Étude sur l'Accouchement prématuré artificiel.
39. David (Charles). Étude sur l'Étiologie de l'Ascite.
40. Paris (Léger). De la Médication topique de l'Urèthre.
41. Castellanos (Manuel). De l'Hypertrophie du ventricule gauche à la dernière période de la maladie de Bright.
42. Chomel (Siméon). Recherches sur les altérations des Reins dans le rhumatisme articulaire aigu.
43. D'Hurlaborde (Adolphe). La maladie d'Addisson n'est pas une entité morbide.
44. Guigues (Gustave). De l'action physiologique et thérapeutique de l'Iode.
45. Landau (F.-A.). Théories et traitement de la Glycosurie.
46. Sogniès (Armand). Sur l'Etiologie de la phthisie.
47. Lafaye (Arnaud). De la Gangrène dans la rougeole.
48. Drouault (Téo). Essai sur les tumeurs fibreuses de l'utérus.
49. Escarra (Raphaël). De quelques phénomènes curieux chez les Hémiplégiques.
50. Jacquinet (Achille). Des affections de l'Utérus, influence de leurs sympathies sur leur diagnostic et leur traitement.
51. Picard (Henri). De l'Acide Cyanhydrique.
52. Aoust (Léon). De la Pneumonie à forme nerveuse.
53. Legrand (Eugène). Essai sur le charlatanisme et les préjugés en médecine.
54. Charcellay (Albert). Du traitement de la Dysenterie.
55. Labat (Benoît). De la rupture artificielle des membranes.
56. Leclère (Elysée). Etude sur quelques accidents nerveux aigus de l'alcoolisme chronique,
57. Michel (J.-B.). Des Oreillons, Etude critique sur leurs métastases. Orchite.
58. Cavelier de Cuverville (Henri). Du Rectocèle vaginal.
59. Ménière (Emile). Des moyens thérapeutiques employés dans les maladies de l'oreille.
60. Reynaud (Maximin). Essai sur les rétrécissements de l'Urètre.
61. Martin (Prosper). Préparations et usages thérapeutiques du fer.
62. Naussac (Henri). Considérations sur la saignée.
63. Le Véziel (Albert). De la mort apparente des nouveaux-nés.
64. Bricquebec (Charles). Etude sur quelques points de la séméiotique des Hémiplégies récentes dans le ramollissement et dans l'Hémorrhagie de l'Encéphale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 11 mars 1868, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Daniel, médecin principal de la marine; de Finance et Doguin, médecins-majors de 1re classe; Jeannel, pharmacien principal de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Jacquemin, médecin-major de 1re classe; Riolacci, médecin-major de 2e classe; de Gasté, médecin aide-major de 1re classe; Moisson, Riché, médecins de 1re classe de la marine; Gailhard, médecin de 2e classe de la marine.

— Par décret, en date du 14 mars 1868, ont été nommés chevaliers dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur : MM. les docteurs Gaudin (Bastia), Labrousse (Montignac), Bougot (Baulon), Larnaudie (Grèze), Comon (Longuyon), Laugier (Irissarry).

— On nous annonce un malheureux événement. M. le docteur Olivier Moutton, médecin de l'hospice de Montceau-les-Mines (Saône-et-Loire), vient de succomber, ces jours derniers, à une inflammation phlegmoneuse du bras, qu'il avait gagnée en soignant les victimes de la catastrophe de Blanzy.

— M. le professeur Sée commencera le cours de thérapeutique le mercredi 18 mars à deux heures, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis.

— *Hôpital des Enfants-Malades.* — M. le docteur Henri Roger, professeur agrégé de la Faculté, commencera le *cours clinique des maladies des enfants* (semestre d'été) le mercredi 25 mars, et le continuera les mercredis suivants. Visite des malades et conférences cliniques tous les jours à 8 heures et demie. Leçons à l'Amphithéâtre le mercredi à 9 heures.

— M. le docteur Bucquoy, agrégé, suppléant de M. le professeur Grisolle, commencera ses leçons de clinique médicale, à l'Hôtel-Dieu, le mercredi 18 mars à 9 heures un quart, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de l'étudiant oculiste, traité pratique du choix des lunettes et de l'examen de l'œil à l'aide de l'ophthalmoscope, par Arthur Chevalier. 1 vol. in-12 de 246 pages et 90 figures dans le texte. Prix : 3 fr., franco.

Du même auteur : **L'étudiant micrographe, traité théorique et pratique du microscope et des préparations, etc.** 1 vol. in-8° de 563 pages et 200 figures dans le texte, deuxième édition. Prix, 7 fr. 50, franco.

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, avec la structure microscopique des organes et celle des tissus, par le Dr Fort. 1 vol. in-12 de 1,120 pages et 182 figures dans le texte. Prix : 11 fr. 50, franco.

Les trois ouvrages ci-dessus se trouvent chez Adrien Delahaye, éditeur.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 33. — JEUDI 19 MARS 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 19 MARS 1868. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Hôtel-Dieu de Troyes (M. Viardin). Arthropathie liée à l'ataxie locomotrice progressive. — Ovariotomie, par M. E. Koberlé. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, 16 mars 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la tuberculose a fait à peu près à elle seule les frais de la séance, et c'est à une savante et spirituelle argumentation de M. H. Bouley qu'on en doit tout l'intérêt. M. Bouley a apporté, au nom de la médecine vétérinaire, un appoint important en faveur des faits de M. Villemin; — nous disons des faits et non de la doctrine de M. Villemin, parce que sur certains points de doctrine, et en particulier sur le rapprochement que M. Villemin a fait entre la morve et la tuberculose, M. Bouley n'est pas tout à fait de son avis, ne voyant tout au plus qu'une analogie là où M. Villemin voit presque une identité. M. Bouley a saisi l'occasion de ce rapprochement pour emprunter à l'histoire de l'évolution de la morve des faits qui peuvent contribuer à éclairer, à plusieurs égards, l'histoire de l'évolution de la tuberculose. Nous croyons qu'il y aurait beaucoup à dire sur la théorie, très-ingénieuse d'ailleurs, de la marche par voie d'élimination que M. Bouley a développée au sujet de l'évolution de la morve et qu'il proposerait d'appliquer à l'explication du développement du tubercule. Mais nous craindrions de nous engager à faux peut-être, n'ayant du discours improvisé du savant orateur (M. Bouley n'écrit jamais ses discours) que l'impression qu'il a faite dans notre mémoire et quelques notes rapides nécessairement insuffisantes pour servir de base à une argumentation. Tout ce que nous en pouvons dire, c'est que l'impression générale de ce discours est tout entière en faveur de M. Villemin, à qui M. Bouley a rendu, en terminant, un éclatant hommage.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU DE TROYES. — M. VIARDIN.

Arthropathie liée à l'ataxie locomotrice progressive.

(Observation recueillie par M. Raoul Hervey, interne des hôpitaux).

Dans le premier numéro des *Archives de physiologie* normale et pathologique, le docteur Charcot vient d'appeler l'attention sur certaines arthropathies qui se manifestent quelquefois dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive. L'observation suivante d'arthropathie survenue dans le cours d'une myélite scléreuse des cordons postérieurs, nous a semblé pouvoir rentrer dans le groupe de celles qu'a publiées M. Charcot, faire corps avec elles, et apporter sa part « au contrôle d'observations nouvelles » que demande l'auteur à la fin de son travail.

Le nommé P... Eugène, employé, âgé de 33 ans, célibataire, est entré, le 9 septembre 1867, salle des hommes, n° 33.

Son père, âgé de 66 ans, jouit d'une bonne santé; sa mère est morte à 57 ans de la dyssenterie; sa sœur est bien portante, elle a eu trois enfants qui ont succombé tous trois : l'aîné à 11 ans; le second à 7 ans, de la même affection que sa grand'mère; le dernier à 2 ans.

Jusqu'à 10 ou 12 ans, P... était faible, il éprouvait souvent des étourdissements, « des dernitures ». La petite vérole, la rougeole, une fièvre typhoïde à 12 ans, tel est le tribut qu'il paya à la maladie pendant cette période; il n'avait pas été vacciné, sa petite vérole fut discrète et bénigne; son visage n'offre que quelques cicatrices à peine apparentes.

Le logement qu'il habitait chez son père était très-humide, voisin de la Seine, où il prenait encore à tout propos des bains partiels ou complets.

A 20 ans, il est réformé pour faiblesse de constitution. Il se rend alors à Paris, où il habite un troisième étage aux Batignolles; mais, en sa qualité d'employé à l'octroi, il est souvent mouillé, il a presque toujours les pieds refroidis. Pour parer à ces inconvénients, il accomplit consciencieusement ses fonctions, et les tonneaux de vin blanc sont, de sa part, l'objet de scrupuleuses et trop nombreuses vérifications; l'absinthe est aussi de son goût; enfin au chapitre de ses excès il faut encore signaler plusieurs chaude-pisses et la vérole. Il les soigna, sans doute, fort mal; une exostose volumineuse de l'extrémité supérieure du fémur droit, une miction lente, un jet d'urine petit en sont les témoignages actuels. Il aurait eu à 21 ans une seconde fièvre typhoïde. (?) On s'est assuré que le malade n'a jamais éprouvé d'atteintes de rhumatisme articulaire, soit aigu, soit chronique.

Philipon fut encore employé dans une fabrique de produits chimiques pour la photographie; là, il s'aperçoit que ses mains tremblent, et n'en continue pas moins ses excès alcooliques qu'il reconnaît cependant en être la cause évidente.

En 1863-1864, à 30 ans, Philipon éprouve des étourdissements; il s'aperçoit que sa vue devient faible et les objets lui semblent tout jaunes; en même temps se manifestent une déviation en dedans de l'œil gauche et une dilatation notable de la pupille du même côté. Puis la vue s'affaiblit de plus en plus, tellement que bientôt c'est à peine s'il voit pour se conduire; il revient alors chez son père où il habite de nouveau le logement humide et malsain de Saint-Julien.

Après cinq ou six mois de séjour dans son pays, la vue revint un peu, et Philipon put prendre une place d'employé aux écritures. Dans le bureau où il écrivait, il recevait un courant d'air dans les jambes, et c'est à cela qu'il rapporte une première attaque de douleurs fulgurantes pour laquelle il reçut les soins du docteur Vauthier. Ces douleurs n'ont pas eu de siége particulier et semblent avoir occupé tout le corps. Elles le retinrent au lit deux à trois jours, puis il recommença à faire des écritures.

A Noël 1865, il se levait la nuit pour faire réveillon, quand, en mettant ses pieds à terre, il sentit que son pied gauche était le siége de fourmillements, « comme lorsqu'on est resté trop longtemps les genoux croisés ». Il lui sembla que son pied gauche était froid et volumineux; quand il voulut marcher, il crut que son pied se posait sur du coton, et y ayant porté la main, il s'aperçut qu'il ne sentait pas les pincements.

Dans la nuit, cette sensation d'engourdissement s'étendit peu à peu au genou gauche, puis au membre inférieur gauche entier, enfin à toute la partie latérale gauche du tronc. Le malade ressentait dans toutes ces parties des fourmillements, « comme quand on a gardé quelque temps une fausse position ». Jamais il n'a éprouvé de douleur en ceinture, ni de rachialgie.

Néanmoins il pouvait encore retourner chaque soir de Troyes à Saint-Julien (5 kilomètres), mais lorsqu'il marchait, il ne sentait pas sur quoi il posait ses pieds, il lançait ses jambes en avant. Lorsqu'il descendait de son lit, il ne sentait pas quand son pied arrivait à terre. En même temps, le malade s'apercevait d'une sorte d'engourdissement dans les deux derniers doigts de chaque main, trouble qu'il rapporte au courant d'air et au contact permanent de ces doigts sur le papier. Tels sont les symptômes qu'il remarqua jusque vers le milieu de l'année 1866.

A cette époque, il retournait encore chaque soir chez son père, à Saint-Julien, quand, dans l'espace d'une nuit, sans qu'il se fût fatigué plus que de coutume, sans qu'il eût reçu de coup dans cette région, le genou gauche devint le siége d'une tuméfaction considérable, tuméfaction qui ne s'accompagna d'aucune rougeur, d'aucune douleur : aussi n'appela-t-il aucun médecin, se contentant de faire sur le genou des frictions avec l'alcool camphré.

Ce gonflement du genou ne l'arrêta pas; mais il remarqua que quand il marchait un peu plus, quand il se fatiguait, le genou devenait plus volumineux et sa marche plus embarrassée. Ce gonflement ne disparut jamais complétement, et au mois de juillet 1867 le malade commença à y sentir des craquements pendant les mouvements de flexion et d'extension.

Dans l'intervalle qui sépare l'apparition de l'arthropathie du genou gauche et celle des craquements dans cette jointure, le malade éprouva trois attaques de douleurs fulgurantes, sans compter des douleurs de même nature, mais moins violentes qui survenaient aux changements de temps : celles-ci occupaient tantôt la cuisse, tantôt le genou, les épaules ou les chevilles.

Depuis sept à huit mois, le malade a remarqué que ses garde-robes deviennent rares. Enfin depuis l'an dernier il a noté qu'il était devenu très-impressionnable par l'eau froide; ayant voulu prendre un bain froid, il fut tellement saisi, qu'il faillit se noyer.

C'est l'aggravation des troubles de la marche, l'arthropathie du genou gauche qui le font entrer à l'Hôtel-Dieu.

État actuel. Décembre 1867. Le strabisme de l'œil gauche est très-prononcé; aussi, quand on fait fixer un objet au malade, cet œil suit-il difficilement tous les mouvements qui le portent en dehors; il n'en est plus de même, quand on fait préalablement fermer l'œil droit; en tous cas, le strabisme convergent se reproduit aussitôt la fin de l'expérience. La pupille gauche est très-dilatée; celle de l'œil droit est normale. Le malade peut lire, mais, au bout d'un quart d'heure, sa vue se trouble; si alors il ferme les yeux et les repose ainsi quelques instants, il peut reprendre sa lecture; le malade dit qu'il ne pourrait pas lire de l'œil gauche, qu'il voit tout jaune avec cet œil-là, que l'œil droit seul est très-bon. L'examen ophthalmoscopique, fait par M. le docteur E. Viardin fils, n'indique pas de grandes différences entre les deux yeux. Des deux côtés, la papille a un aspect blanchâtre, et les vaisseaux semblent disparaître avant leur point de convergence; la seule différence appréciable serait une sorte de cercle noirâtre autour de la pupille du côté gauche, ce qui la ferait paraître un peu déprimée. Le gonflement du genou gauche a beaucoup diminué, au dire du malade; néanmoins, il persiste encore, surtout à la partie interne de l'articulation, et l'excès de volume est rendu plus frappant par la comparaison des deux genoux; en outre, quand on fait exécuter des mouvements à l'articulation, on sent et on entend des craquements manifestes.

Le membre inférieur gauche est peut-être moins gros que le droit; le malade a remarqué ce fait depuis quatre ou cinq mois. Quand on fait marcher le malade, on est frappé de la manière dont il projette ses jambes en avant; le fait est plus remarquable encore à mesure que le jour décline, et la marche est presque impossible, une fois la nuit arrivée. Si on l'engage à marcher droit devant lui vers un point déterminé, on remarque qu'il dévie d'un côté ou de l'autre, et si pendant qu'il s'avance ainsi on lui ordonne brusquement de se retourner, il ne peut le faire sans compromettre son équilibre. Lui fait-on fermer les yeux, pendant qu'il marche, il chancelle bientôt et tomberait certainement s'il n'était soutenu.

Les douleurs fulgurantes n'apparaissent qu'avec les variations de température; encore sont-elles bien moins intenses qu'autrefois; mais, en revanche, la marche est beaucoup plus difficile.

Le malade étant couché, ses yeux étant fermés, on constate qu'il a perdu la notion de position; ainsi, quand on lui ordonne de prendre son pied gauche, par exemple, il se trompe ou il ne va pas le chercher là où on l'a placé. Le chatouillement n'est pas perçu à la plante du pied gauche, tandis qu'à droite il l'est parfaitement; il semble même qu'à gauche le chatouillement produit un mouvement réflexe(?); il n'y a rien de semblable à droite.

Quand on presse progressivement sur le tibia du côté gauche, le malade ne peut pas dire ce qu'on lui fait; à droite, il en rend compte au moindre contact.

Le pincement est bien perçu des deux côtés, mais sans douleur, alors même qu'il est très-énergique.

La notion de température est intacte.

Si, le membre inférieur gauche étant fléchi, on engage le malade à empêcher l'extension, on ne peut y arriver, quelque effort qu'on emploie. Il en est de même à droite. Si, au contraire, on l'engage à résister à la flexion, le membre étant préalablement étendu, on peut fléchir à gauche, mais on n'y parvient pas à droite.

Aux membres supérieurs, le malade se plaint d'engourdissements dans l'annulaire et le petit doigt de chaque main; il sent bien quand on le pince à ce niveau.

Si on lui ordonne, après lui avoir fermé les yeux, de porter son indicateur sur son nez, il hésite surtout quand il le fait avec la main gauche.

Quant à l'état général, il est excellent : bon appétit, digestions naturelles, etc.

Le malade ne va à la garde-robe que tous les trois ou quatre jours; quelquefois les selles se font attendre huit jours.

Dans ce cas, les symptômes de l'ataxie locomotrice : phénomènes oculo-pupillaires, douleurs fulgurantes, incoordination motrice, se sont succédé d'une façon simple, et le diagnostic était facile au moment où le malade fut soumis à notre observation.

Tout l'intérêt de ce fait se concentre sur l'arthropathie qui s'est montrée brusquement au niveau du genou gauche. Le gonflement de cette région ne s'est accompagné d'aucune douleur, d'aucune rougeur dans les parties tuméfiées; le malade a éprouvé simplement de la gêne, mais il n'a pas jugé que cela méritât les soins d'un médecin; il ne s'est pas arrêté.

Cette tuméfaction est survenue sans provocation extérieure aucune, chez un sujet qui n'a jamais eu de rhumatisme articulaire, soit aigu, soit chronique, et dont les parents sont aussi indemnes que lui de cette affection. On ne saurait pas plus accuser les blennorrhagies oubliées depuis longtemps; et quant à la syphilis, un traitement, par l'iodure de potassium, suivi avec persévérance, depuis plus de trois mois, sans amélioration aucune du côté du genou, ne permet pas de la mettre en cause.

Nous ferons remarquer, en outre, que, chez le malade qui fait le sujet de notre observation, les symptômes de l'ataxie locomotrice ont prédominé du côté gauche, qu'ils ont affecté une forme presque hémilatérale, et que c'est de côté, qui, vraisemblablement, correspond à la partie de la moelle la plus affectée, que s'est développée l'arthropathie du genou.

Aussi croyons-nous qu'il s'agit ici de cette espèce d'arthropathies que M. Charcot vient de décrire et qu'il croit être sous la dépendance de la lésion de la moelle et, dans ce cas particulier, de la sclérose des cordons postérieurs.

OVARIOTOMIE

Obs. XXXVI. — Ovariotomie double pratiquée le 3 décembre 1866. — Mort.

Par M. E. KOEBERLÉ.

(Observation recueillie par M. le docteur S. Caternault, de Longué).

Madame M..., de Paris, âgée de 37 ans, d'une bonne constitution, mère de deux enfants, n'a jamais eu, sauf l'existence d'une tumeur

abdominale, aucune maladie notable. La dernière couche a eu lieu il y a quinze ans. A cette époque il existait dans le bassin une petite tumeur que l'on considère comme un kyste de l'ovaire au début. Depuis, cette tumeur grandit, mais très-lentement, et pendant longtemps la santé de madame M... n'eut pas à en souffrir. Ce n'est qu'à partir de ces dernières années que l'état général déclina sensiblement par suite de l'accroissement progressif et énorme de la tumeur. Le ventre mesurait 1 mètre 48 centimètres de circonférence. La tumeur refoulait fortement le diaphragme en élargissant considérablement la base du thorax. Veines abdominales très-dilatées. Œdème très-prononcé de la partie inférieure du ventre. L'abdomen présentait un aspect bilobé; à droite existait un sillon oblique, profond, baigné par du liquide ascétique. L'examen de la tumeur révélait l'existence de poches nombreuses, dont deux paraissaient l'emporter de beaucoup en volume. Des adhérences très-étendues reliaient la tumeur à la paroi abdominale et vraisemblablement à l'hypochondre droit, ainsi qu'au foie, avec lequel la tumeur semblait faire corps.

Une ponction fut pratiquée dans le courant du mois de décembre 1866 dans le but de diminuer la tension du ventre, de remédier à l'œdème et de constater dans quelles conditions se trouvaient les adhérences hépatiques. On obtint vingt-sept litres d'un liquide brunâtre et la circonférence du ventre tombe à 1 mètre 18 centimètres. L'œdème diminua, le liquide ascétique contenu dans le sillon droit disparut; mais la partie droite de la tumeur demeura fixée au foie sans qu'il fut possible de la faire descendre.

La malade soulagée reprit des forces; mais ce soulagement ne put être de longue durée, car le liquide kystique se reproduisit avec rapidité : environ un demi-litre par jour. La position était donc des plus graves; évidemment madame M... abandonnée à elle même devait succomber dans un temps prochain.

Toutefois l'ovariotomie se présentait sous de sombres auspices : le volume de la tumeur, des tumeurs peut-être, les adhérences pariétales et surtout hépatiques, l'anémie de la malade qui ne permettait pas de supposer qu'elle put supporter une hémorrhagie d'une certaine gravité, laquelle cependant devenait probable à cause de l'étendue des adhérences; jetaient plus d'un doute sur le résultat. On se décida néanmoins à courir les hasards d'un parti extrême qui, en fin de compte, était la seule chance de salut possible.

Opération le 13 décembre 1866. Chloroformisation. Incision de 35 centimètres. Ponction, puis incision d'un grand nombre de loges afin de hâter l'écoulement du liquide et de gagner du temps. Des adhérences résistantes et nombreuses reliaient la tumeur à toute la paroi abdominale. Un premier kyste fut d'abord complétement isolé. Il était implanté sur l'ovaire gauche par un pédicule long de 4 centimètre environ. Un anse de fil de fer embrassa le pédicule au moyen d'un serre-nœud et une ligature en fil de soie fut placée à côté de l'anse métallique. Section de pédicule à quelques centimètres au-dessous de cette double ligature et extraction de cette première tumeur.

Alors apparut un second kyste, lequel provenait de l'ovaire droit. Il tenait non-seulement à la paroi abdominale par de nombreuses adhérences, mais de plus il était uni à la base du foie et à toute l'étendue de l'hypochondre droit. Les adhérenses de la paroi abdominale se laissèrent assez facilement séparer; celles du foie et de l'hypochondre présentèrent plus de résistance. Les adhérences de toute la paroi abdominale étaient peu vasculaires; cependant elles fournirent un suintement sanguin considérable, attendu la grande surface sur laquelle elles siégeaient, environ 80 centimètres de diamètre. Toutefois du côté de la paroi abdominale l'hémorrhagie ne tarda pas à s'arrêter. Au contraire, les lambeaux dûs aux adhérences hépatiques fournirent un écoulement en nappe abondant, mais peu à peu l'hémorrhagie diminua au point de ne paraître inquiétante. On ne mit donc en usage ni ligatures, ni autres moyens hémostatiques. La perte totale de sang fut d'environ 500 grammes. On employa pour l'ovaire droit le même système de ligature et de section du pédicule que ci-dessus. Nettoyage de la cavité abdominale et réunion de la plaie par sept points de suture profonde et neuf points de suture superficielle. Un tube de verre de 15 centimètres de longueur, plongeant jusqu'au fond du petit bassin fut placée entre les deux serre-nœuds. Malgré toutes les précautions, il était resté de l'air dans la région épigastrique, en raison de l'écartement considérable de la base du thorax. Pourtant on avait eu soin de combler extérieurement la région sus-ombilicale avec des serviettes maintenues par un bandage de corps ayant aussi pour but de combattre l'écartement des côtes. — En tout l'opération avait duré une heure et demie.

Après l'opération, pouls à 105, très-petit, refroidissement. La malade était très-faible, et il y eut quelques vomissements chloroformiques. De plus, un suintement de sang continu fournit dans les vingt-quatre heures environ 360 grammes de sérosité sanguinolente. Il survint en même temps des symptômes de péritonite générale. La malade s'affaiblit d'une façon progressive et elle succomba au bout de trente-six heures.

A l'autopsie, on trouve une péritonite généralisée et environ 500 grammes de liquide hémorrhagique répandue dans la cavitée abdominale. Ce liquide provenait des adhérences du foie, de l'hypochondre et aussi de l'énorme surface traumatique des parois abdominales, déjà signalée.

La perte de sang pendant l'opération et consécutivement a été de 1,300 grammes environ. Le poids des deux tumeurs ovariques a été de 45 kilogrammes. Madame M... a succombé aux suites d'une hémorrhagie capillaire consécutive et de la péritonite compliquée de septicémie qui en est résultée.

L'hémorrhagie consécutive n'est pas très-rare dans les opérations d'ovariotomie. Lorsque l'hémorrhagie provient de gros vaisseaux, il est facile de l'arrêter par des ligatures, etc.; mais il n'en est plus ainsi lorsqu'il s'agit de surfaces qui saignent en nappe. Après la séparation des adhérences, il se fait un suintement minime en apparence, surtout si l'on n'envisage que chaque point en particulier; mais si, comme chez notre malade, ces points constituent des surfaces considérables (0^m80 de diamètre), on comprendra facilement comment la somme de toutes les gouttelettes finit par fournir une quantité de sang capable d'épuiser une opérée.

Deux causes produisent les hémorrhagies consécutives, l'étendue des surfaces traumatiques dues à la séparation des adhérences, ou bien un défaut de plasticité du sang. Cette dernière cause doit surtout être prise en grande considération. Plus que pour toute autre opération, le chirurgien doit scruter sa malade avant d'entreprendre l'ovariotomie; car un grand nombre de circonstances, en dehors de l'opération, exercent une immense influence. Aussi les opérations d'ovariotomie sont loin d'être analogues et comparables entre elles.

On ne peut attendre d'une opération plus qu'elle ne peut donner : porter à sa charge les cas de nécessité, les cas *in extremis*, serait, ce nous semble, trop exiger.

En France, où les préventions du monde médical éloignaient et éloignent peut-être encore les malades de l'opération, où celles-ci n'y ont le plus souvent recours qu'en dernier ressort et après avoir épuisé vainement toutes les ressources thérapeutiques, quel n'est pas le nombre de ces opérations désespérées!

Avec de tels éléments, pourrait-on donc condamner ou absoudre? Déterminer au contraire, par une étude approfondie des insuccès, les indications et les contre-indications de l'ovariotomie; préciser les conditions les plus favorables à l'opération... voilà où doivent tendre tous les efforts.

Pour nous, nous ne doutons pas que la majeure partie des femmes qui ont succombé auraient résisté, si elles avaient moins compté sur les remèdes et les ponctions, plutôt faits pour tromper les espérances que pour guérir.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 17 mars 1868. — Présidence de M. Ricord.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse :

1° Un mémoire de M. le docteur Hirsch (de Mayence) sur la cause spécifique du choléra et sur son traitement par l'hydrosulfate d'ammoniac (Commission du choléra.);

2° Un rapport de M. le docteur Verdier sur le service médical des eaux minérales de Covalat (Gard) (Commission des eaux minérales.);

M. le ministre de l'instruction publique adresse :

1° Une série de travaux sur l'hygiène des crèches, par M. Marbot (Comm. MM. Guérard et Delpech.);

2° Une série d'observations chirurgicales publiées par le chirurgien en chef des armées des États-Unis.

M. le ministre de la guerre adresse un exemplaire du tome XIX de la troisième série du Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaire.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des études topographiques et météorologiques sur la ville et les environs de Montauban, par M. le docteur Rueff, médecin major. (Commission des épidémies.)

2° Un travail de M. le docteur Armand Rey (de Grenoble) relatif à une étiologie nouvelle de la phthisie pulmonaire. (Comm. MM. Louis, Chauffard et Hérard.)

3° Une nouvelle note de M. Fauconnet, médecin à Lyon, concernant l'emploi de l'arsenic dans la phthisie pulmonaire. (Même Commission.)

4° Une note relative à la contagion de la phthisie pulmonaire, par M. le docteur Andrieux (de Brioude). (Même commission.)

5° Une lettre de M. le docteur Auzias Turenne, accompagnant l'envoi d'un numéro du petit *Moniteur* où se trouve relatée l'autopsie d'un loup enragé.

Voici le contenu de cette lettre :

« Lorsque, à propos d'une opinion controversée, les faits précis sont difficiles à surprendre, aucun indice ne doit être négligé.

« C'est pourquoi je mets sous les yeux de l'Académie un journal qui rapporte l'histoire émouvante d'un loup enragé dont *la langue contenait à la base de petites vésicules, d'un aspect rougeâtre, renfermant des matières séro-sanguinolentes.*

« Le mot *lysse* n'est pas prononcé, mais la chose est exprimée d'une manière évidente.

« Ce qui augmente la valeur de ce renseignement, c'est que le narrateur ne parait pas y attacher une grande importance; il le relate sans détails, avec netteté.

« La rage a certainement existé chez l'animal. Il a parcouru avec fureur les campagnes et traversé les hameaux, se jetant sur les hommes aussi bien que sur les bêtes. Il les a déchirés, terrassés, dévorés. On a trouvé enfin dans son estomac *une grande quantité de poils agglutinés, de feuilles mortes, des os à peine broyés, la mâchoire à peu près intacte d'une brebis, une portion du crâne d'un chien et cinq doigts parfaitement conservés appartenant à des personnes encore adultes.* (*Textuel*).

« Pour la première fois, donc, des lysses viennent d'être constatées chez le loup. C'est une lueur qui présage une plus éclatante lumière, et l'Académie ne voudra pas me désapprouver de l'avoir signalée à son attention. »

« Recevez, etc. »

6° MM. Robert et Colin adressent la lettre suivante :

« Avant de répondre aux réclamations de M. Glover (de Londres), nous croyons utile de faire remarquer que l'on a pratiqué de tout temps l'aspiration des graviers lithiques par des moyens fort insuffisants d'abord, mais qui ont été toujours en se perfectionnant.

« Maintenant pour établir la différence de notre instrument avec celui qu'on nous oppose, nous dirons :

« 1° Que l'instrument aspirateur, que nous avons construit pour M. le professeur Nélaton, diffère de l'instrument anglais, en ce que l'extrémité pénétrante de la sonde est disposée en forme de cuiller, de brise-pierre, à bec plat et courbée à 45 degrés. L'ouverture est pratiquée dans l'angle au niveau du talon de la courbure du bec.

« 2° La pompe aspirante permet de faire monter les graviers avec vitesse ou lenteur, selon les indications qui s'offriront à l'opération.

« L'instrument de M. le docteur Glover diffère du précédent en ce que les deux sondes sont à grande courbure, ce qui empêche de faire parvenir l'ouverture de la sonde dans le bas-fond de la vessie. Ensuite l'ouverture de l'une des deux sondes est pratiquée à l'extrémité pénétrante de l'instrument, ce qui fait que la muqueuse vésicale s'y adapte par l'aspiration et empêche le résultat qu'on se propose, attirer des fragments lithiques.

« La deuxième sonde a deux ouvertures latérales et voisines de l'extrémité pénétrante de l'instrument, ce qui produit le même inconvénient.

« D'ailleurs, en présentant l'instrument de M. le professeur Nélaton, nous avons eu le soin de présenter un exemplaire de l'instrument anglais qu'on nous oppose. »

M. le Président annonce la mort de M. Van der Hœven (de Leyde), correspondant étranger.

M. Ricord présente, de la part de M. Doyon, médecin inspecteur des eaux d'Uriages, une brochure intitulée : *De l'herpès circinné des parties génitales.*

M. Baillarger présente, de la part de M. Saint-Lager de Lyon, un livre *sur le Goître endémique et le crétinisme*, qui a obtenu de la Société médico-psychologique un prix de 1,500 francs.

M. Boudet présente, de la part de M. Lebaigue, pharmacien à Charenton, un appareil destiné au dosage des médicaments.

— M. Depaul demande la parole à l'occasion du procès-verbal pour une communication.

M. Depaul. Le 6 de ce mois, je fus prévenu, par plusieurs lettres à la fois, qu'un cas de cowpox spontané venait d'être observé dans une petite vacherie de la rue de Grenelle-Saint-Germain, 140. Le propriétaire de cette vacherie, qui se trouvait justement être une personne de ma connaissance, m'informa qu'elle mettait son étable à ma disposition, et que j'y pourrais faire toutes les expériences que je jugerais nécessaires. Ceci se passait le vendredi soir. Le samedi, avec un de mes confrères, je me rendis à l'étable en question, où je trouvai deux petites vaches; je vis sur leur pis de gros boutons qui ressemblaient tout à fait à des pustules vaccinales. Malheureusement elles étaient déjà un peu anciennes. Malgré toutes les observations que je pris, je ne pus obtenir de renseignements précis sur l'origine de ces pustules. Je me décidai cependant à percer ces boutons et à arracher les croûtes qu'ils formaient, il en suinta un peu de sang, que je recueillis sur des plaques de verre. Je pris trois enfants, je fis six inoculations. Je revis ces enfants et je retrouvai chez l'un d'eux six pustules vaccinales magnifiques, j'en appelle à mes collègues, M. Béhier et M. Blache, qui ont vu cet enfant. Le second de ces enfants n'a eu qu'un bouton, mais un bouton qui est splendide; quant au troisième, ne l'ayant pas revu, je n'en dis rien. Je pris des informations, je demandai s'il y avait eu des varioles dans la maison, le médecin habituel de la maison me déclara que non. Voilà donc un cas de cowpox spontané, puisque ces vaches sont complétement isolées.

M. Béhier et M. Blache confirment ce que vient de dire M. Depaul.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la tuberculose.

La parole est à M. H. Bouley.

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE.

M. Bouley. Bien qu'après tant et de si beaux discours que vous avez entendus sur la question de la tuberculose, je pusse craindre de lasser la patience de l'Académie en prenant part à la discussion, je crois cependant qu'il y a encore quelque chose à dire, et c'est ce qui m'a décidé à prendre la parole. D'ailleurs, ma spécialité professionnelle m'appelle à cette tribune.

Je n'entrerai pas dans des considérations relatives à l'histologie du tubercule, vu mon incompétence en pareille matière. Je me bornerai à une simple question. On a dit que le tubercule était une agglomération de cellules et de noyaux granulés. Je ne conteste en aucune façon que le tubercule soit ce que l'on a dit. Cependant, je m'étonne que ces prétendues cellules physiologiques, si facilement disposées à mourir, comme on le dit, acquièrent des propriétés si actives par un simple changement de lieu. Je m'étonne aussi que ce monstre horrible, qu'on appelle le cancer, ne soit lui-même qu'une agglomération de ces cellules. Mais comme je l'ai dit, je ne veux pas entrer dans ces considérations, je veux aborder la question de la pathologie vétérinaire au point de vue de la tuberculose et la comparer à celle de l'homme.

Il y a une maladie du cheval, la morve, qui me paraît pouvoir servir très-utilement à l'étude de la tuberculose de l'homme. Je me hâte de déclarer que je ne partage pas l'opinion de M. Villemin, qui considère la morve comme la tuberculose du cheval. Je crois, pour employer une expression qui touche au métier, qu'il s'est un peu emballé. Il y a des analogies entre ces deux maladies, mais non identité. Mais, sauf cette réserve, je prétends que la morve peut singulièrement servir à l'étude de la formation de la phthisie pulmonaire de l'homme.

S'il y a des doutes sur la contagion de la tuberculose, il n'y en a aucun sur celle de la morve. L'inoculation de la morve d'un cheval morveux à un cheval sain, au moyen du sang, n'est pas douteuse, l'expérience est là pour le démontrer. Par la transfusion, on peut voir et suivre toutes les évolutions de la maladie, depuis la granulation morveuse et les abcès de la morve aigue jusqu'aux tubercules cutanés de la morve chronique. On peut voir, sur une pièce pathologique que je mettrai tout à l'heure sous les yeux de mes collègues, tous les degrés de l'évolution successive que je viens d'indiquer.

Je signalerai ce fait important qui ressort de toutes les expériences de transmission, c'est que, quelle que soit la matière que l'on infuse dans le torrent circulatoire, du pus ou des matières inertes, c'est toujours dans les poumons qu'elles vont s'agglomérer tout d'abord et qu'on les retrouve. Il y a donc là comme une sorte de tendance ou d'effort naturel d'élimination qui se fait par les courants physiologiques, du milieu intérieur, pour nous servir de l'heureuse expression de M. C. Bernard, sur le milieu extérieur. C'est un travail analogue à celui qui se passe vers la peau où se manifestent les éruptions critiques, dans les affections dites éruptives. Le tubercule serait donc au poumon ce que la pustule est à la peau; il serait un produit d'élimination. D'après cela, le tubercule ne serait pas une maladie locale proprement dite, dépendante d'une inflammation ou d'un travail morbide local, mais l'expression d'une maladie générale.

Ceci établi, j'arrive à la question de la contagion. Si, à ce point de vue, nous interrogeons la médecine vétérinaire, nous y trouverons des résultats intéressants qui peuvent contribuer à éclairer la question de la contagion de la tuberculose. N'ayant pu faire par moi-même des expériences, j'ai interrogé des vétérinaires du Midi, et entre autres un vétérinaire plein de savoir et d'expérience, et qui manie la plume aussi bien que la lancette; et voici ce qu'il m'a affirmé. Je ne fais que raconter, sans rien avancer par moi-même.

Dans une étable se trouve une paire de bœufs, l'un tombe phthisique, et s'en va bientôt achever à l'abattoir une longue carrière (si toutefois cette expression n'est pas un peu trop racinienne pour un bœuf); il y a donc un survivant, sain jusqu'alors, auquel on en adjoint bientôt un nouveau. Le second devient à son tour phthisique, et ne tarde pas à rejoindre son premier compagnon; un troisième lui succède et a le même sort, et ainsi de suite. Il ne serait pas rare, au dire de ce vétérinaire, de voir ainsi la phthisie se propager dans la même étable.

Vous voyez qu'il y aurait de certaines analogies avec ce que l'on a signalé chez l'homme, et que ce qui se passe sous le joug matériel du bœuf n'est pas sans ressemblance avec ce qui a lieu sous le joug symbolique du mariage. La croyance à la contagion de la phthisie emprunte à ces faits une certaine consistance. Cependant, comme je l'ai dit, je ne fais que raconter ce qui m'a été rapporté, sans le garantir; il est donc possible qu'il n'y ait là qu'une de ces coïncidences ou de ces illusions qui entretiennent souvent les croyances; car ce n'est que sur des faits très-vagues que l'on croît dans le monde à la contagion de la phthisie, comme on croît à la contagion du choléra.

J'arrive aux expériences de M. Villemin. Il n'est pas commun de voir un lapin phthisique, et bien que cet animal vive au fond d'un tonneau, le tubercule ne se montre chez lui que très-exceptionnellement. Les cuisinières pourraient au besoin en témoigner. Or, tous les lapins qu'inocule M. Villemin deviennent phthisiques. Quand on voit ce fait se reproduire constamment, il faut bien se rendre à l'évidence.

M. Chauffard lui-même ne nie pas le fait; mais il l'a interprété par la propriété de fécondation et de prolifération du tissu cellulaire. Entre M. Villemin et M. Chauffard, ce n'est donc qu'une question d'interprétation de fait. Quant aux expériences que M. Béhier a faites pour combattre celles de M. Villemin, elles sont loin de me convaincre; M. Béhier, par ses injections de graisse, a stéarisé son lapin, il ne l'a pas tuberculisé. Du reste, je crois qu'il ne tardera pas à se convertir, si ce n'est déjà fait.

Je ne suis pas non plus de ceux qui prétendent que l'on aurait tort de dire que la phthisie est contagieuse, alors même que cela serait démontré; on prétend qu'il est dangereux de divulguer qu'une maladie est contagieuse. La science n'a plus de ménagements à garder avec la vérité. Elle doit lui arracher tous les voiles, et les académies doivent montrer les vérités dans toute leur noble impudeur.

Parmi les faits signalés par M. Villemin, il en est un d'une grande importance, celui du sang puisé dans un individu tuberculeux.

Il me paraîtrait intéressant d'injecter du sang d'un animal tuberculeux dans un animal sain, et de voir si l'on ne retrouverait pas ces corpuscules, ces granulations récemment décrites par M. Chauveau. Il serait intéressant aussi de recueillir, au moyen d'un appareil réfrigérant, la vapeur d'un phthisique et de la faire inhaler à un animal sain. Il ressortirait de toutes ces expériences quelque chose d'utile pour le traitement de la phthisie.

Voyez, en effet, quel champ vaste s'ouvre aujourd'hui devant vous, par ce fait seul de l'inoculabilité si facile du lapin. Ne pourrait-on pas, par exemple, en profiter pour essayer l'influence de l'arsenic, qui a été préconisé dans le traitement de la phthisie, pour voir jusqu'à quel point, sous l'influence de l'administration de cet agent, le lapin conserverait sa même susceptibilité à contracter la tuberculose. Les mêmes essais pourraient être faits avec l'iode, avec le soufre et une foule d'autres substances. Voyez quel horizon vous est ouvert, grâce au grand fait révélé par M. Villemin; grâce aussi aux belles expériences de M. Chauveau, il serait intéressant de rechercher, dans la sérosité pulmonaire des animaux atteints de péripneumonie, l'existence de corpuscules analogues à ceux qu'il a découverts dans les liquides vaccinal et varioleux, et de les injecter dans le sang d'animaux de l'espèce bovine, afin de voir si on pourrait les amener par-là à l'état d'immunité. Si on arrivait à un pareil résultat, ce résultat se traduirait, pour le budget de la France, par un allégement de centaines de millions, que lui coûte la péripneumonie.

Je ne veux pas descendre de cette tribune sans rendre hommage à M. Villemin, à qui on doit la connaissance de l'inoculabilité de la tuberculose; la pierre qu'il a enchâssée à la couronne du Val-de-Grâce brillera d'un autre éclat que celle qu'y a posée Broussais.

Après cette allocution, qui est accueillie par de nombreuses marques d'adhésion, M. Bouley met des pièces pathologiques sous les yeux de ses collègues.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 4 mars 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

— Des lettres de MM. Ed. Cruveilhier et Poulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, qui se portent candidats à la place vacante de membre titulaire.

M. le Président déclare vacante une place de membre titulaire.

DISCUSSION.

A l'occasion du procès-verbal, M. Chassaignac revient sur la question de la *statistique chirurgicale des hôpitaux*.

M. Chassaignac. Il y a près de six années (séance du 2 juin 1862), je vins déclarer à la Société de chirurgie que, jusqu'à cette date de 1862, la statistique opératoire des hôpitaux de Paris était entachée de très-graves inexactitudes.

Jusqu'à ce jour, en effet, cette statistique n'avait eu pour bases que es pancartes des malades et les relevés mensuels de chaque service.

Or, j'avais acquis la certitude que ces bases n'étaient point exactes. Elles étaient fausses par des motifs qui, malheureusement, étaient restés inconnus jusqu'à cette époque.

C'est par la confrontation des registres officiels de l'administration avec un registre tenu jour par jour pendant huit années que j'ai été mis sur la voie de l'erreur que je signale et dont voici la source :

Chaque fois qu'une opération est pratiquée, cette opération doit être inscrite sur la pancarte du malade, et c'est cette pancarte qui, portée au bureau de l'hôpital par les soins de la religieuse de chaque salle, devient la base du relevé mensuel. Or, qu'arrive-t-il? Souvent la religieuse, préoccupée de tous autres devoirs, omet de faire inscrire l'opération sur la pancarte, d'envoyer celle-ci au bureau, et chacun de ces manquements entraîne la disparition des traces de ce qui s'est passé. Quand, à la fin du mois, on présente à la signature du chef de service la liste presque toujours incomplète des opérations, il signe l'état mensuel, qui ne présente rien d'absolument faux, en ce sens qu'on y aurait mentionné des opérations imaginaires ou indiqué, au sujet des opérations faites, une issue différente de celle qui a réellement eu lieu, mais qui est tout à fait inexacte en ce sens qu'une partie des opérations pratiquées y est omise.

Et qu'on ne croie pas que ces omissions ne portent que sur des opérations de peu d'importance. J'ai constaté des lacunes ayant pour objet des amputations de cuisse, des résections considérables, des ablations de tumeurs volumineuses du col, de l'aisselle, du sein, etc.

La statistique faite dans ces conditions, fourmillant d'inexactitudes, et elle ne méritait pas la confiance que lui avaient accordée certains chirurgiens, et entre autres Malgaigne.

Grâce aux mesures prises par l'administration, de concert avec une commission composée de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, et dont MM. Broca, Chassaignac, Depaul et Marjolin faisaient partie, de pareilles erreurs ne pourront plus avoir lieu.

M. Depaul. La statistique ne sera utile qu'à la condition d'être bien faite. Il existe certaines causes d'erreurs qu'il est bon de citer pour faire voir à quels singuliers résultats conduit la statistique, quand elle n'est pas entourée de toutes les conditions nécessaires.

Dans les volumes qui viennent d'être publiés par l'administration, j'ai examiné les tableaux relatifs aux accouchements pratiqués à la Maternité et à la Clinique. Eh bien! j'ai vu que, d'après ces tableaux, les femmes accouchent plus rapidement à la Maternité qu'à la Clinique. Les primipares accoucheraient après sept ou huit heures de travail à la Maternité, après douze à quinze heures seulement à la Clinique. On le voit, il existe là une grande différence. Ce qui peut l'expliquer, c'est la manière de faire les observations. Or, jusqu'à ce jour, les observations étaient mal faites à la Maternité.

A la Clinique, lorsque je n'ai pas soin de vérifier les feuilles, on fait également accoucher les primipares en sept ou huit heures. C'est que, dans ces cas, on indique comme début du travail une époque où il est déjà à moitié accompli, c'est-à-dire le moment des grandes douleurs.

Pour que ces statistiques aient de la valeur, il faut absolument qu'elles soient faites par les médecins.

M. Trélat. L'observation de M. Depaul est fort juste. Mais il faut bien dire que la statistique et le dénombrement d'observations ne sont pas la même chose. Le recueillement et le dénombrement des observations doivent être faits par les médecins; quant à la statistique, on peut l'abandonner à des personnes compétentes, quoique étrangères à la médecine.

M. Lefort insiste sur la proposition que j'ai faite dans la précédente séance. Je propose formellement à la Société de chirurgie de nommer une commission chargée de dresser le cadre dans lequel on devra ranger tous nos documents statistiques.

La statistique de l'administration est faite à un autre point de vue que celle des médecins et des chirurgiens.

M. Chassaignac. Il faut bien savoir qu'il y a des statistiques que l'on peut appeler *désintéressées*, et d'autres qui ne le sont pas. Ainsi, on a rapporté des succès extraordinaires à la suite des amputations, de l'uréthrotomie, etc.

Il existe des statistiques que j'appelle *entrecoupées*. On fait connaître une série heureuse d'opérations, et on passe sous silence une série malheureuse. Ces statistiques ne valent rien.

Les seules qui doivent être acceptées sont les statistiques *intégrales*, comme celles que paraît devoir nous donner M. Kœberlé, relativement à sa pratique de l'ovariotomie.

Que valent les statistiques faites avec les faits publiés çà et là dans les journaux? Rien, absolument rien; car souvent on ne publie que les faits de guérison; quand il s'agit de cas exceptionnels; aussi peut-on arriver à ce résultat extraordinaire, de constater la réussite presque constante d'opérations de la plus haute gravité. Ainsi, certaines statistiques ont fait de la résection du genou une opération moins grave que la résection du poignet ou l'amputation sus-malléolaire.

M. Marjolin. La Société de chirurgie ferait bien d'appuyer la proposition de M. Lefort. Il est à désirer qu'il existe au sein de la Société de chirurgie une *commission de statistique*.

Tous nos hôpitaux sont encombrés, et c'est là certes une cause d'insuccès en médecine et en chirurgie, et voilà cependant des choses que ne nous dit jamais le compte moral de l'administration de l'assistance publique.

Il faut que la vérité soit connue, que l'on publie hardiment les faits qui dénotent le mauvais état de nos hôpitaux, et il est fâcheux que les médecins aient consenti à voir disparaître de leurs procès-verbaux les révélations qui avaient eu lieu pendant trois séances de la Société des médecins des hôpitaux, lors de la discussion sur les maternités.

M. Larrey. Je m'associe à la proposition de M. Lefort, élargie par M. Marjolin. Je demande qu'il soit nommé une commission que l'on appellerait *commission permanente de statistique chirurgicale*.

La Société prend en considération cette proposition. Prochainement, il sera procédé à la nomination de cette commission.

COMMUNICATION.

Calcul vésical enkysté recouvert par des couches nombreuses et épaisses de fibrine et de mucus coagulé, avec mélange de nombreux grains de carbonate de chaux et de cristaux d'hématoïdine.

M. Marjolin. Le fait dont j'ai à vous entretenir m'a semblé assez rare pour m'engager à faire appel à vos souvenirs, afin de savoir si, parmi les nombreux cas de calculs urinaires que chacun de vous a pu observer, il s'en est trouvé un analogue à celui que je soumets à votre examen.

Dans les derniers jours de février 1868, un enfant de 2 ans, portant toutes les traces de la douleur et de l'épuisement, m'était amené à la consultation de l'hôpital par sa mère, qui venait de le retirer de nourrice.

Au dire des parents, sa maladie datait de trois mois; il était très-altéré, et tout ce qu'il prenait il le vomissait; il était tourmenté par des douleurs abdominales très-vives et une grande gêne dans l'émission des urines, qui s'écoulaient d'habitude involontairement.

L'enfant était maigre, pâle, les yeux caves, dans une agitation continuelle, poussant des plaintes; le ventre était distendu, météorisé, très-douloureux, principalement dans le flanc droit. Au niveau de la région suspubienne, la matité était bien nette, et on sentait que la vessie était pleine, formant une tumeur bien distincte. Les parents assuraient que l'enfant avait encore uriné récemment. Questionnés pour savoir si le petit malade avait rendu des graviers, ils me répondirent qu'ils n'en savaient rien, mais que l'enfant avait eu des abcès à la vessie, et qu'il avait rendu du pus dans ses urines.

Avant de porter un diagnostic, je commençai par vider la vessie, pour connaître quelle pouvait être la cause de cette rétention d'urine; le cathétérisme s'opéra très-facilement, et de suite une grande quantité d'une urine trouble fut projetée au loin, par l'ouverture de la sonde, et entre la sonde et l'urèthre, la vessie se contractait énergiquement. Avant qu'elle ne fût complétement revenue sur elle-même, j'explorai avec soin sa cavité, pour savoir s'il n'existait pas de calcul ou de tumeur et, en même temps, j'introduisis mon doigt dans le rectum. Bien que mon attention fût éveillée par ces symptômes présentés par le petit malade, la sonde ne me donna d'autre sensation que celle qui aurait été le résultat du contact d'une colonne charnue saillante placée vers la partie postérieure et médiane de la vessie.

J'abandonnai donc l'idée d'un calcul, et je pensai, d'après les commémoratifs donnés par ses parents, qu'il y avait eu très-probablement une néphrite compliquée de péritonite et d'un abcès communiquant avec les voies urinaires. D'après cela, j'engageai les parents à faire admettre leur enfant en médecine.

Contre mon attente, je trouvai le lendemain le petit malade dans mon service; l'abondante évacuation d'urine de la veille l'avait un peu soulagé, mais malgré cela l'état général était tout aussi grave, et, de plus, l'enfant était épuisé par une diarrhée continue. Dès lors, vu la situation désespérée du malade, je dus me borner à faire la médecine des symptômes, cherchant autant que possible à calmer les accidents, et prenant chaque jour le soin de vider la vessie.

A plusieurs reprises, j'explorai encore avec soin la vessie, mais jamais je n'éprouvai cette sensation si caractéristique de la sonde heurtant contre un calcul. Les symptômes graves persistèrent, malgré tout ce que je leur opposais, et, sept jours après son entrée, l'enfant succomba.

Jusqu'à l'ouverture, je persistai dans mon diagnostic, et l'autopsie prouva que j'avais eu en grande partie raison; les reins, principalement le droit, présentaient toutes les altérations consécutives à une néphrite; de plus dans les bassinets on trouvait quelques petits noyaux de gravelle. Dans le voisinage du rein droit était une collection purulente, ancienne, qui très-probablement communiquait avec l'uretère de ce côté; malheureusement cette dissection, faite trop rapidement, ne permit pas de constater ce fait, l'uretère ayant été déchirée. Il y avait des traces évidentes de péritonite, sans adhérences intestinales. Quant à la vessie, elle était du volume d'une petite orange, ses parois étaient très-épaisses, près d'un demi-centimètre au moins, pas de traces de colonnes; la muqueuse était grisâtre, parsemée de petites taches rouges comme ecchymosées. Mais le point sur lequel je désire fixer votre attention, c'est qu'elle contenait un tout petit calcul allongé, d'un centimètre environ dans son plus grand diamètre et gros comme un fort grain d'orge, entouré d'une série de couches, molles, concentriques, superposées exactement comme les couches d'un caillot d'anévrysme. Cette masse, qui était entièrement libre, reposait sur l'ouverture de l'urèthre qu'elle fermait comme une soupape, elle était ovoïde, ayant environ 2 centimètres dans son plus grand diamètre; sa consistance était douce au toucher, un peu élastique; sa couche extérieure était lisse; on conçoit maintenant comment ce corps, qui avait la même consistance que la paroi interne de la vessie, avait pu échapper à une observation attentive; mais qui était aussi singulièrement gênée par la gravité de l'état du malade. Quelle est la nature de ces couches d'enveloppe étrangères au calcul, est-ce du pus, de la fibrine, l'analyse nous le dira.

Pour le moment, je me borne aux conclusions suivantes : des faits que j'ai pu observer, je crois que, chez les enfants très-jeunes, toutes les fois que le calcul est très-petit, il faut tenter la lithrotritie. Certainement cette dernière opération a aussi ses inconvénients, ses dangers, mais la taille a aussi les siens, et malgré les très-nombreux succès qu'elle a donnés chez les enfants, il y a peut-être encore lieu à discuter jusqu'à quel point la lithrotritie doit être abandonnée dans l'enfance. Tout récemment, je l'ai pratiquée chez trois enfants, et je dois dire que les résultats que j'ai obtenus m'engagent à ne pas trop repousser systématiquement la lithotritie.

L'analyse microscopique faite par M. Périer a démontré que la substance qui enveloppait les calculs était composée par des couches nombreuses et épaisses de fibrine, et de mucus coagulé avec le mélange de nombreux grains de carbonate de chaux et de cristaux d'hématoïdine.

M. Guersant. Je me range à l'opinion de M. Marjolin. On trouve, en effet, chez les enfants de très-petits calculs, et alors il ne faut pas pratiquer l'opération de la taille, et dans des cas de ce genre, j'ai réussi plusieurs fois, en employant de petits instruments de lithotritie.

M. Giraldès. Beaucoup d'enfants viennent au monde avec des pierres, il n'est donc pas étonnant que, chez les enfants, on trouve de petits calculs. Chez les enfants nouveaux-nés, les tubes de Malpighi sont farcis de matières salines (urate de soude), ainsi que l'a démontré Martin d'Iéna. Presque toutes les pierres qu'on voit chez les enfants sont des pierres congénitales.

J'admets volontiers qu'il faut faire la lithotritie dans les cas analogues à celui dont M. Marjolin nous a entretenu; mais le plus souvent on n'a pas à intervenir, parce que ce n'est généralement que lorsque les pierres sont plus grosses, qu'elles donnent lieu à des acci-

dents. Alors, les pierres étant plus grosses, la question se pose ainsi : Combien de séances de lithotritie seront nécessaires ? Or il faut bien se rappeler qu'après la taille les enfants sont guéris au bout d'environ quatorze jours, tandis qu'après la lithotritie on peut observer des accidents de cystite du col, voire même de péritonite, ce qui n'arrive pas chez les adultes. La statistique faite par M. Birkett à Guy's-Hospital, sur 103 enfants opérés par la taille, 4 seulement ont succombé. La lithotritie, dans de pareilles circonstances, ne donnent pas d'aussi beaux résultats. Il faut tenir compte du séjour assez long à l'hôpital que nécessite la lithotritie, séjour pendant lequel les enfants peuvent prendre des affections intercurrentes.

M. MARJOLIN. Je crois qu'un certain nombre d'enfants qui n'ont que de très-petits calculs, souffrent assez pour éveiller la sollicitude du chirurgien. J'ai vu deux enfants qui présentaient les symptômes d'une pierre volumineuse, et cependant leur pierre était très-petite.

La taille peut donner lieu à des hémorrhagies, à des fistules urinaires consécutives et aussi à la péritonite ; aussi, je pense qu'il y a lieu de rechercher si, avec des instruments à lithotritie bien faits et appropriés au volume des organes, on n'arriverait pas à de meilleurs résultats.

Comme M. Giraldès, je tiens compte de la nécessité du séjour à l'hôpital ; mais, dans beaucoup de cas, les séances de lithotritie n'ont pas besoin d'être multipliées, et assez souvent entre les séances on peut permettre au patient de retourner chez ses parents.

M. GUERSANT. J'insiste sur la nécessité et la possibilité de faire la lithotritie chez les enfants qui ont de très-petites pierres et qui sont très-jeunes, chez les enfants de 1 et 2 ans. Plus tard, vers l'âge de 4 ans, si la pierre est volumineuse, je préfère avoir recours à la taille.

La taille est facile à exécuter chez un enfant de 3 ou 4 ans, mais il n'en est pas de même à l'âge de 6 mois, 1 an, etc.

Chez tous les jeunes enfants, les calculs sortent quelquefois spontanément, aussi je ne commence pas le broiement dès les premiers jours, je passe d'abord une petite bougie pour dilater le canal.

M. GIRALDÈS. Si l'on prend pour type un enfant bien portant, je soutiens que la lithotritie est plus grave que la taille.

Si le calcul est volumineux, s'il y a, par exemple, 3 centimètres, on ne peut pas employer des instruments à cuiller assez grands pour le briser.

Chez les enfants, la vessie est, pour ainsi dire, un organe péritonéal. La péritonite peut, il est vrai, être observée après la taille, mais bien moins souvent qu'après la lithotritie.

J'ai opéré trente-neuf enfants (presqu'à l'âge de 15 ans) de la taille et je n'ai pas observé un seul cas de fistule.

M. CHASSAIGNAC. Dans le cas rapporté par M. Marjolin, l'exploration avait bien fait reconnaître l'existence d'un corps étranger, mais non d'un corps dur. En pareille occurrence, peut-être un percuteur très-fin aurait-il pu rendre service.

Je sais que l'on peut rencontrer de grandes difficultés pour établir un diagnostic précis. Chez un malade que j'avais sondé, j'avais constaté la présence d'un calcul, et l'opération avait été décidée. Au moment de commencer l'opération, je pratique un nouvel examen et ne trouve plus de calcul, mais seulement un corps mou. Après avoir hésité un instant, je pratiquai l'opération, et je trouvai le calcul recouvert d'une couche de sang coagulée et très-ferme.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. LE FORT présente un malade qui est atteint de *grenouillette sanguine*. La tuméfaction ne s'est montrée que depuis vingt-quatre heures ; c'est là un cas de véritable épanchement sanguin dans l'épaisseur de la glande sublinguale.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, LÉON LABBÉ.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un poste médical excellent, dans le département du Rhône, va se trouver vacant.

S'adresser au bureau du journal.

— M. le professeur Behier a commencé son cours de clinique médicale à l'hôpital de la Pitié, le lundi 16 mars, et le continuera les lundi, mercredi, vendredi suivants, à neuf heures.

Visites et interrogations au lit des malades tous les matins à huit heures et demie.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 20 mars 1868.

ORDRE DU JOUR.

Lecture de M. le docteur Duroziez sur l'*électrisation du cœur*.

Suite de la discussion sur la paralysie pseudo-hypertrophique (Duchenne de Boulogne).

Travail sur les Eaux-Bonnes, par M. le docteur Laudet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de l'étudiant oculiste, traité pratique du choix des lunettes et de l'examen de l'œil à l'aide de l'ophthalmoscope, par Arthur Chevalier. 1 vol. in-12 de 246 pages et 90 figures dans le texte. Prix : 3 fr., franco.

Du même auteur : **L'étudiant micrographe, traité théorique et pratique du microscope et des préparations, etc.** 1 vol. in-8° de 563 pages et 200 figures dans le texte, deuxième édition. Prix, 7 fr. 50, franco.

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, avec la structure microscopique des organes et celle des tissus, par le Dr Fort. 1 vol. in-12 de 1,120 pages et 182 figures dans le texte. Prix : 11 fr. 50, franco.

Les trois ouvrages ci-dessus se trouvent chez Adrien Delahaye, éditeur.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 19 mars 1868.

RAPPORTS

Sur les progrès des sciences médicales en France.

C'est à la fois un besoin et un plaisir que de s'arrêter au milieu de sa course pour mesurer du regard le chemin parcouru et le reporter de là sur celui qui reste encore à faire. Il semble qu'on puise, dans la satisfaction du travail accompli, des forces nouvelles pour poursuivre sa tâche. C'est un sentiment de satisfaction de ce genre que nous avons éprouvé en parcourant le recueil des rapports sur les progrès et la marche des diverses branches des sciences médicales, publiés sur la demande et sous les auspices du Ministre de l'instruction publique. Nous avons, à cette occasion, entendu faire autour de nous cette question : La médecine a-t-elle donc fait tant de progrès depuis vingt-cinq ans que l'exposé seul de ses progrès ait nécessité un aussi volumineux document? Sans doute, si nous nous reportons par la pensée à quelques années au delà de la période que comprend cette enquête, alors qu'à un dogmatisme outré avait succédé une phase critique qui a dû engendrer dans beaucoup d'esprits le scepticisme et le découragement, on comprend ce sentiment de doute et de défiance. Mais il y aurait ignorance ou injustice à méconnaître aujourd'hui le mouvement considérable qui s'est fait dans toutes les parties des sciences médicales depuis cette époque. Au besoin il n'y aurait de meilleur argument à opposer aux sceptiques et aux détracteurs de la science moderne que la lecture même de ce document. Comme cette publication n'est peut-être encore qu'entre les mains d'un petit nombre de personnes, nous allons essayer d'en présenter ici un résumé à la fois aussi substantiel et aussi court que possible.

Les rapports sur les sciences médicales, qui font partie du vaste ensemble d'enquête littéraire et scientifique exécutée par par les soins de l'administration de l'Instruction publique, sous le titre de *Recueil des rapports sur les progrès des lettres et des sciences en France*, embrassent dans autant de subdivisions distinctes la physiologie, la médecine, la chirurgie, l'hygiène générale, l'hygiène militaire et l'hygiène navale (1).

(1) Rapport sur les progrès et la marche de la Physiologie en France, par M. Cl. Bernard.
Rapport sur les progrès de la médecine en France, par MM. Béclard et Axenfeld.
Rapport sur les progrès de la chirurgie, par MM. Denonvilliers, Nélaton, Velpeau, F. Guyon et Léon Labbé.
Rapport sur les progrès de l'hygiène, par M. Bouchardat.
Rapport sur les progrès de l'hygiène militaire, par M. Michel Lévy.
Rapport sur les progrès de l'hygiène navale, par M. Le Roy de Méricourt.
Paris, 1867. Librairie Hachette et Ce, boulevard Saint-Germain, 77.

Nous commencerons par le rapport de M. Cl. Bernard sur la physiologie, qui a tous les droits à cette préséance.

Progrès de la physiologie.

Pour M. Cl. Bernard, faire l'histoire des progrès de la physiologie, ce n'est pas seulement indiquer les découvertes nouvelles qui sont venues enrichir cette science ; au nombre de ses progrès les plus réels, il range surtout l'introduction des méthodes et des idées nouvelles qui ont eu pour but de diriger sa marche dans la voie où elle trouvera son autonomie scientifique.

C'est vers la fin du dernier siècle et le commencement de celui-ci que M. Bernard place le premier jalon de sa course. Trois hommes ont imprimé en France une direction décisive et durable à la physiologie ; ces hommes sont : Lavoisier, Laplace et Bichat : le premier en créant la chimie moderne et en expliquant, du même coup, la nature des phénomènes chimiques qui se passent dans les êtres vivants et qui ne diffèrent pas quant à leur cause de ceux qui ont leur siége dans les corps bruts ; le second en prouvant, de concert avec Lavoisier, que la chaleur organique qui anime les êtres vivants est engendrée en eux par une véritable combustion, en tous points semblable aux combustions de nos foyers, et en établissant ainsi cette première vérité fondamentale, qui est la base de la physique et de la chimie physiologiques, savoir que les actions physico-chimiques, qui manifestent et règlent les phénomènes propres aux êtres vivants, rentrent dans les lois ordinaires de la physique et de la chimie générales ; le troisième, enfin, en fondant l'anatomie générale des tissus et en apportant ainsi à la physiologie générale le point d'appui anatomique qui lui manquait, en montrant qu'en physiologie chaque phénomène doit être rattaché directement aux propriétés physiologiques spéciales d'un tissu vivant, de même qu'en physique chaque phénomène dérive des propriétés physiques d'une matière déterminée ; en ramenant, enfin, la physiologie générale à son véritable objet qui est de déterminer, par l'analyse expérimentale, les propriétés physiologiques élémentaires des tissus, afin d'en déduire ensuite, d'une manière nécessaire, l'explication des mécanismes vitaux.

« La vie ne se conçoit, dit M. Cl. Bernard, que par le conflit des propriétés physico-chimiques du milieu extérieur et des propriétés vitales de l'organisme réagissant les unes sur les autres. Il faut nécessairement le concours de ces deux facteurs ; car si l'on supprime ou si l'on modifie soit le milieu, soit l'organisme, la vie cesse ou s'altère aussitôt. La physiologie générale ne peut être solidement fondée qu'à la condition de reposer sur cette double base. Elle doit considérer à la fois, dans l'organisme, les propriétés vitales ou physiologiques des tissus vivants et les propriétés physico-chimiques des milieux sous l'influence desquelles la vitalité des tissus se manifeste. Si le physiologiste, trop exclusivement anatomiste, physicien ou chimiste, ne s'appuie que sur un ordre de connaissances, on lui accorde une trop large part, il fait nécessairement fausse route et il s'expose à avancer, sur les phénomènes de la vie, des explications erronées ou incomplètes. Il faudra toujours, en un mot, tenir compte de deux ordres de conditions : 1° des conditions anatomiques de la matière organisée qui donnent la nature ou la forme des phénomènes physiologiques ; 2° des conditions physico-chimiques ambiantes qui déterminent et règlent les manifestations vitales. »

Une troisième impulsion a été donnée à la physiologie de notre temps, c'est l'application, dans ses moyens d'étude, de la méthode des sciences expérimentales, l'expérimentation sur les organismes vivants. C'est, comme tout le monde le sait, Magendie qui imprima cette impulsion dès les premières années de ce siècle.

Les sciences physico-chimiques, les sciences anatomiques et l'expérimentation sur l'organisme vivant, tel est le trépied sur lequel repose désormais la physiologie.

C'est en s'appuyant sur cette solide base que M. Cl. Bernard montre, dans un exposé rapide, amplifié et enrichi de notes complémentaires explicatives, le développement des progrès de la physiologie dans ces vingt-cinq dernières années.

Les phénomènes de sensation et de locomotion constituent le premier groupe de cet exposé. C'était assurément commencer par le plus beau chapitre de la physiologie, la sensibilité et la motilité étant les deux attributs les plus élevés de l'animalité ; c'est aussi celui qui a été le plus enrichi par la méthode expérimentale. Nous demandons la permission de nous étendre un peu sur ce chapitre.

L'un des plus grands progrès réalisés de notre temps en physiologie a été la séparation anatomique et physiologique des divers éléments constitutifs du système nerveux. La démonstration des fonctions distinctes des nerfs rachidiens, dans laquelle la France a eu la plus large part, a été le premier pas important fait dans cette voie. Nous disons la démonstration et non la découverte, parce que l'idée de cette distinction n'est pas nouvelle, mais c'est la démonstration expérimentale qui date de notre époque. C'est de notre époque aussi que date la démonstration de l'irritabilité hallérienne, c'est-à-dire de l'indépendance et de la distinction des propriétés musculaires et nerveuses. Et ici intervient, à côté des procédés de vivisection qui avaient été mis seuls en usage jusque-là, une méthode d'expérimentation que l'on peut dire nouvelle et dont l'honneur revient tout entier à M. Cl. Bernard ; nous voulons parler de la méthode d'analyse des éléments histologiques à l'aide des poisons et des modificateurs physico-chimiques. C'est, en effet, grâce à cette méthode et à l'usage habilement combiné du curare et de la strychnine transformés en réactifs organiques, que M. Cl. Bernard est parvenu, entre autres résultats, à isoler nettement la propriété contractile des muscles de la propriété

FEUILLETON

La Femme médecin (1).

Sous ce titre, madame A. Gaël vient de publier une brochure qui mérite d'attirer toute notre attention. La question qu'elle soulève, en effet, est de celles qui entrent dans l'esprit d'un certain nombre d'hommes et de femmes de bonne volonté ; de celles, comme on dit, qui peuvent faire leur chemin.

Comme nous sommes d'un avis diamétralement opposé à celui de l'auteur, nous tenons à dire en commençant que madame Gaël nous paraît guidée par les plus nobles sentiments ; la brochure tout entière est empreinte d'un grand amour de l'humanité ; le sort malheureux des femmes préoccupe l'auteur, et elle s'efforce courageusement de venir à leur secours. Même quand ils se trompent, de tels esprits doivent être encouragés et méritent tout notre respect.

Il est évident qu'ici madame Gaël se trompe comme tous ceux qui, mus de pitié pour le sort des malheureuses filles d'ouvriers, et en vue d'ouvrir à la femme des carrières qui puissent améliorer sa position, veulent en faire des médecins, des avocats, etc., etc. Nul plus que nous ne déplore le sort des filles pauvres dans les villes ; peu à peu les hommes empiètent sur leur véritable domaine et se substituent en leur lieu et place dans une foule de professions qui devraient leur être exclusivement réservées ; — d'un autre côté, le salaire des ouvrières est notoirement si insuffisant, qu'il ne leur laisse d'autre alternative que le choix entre la plus horrible misère ou l'infamie.

Ce sont là des questions qui préoccupent beaucoup d'hommes bien plus compétents que moi, et je n'ai pas à y insister davantage en ce moment. Mais les femmes que vous voulez faire médecins ne sont nullement dans ce cas. Pour être médecin, homme ou femme, il faut une certaine aisance, et celui-là est bien fou qui se lance dans cette carrière s'il n'a un patrimoine d'au moins quarante ou cinquante mille francs. Ce patrimoine mettra toujours une femme raisonnable au-dessus du besoin et lui permettra de vivre honorablement dans une sphère modeste où il lui sera toujours facile d'être une honnête femme et une honnête mère de famille.

La nature, quoi qu'en disent certaines femmes esprits forts, a tracé à la femme son rôle et le lui impose forcément. Elle est surtout destinée à être épouse, mère, et à vivre dans l'intérieur, en s'occupant presque exclusivement des soins du ménage et de la famille.

Mais si la femme peut et doit embrasser une carrière qui lui permette de rester chez elle, alors même qu'elle a une certaine aisance, elle doit fuir ces carrières nomades qui la tiennent sans cesse éloignée de sa famille et toujours par monts et par vaux. La carrière médicale est principalement de cet ordre, et il est impossible qu'une femme-médecin soit épouse et mère.

Une correspondante de madame Gaël l'a parfaitement compris, et elle veut que les femmes-médecins restent célibataires. Notre auteur lui-même accorde sans peine qu'elles ne pourront pas nourrir leurs enfants. Si bien que pour atteindre un but assez peu utile, il faudrait vouer toute une classe de femmes au célibat, ou les empêcher d'accomplir ce noble but de la femme, et le complément de la maternité, c'est-à-dire l'allaitement de ses propres enfants. — Que serait alors, je vous le demande, une femme-médecin?

Et pourquoi exige-t-on de pareils sacrifices? Madame Gaël invoque la pudeur des femmes, toujours froissée par l'examen auquel se livre le médecin dans les maladies ordinaires, et froissée, humiliée surtout dans l'examen des maladies spéciales au sexe. Ce sentiment, très-naturel, empêche beaucoup de femmes de se confier à un docteur, et laisse au mal le temps de faire des progrès irremédiables. Cela est vrai, mais voyons d'abord si on peut atteindre le but ; nous verrons ensuite si ce ne serait pas à un prix beaucoup trop élevé.

Aux objections qu'on lui adresse, madame Gaël répond qu'il ne faut pas s'alarmer ; que la femme médecin sera toujours une exception fort peu nombreuse ; qu'il faut trop de courage et d'abnégation pour que la carrière médicale tente beaucoup de femmes, et que celles-là seules l'embrasseront qui auront une vocation spéciale et irrésistible. — Cela est parfaitement vrai, et cet argument ruine justement toute la thèse.

Si vous ne devez avoir qu'un très-petit nombre de femmes médecins, elles ne rendront pas les services que vous leur demandez, ou ce sera sur une si petite échelle que quelques favorisées seulement en pourront profiter. Que seront cinquante, cent femmes médecins pour soigner, comme vous le désirez, toutes les femmes et tous les enfants? Il y a, en France, vingt mille docteurs environ ; il faudrait donc au moins dix mille femmes remplaçant dix mille médecins. Sans cela, vous aurez quelques femmes médecins établies dans les grands centres de population.

Si, pour être logique, vous demandez huit ou dix mille médecins-femmes, à quel prix pourrez-vous les avoir? Je laisse de côté, pour l'instant, la question de mariage et de maternité, et on conviendra qu'il n'y en a pas de plus grave, en ce moment où la France, entre autres causes, se dépeuple et par le célibat et par la mortalité des enfants mis en nourrice.

La femme a son rôle bien nettement tranché dans la nature, celle-ci lui a donné une constitution et un tempérament adaptés à son but. Les femmes ne me contrediront pas si je dis qu'elles brillent surtout par le cœur, par la tendresse, l'amour, la douceur, la timidité et une retenue qui n'est guère le partage de l'autre sexe. Le sentiment de la pudeur est tellement enraciné chez elles, que, pour la femme digne de ce nom, il n'en est pas de plus nécessaire.

(1) Nos lecteurs nous sauront gré de reproduire cette très-intéressante étude que notre ami et collaborateur M. le docteur Montanier vient de publier dans l'*Opinion nationale*.

motrice des nerfs, et à distinguer dans le nerf lui-même l'élément nerveux moteur de l'élément sensitif. Ce mode d'analyse, qui se fait par l'intermédiaire du sang, à la fois élément nutritif et vivifiant du système nerveux et véhicule des éléments modificateurs qui lui sont confiés, a conduit encore à une autre découverte qui a des conséquences importantes au point de vue de l'interprétation d'un grand nombre de phénomènes physiologiques, celle de la localisation des propriétés spéciales à chacun des deux ordres de nerfs cérébro-spinaux, pour les uns (les nerfs moteurs) à leur extrémité périphérique, pour les autres (les nerfs sensitifs) à leur extrémité centrale.

Un autre fait d'un ordre capital a été mis en lumière par ces mêmes expériences; c'est l'échange qui se produit entre les éléments nerveux et le liquide sanguin qui les arrose. Ces expériences montrent que les propriétés vitales des muscles et des nerfs dérivent du sang, que celui-ci à son tour est modifié dans sa composition après ce travail, et qu'il y a, sinon équivalence complète et parfaitement démontrée, du moins un rapport évident entre les phénomènes chimico-calorifiques développés et le mouvement musculaire produit.

Enfin, une des conséquences qui ressortent de la distinction et de l'autonomie physiologique des divers éléments du système nerveux, conséquence contestée il est vrai, mais que M. Cl. Bernard maintient, c'est de ne pouvoir jamais se suppléer physiologiquement les uns aux autres.

D'une manière générale, M. Cl. Bernard considère qu'il y aurait lieu dès aujourd'hui à distinguer deux ordres de caractères pour les éléments histologistes, les uns génériques, les autres spécifiques. Les caractères histologiques génériques seraient fondés physiologiquement sur des différences de fonctions élémentaires, non-seulement distinctes, mais encore indépendantes; et anatomiquement sur une différence radicale de substance. Les caractères histologiques spécifiques seraient fondés physiologiquement sur des différences fonctionnelles positives, mais connexes, c'est-à-dire non indépendants, et anatomiquement sur une différence d'arrangement moléculaire dans la matière organisée.

De là, pour le physiologiste, la nécessité de ne pas se renfermer dans un cadre purement anatomique et de tenir compte, pour établir l'anatomie physiologique d'un élément, de tous les caractères, en mettant toujours au premier rang les caractères physiologiques, c'est-à-dire les propriétés vitales spécifiques. Il n'y avait qu'un pas à faire pour être conduit de cette proposition à cette autre qui peut être formulée en loi, savoir: que malgré la ressemblance des formes, malgré l'identité apparente de substance, quand le physiologiste a constaté une propriété vitale spéciale, il doit conclure à une différence de structure.

En définitive, la tendance de la physiologie générale doit être, suivant M. Cl. Bernard, d'analyser et de différencier de plus en plus les propriétés vitales, en cherchant à déterminer les conditions mêmes de ces différences. « Dans les sciences naturelles, où l'on ne cherche que les lois *contemplatives* des phénomènes, on se borne à étudier les différences organiques pour les confondre dans des unités typiques idéales. Mais dans les sciences expérimentales, où l'on cherche les lois *effectives* des phénomènes, il faut étudier les différences organiques pour les ramener chacune à ses conditions matérielles élémentaires de manifestation. »

Comme question finale des problèmes soulevés par l'étude physiologique du système nerveux, M. Cl. Bernard se demande quel est le but que la physiologie générale se propose d'atteindre en poursuivant ainsi l'étude des éléments histologiques dans leurs propriétés vitales autonomiques et dans leur association fonctionnelle. « Ce but, dit-il ne saurait se borner à une simple curiosité contemplative. La physiologie générale cherche à distinguer les éléments histologiques et à déterminer leurs conditions physico-chimiques d'activité, afin de pouvoir, par leur intermédiaire, régler leur manifestation vitale et arriver par suite à modifier scientifiquement les mécanismes organiques complexes qui résultent de leur réciprocité d'action. »

Aux travaux et aux progrès accomplis dans ce premier ordre de faits pour la période comprise dans ce rapport, se rattachent plus particulièrement les noms de MM. Flourens, Longet, Brown-Séquard, Vulpian, Philippeaux, J. Béclard, Ch. Robin, Rouget, Faivre, Moreau, etc. Quant à la part qui revient à M. Cl. Bernard, elle sera mieux appréciée à la fin de cette analyse.

Dans l'étude des phénomènes de circulation (éléments sanguins et lymphatiques), M. Cl. Bernard montre tout d'abord l'idée qu'il faut se faire du sang et des divers liquides qui sont mis en circulation dans l'organisme vivant, véritable *milieu* intérieur dont la physiologie générale a à rechercher et à déterminer les conditions physico-chimiques dans leur rapport avec la vie des éléments histologiques. Nous passerons sur les travaux, très-dignes d'intérêt d'ailleurs, relatifs à l'hémo-dynamique et aux conséquences qu'entraînent au sein de l'économie les variations de proportions ou de composition du sang; nous ne signalerons également que pour mémoire la détermination du rôle respectif qui revient aux globules rouges et aux globules blancs dans la double fonction nutritive et excitatrice du sang, les premiers représentant l'élément respiratoire du sang, les seconds son élément plastique, pour nous arrêter un instant sur les expériences relatives à la détermination des propriétés vivifiantes du sang artériel.

C'est par le procédé de la transfusion du sang d'un animal dans un autre que l'on démontre ces propriétés. Lorsqu'on opère la transfusion dans des muscles et des nerfs, dont les propriétés vitales sont éteintes ou considérablement amoindries, on voit peu à peu les propriétés musculaire et nerveuse réapparaître et se manifester sous l'influence de leur excitant. Ce résultat, dû aux expériences de M. Brown-Séquard, est déjà assurément fort remarquable. Mais cet habile expérimentateur a montré que les propriétés des troncs des nerfs et des centres nerveux eux-mêmes réapparaissent sous l'influence de l'injection du sang artériel. En injectant le sang par la carotide dans la tête d'un chien décapité, il a vu revenir la propriété vitale des muscles et des nerfs. L'animal exécutait des mouvements de la face et des yeux qui paraissaient dirigés par la volonté. « Ces faits, dit à ce sujet M. Cl. Bernard, ne nous semblent extraordinaires que parce que nous confondons les *causes* des phénomènes avec leurs *conditions*... Pour le physiologiste qui se fait une juste idée de la nature des phénomènes vitaux, le rétablissement de la vie et de l'intelligence dans une tête, sous l'influence de la transfusion du sang oxygéné, n'a rien absolument qui soit anormal ou étonnant; ce serait le contraire seul qui serait surprenant pour lui. En effet, le cerveau est un mécanisme conçu et organisé de façon à manifester les phénomènes intellectuels par l'ensemble d'un certain nombre de conditions. Or, si on enlève une de ces conditions, le sang, par exemple, il est bien certain qu'on ne saurait concevoir que le mécanisme puisse continuer de fonctionner. Mais si l'on restitue la circulation sanguine avec les précautions exigées, telles qu'une température et une pression convenables, et avant que les éléments cérébraux soient altérés, il n'est pas moins nécessaire que le mécanisme cérébral reprenne ses fonctions normales... Mais en voyant les signes de l'intelligence revenir dans un cerveau auquel on rend le sang qui lui manquait pour fonctionner, on aurait tort d'y voir la preuve que l'intelligence est dans le sang ou dans la matière cérébrale. Il ne faudrait donc pas tirer de ces expériences des conclusions qu'elles ne comportent pas. La physiologie ne doit voir là que des mécanismes vitaux, disloqués et rétablis dans leurs *conditions d'action*. »

Revenons aux divers éléments du système vasculaire et de la fonction circulatoire. Ici se place une des découvertes les plus intéressantes, celle de l'influence nerveuse sur les vaisseaux et des circulations locales. Les expériences de Magendie et de M. Poiseuille avaient conduit ces deux physiologistes à considérer les artères et les vaisseaux capillaires comme des tubes élastiques, à peu près passifs. Cette opinion avait prédominé jusque dans ces derniers temps, malgré l'opinion d'autres physiologistes qui admettaient que les artères étaient contractiles et qu'elles pouvaient apporter, dans la circulation artérielle, des modifications indépendantes du cœur. C'est cette idée, émise depuis longtemps, mais sans preuves démonstratives, qu'il s'agissait de faire entrer dans la science, sous le contrôle de l'expérimentation et avec le cachet de l'évidence qu'elle seule est capable de donner à des faits de ce genre. On connaît les belles expériences de M. Cl. Bernard, touchant l'influence de la section du nerf grand sympathique sur l'activité de la circulation céphalique et faciale et l'augmentation de température de ces parties; d'où cette conséquence, que le grand sympathique ralentit la circulation capillaire en jouant le rôle de nerf constricteur des petites artères. Ce premier fait demandait un complément, qui ne tarda pas à être acquis, c'était la constatation de l'existence des nerfs dilatateurs des artères ou accélérateurs de la circulation capillaire. D'où cette conclusion nouvelle et importante, qu'on pouvait, à l'aide du système nerveux, modifier profondément et localement la circulation capillaire, et atteindre par suite la vitalité des éléments histologiques autour desquels ces modifications circulatoires se passent; en un mot, que le système nerveux sympathique est le régulateur de la circulation capillaire. D'autres faits sont venus démontrer depuis, anatomiquement et physiologiquement, l'existence de circulations locales fonctionnant indépendamment de la circulation générale et parallèlement. Ainsi s'est trouvé éclairé ce point important, resté jusque-là obscur et inexpliqué, des variations circulatoires si nombreuses qui surviennent dans les organes, suivant l'état de fonction ou de repos et suivant l'état normal ou pathologique.

Nous mentionnerons parmi les physiologistes qui ont le plus concouru à ces travaux, après M. Cl. Bernard, qui a ici comme toujours et plus qu'ailleurs encore la plus large part, MM. Poiseuille, Brown-Séquard, Marey, Chauveau, Rouget, Colin, Fernet, Davaine, Sucquet, Ch. Robin, Ranvier, Chaussat, et pour les phénomènes qui se rattachent plus particulièrement à la respiration, MM. Regnault et Reiset, Estor et Saint-Pierre, Faure, F. Leblanc, Bert, etc.

Dans les phénomènes d'absorption, de sécrétion et d'excrétion, fonctions génératrices et conservatrices du milieu intérieur, qui ont, pour élément organique spécial, l'élément épithélial, agissant tantôt physiquement à la manière des filtres, tantôt chimiquement par la création de principes immédiats, les faits principaux qui ont été mis en lumière sont : le mécanisme de l'absorption des liquides et des gaz, par double courant osmotique, en vertu d'un échange entre le liquide intra-vasculaire, ou milieu intérieur et le milieu extérieur ou extra-vasculaire; l'étude de la condition essentielle de la diffusion ou de l'échange entre deux milieux gazeux ou liquides, contigus ou séparés par une membrane; la recherche des conditions encore très-incomplétement déterminées des absorptions digestives; la détermination de deux phases dans l'absorption toxique : l'une d'absorption externe, qui fait pénétrer la substance de l'extérieur dans le sang, l'autre d'absorption interne, qui fait pénétrer la substance du sang dans l'élément organique; la distinction des deux ordres de phénomènes élémentaires qui entrent dans la sécrétion, savoir : la sécrétion d'un produit caractéristique créé par la cellule sécrétoire, l'excrétion d'un liquide emprunté au sang, qui vient dissoudre et entraîner au dehors le produit de

---

Enfin, la femme est sensible, compatissante, souvent avec exagération, et son système nerveux offre un développement en harmonie avec toutes ses qualités, et aussi, hélas! avec tous ses défauts. Car enfin, à moins de n'être qu'un flatteur, on ne peut cependant pas dire que la femme soit parfaite.

M. Legouvé, le père, l'a dit beaucoup mieux que moi; mais je parle en médecin, et non pas en poëte. Telle qu'elle est, la femme me paraît admirable quand elle comprend son rôle, et qu'elle sait et veut le remplir.

Eh bien! pour faire une femme médecin, il faut commencer par détruire tout cela; lui faire perdre la sensibilité, la timidité, la pudeur; l'endurcir par la vue des choses les plus horribles et les plus effrayantes; lui apprendre à ne plus trembler devant les spectacles les plus hideux et à envisager de sang-froid ce qui est de nature à émouvoir les natures les plus fortes.

Je déclare que le plus grand acte de courage que j'aie accompli dans ma vie, ç'a été de considérer une dizaine de cadavres étendus sur des tables d'amphithéâtre et d'en toucher un avec la main. J'avais dix-huit ans et n'avais encore jamais vu un cadavre; ma main refusait de m'obéir, et quand enfin j'eus éprouvé le contact de cette chair froide et inanimée, je fus obligé de me soutenir pour ne pas tomber. — Puis il me fallut ouvrir ce cadavre pour demander à la mort les secrets de la vie; le disséquer dans tous les sens; voir couler un sang visqueux et gluant; respirer cette odeur fade et nauséeuse que répandent les corps morts...

Je le répète, il faut en général un grand courage pour aller jusqu'au bout; les femmes, je l'espère, ne l'auraient pas. Mais dans tous les cas, est-ce là le spectacle que vous rêvez pour une jeune fille de dix-huit ans, bien élevée et ayant à peine quitté sa mère et sa famille?

Et ce n'est pas tout; les autopsies sont, dans bien des cas, plus repoussantes et plus horribles encore; elles sont souvent très-laborieuses et telles que les femmes n'auraient pas la force de les faire; il en est pendant lesquelles se répandent des odeurs si infectes, que tous les assistants, les plus vieux et les plus jeunes, en sont non-seulement incommodés, mais malades. Quel milieu pour une jeune fille!

Et quand il lui faudra assister à quelque grande opération (car quoi qu'en dise madame Gaël, on ne saurait être docteur à moitié), qu'elle verra couler des flots de sang, palpiter des chairs vivantes, tomber des membres tout entiers; qu'elle entendra, — ce qui arrive encore trop souvent malgré le chloroforme, — les cris déchirants, les hurlements du malheureux opéré... dans quel état sortira-t-elle, soit au moral, soit au physique, de cette salle d'opérations?

Passez au lit des malades; — la contemplation pénible des longues et douloureuses maladies, de celles qui usent la vie peu à peu, morceau à morceau, de celles où le dénoûment, toujours fatal, toujours prévu, est la mort d'un père, d'une mère, d'un enfant chéri, cette contemplation renouvelée tous les jours est souvent plus pénible encore que celle de la souffrance aiguë.

Pour assister impassible à ces tristes spectacles (et il est inutile d'allonger le lugubre tableau) il faut être fortement trempé, avoir refoulé en soi sa sensibilité native, s'être endurci et forcer son cœur à se taire pour laisser le cerveau méditer tranquillement et froidement. Si vous pouvez à peine demander cela à l'homme, est-ce que vous pouvez le demander à la femme, qui est toute de sentiment, toute d'expansion?

Sans doute le médecin ne devient pas un monstre; il sent, et souvent plus vivement qu'un autre; il est doux, compatissant, charitable, bienveillant; mais quoi qu'il en dise et qu'il en pense, il est dur et son cœur est cuirassé. En présence de la maladie, en présence de cette alternative, la vie ou la mort, il ne tient aucun compte de la souffrance et de la douleur; et celui-là sera toujours un mauvais médecin qui se laisse facilement attendrir.

Lorsque la femme en serait arrivée là, je le demande, que resterait-il de la femme? Un être qui ne serait plus ni une jeune fille, ni une femme, ni une épouse, ni une mère!

Je ne fais aucune difficulté de reconnaître que les femmes seraient aussi aptes que les hommes à être médecins. La médecine étant encore autant un art qu'une science, elles y excelleraient peut-être plus que nous.

Je reconnais également que la loi ne devrait pas interdire la profession médicale aux femmes. A leurs risques et périls, les jeunes filles devraient avoir le droit de suivre les cours des Facultés. — Mais comme homme, comme moraliste, comme philosophe, on ne saurait trop détourner les femmes de la carrière médicale; on ne saurait trop engager les pères et surtout les mères de famille à se défier de certaines idées, justes en apparence, déplorables en réalité.

L'exemple de l'Amérique et de l'Angleterre, je l'avoue, ne me touche ici que fort médiocrement. Donnez à la femme autant d'instruction que vous pourrez; complétez son éducation; rien de mieux, assurément; mais que cette instruction, que cette éducation la laissent toujours femme.

Une tradition erronée prétend que les amazones, pour devenir des guerriers, se brûlaient un sein; — si l'on veut faire de la femme française un médecin, il faudra commencer par lui arracher le cœur.

D[r] H. Montanier.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Histoire des plantes. — *Monographie des Dilléniacées*, par H. Baillon, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — Illustré de 50 figures dans le texte. Prix : 3 fr. — *Les Renonculacées et les Dilléniacées*, ensemble, 9 fr. — Sous presse : *Monographie des Magnoliacées*, grand in-4°. — Paris, 1868. Édité par L. Guérin. — Théodore Morgand, 5, rue Bonaparte.

sécrétion; les conditions spéciales à la sécrétion des liquides salivaires, du suc pancréatique et du suc gastrique, etc. Nous signalerons encore la découverte des sécrétions internes, au nombre desquelles M. Cl. Bernard place le sang lui-même, considéré comme un produit de sécrétion des glandes vasculaires internes; et, enfin, la fonction glycogénique du foie qui, entre autres déductions physiologiques importantes, a conduit particulièrement à celle-ci, savoir : que les animaux, aussi bien que les végétaux, ont la faculté de créer des principes immédiats nécessaires à leur existence, et que les deux fonctions de réduction et de combustion, dont on avait fait jusque-là deux attributs distincts et exclusifs des uns et des autres, leur sont communes. Plus que toute autre sécrétion, la fonction glycogénique a révélé nettement les deux espèces de phénomènes constitutifs de toute sécrétion : le phénomène vital, qui est ici la création de la matière amylacée dans la cellule glycogénique hépatique, et le phénomène chimique, qui est la destruction du principe immédiat par ses transformations successives en divers produits destinés à être utilisés par l'économie.

La physiologie expérimentale a montré, enfin, les relations étroites de l'absorption, de la sécrétion et de l'excrétion, ces trois ordres de fonctions annexes du système circulatoire, destinées à la rénovation et à la conservation du milieu organique intérieur, et ayant pour lien commun et pour moyen de coordination et d'équilibration le système nerveux. L'influence nerveuse ne se montre pas moins manifeste, dans l'exercice normal et régulier de ces fonctions que dans les faits pathologiques spontanés ou artificiellement produits. Ce qui fait dire à M. Cl. Bernard que « la physiologie générale, en nous faisant pénétrer par l'analyse expérimentale jusqu'aux conditions élémentaires organiques, nous montre que, dans les actions en apparence les plus complexes, même dans les influences psychiques qui agissent sur l'organisme, il faut toujours en arriver à donner l'explication de la manifestation vitale extérieure par l'activité de certains éléments histologiques spéciaux qui réagissent sous l'influence de conditions physico-chimiques bien déterminées. »

Les résultats déjà acquis dans l'étude de cet ordre de phénomènes n'ont pas seulement pour effet d'éclairer un grand nombre de phénomènes pathologiques; en montrant la possibilité d'agir directement sur le milieu intra-organique par l'influence nerveuse, ils ouvrent une voie non moins féconde pour l'interprétation et l'application des actions thérapeutiques, et ils laissent entrevoir, en nous donnant des moyens d'action sur les manifestations vitales les plus élevées, jusqu'à la possibilité de dévoiler et d'expliquer un jour scientifiquement « l'influence réciproque, reconnue dans tous les temps, mais restée mystérieuse, du moral sur le physique et du physique sur le moral. »

Mentionnons ici, parmi les noms des physiologistes dont les travaux ont concouru avec ceux de M. Cl. Bernard à l'étude des phénomènes dont nous venons de nous entretenir, ceux de MM. Willemin, J. Béclard, H. Bouley, Gruby et Delafond, P. Bérard, Colin, Picard, Miahle, Blondlot, Oré, Corvisart, Ranvier, Berthelot, de Luca, etc., etc.

Il nous resterait encore, pour terminer cette rapide esquisse des progrès de la physiologie, à parler des phénomènes de nutrition, de génération et d'évolution, et des phénomènes d'organisation et de connexions organiques. Mais, malgré l'intérêt et le plaisir extrême que nous y trouvons, il faut faire une halte. Nous reprendrons cette étude dans un numéro prochain.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. PANAS.

Hernie inguinale étranglée chez une petite fille de sept mois. — Opération suivie de succès. — Mort par entérite survenue après la sortie de l'hôpital.

(Observation recueillie par M. Bax, interne du service.)

Marguerite M..., âgée de sept mois, entrée le 29 janvier, salle des nourrices. — Cette enfant est bien développée, et, sauf sa hernie, n'a jamais eu de maladie depuis sa naissance.

Il y a deux mois environ, sa mère aperçut, au niveau et un peu au-dessus de la grande lèvre droite, une petite tumeur. A la consultation de l'hôpital Sainte-Eugénie, on en fit facilement la réduction, et cette tumeur s'étant reproduite depuis lors à plusieurs reprises, la mère la réduisait elle-même chaque fois. La réduction se faisait toujours facilement, et la mère ne se rappelle, dans ces circonstances, avoir jamais perçu de sensation que l'on puisse rapporter à un gargouillement; elle dit que cette tumeur n'avait jamais dépassé le volume d'une petite noisette, et qu'elle percevait au toucher une consistance assez ferme. L'enfant n'a jamais porté ni bandage ni autre appareil contentif; il n'était, jusqu'ici, survenu aucun accident.

Le mardi 28 janvier, au matin, la tumeur s'étant reproduite, la mère voulut la réduire et ne put y parvenir; elle remarqua que les langes n'avaient pas été tachés, dans la nuit, de matières fécales. Puis, peu de temps après, des vomissements eurent lieu, et ils ne tardèrent pas à présenter une coloration porracée, verdâtre. Ces vomissements continuant à courts intervalles, et aucune selle ne s'étant faite, la mère porta dans la journée la petite malade à Sainte-Eugénie, où on ne voulut pas la recevoir à cause de son trop jeune âge; les internes de cet hôpital essayèrent, mais sans succès, d'opérer la réduction.

Le lendemain 29, sa mère la transporta à midi à l'hôpital Saint-Antoine; elle ne fut vue qu'à la visite du soir (cinq heures et demie), et l'interne de service fit, sans succès encore, une tentative de taxis.

A neuf heures du soir, l'enfant est chloroformée, pour relâcher complétement les muscles abdominaux, et cette troisième tentative de taxis est également inutile. A ce moment, l'enfant paraît très-affaiblie; ses traits sont grippés et présentent nettement le *facies* abdominal; aucune selle n'a eu lieu; les vomissements fécaloïdes continuent; le pouls est petit, serré et très-fréquent; quant à la tumeur en elle-même, elle présente les caractères suivants :

La grande lèvre droite, vers sa partie supérieure, paraît notablement plus volumineuse que celle du côté opposé. L'intumescence qu'elle présente est régulièrement arrondie. A la palpation, on constate, sous les téguments, la présence d'une tumeur du volume d'une petite noix, dure, rémittente, complétement irréductible.

L'exploration réveille les cris plaintifs de l'enfant. L'interne de garde et plusieurs de ses collègues présents à ce moment, jugeant une intervention chirurgicale indispensable, se décident à faire appeler M. Panas.

A onze heures et demie, l'enfant étant complétement chloroformisée, M. Panas fait une incision verticale longue de 4 centimètres, partant à 1 centimètre au-dessus du pli inguino-crural, au niveau du point le plus saillant de la tumeur. Dans un premier temps, on incise les téguments, et, arrivé à une faible distance de la tumeur, qui maintenant se dessine d'une manière plus nette, une dissection lente et attentive permet de mettre à nu la plus grande partie de la surface externe du sac.

Celui-ci se présente sous une forme arrondie de 3 centimètres de diamètre environ; sa coloration est d'un rouge brun, et sa surface lisse, tellement qu'on aurait pu croire se trouver en présence de l'intestin lui-même, si le volume trop considérable de la tumeur, pour être une anse intestinale d'un enfant aussi jeune, et la certitude que le sac n'a pas encore été ouvert n'avaient suffi pour écarter cette hypothèse. La palpation permet de reconnaître, à travers la paroi du sac, la sensation molle d'une anse intestinale, et à côté d'elle un corps dur ayant la forme et le volume d'une petite aveline.

La consistance de ce corps rappelle, à s'y méprendre, un petit bol fécal desséché. A travers la transparence du sac, ce dernier corps paraît cependant d'une coloration plus pâle que le reste de la tumeur. Une nouvelle tentative de taxis, dans le but de réduire sans entamer le péritoine, ayant échoué, on ouvre le sac avec précaution à cause de l'absence de tout liquide dans sa cavité, et l'on voit alors que celui-ci contient, outre une anse intestinale longue de 3 à 4 centimètres, d'un rouge brun, un repli péritonéal qui n'est autre que le ligament large du côté droit avec la trompe et l'ovaire du même côté. Ce dernier, d'une coloration jaunâtre, caractéristique, constituait le corps dur que l'on sentait à travers ses enveloppes. Les lambeaux du sac sont maintenus latéralement, et M. Panas, procédant à la recherche de l'ouverture abdominale par laquelle la hernie s'est faite, on put voir qu'elle n'est autre que l'orifice inguinal supérieur. Le péritoine ne paraît point former de collet à ce niveau; en d'autres termes, dans ce cas particulier, ce n'est pas le collet du sac, mais bien l'orifice aponévrotique lui-même qui a produit l'étranglement. Une sonde cannelée est glissée sous l'anneau constricteur, et à l'aide d'un bistouri droit, introduit dans la rainure de celle-ci, on débride de bas en haut l'anneau dans l'étendue de 4 à 5 millimètres. Pendant cette section, on perçoit nettement la sensation propre au tissu fibreux. La réduction de l'anse intestinale a été facile; celle de l'ovaire a exigé un peu plus de difficulté, mais elle a pu se faire aussi sans encombre. La surface interne du sac a été trouvée normale sans trace d'adhérences ni de fausses membranes. Pendant l'opération, il n'y eut aucun vaisseau d'ouvert, et la petite malade n'a perdu que des gouttes de sang. Trois points de suture métallique sont appliqués sur les lèvres de la plaie. Une pelote de diachylon est mise à ce niveau, et maintenue par des bandelettes de diachylon en huit de chiffre, autour de la cuisse et du bassin.

30. La petite malade n'a pas vomi dans la nuit; elle a eu spontanément deux selles. Le ventre est souple et ne paraît point douloureux. La face, quoique un peu grippée, n'a plus l'aspect cholérique qu'elle présentait hier soir. Le pouls est modéré. Elle prend volontiers le sein.

31. Les selles se font naturellement. Deux vomissements ont eu lieu depuis hier matin, mais quelque temps après que le sein a été donné; ces vomissements ne contenaient que du lait caillé. Ventre souple et indolore; la grande lèvre droite, sans doute à cause de la compression exercée par la bandelette de diachylon, est un peu rouge et œdématiée. Face naturelle; pouls fréquent.

1er février. Réaction fébrile, modérée et franche que M. Panas considère comme l'analogue de la réaction qui suit la période algide du choléra, et partant d'un très-bon augure. Ventre souple et indolore. L'œdème de la grande lèvre diminue. Deux vomissements ont encore eu lieu, mais de même nature que ceux d'hier; selles normales.

2. Plus de vomissements; pouls normal.

3. Même état. On enlève le pansement. Une réunion par première intention s'est faite entre les deux points de suture inférieurs, mais elle n'occupe que la moitié de l'espace compris entre eux; le reste ne s'est point réuni et suppure. Les bords de la plaie ne présentent pas de tuméfaction, mais ils sont rouges dans l'étendue d'un centimètre environ; les fils métalliques ont, à leur niveau, divisé les téguments dans une certaine étendue, et l'une de ces solutions de continuité s'étend même jusqu'au bord de la plaie. Les fils métalliques sont enlevés.

Pansement simple; on le maintient avec un appareil semblable à celui qui a été posé après l'opération.

5. On lève le pansement. Les parties de la plaie qui s'étaient réunies se sont disjointes. Toute la surface de la plaie suppure, mais le fond est déjà réuni, et la profondeur de la plaie ne dépasse pas l'épaisseur du derme. La rougeur des bords est moins prononcée et moins étendue; la santé générale de l'enfant est excellente. Pansement simple, maintenu par une pelote rectangulaire attachée autour de l'abdomen et munie d'un sous-cuisse.

Du 6 au 10. La plaie diminue en profondeur et marche vers la cicatrisation.

12. La plaie étant presque cicatrisée, on pourvoit la mère de quelques bandages en futaine qu'elle devra appliquer jusqu'à ce que l'on fasse un bandage à ressort, et l'on conseille la sortie de l'hôpital, de crainte de la voir tomber malade par suite des influences nosocomiales.

Malheureusement, depuis sa sortie de l'hôpital, cet enfant a été pris de diarrhée et d'un épuisement dont les progrès ont bientôt entraîné sa mort. Malgré cette issue funeste, ce fait n'offre pas moins d'intérêt, vu l'âge de la petite malade (sept mois), la présence de l'ovaire et de la trompe dans le sac, et aussi le succès de la kélotomie chez un sujet si jeune, alors que la sensibilité morbide du péritoine, à cette époque de la vie, pouvait faire craindre le développement d'une péritonite.

Considérations sur la cystite chez la femme,

Par le Dr CLÉMENT OLLIVIER.

Si la cystite est plus rare chez la femme que chez l'homme, en revanche le diagnostic en est souvent plus difficile; ou bien lorsqu'il se manifeste d'une manière bien appréciable, souvent il apparaît accompagné des plus graves désordres.

La cystite chez la femme peut être le résultat d'une pression exercée soit par une tumeur abdominale, soit par l'utérus gravide; mais ce genre d'affection n'offre aucune gravité.

La cystite peut être partielle; elle peut affecter les parois de l'organe sans participation de la muqueuse, de même que l'inflammation peut s'étendre à tout l'organe. Néanmoins, si l'inflammation est limitée à la surface péritonéale, le diagnostic peut rester très-obscur, et la douleur hypogastrique aussi bien que le ténesme qui se manifeste et qui est très-douloureux, peuvent facilement être rapportés à l'utérus. Il en est de même encore lorsque la vessie devient malade par contiguïté, à la suite d'une métro-péritonite dont les symptômes aigus peuvent disparaître et laisser subsister des ténesmes vésicaux dus à une cystite partielle. Ces ténesmes peuvent être facilement confondus, soit avec des ténesmes utérins, soit avec des ténesmes vulvaires. Il est même probable que l'affection décrite sous le nom de névrose de la vulve n'était qu'une cystite.

En 1862, donnant des soins à la jeune femme d'un officier du 5e lancier, en garnison à Tours, laquelle malade m'avait été adressée comme affectée d'une métrite chronique, je fus à même d'observer que les douleurs éprouvées par la malade, assez vives pour lui arracher des cris, revêtaient plutôt le type de la névrose, douleur qui caractérise la cystite en raison de son intermittence; après cela, l'examen des urines ne me laissa plus aucun doute sur le diagnostic de la véritable maladie qui céda promptement à un traitement méthodique.

Mais lorsque, chez la femme, la cystite devient générale et qu'elle s'étend aux divers tissus de l'organe, elle peut offrir les plus graves désordres; c'est alors que l'on trouve ces abcès développés dans l'épaisseur des parois vésicales, abcès qui peuvent donner lieu à la perforation de ces parois. L'inflammation peut aussi s'étendre au tissu cellulaire contigu, ainsi que je vais le démontrer plus loin.

La cystite arrivée à l'état chronique offre un épaississement quelquefois considérable des parois vésicales, et lorsque cet épaississement est accompagné de l'engorgement du tissu cellulaire contigu, il serait facile de croire à une dégénérescence squirrheuse de l'organe, c'est ce qui m'arriva en 1847, avec Leroy-d'Étiolles, sur une malade amenée à ma maison de santé de Chaillot par M. le docteur Mêlier.

Le traitement de la cystite chez la femme, quoique offrant des facilités plus grandes que chez l'homme, rencontre néanmoins beaucoup de ténacité que l'on doit attribuer surtout à la fluxion menstruelle, à laquelle participe par contiguïté la vessie, surtout lorsqu'elle est le siége d'une phlegmasie; aussi remarque-t-on constamment de l'exacerbation à cette époque. Chez certaines malades, les douleurs n'apparaissent même qu'au moment de la menstruation, pour disparaître avec l'écoulement périodique.

Toutefois, la paroi vésico-vaginale offre une surface où l'on peut pratiquer, dans de certaines conditions, les émissions sanguines avec un succès bien autrement certain que lorsqu'on les pratique au périnée ou à l'hypogastre chez l'homme.

La malade de M. Mêlier est la première chez laquelle j'eus l'idée d'appliquer des sangsues sur la cloison vésico-vaginale, quoique M. Leroy-d'Étiolles et moi fussions bien persuadés, à tort sans doute, qu'il s'agissait d'un état squirrheux de cette paroi.

Lorsque l'affection est légère, qu'elle n'est pas accompagnée de désordres trop graves; lorsque surtout la membrane muqueuse n'est pas le siége d'ulcérations et même de suppuration chronique trop abondante, on obtient un soulagement rapide par ces émissions sanguines vésico-vaginales.

Vers la fin du mois de mai dernier, madame C..., fermière aux Rosiers (Maine-et-Loire), vint réclamer mes soins pour une fistule vésicale dont la malade ne put de prime abord m'indiquer la nature.

Cette femme, âgée de 56 ans, d'un bon tempérament, ayant cessé d'être réglée sans accidents, ayant eu trois enfants sans couches laborieuses, me raconta que, vers la fin de novembre dernier, elle avait été, sans causes connues, affectée de douleurs hypogastriques violentes, accompagnées d'envies fréquentes d'uriner qui ne firent qu'augmenter jusqu'au mois de janvier.

A ce moment seulement, M. le docteur Gautron de Gemos, consulté par la malade, trouva dans la fosse iliaque gauche une masse fluctuante qu'il prit, avec raison, pour un kyste de l'ovaire de ce côté; au-dessus des pubis et dans la fosse iliaque droite existait une tumeur dure, douloureuse, assez difficile à circonscrire en raison du ballon-

nement du ventre, aussi s'abstint-il de donner son diagnostic avant plus ample observation.

Mais à ce moment, la malade fut transportée à Angers pour y recevoir les soins d'un honorable confrère qui la garda près de lui pendant environ deux mois.

A ce moment, les envies d'uriner étaient de plus en plus fréquentes, les urines étaient mêlées à des mucosités purulentes qui déposaient au fond du vase. Les souffrances de la malade ne lui permettaient de dormir ni jour, ni nuit.

A chaque visite, au dire de la malade, le médecin explorait la vessie qui, disait-il, contenait des abcès, et cherchait à pénétrer dans ce qu'il croyait être une collection purulente, et qui était, en réalité, un kyste développé dans l'ovaire gauche. Enfin, après une dernière exploration extrêmement douloureuse, les envies d'uriner cessèrent tout à coup et la malade perdit involontairement ses urines; et, abandonnée par son médecin, elle revint chez elle désespérée.

Je vis la malade deux mois après. Le ventre fortement ballonné ne permettait aucune exploration par le palper hypogastrique. L'urine que perdait involontairement la malade était blanchâtre, purulente, fétide, déposant au fond du vase un pus grisâtre identique à celui d'un abcès. La malade, très-amaigrie, éprouve dans le bas du ventre une douleur très-vive dont elle indique le siége à l'entrée du vagin qui est tuméfié et fortement excorié par le passage continuel de l'urine. L'appétit est bon, mais la langue est rouge, la soif vive, constipation ou dévoiement alternativement, état fébrile permanent.

Au toucher vaginal, on trouve une tumeur dure, sans mobilité, adhérente à toute la partie postérieure de la symphise pubienne qu'elle dépasse, vers l'hypogastre de trois à quatre centimètres, et occupant toute la place réservée à la vessie qui semble absorbée dans cette tumeur, remplit en partie l'excavation pelvienne. Au moyen de la sonde, on peut faire saillir la cloison vésico-vaginale, qui est épaissie, dure, mais n'offrant aucune lésion expliquant la sortie involontaire de l'urine.

Derrière la tumeur, et située profondément, on trouve l'ouverture du museau de tanche, souple, sans aucune lésion appréciable au toucher, mais le col utérin est complétement effacé.

Cette tumeur étant à peu près insensible, cette exploration se fait sans douleur.

Au moyen d'un petit spéculum bivalve de Ricord, je puis entrevoir le museau de tanche, ou plutôt son ouverture; le col étant absolument effacé, cette ouverture présente l'aspect d'une simple fente, à travers laquelle on aperçoit suinter l'urine.

Il y avait donc là une cystite chronique avec engorgement de tout le tissu cellulaire pubio-vésical et vésico-utérin, plus une fistule *vésico-utérine.*

Comment s'était produite cette fistule?... Pouvait-elle être le résultat d'une communication spontanée, suite d'un abcès intra et vésico-utérin?... ou bien, ainsi que l'affirmait la malade, le résultat d'une manœuvre imprudente?...

La malade venait ainsi pour la guérison de cette fistule à laquelle elle attribuait tous ses maux; mais, quand bien même la prudence ne m'eût pas commandé de guérir avant tout les désordres vésicaux, en les supposant curables, il eut été impossible d'arriver au col utérin avant d'avoir détruit la tumeur derrière laquelle il était complétement caché.

Je subordonnai donc l'opération à la possibilité de détruire cette tumeur, qui avait tout l'aspect d'une tumeur squirrheuse, et, par conséquent, incurable, ainsi que l'avait jugée le médecin d'Angers. Mais dès la seconde application de sangsues sur cette tumeur tangible à droite et à gauche du col vésical, je pus espérer la guérison de ces désordres qui n'étaient que secondaires à la cystite.

En effet, après une dizaine d'applications de deux à trois sangsues, dont les piqûres ne faisaient perdre à la malade que le sang soustrait par leur succion, et après cinq semaines environ d'un régime antiphlogistique, de bains de siége, lavements, injections, etc..., tous les désordres avaient disparu, restaient le kyste de l'ovaire, signalé du côté gauche, et la fistule vésico-utérine qui fut opérée par moi, et l'aurait été avec un plein succès si les symptômes adynamiques, que déjà avait fait pressentir une phlébite de la veine saphène externe du côté gauche, n'avaient emporté la malade.

La coïncidence de la phlébite du côté gauche, avec le kyste de ce même côté, pouvant, en raison d'un petit volume de ce kyste, laisser des doutes sur la nature du liquide qu'il renfermait, j'en fis l'exploration au moyen du trocart explorateur qui livra passage à une sérosité assez limpide pour qu'il me fût possible de vider le kyste par ce seul moyen.

J'ai cru devoir rapporter fort au long cette observation, pour démontrer la puissance résolutive des applications de sangsues employées même sur ces tumeurs de nature douteuse, et aussi pour signaler tout l'avantage que l'on peut tirer de l'application des sangsues sur la paroi vésico-vaginale dans le traitement de la cystite.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera son *Cours clinique des maladies des enfants*, le mardi 24 mars, à l'hôpital des Enfants.

Visite des malades à huit heures; leçon à l'amphithéâtre à neuf heures et demie.

— M. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra mercredi prochain, 25 mars, son *Cours clinique sur les affections de la peau*, suivi de leçons sur la thérapeutique des maladies chroniques et en particulier sur l'emploi des eaux minérales dans le traitement des affections cutanées.

Les leçons auront lieu, tous les mercredis, à neuf heures et demie du matin.

Visite des malades à huit heures et demie précises.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 35. — MARDI 24 MARS 1868. 41e ANNÉE. MARDI 24 MARS 1868. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 19 mars 1868.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

Académie des sciences. — Les recherches de M. Chauveau sur le principe actif du vaccin ont déterminé M. Béchamp et ses élèves à publier de suite les résultats auxquels les a conduits l'étude de ces granulations élémentaires qui sont animées du mouvement Brownien et qui, partout où elles se rencontrent, peuvent jouer le rôle de ferment.

M. Le Rique de Monchy a trouvé des granulations de cette nature dans la sève et dans le pollen des végétaux, dans les œufs de papillon, dans les matières liquides de la chenille et de la partie postérieure de l'araignée, dans la choroïde, etc.

Tous ces genres de *microzymas* ont liquéfié plus ou moins rapidement l'empois de fécule; quelques-uns l'ont saccharifié et ont transformé en glucose le sucre de canne; enfin quelques-uns ont liquéfié d'une manière définitive une gelée de gélatine.

Les granules oscillants de la choroïde du bœuf sont au nombre des plus actifs.

— Depuis les beaux travaux de M. Claude Bernard sur l'innervation des glandes salivaires, on sait que certains nerfs jouent le rôle de modérateurs par rapport aux organes secrétants qui les reçoivent. M. A. Moreau vient de montrer que tel était le cas des nerfs de l'intestin.

Ouvrant le ventre d'un chien à jeun, préalablement chloroformé, il isole par des ligatures trois anses successives d'intestin; puis il coupe avec soin tous les nerfs qui se rendent à la seconde anse, et il referme la plaie. Quelques heures plus tard, il sacrifie l'animal, et il trouve l'anse dont les nerfs ont été coupés, plus ou moins pleine de liquide, tandis que les anses voisines, celle qui la précède et celle qui la suit, sont au contraire vides et sèches.

Il n'est pas besoin de faire ressortir les conséquences physiologiques de cette donnée.

— Lundi dernier, le nombre et l'importance des documents que nous analysions nous ont forcé de consacrer à chacun d'eux fort peu d'espace.

MM. Onimus et Legros, voyant rapprocher de leurs expériences celles du docteur Richardson, ont craint que leur pensée ne fût pas bien comprise, et nous ont adressé la lettre suivante; nous sommes heureux qu'elle nous fournisse l'occasion de compléter des réflexions que nous avions écourtées de peur d'avoir à reproduire une observation personnelle que nous avions publiée déjà.

« L'analyse que vous avez bien voulu faire de notre Mémoire présenté à l'Académie des sciences, sur l'emploi des courants continus dans les cas d'accidents causés par le chloroforme, renferme un passage qui pourrait induire en erreur beaucoup de médecins. En citant les expériences de M. Richardson, vous faites entendre que les courants d'induction peuvent être également utiles dans les cas d'intoxication par le chloroforme. Mais il y a, entre les expériences de M. Richardson et les nôtres, cette différence capitale, qu'il agissait sur des animaux *endormis*, tandis que nous avons agi sur des animaux *tués*, pour ainsi dire, par le chloroforme.

« Lorsqu'un animal est endormi par le chloroforme et que sa respiration est normale, on conçoit facilement qu'en électrisant la moelle avec des courants d'induction, on obtienne des mouvements et des cris; mais jamais, avec les courants d'induction, on ne parvient à rétablir complétement et pour toujours la respiration chez un animal qui n'a plus aucun mouvement respiratoire, ni aucune contraction cardiaque. Nous avons fait plusieurs fois cette expérience, et toujours avec le même insuccès.

« Bien plus, non-seulement dans ce cas les courants d'induction ne sont d'aucune utilité, mais ils sont *dangereux*. Nous avons observé, en effet, que dans les premiers instants où l'on rétablit les mouvements respiratoires au moyen des courants continus, on les fait cesser, et pour toujours, si l'on produit de nombreuses interruptions. M. Verneuil a raconté à l'un de nous que le seul accident qui lui soit arrivé avec le chloroforme, a eu lieu chez un homme très-affaibli, presque à l'agonie, qui avait eu la cuisse broyée. Au moment de la syncope, et alors qu'il y avait encore quelques légers mouvements respiratoires, il fit appliquer sur le thorax les rhiophores d'un appareil à courants d'induction, et aussitôt tous les mouvements respiratoires cessèrent et les muscles respiratoires restèrent comme tétanisés.

« On sait, d'un autre côté, qu'en électrisant le pneumo-gastrique avec des courants d'induction, on détermine l'arrêt du cœur et des mouvements respiratoires.

« Sur un animal qui depuis une à deux minutes n'a plus ni contraction du cœur, ni mouvements respiratoires, les courants continus, au contraire, font revenir, au bout de quelques secondes d'application, les contractions du cœur et les mouvements respiratoires. Pendant ce temps-là, l'animal n'a aucune convulsion, aucun mouvement des membres, et lorsqu'au bout d'une minute on cesse l'électrisation, la respiration et la circulation continuent à s'exercer normalement et l'animal revient complétement à lui.

« Il y a donc, entre les courants d'induction et les courants continus, une différence complète qui, d'ailleurs, se manifeste dans d'autres circonstances, et que, dans ce cas-ci surtout, il est important de bien connaître. »

MM. Onimus et Legros n'ont pas cru sans doute que nous conseillons d'appliquer les courants interrompus, comme ils appliquent les courants continus, sur les nerfs pneumo-gastriques.

Les anciennes expériences de MM. Claude Bernard, Lefèvre et Weber à ce sujet sont connues de tous, et nous les avons, pour notre part, répétées souvent lors de nos cours à l'école pratique.

Il est certain qu'en faradisant les pneumo-gastriques, on arrête le cœur et les mouvements respiratoires; mais telle n'est pas la question.

Lorsque nous avons essayé l'action des courants interrompus chez une dame qui s'était asphyxiée par le charbon et que nous maintenions en vie par la respiration artificielle, nous avons eu grand soin d'appliquer uniquement le balai électrique, promené particulièrement sur les plaies que nous avions faites à l'aide du fer rouge.

L'autre réophore était placé de manière à ce que le courant ne fût nullement parallèle à la direction des fibres nerveuses, et à ce qu'il ne produisît point un état tétanique des muscles pectoraux.

Chez cette dame, les mouvements respiratoires cessaient aussitôt qu'on l'abandonnait à elle-même; la circulation était aussi gravement atteinte, car le pouls, complétement insensible à l'un des bras, l'était presque à l'autre; et cependant l'électricité d'induction, ainsi employée, loin d'être funeste, fut manifestement utile.

Comme les autres genres d'excitation appliqués par nous sur le thorax, et peut-être plus qu'aucun autre, elle contribua à ranimer les mouvements respiratoires, et par suite la circulation et les diverses fonctions vitales.

Le rétablissement complet fut assez lent; mais c'est alors que j'observai, le premier, bien des mois avant Richardson, un réveil apparent par l'électricité, sur un sujet complétement insensible et *presque tué* par un gaz délétère.

Chez ma malade, ce gaz avait été produit par la combustion du charbon; tandis que c'était le chloroforme, chez les animaux électrisés par le célèbre expérimentateur; M. Richardson agissait surtout sur la moelle épinière; moi, sur la surface cutanée et, par conséquent, les nerfs sensitifs; les courants dont je me suis servi étaient relativement plus faibles; mais, en évitant, l'un et l'autre, d'électriser les pneumo-gastriques, nous avons vu des résultats tellement semblables, que je tends à croire aux bons effets des courants d'induction, maniés sagement, chez les sujets intoxiqués par le chloroforme aussi bien que par l'acide carbonique, l'oxide de carbone, etc.

La leçon du professeur anglais est toute récente; mais le fait dont je parle date de deux ans; il a été publié par moi, dans la *Gazette des Hôpitaux*, le 2 août de l'année dernière.

L'observation, bien que résumée le plus possible, est assez longue, et je n'en puis reproduire ici que des extraits :

« ... J'entretins ainsi, pendant deux heures, un semblant de respiration, par des pressions et par des chocs alternatifs; mais, la face restait toujours celle d'une morte, gonflée et violacée par places, comme après la suffocation, les yeux éteints, la bouche entre ouverte, écumeuse, les traits immobiles. Le pouls, à peine perceptible à l'un des bras, ne l'était nullement à l'autre; l'insensibilité des membres était complète et l'effet des manœuvres, que j'employais toujours, semblait de moins en moins marqué. . . . .

. . . .

« Je pratiquai d'abord deux cautérisations, une sur chacun des côtés de la poitrine; et je m'aperçus que les inspirations redevenaient plus fortes, lorsque j'irritais, avec mes ongles, le fond des plaies ainsi formées. Lorsque ces points ne semblèrent plus sensibles ou à peu près, je posai le fer rouge un peu plus loin, et ainsi de suite. J'étais horriblement fatigué. Enfin, la malade eut un vomissement cinq heures après le commencement de ces manœuvres.

« En ce moment, on m'apporta une machine d'induction, dont je me servis pour exciter, à l'aide du balai électrique, les plaies produites par le fer rouge. L'effet en fut très-remarquable; les yeux s'ouvrirent au grand large, et la main se porta lentement vers les narines, sous lesquelles j'avais placé un peu d'acide acétique pur. Ces mouvements étaient automatiques. La main retomba aussitôt que je cessai l'excitation, et je ne pus y découvrir la moindre trace de sensibilité en la pinçant, la déchirant ou y passant le balai électrique. Il en fut de même pour le bras. J'ai noté ce fait, parce qu'il est curieux de voir les membres se mouvoir sous l'influence d'une excitation des régions pectorales, alors qu'ils sont eux-mêmes tout à fait insensibles. »

Les questions de priorité et de personnes me touchent peu. Aussi en voyant le fait scientifique que j'avais observé, le premier, solidement établi cette fois par Richardson, je n'avais pas parlé de moi; et je ne l'eusse point fait encore si je ne m'y trouvais obligé pour bien montrer que mes réserves étaient émises en pleine connaissance de cause.

M. Onimus a une prédilection toute naturelle pour les courants constants, qu'il a étudiés particulièrement. J'ai craint que cette prédilection ne le rendît injuste envers les courants d'induction, si souvent utiles entre des mains exercées. C'est un moyen précieux, dont je me suis bien trouvé, même dans des circonstances où on l'emploie peu d'ordinaire : notamment dans les affections utérines.

Mais est-ce à dire que je le mette exactement sur le même plan que le courant continu? que je le regarde comme également utile dans l'asphyxie par intoxication? En aucune manière; car je sais que son action n'y est nullement héroïque; c'est un bon auxiliaire des cautérisations pratiquées au fer rouge vers le sommet de la poitrine; tandis que le courant continu serait à lui seul bien plus efficace, d'après les dernières expériences de MM. Onimus et Legros.

Société obstétricale de Londres. — Les caillots qui se forment dans le côté droit du cœur et dans les artères pulmonaires sont-ils susceptibles de se résorber en quelques jours sans laisser de trace?

Faut-il expliquer par la présence de tels caillots les cas d'apnée que l'on observe chez des femmes en couches, après la délivrance, et qui se terminent par une complète guérison?

Sur ces deux questions soulevées par M. Playfair, plusieurs membres de la Société obstétricale ont soutenu l'affirmative.

Pour M. Spencer Wells, les symptômes suivants indiquent la formation de caillots fibrineux dans le côté droit du cœur : sentiment de grande oppression qui ne cesse point, quoique la malade fasse des inspirations profondes qui remplissent d'air ses poumons; affaiblissement de l'action du cœur et rapide disparition du premier bruit. Si la malade meurt en pareil cas, on trouve les caillots à l'autopsie; si elle guérit, on suppose qu'ils auront été résorbés.

MM. Adams et Protheroe Smith ont appuyé cette interprétation de l'apnée des femmes en couches; et comme M. Gray Hévitt demandait qu'on fît exception pour quelques cas où le choc nerveux seul semblait avoir produit des symptômes analogues, M. Playfair n'a pas voulu admettre qu'il pût jamais en être ainsi.

On voit quel rôle on peut faire jouer à l'embolie.

Après les embolies rapides, causes de morts subites, les embolies lentes et chroniques également fatales ont ouvert la porte aux embolies momentanées, qui ne tueraient pas.

On pose la diagnostic de caillots fibrineux, d'après un ensemble de symptômes qu'il n'est pas rare de rencontrer. J'ai vu ces symptômes se présenter et se reproduire par accès chez un malade que j'avais soigné pour une angine diphtérique et dont j'ai parlé précédemment dans un mémoire à l'Académie. Chez lui le sentiment d'angoisse et d'oppression était extrême, tandis

que les inspirations étaient profondes et que l'air pénétrait très-librement dans la poitrine. En me rappelant ces accès qui s'alternèrent avec des troubles moins formidables du système nerveux, je ne puis croire qu'il se soit fait, à plusieurs reprises, chez mon malade, des embolies qui aient guéri chaque fois.

Hôpitaux. — Pour se rendre compte des méthodes et des procédés particuliers à chaque chirurgien, il faut voir leur application dans son service.

En ce moment les salles de M. Voillemier, à l'Hôtel-Dieu, renferment des malades intéressants à ce point de vue.

M. Voillemier a préconisé (1), contre les épanchements sanguins, des ponctions presque capillaires, faites avec la tige d'un trocart explorateur. Une femme, atteinte d'une fracture de la rotule, avec vaste épanchement sanguin dans l'articulation du genou, est traitée par cette méthode. Les premiers jours, le sang jaillissait à la suite de la piqûre comme il jaillit d'une saignée; maintenant il s'écoule en bavant, mêlé à de la sérosité dans laquelle les globules peu à peu se dissolvent. On évite ainsi la production de caillots solides; et comme les petites plaies produites par la fine tige du trocart se referment presque aussitôt, l'articulation est vidée, sans inconvénient, des liquides qui la remplissent; les fragments de la rotule peuvent se rapprocher, et la réunion, osseuse ou fibreuse, en devient plus facile.

— Chez une autre femme, M. Voillemier a pratiqué l'amputation sus-malléolaire de la jambe avec lambeau postérieur comprenant tout le tendon d'Achille. Il avait également décrit, dans sa *Clinique*, le procédé, imaginé par lui, pour que le moignon fût garni d'une sorte de coussin, qui pût permettre à l'amputé de s'appuyer sur une bottine.

— Chez un vieillard, il a traité une hydrocèle par une méthode qui lui est également personnelle. Après avoir vidé le sac vaginal et y avoir pratiqué une injection iodée, il a enveloppé le scrotum d'une espèce de capuchon fait avec des bandes de diachylum. Ce capuchon, épais et résistant, n'exerce d'abord aucune compression sur les bourses. Il est destiné à résister passivement, pour ainsi dire, au moment où l'épanchement se reproduit et tend à augmenter.

M. Voillemier compare son action à celle des parois thoraciques dans la pleurésie. L'épanchement reste limité, et les phénomènes inflammatoires sont insignifiants.

Dans le cas actuel, les résultats ont été très-longs. Dès le premier jour, le malade a pu se lever et se promener dans les salles. Après huit jours, il ne restait plus de sérosité dans la tunique vaginale, et en pressant sur le testicule, on percevait des frottements produits par des adhérences en voie de formation. Il faut observer seulement que les parois du scrotum étaient infiltrées et épaissies, comme le plus souvent en pareil cas. Sans doute, le liquide, se trouvant comprimé dans le sac, s'était épanché dans le tissu cellulaire sous-cutané, d'où l'absorption le fera bientôt disparaître.

— Chez un jeune homme, M. Voillemier a guéri un varicocèle par l'application du cautère actuel en rondache. C'est la quatrième fois que M. Voillemier emploie cette méthode, toujours avec succès. Isolant d'abord du cordon, avec les doigts, le paquet de veines, il les pousse vers le scrotum, et applique le fer rouge sur celui-ci, dans une direction perpendiculaire à l'axe du corps. Le cours du sang est interrompu dans les veines cautérisées; il se produit une cicatrice solide, et la guérison est complète.

— M. Guéneau de Mussy vient d'essayer, avec un plein succès, l'emploi du phosphore de zinc chez deux malades, dont l'un était atteint de paraplégie alcoolique, et l'autre de tremblement mercuriel. De son côté, M. Baumetz vient de publier, dans le bulletin de thérapeutique, quatre observations qui établissent l'efficacité du phosphore dans l'ataxie locomotrice. Ainsi cette médication, préconisée par M. Delpech, commence à être expérimentée, un peu partout, contre tous les genres de paralysies, ou même de troubles des fonctions locomotrices.

D[r] Victor Revillout.

(1) *Clinique chirurgicale*, par L. Voillemier. Paris, 1862, J.-B. Baillière et fils.

PARALYSIE PSEUDO-HYPERTROPHIQUE

ou paralysie myosclérosique

Communication faite par le docteur Duchenne (de Boulogne) à la Société de médecine de Paris le 17 janvier 1868.

Messieurs,

Je viens vous entretenir d'une maladie de l'enfance ou de l'adolescence qui, je crois, n'est pas très-rare et qui cependant n'a pas encore été décrite. Elle marche en général vers une terminaison fatale; à ce titre, on pourrait la ranger dans les maladies progressives.

Cette affection grave, dès son début, trompe longtemps les familles et entretient leurs illusions, en donnant aux membres l'apparence d'une riche musculature.

J'appelle cette maladie : *Paralysie pseudo-hypertrophique*. Cette dénomination me paraît bonne, parce qu'elle est tirée de la symptomatologie, et parce qu'elle parle, pour ainsi dire, aux yeux. On peut aussi l'appeler : *Paralysie myosclérosique*. Cette dénomination plus scientifique sera bientôt justifiée par l'anatomie pathologique.

C'est en 1858 que j'ai entrevu l'existence de cette nouvelle maladie, en recueillant minutieusement un fait clinique étrange, qui m'avait été adressé par mon ami, M. Bouvier. Ce fait m'avait remis en mémoire plusieurs autres cas analogues, que j'avais vus antérieurement, mais sans les comprendre; mon esprit du moins se refusait à les accepter. C'est qu'il s'agissait d'enfants chez lesquels la station et la marche étaient difficiles et singulières, et dont les membres inférieurs présentaient cependant une musculature puissante en apparence, musculature qui, après l'affaiblissement des mouvements, s'était développée d'une manière monstrueuse dans un plus ou moins grand nombre de muscles.

Une fois mon attention fixée sur cet ordre de faits cliniques, j'ai bientôt recueilli plusieurs observations semblables à la première. Les phénomènes morbides qu'elles m'offraient constamment et dont je ne connaissais pas d'analogues dans la science, m'ayant paru symptomatiques d'une maladie nouvelle, j'en ai signalé l'existence en 1861, en rapportant, comme

Figure 1. Figure 2.

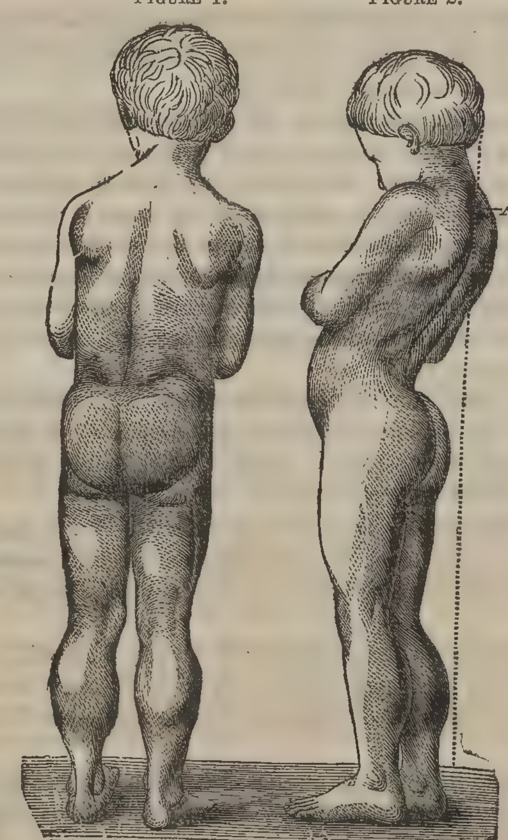


Figure 1, représentant, vu de dos, un garçon âgé de 7 ans, atteint de paralysie pseudo-hypertrophique dans sa première enfance, dont les muscles moteurs des membres inférieurs et les spinaux lombaires, développés démesurément, contrastent avec la maigreur des membres supérieurs.

Figure 2, représentant le même sujet, vu de profil; destiné à montrer l'ensellure qui se produit pendant la station et la marche, et qui est l'un des caractères de la paralysie pseudo-hypertrophique.

La paralysie de ce garçon s'est généralisée progressivement; à 13 ans et demi, ses mouvements étaient entièrement perdus. Il est mort phtisique à 15 ans.

exemple et cas type de cette maladie, l'observation de l'un de ces faits cliniques (1). Que l'on jette les yeux sur les figures du sujet de cette observation vues de profil et de dos (voy. fig. 1 et 2). On remarquera que les membres inférieurs dont les muscles moteurs affaiblis sont énormément développés, contrastent, par leur grosseur, avec la maigreur relative des membres supérieurs, où la force motrice était cependant à peu près normale. Or, comme les autres faits cliniques que j'avais observés, s'étaient présentés avec la même apparence, j'avais proposé d'appeler l'espèce morbide dont ils étaient l'expression : *Paraplégie musculaire hypertrophique* (1).

Cette dénomination, quoiqu'elle parût être une antiphrase, exprimait cependant exactement l'apparence que présentaient les faits cliniques d'où elle était tirée. En effet, les muscles paralysés de mes petits malades ne semblaient ni enflés, ni bouffis, ni *farcis* de graisse ou d'un tissu interstitiel quelconque; car, à la moindre contraction, ils formaient des reliefs considérables à travers une peau mince, à la manière des muscles d'athlètes (voy. les figures précédentes).

Mais, dans mon esprit, cette dénomination était et ne pouvait être que provisoire; car j'ignorais alors si cette espèce de paralysie se présenterait toujours sous la forme paraplégique ou si elle ne se généraliserait pas. Et puis, quelles étaient sa marche et sa terminaison habituelles? L'hypertrophie envahissait-elle toujours tous les muscles frappés de paralysie? Enfin cette hypertrophie des masses musculaires était-elle produite par une augmentation du diamètre ou de la quantité des fibres musculaires, ou était-elle due à une hyperplasie, à une altération quelconque du tissu connectif interstitiel? Était-ce, en un mot, une hypertrophie apparente.

Comme toutes ces questions n'étaient pas encore résolues pour moi, non-seulement j'ai entendu réserver la dénomination définitive de cette nouvelle espèce morbide, mais je me suis privé de la satisfaction d'en faire la description. Si j'ose aborder aujourd'hui cette description, c'est après avoir recueilli, en dix années, un nombre suffisant de faits cliniques, après avoir bien observé sa symptomatologie, après l'avoir suivie dans toutes ses évolutions, comparativement aux affections musculaires qui offraient quelque ressemblance avec elle, après avoir étudié sa marche, de son début à sa terminaison, c'est, en un mot, parce que je me crois en mesure de résoudre, sinon toutes les questions que je viens d'exposer, du moins la plupart d'entre elles.

Le mémoire dans lequel sont exposées les longues recherches que j'ai dû faire, avant de pouvoir résoudre ces questions ou décrire la paralysie pseudo-hypertrophique, est trop étendu, messieurs, pour que je puisse vous en faire la lecture. Il sera publié *in extenso* dans les *Archives générales de médecine* (1). Je viens aujourd'hui vous en offrir la primeur, en vous en communiquant le résumé, comme je l'ai fait pour mes recherches antérieures sur d'autres espèces morbides, entre autres, l'ataxie locomotrice progressive, la paralysie glosso-labio-laryngée, la paralysie de la conscience musculaire (aptitude motrice indépendante de la vue).

Les observations que j'ai recueillies et qui forment la base de mon travail sont au nombre de treize (2). Des figures dessinées sur des photographies que j'ai faites d'après nature, représentent plusieurs variétés ou formes de cette maladie. On remarque que l'hypertrophie musculaire apparente est limitée chez l'un aux jumeaux et aux fessiers (fig. 3), qu'elle siége chez un autre dans tous les muscles moteurs des membres inférieurs (fig. 1 et 2), et qu'elle est presque généralisée chez un troisième (fig. 4).

Figure 3.



Figure 4.

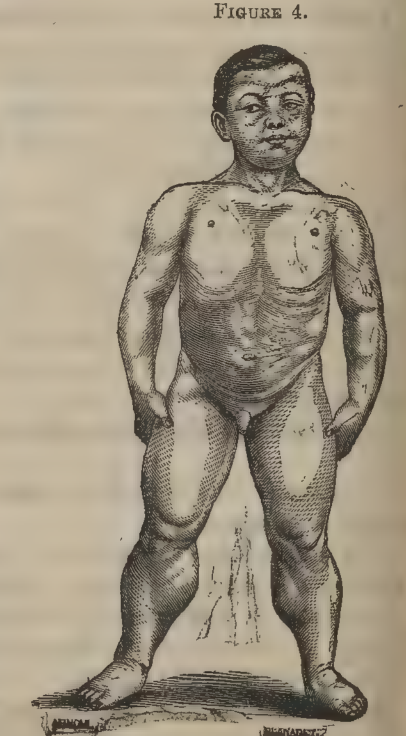


Figure 3, représentant un garçon âgé de 7 ans et demi, atteint de paralysie pseudo-hypertrophique à 6 ans, dont les muscles gastrocnémiens ont énormément grossi, et dont les fessiers et les spinaux lombaires paraissent également hypertrophiés. Cette paralysie a marché comme chez le sujet de la figure 1 et 2; elle est aujourd'hui généralisée.

Figure 4, représentant un garçon âgé de 10 ans, atteint de paralysie pseudo-hypertrophique dans la première enfance, dont tous les muscles sont développés d'une manière monstrueuse, à l'exception de ses pectoraux et de ses grands dorsaux, qui paraissent même atrophiés. Ce petit malade est actuellement à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Bergeron. Depuis quelques mois, sa paralysie s'aggrave rapidement.

Dans ces trois cas, le développement de la musculature est monstrueux; mais, dans un autre, le développement musculaire localisé dans les mollets était infiniment moins exagéré que dans les précédents. Eh bien! dans tous ces cas, quel que soit le degré de cette hypertrophie et le nombre des muscles atteints par elle, la symptomatologie, la marche et le pronostic ont été les mêmes. Le sujet représenté dans les figures 1 et 2 a déjà succombé dans l'adolescence, ainsi que celui dont l'hypertrophie musculaire était beaucoup moins considérable et limitée à quelques muscles; les deux autres (fig. 3 et 4) sont arrivés aujourd'hui à leur période ultime; tous enfin ont passé par les mêmes phases de cette grave maladie.

Depuis deux années je possédais les matériaux d'une bonne étude clinique; mais je voulais cette fois y joindre l'anatomie pathologique. On m'avait vivement reproché à l'étranger d'avoir négligé et même dédaigné, dans les différentes recherches pathologiques que j'ai publiées, l'anatomie pathologique, cette branche inséparable de toute bonne étude clinique. J'avais été sensible à ce reproche; je ne voulais plus m'y exposer (3).

(1) *Electrisation localisée*, 2[e] édition, 1861, p. 354.
(2) Loc. cit. p. 353.

(1) Voir les numéros de janvier, février, mars et suivants.

(2) Voy. *Recherches sur la paralysie musculaire pseudo-hypertrophique*, *Archives générales de médecine*, janvier 1867, page 24.

(3) Je voudrais en finir avec ces reproches que je ne crois pas avoir mérités. Ceux qui me les adressent ignorent sans doute qu'il m'a été seulement permis de *glaner*, pour ainsi dire, dans nos hôpitaux, et que si j'ai pu vivre un peu scientifiquement, c'est parce que j'ai été assez heureux pour recueillir, en parcourant les nombreux services des hôpitaux, des faits cliniques, je ne dirai pas dédaignés, mais qui avaient échappé à l'observation de tous. Ils devraient aussi savoir que, lorsqu'il m'est arrivé de découvrir une espèce morbide nouvelle, je n'ai pas eu le droit de disposer des sujets sur lesquels j'avais fait, de leur vivant, des recherches cliniques. J'aurais eu, il est vrai, la liberté de compléter mes recherches cliniques par des recherches anatomo-pathologiques, si j'avais été médecin des hôpitaux. Mais alors, *rivé* à un service, je n'aurais pu remplir la tâche de *chercheur* que je me suis imposée, et je suis convaincu que mes principaux travaux (sur l'atrophie musculaire graisseuse progressive, la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance, l'ataxie locomotrice progressive, la paralysie glosso-labio-laryngée et la paralysie pseudo-hypertrophique) n'auraient jamais vu le jour. Pour les accomplir, en effet, il me fallait un champ d'observation plus vaste et s'étendant sur tous les hôpitaux de Paris. Si donc j'ai renoncé, si aujourd'hui je renonce encore aux honneurs des positions officielles, afin de me livrer entièrement et librement à mon goût irrésistible pour les recherches physiologiques et pathologiques, doit-on m'en faire un reproche?

J'attendais vainement depuis longtemps qu'une autopsie me fournît l'occasion d'examiner l'état anatomique des muscles dont le volume avait augmenté d'une manière si excessive, et de rechercher l'explication de ces deux états contradictoires existant chez mes petits malades : Paralysie et hypertrophie musculaires.

Heureusement l'appel que j'ai fait en 1861 aux observateurs, en signalant cette nouvelle maladie, a été entendu, mais seulement en Allemagne où mes recherches en physiologie et en pathologie musculaire ont toujours trouvé l'accueil le plus sympathique, où elles sont plus vulgarisées qu'en France.

De 1861 à 1866, quinze cas de paralysie pseudo-hypertrophique y ont été publiés (1). En outre l'anatomie pathologique y a fait un grand pas, sous l'impulsion de l'un des meilleurs observateurs, M. Griesinger. Secondé par M. le professeur Billroth, *il a osé exciser profondément*, chez un petit garçon atteint de cette maladie, un morceau du muscle deltoïde hypertrophié, afin de l'examiner au microscope.

Ce genre de recherches faites sur le vivant, dans le but de satisfaire une curiosité scientifique, a été trop sévèrement jugée par un jeune critique de talent et d'avenir, feu M. Fritz (2). Je démontrerai bientôt cependant qu'elles peuvent éclairer le diagnostic de la paralysie pseudo-hypertrophique. Ce qu'il faut blâmer, ou du moins ce qui, en France, exposerait à un blâme, c'est le procédé employé par MM. Griesinger et Billroth et leurs imitateurs.

C'est pourquoi j'ai imaginé, en 1865, un petit instrument que j'ai appelé : Emporte-pièce histologique, à l'aide duquel

F. 5. F. 6. F. 7. F. 8.

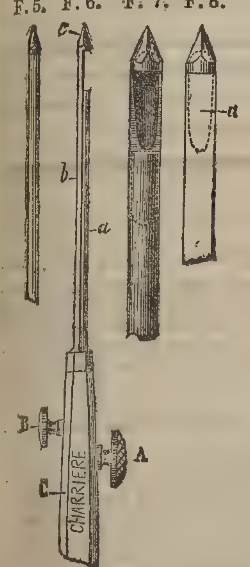


FIGURE 5. — Tige fermée de l'emporte-pièce histologique.

FIGURE 6. — Sa tige ouverte et une portion de son manche.

FIGURES 7 et 8. — Sa tige grossie trois fois, afin de montrer la cavité qui reçoit le morceau de muscle enlevé par l'instrument.

je suis allé chercher des petits fragments dans la profondeur des muscles, et qui provoque peu de douleurs. Depuis plusieurs années, il me rend les plus grands services, sans qu'il ait jamais produit le moindre accident (3).

Grâce à cet instrument, je puis aujourd'hui compléter mes recherches cliniques par des recherches anatomo-pathologiques et pathogéniques.

En 1865, j'ai examiné pour la première fois des morceaux de muscles enlevés, dans différentes régions, à l'un de mes petits hypertrophiques : dès ce moment j'ai possédé tous les éléments d'une description aussi complète que possible de la paralysie pseudo-hypertrophique. Mais les résultats de mon examen microscopique des muscles de mon jeune sujet différant sur quelques points de ceux qui avaient été observés en Allemagne, j'ai voulu attendre l'occasion de les soumettre au contrôle d'autres micrographes. Ce genre d'exploration m'avait été refusé chez plusieurs des enfants pseudo-hypertrophiques qui s'étaient présentés à mon observation, lorsqu'en 1867 notre honorable collègue, M. Bergeron, me fit prévenir qu'un petit garçon de son service de l'hôpital Sainte-Eugénie était atteint de l'espèce d'hypertrophie musculaire dont j'avais montré un spécimen (fig. 1 et 2) en 1861 (1). Mon savant confrère, qui a fait à la Société médicale des hôpitaux une communication intéressante sur ce sujet, a secondé mes recherches anatomo-pathologiques avec la plus grande obligeance, en me permettant d'enlever à différentes reprises, chez son petit malade, des portions de muscles hypertrophiés dont quelques-uns ont été examinés par plusieurs de nos micrographes les plus habiles. Le résultat de ce nouvel examen ayant confirmé pleinement les faits anatomo-pathologiques que j'avais observé dans le précédent examen microscopique, je me suis décidé à publier le travail dont je vais exposer sommairement la symptomatologie, la marche, l'anatomo-pathologie, le diagnostic différentiel, la pathogénie et l'étiologie, enfin le pronostic et le traitement.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Voy. *Archives générales de médecine*, index bibliographique, page 24, janvier 1868.

(2) M. Griesinger, dit-il, paraît disposé à adopter ce procédé sommaire de se procurer de la substance musculaire, comme méthode générale d'étude. Nous avouons que nous ne saurions approuver cette proposition. M. Griesinger a dû chloroformiser son malade. C'est un premier danger. Puis le savant professeur ajoute que la plaie produite par l'opération suppura longtemps, et qu'elle n'était pas encore guérie au bout de cinq semaines. Le malade a donc couru, pendant tout ce temps, les chances d'un érysipèle traumatique, et l'on pourrait ajouter de l'infection purulente, si l'on voulait pousser les choses à l'extrême. Est-il juste d'exposer des malades à de pareils dangers, pour atteindre un résultat purement scientifique, qui ne peut leur être d'aucune utilité? Nous ne le pensons pas. (Fritz, *Remarques sur les paralysies avec surcharge graisseuse interstitielle (hypertrophie apparente) des muscles. Gazette heb. de méd. et de chir.*, 25 août 1865, n° 34, p. 529.

(3) Voici la description de mon emporte-pièce histologique :

Il se compose d'une tige cylindrique *a*, *b*, *c*, fig. 6, divisée en deux moitiés, dont l'une, *b*, est fixée sur un manche C par la vis B, et dont l'autre, *a*, est mise en mouvement sur la première, en poussant le bouton A.

Le manche C de cet instrument est tenu de la main droite, avec les trois doigts infléchis; l'extrémité de l'index plus ou moins étendue est appliquée sur la tige *a*, *b*, *c*, afin de limiter la profondeur à laquelle on veut la faire pénétrer. Alors l'emporte-pièce étant fermé, comme dans la figure 5, on lui fait traverser la peau; puis, lorsqu'il est arrivé a la profondeur voulue, on l'ouvre comme dans la figure 6. Le petit morceau de tissu musculaire qui s'est alors engagé au-dessus du crochet de la pointe *c*, fig. 6, est divisé par ses bords tranchants et par l'extrémité libre de l'autre moitié *a*, et se trouve ainsi enfermé dans la cavité *a*, fig. 8. On peut ensuite retirer l'emporte-pièce fermé, sans accrocher les tissus qu'il a traversés. (Les figures 7 et 8 représentent, grossie trois fois, la cavité qui recoit les tissus que l'on veut examiner.)

Afin de diminuer la douleur qu'il peut occasionnner, je tends fortement la peau; ensuite je fais pénétrer et je retire l'instrument fermé rapidement. Le sujet n'accuse alors que la sensation faible d'un petit choc; les enfants crient à peine, si l'on a eu le soin de ne pas leur laisser voir l'instrument.

L'emporte-pièce histologique doit être introduit perpendiculairement à la direction du muscle à explorer, et son crochet doit prendre le muscle transversalement, sous peine de ne rien ramener.

Ces petites opérations n'ont été suivies d'aucun accident. Il est vrai que je n'ai jamais négligé de déplacer latéralement la peau, pendant que je la tendais, de manière que la plaie extérieure et la plaie musculaire eussent perdu leur parallélisme, après l'opération, et de nettoyer l'instrument avec soin. (On connaît trop les dangers des piqûres anatomiques, pour que j'aie besoin d'insister sur ce point. On comprend aussi que si l'instrument n'était pas bien nettoyé, les préparations microscopiques seraient gâtées par des matières étrangères.)

Pour nettoyer l'instrument, il faut en démonter les différentes pièces, essuyer les parties qui ont pénétré dans les tissus, après les avoir trempées dans l'alcool qui ne les expose pas, comme l'eau, à se rouiller.

(1) Loc. cit.

ÉTUDES SUR LES EAUX DE VALS.

Par M. le Dr CLERMONT (de Lyon).

Affections du foie.

Il est souvent fort difficile, dans les maladies du foie, de reconnaître toute l'étendue des désordres locaux, lesquels ne sont pas toujours en rapport avec l'acuité des symptômes généraux, et les autopsies de M. Andral ont en effet prouvé que souvent il n'y a pas une corrélation proportionnelle entre les altérations parfois fort graves du tissu hépatique, et les réactions morbides auxquelles elles donnent lieu. De là, une difficulté de classer les maladies du foie, d'en donner toujours le diagnostic réel et de les traiter rationnellement. Cependant, la médication alcaline est aujourd'hui celle qui est le plus généralement préconisée contre les affections chroniques du foie, et quand elle n'est pas l'unique agent de la guérison, elle en est toujours au moins un des principaux adjuvants; car le traitement par les alcalins, par les eaux minérales sodiques surtout, n'exclut pas l'emploi des autres méthodes thérapeutiques.

Si l'on demandait : Pourquoi les stations d'eaux minérales alcalines appellent-elles un si grand nombre de personnes atteintes de lésions de la glande hépatique? MM. Pétrequin et Socquet se chargeraient eux-mêmes de répondre à cette question. Ils disent en effet : « Par l'usage des eaux alcalines, au bout de quelques jours, la bile est sécrétée plus abondamment, elle colore davantage les matières fécales, ce qui contribue à améliorer la digestion et à rendre les selles plus faciles. Les eaux alcalines sont un excellent remède contre les maladies du foie, et ce n'est pas sans raison que l'expérience pratique leur octroie la qualité de *cholalogues*. »

A quoi tient cette influence des eaux sodiques, généralement admise? La réponse à cette question peut soulever bien des contradictions; donnons-la néanmoins telle que nous la comprenons.

Le foie peut être représenté comme une sorte de raisin dont les graines microscopiques, espèce d'acini, sont autant de cellules où s'élaborent les actes fonctionnels de cet organe. Le sang fournit à ces cellules les matériaux des sécrétions et de la nutrition du foie, et ses différents actes ne s'accomplissent normalement que si les humeurs, sang et lymphe sont dans des conditions favorables. Si le sang est trop plastique, il pénètre mal les acini; les sécrétions sont trop épaisses et ne s'écoulent pas facilement par leurs canaux naturels; la nutrition de l'organe est incomplète, et s'il est déjà malade, sa guérison est empêchée.

Tous ces obstacles tendent à disparaître sous l'influence du bi-carbonate de soude. Les humeurs rendues plus fluides abordent facilement le tissu intime de l'organe, et le sang le pénètre avec toutes ses qualités nutritives, désagrégeantes et médicatrices.

Ce dernier mot s'explique facilement pour qui se rappelle que le sang porte la vie comme il porte la mort, et que, lorsqu'il possède les qualités normales, son plasma traverse mieux les parois des acini, facilite les fonctions d'assimilation, et de désassimilation, et justifie seulement alors l'axiome *natura medicatrix*.

Un autre fait important à noter pour nos eaux carbo-sodiques, puisqu'il leur donne une certaine prépondérance d'action sur leurs analogues, c'est leur grande proportion d'acide carbonique. Ce gaz, en effet, analgésique dans les douleurs du foie, antiseptique dans ses abcès, excitant et résolutif dans ses hypérémies atones, ne pourrait-il rien contre les calculs biliaires, lui qui ramollit la roche feldspathique et en désagrège les éléments.

Hépatalgie. — La douleur névralgique du foie est assez rare et peut être confondue avec les premières crises causées par le départ de calculs biliaires. Elle revient par accès arracher des cris au malade. La peau reste blanche, et l'on retrouve quelques phénomènes morbides semblables à ceux de la gastralgie, tels que les nausées, les vomissements, une diminution de la douleur par la pression, et un état de santé en apparence satisfaisant, quand l'accès est passé.

Ici les bains alcalins sont très-utiles, et pour le traitement interne, nous nous adressons de préférence aux sources peu minéralisées, celle de la *Saint-Jean* surtout, dont l'eau est sodo-arsenicale.

Ictère ou jaunisse. — L'ictère peut résulter de plusieurs affections du foie, et même sympathiquement de celles d'autres organes (des irritations du rectum ou de l'estomac notamment). Sa condition pathogénique la plus ordinaire est l'obstruction des conduits hépathiques et cholédoque. Quant aux causes efficientes de l'ictère, elles sont très-nombreuses, et il suffit même parfois, comme le dit Morgagni, d'un simple trouble de l'âme pour la produire du jour au lendemain.

D'après ce que nous avons dit de l'influence des eaux alcalines gazeuses de Vals sur la glande hépatique, de leurs propriétés résolutives et diffluentes, il serait inutile d'insister davantage sur leurs bons effets dans le traitement de la jaunisse. Disons seulement, que dans cette forme morbide, la bile diminue de quantité et s'épaissit, et qu'il en est de même des sucs intestinaux; que les selles sont blanches, ordinairement dures et difficiles, les urines noires-jaunâtres et brûlantes : ce sera faire comprendre que les eaux laxatives des sources *Précieuse* et *Désirée* sont toujours les plus efficaces pour le traitement de la jaunisse simple.

Observation d'ictère chronique.

M. le docteur Lassale, de Villefranche (Rhône) nous adresse madame C..., âgée de 38 ans, et souffrant légèrement dans l'hypocondre droit; son pouls est à 75; sa langue est blanche; les selles sont blanchâtres et très-difficiles; il existe en outre quelques phénomènes dyspeptiques, et le teint est jaune, ainsi que la sclérotique. Les époques menstruelles sont accompagnées de douleurs hypogastriques très-vives, ce qui semble indiquer l'existence d'une métrite chronique, complication que nous avions déjà remarquée chez d'autres malades, et qui permet de se demander si la pression de l'utérus gonflé et produisant une irritation rectale, n'était pas la cause de l'ictère. Quoi qu'il en soit, les deux affections cédèrent au traitement thermal de Vals.

Le 5 juillet, jour d'arrivée, la malade est mise à l'usage de l'eau sodo-magnésienne de la source *Désirée*. Déjà le 30, l'état général s'est considérablement amélioré. La métrite paraît en voie de résolution, car la menstruation a eu lieu sans douleur. Enfin le 10 juillet, tous les phénomènes morbides avaient presque complétement disparu. La teinte ictérique de la peau semblait seule vouloir persister encore quelque temps. La malade partit en nous promettant d'achever chez elle son traitement.

Hépatite. — Exposé à de nombreuses causes de lésions directes ou sympathiques, le foie est souvent le siége d'une irritation, puis s'enflamme. On le voit alors prendre un développement plus considérable, car la tuméfaction comme la chaleur, la rougeur et la douleur est un des quatre points cardinaux de l'inflammation, et l'ensemble de ces phénomènes dans le foie constitue l'hépatite aiguë.

Ce n'est pas encore là une hypertrophie véritable. Les cellules seront plus volumineuses, leur contenu ayant augmenté, sans que leur forme et leur nombre aient changé. Il y aura un peu plus de suc nutritif, un peu plus de granulations dans chaque cellule, mais voilà tout, et l'inflammation ayant cessé, les cellules se désempliront par résorption, et l'organe reviendra à son volume primitif.

Ainsi se termine, par résolution, l'inflammation de tout parenchyme. La résorption du contenu cellulaire peut ne pas s'effectuer, l'organe conserver le volume qu'il a acquis, s'habituer à ce nouvel état sans être douloureux, et alors, pour le foie, présenter ce que l'on appelle l'hépatite chronique.

Nous avons déjà assez indiqué les effets des eaux carbo-sodiques sur le foie pour faire comprendre combien elles doivent aider à amener la résolution de l'hépatite dans ces deux formes. Par leur emploi, en favorisant l'élimination du liquide hypérémié, vous hâtez la disparition de cette turgescence, et en fluidifiant le sang par les alcalins, vous accélérez la résorption.

En outre, dans l'hépatite chronique, les eaux de Vals agissent sur les matériaux de la bile, mais peuvent rester sans effet sur les granulations contenues dans les cellules; de là, persistance du volume plus considérable. Cependant nous avons vu l'hépatite chronique se résoudre complétement sous l'influence de l'eau de la source la *Rigolette*.

Observation d'hépatite chronique.

Mademoiselle R..., de Saint-Jean-du-Gard, âgée de 60 ans, a éprouvé il y a quelques années des accès de fièvre intermittente dont elle ne s'est plus ressentie, mais qui lui ont laissé le foie et la rate engorgés. Le premier est un peu douloureux. Elle est dyspeptique et a souvent la diarrhée; elle éprouve aussi quelques nausées, parfois des vomissements; sa langue est blanche, sa bouche mauvaise et amère; souvent les urines sont noirâtres; comme on le remarque souvent dans l'hépatite, la douleur qu'elle ressent dans l'hypocondre droit retentit jusque dans l'épaule du même côté; enfin son teint est jaune pâle, et dénote un état morbide déjà grave.

Le 25 juillet, elle est mise à l'usage de l'eau de la source *Rigolette*, deux verrées matin et soir; elle continue ainsi jusqu'au 14 du mois d'août, moment où elle n'était plus reconnaissable, tant les fonctions

avaient repris leur jeu normal et l'état général s'était reconstitué. L'eau de la source *Rigolette* fut choisie en vue de l'état diarrhéique; c'est aux sources laxatives qu'il faudrait s'adresser dans une condition contraire.

Un fait curieux, c'est que les trois ou quatre premiers bains alcalins pris par mademoiselle R... lui produisirent comme un effet de sinapisme sur la partie de l'hypocondre droit, siége de la douleur; nous laisserions à d'autres le soin d'expliquer ce phénomène, si nous ne l'avions pas vu se répéter pour les douleurs de rhumatismes et si nous n'avions pas lu dans l'ouvrage de M. Herpin, de Metz, si plein d'enseignement, que l'acide carbonique dans les eaux alcalines, tout comme dans un bain de ce gaz pur, rappelle souvent à la peau, voisine d'une lésion morbide, de la rougeur et même un peu de douleur, signes favorables d'un commencement de résolution.

CORRESPONDANCE.

A M. le Directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur,

Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 12 mars 1868 se trouve insérée une note où il est dit qu'une pince, inventée par M. le docteur Judée en 1860, remplissait à peu près les mêmes conditions que l'instrument que j'ai présenté à l'Académie le 4 mars 1868.

Pour que mon instrument ne paraisse pas être venu faire double emploi, permettez-moi d'établir en peu de mots combien diffèrent ces deux appareils :

L'instrument de M. le docteur Judée, tel que le comporte la note insérée dans la *Gazette* du 12 juillet 1860, et d'après la figure qui en a été donnée, est une pince à ligature qui, par une de ses branches, porte sur le point a lier le fil qui doit servir. Un aide fait le nœud comme à l'ordinaire. Son but, dit l'auteur, « est de rendre possible toute ligature dans la contiguité des membres, pourvu qu'on puisse arriver jusqu'à l'artère. »

Le ligateur n'est pas une pince. (Voir la figure.) Il peut s'adapter à une pince, et, dans ce cas, c'est un instrument dont le but princi-

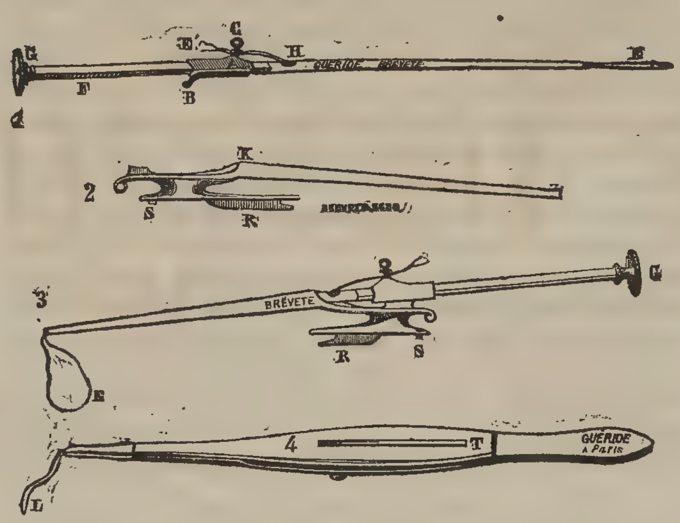


FIG. 1, aiguille. — FIG. 2, gaine. — FIG. 3, les deux, réunies, formant le ligateur. — FIG. 4, pince sur laquelle on peut monter le ligateur, même après que l'artère est saisie.

pal est de permettre à l'opérateur, sans le secours d'aucun aide, de poser des ligatures dans les cavités inaccessibles aux doigts.

Il a été *décoré* du nom d'automatique (change le nom qui voudra), parce que l'instrument plongeant dans la cavité, les doigts de l'opérateur agissant au dehors, la ligature se fait et le fil se coupe sur les becs de la pince.

En un mot, l'instrument de M. le docteur Judée est une pince porte-fil. Le ligateur, monté sur sa pince, porte le fil, fait le nœud et coupe le fil au besoin.

Sans la pince, le ligateur a des applications que tout opérateur trouvera selon ses besoins.

Agréez, etc.

CINTRAT.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

65. Roy (Joseph). De l'Ophthalmie granuleuse, traitement par l'acide chromique.
66. Lagrange (Eugène). De l'Empyème appliqué au traitement de la pleurésie purulente.
67. Javal (Émile). Du Strabisme dans ses applications à la physiologie de la vision.
68. Meuriot (André). De la Méthode physiologique en thérapeutique et de ses applications à l'étude de la belladone.
69. Grima (Victor). De la Cataracte traumatique. Essai de description clinique.
70. Pons (Joseph). Essai sur la Pachyméningite.
71. Marchand (René). Étude physiologique et thérapeutique sur le Bromure de potassium.
72. Bordier (A.). Des Nerfs vaso-moteurs ganglionnaires. — Anatomie; physiologie; pathologie; thérapeutique.
73. Desplats (Hippolyte). Des Névralgies dans les affections utérines.
74. Dewyn. Étude sur les habitations ouvrières de l'arrondissement de Lille.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 19 mars 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Barth, que sa grande expérience clinique et ses études spéciales sur le diagnostic des affections thoraciques appelaient naturellement à prendre part à la discussion sur la tuberculose, est monté hier à la tribune. Il y a apporté ce sens juste et droit qui lui est propre, et cette méthode d'analyse clinique sévère qui est commune à l'École dont il fait partie. M. Barth, jugeant sans doute la question générale suffisamment éclaircie par les discours précédents de ses collègues, s'est borné à un seul point, la pneumonie caséeuse, à laquelle il a fait un procès en règle et pour la forme et pour le fond. L'Allemagne en a payé en partie les frais, que devront partager ceux de nos compatriotes qui s'en sont faits les échos... j'allais dire les complices. Mais le vrai coupable, aux yeux de M. Barth, c'est le microscope.

Mais est-ce bien contre l'intervention de tout phénomène inflammatoire dans l'évolution de la phthisie que s'élève M. Barth? nullement; mais contre le rôle exagéré, parfois exclusif qu'on lui a donné dans ces derniers temps. M. Barth condamne-t-il les témoignages du microscope et l'usage qu'on en fait aujourd'hui pour les progrès de la science? pas davantage assurément; mais il veut qu'on réduise l'intervention du microscope à ce qu'il peut donner, qu'on n'induise pas des caractères qu'il assigne aux tissus normaux les caractères qu'ils peuvent présenter dans l'état pathologique, et surtout qu'on ne cherche pas à substituer les témoignages du microscope, qui a plus d'une fois déjà induit la science en erreur, aux témoignages plus difficiles et plus lents sans doute à acquérir, mais aussi plus certains et plus durables de l'observation, dont il peut être d'ailleurs et dont il est, à l'occasion, un utile adjuvant.

Le discours de M. Barth, dont nous indiquons ici le sens général, a trouvé de nombreuses adhésions dans l'Académie.

On a entendu ensuite la lecture d'une très-courte et intéressante note de M. Miahle, relative aux ferments physiologiques et aux ferments pathologiques. Le savant chimiste a mis en relief, par quelques exemples frappants, la propriété qu'ont ces ferments de pouvoir être indéfiniment conservés, avec toute leur activité propre, à l'état de dessiccation. On comprend le parti qu'on peut tirer de ce fait, soit pour l'explication de certains phénomènes physiologiques ou pathologiques inexpliqués jusque-là, soit pour l'application pratique. C'est sous ce dernier point de vue surtout que se recommande la note de M. Miahle, qui a annoncé l'intention de poursuivre, avec le concours de M. Depaul, des expériences sur le vaccin.

La fin de la séance a été occupée par la lecture d'un mémoire de M. le docteur Kunstly, sur les maladies exanthémateuses, dont nous ne pouvons rien dire, ne l'ayant que très-imparfaitement entendu.

Dr Brochin.

PARALYSIE PSEUDO-HYPERTROPHIQUE
ou paralysie myosclérosique (1).

Communication faite par le docteur Duchenne (de Boulogne) à la Société de médecine de Paris le 17 janvier 1868.

Résumé général.

I. — SYMPTOMATOLOGIE ET MARCHE.

La paralysie pseudo-hypertrophique peut se diviser en trois périodes distinctes : une période d'affaiblissement des mouvements, une période d'hypertrophie musculaire apparente, une période de généralisation et d'aggravation de la paralysie. C'est du moins ce qui est ressorti de presque tous les faits cliniques que j'ai recueillis.

A. La première période est caractérisée : 1° par un affaiblissement limité en général aux muscles moteurs des membres inférieurs ; 2° par certains troubles dans la station et la marche. L'écartement des jambes, la formation d'une courbure lombo-sacrée, allant quelquefois jusqu'à l'ensellure, et un dandinement du tronc pendant la déambulation.

Cette première période est d'assez courte durée relativement aux autres périodes (de quelques mois à un an).

Dans la plupart des cas, je ne l'ai connue que d'après les dires des familles, dires tellement concordants et précis, que je ne puis concevoir le moindre doute sur la réalité d'une période paralytique au début. J'ai eu d'ailleurs l'occasion de la constater dans deux cas.

Les troubles fonctionnels observés, dans cette première période, vont en se prononçant davantage dans la période suivante; nous allons la voir caractérisée par l'augmentation excessive de volume d'un plus ou moins grand nombre de muscles.

B. L'hypertrophie apparente, qui constitue la seconde période, se montre d'abord, en général, dans les muscles jumeaux ; aussi attire-t-elle bien vite l'attention des personnes chargées de soigner les jeunes paralytiques. C'est ainsi que l'on a connu exactement que cette hypertrophie commence quelques mois ou un an environ après le début de la paralysie. Elle s'étend progressivement des gastrocnémiens à d'autres muscles, soit en se localisant dans quelques-uns des muscles affaiblis, comme dans la figure 3, ou en envahissant tous ou presque tous les muscles affaiblis, comme dans les figures 1, 2 et 4. Dans l'une de mes observations, les deltoïdes ont commencé à augmenter de volume plusieurs mois après les gastrocnémiens.

Les deux premières périodes de la paralysie pseudo-hypertrophique peuvent se confondre en une seule. Dans un cas, du moins, l'affaiblissement musculaire et l'hypertrophie musculaire apparente semblent avoir débuté simultanément ou dater de la naissance; et encore les renseignements sur les phénomènes morbides observés ici, dans la première enfance, ont-ils été incertains ou incomplets.

Quels que soient son mode d'extension et le moment de l'apparition de l'hypertrophie musculaire apparente, l'augmentation de volume des muscles a lieu progressivement et met, en général, un temps assez long (un an à un an et demi) à atteindre son maximum.

Alors la maladie reste dans cet état pendant plusieurs années. (Deux à trois ans, quelquefois plus). On pourrait en faire une période d'état.

C. La troisième période de la paralysie pseudo-hypertrophique s'annonce par l'aggravation de la paralysie et par son extension aux membres supérieurs, si, dans la première période, elle était limitée aux membres inférieurs. Alors l'usage des membres supérieurs était-il resté intact, l'élévation des bras devient difficile, puis impossible; les autres mouvements de ces membres s'affaiblissent ensuite et se perdent progressivement.

On ne voit pas cependant, dans cette troisième période, les muscles augmenter de volume, comme dans la seconde période; ils restent, grêles au contraire, ainsi qu'on le voit dans les figures 1, 2 et 3, comparativement aux muscles ou à certains muscles des membres inférieurs.

En même temps, ces derniers perdent progressivement ce qui leur restait de motilité, au point que les pauvres enfants qui alors sont arrivés en général à l'adolescence, doivent rester constamment couchés ou assis.

La paralysie pseudo-hypertrophique étant une maladie apyrétique, dans laquelle les fonctions qui président à la digestion, à la respiration et à la circulation, se font normalement, les jeunes malades peuvent vivre assez longtemps encore dans ce dernier état. Enfin, dans une période ultime, ils tombent, en général, dans un grand épuisement et sont rapidement enlevés par une maladie intercurrente.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° L'hyperplasie du tissu connectif interstitiel, avec production d'un tissu fibroïde plus ou moins abondant est la lésion

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'impaludisme.

Par M. le docteur Duboué (de Pau) (1).

« C'est ici un livre de bonne foi, lecteur. » Cette parole de Montaigne, dont on a si souvent abusé, pourrait à bon droit servir d'épigraphe à l'intéressant travail de M. Duboué. Il est impossible, en effet, de le parcourir sans être frappé de l'accent de sincérité qui le caractérise, depuis la première page jusqu'à la dernière. L'auteur n'a pas craint de s'y montrer tout entier : il ne cherche nullement à dissimuler l'hésitation et les tâtonnements qui ont marqué ses débuts dans la carrière, et nous fait assister, en quelque sorte, à l'histoire de son éducation médicale.

Il est sans doute peu de jeunes gens qui n'aient largement profité, au sortir de l'école, des premières leçons de l'expérience; mais nous n'aimons guère, en général, à ressusciter le souvenir de nos propres erreurs; et, parvenus à une conviction définitive, nous sommes rarement disposés à livrer au public le secret des incertitudes que nous avons traversées avant d'atteindre le but. Tel est cependant le point de départ qu'a choisi M. Duboué. Dans une *Introduction* qui ressemble, sous quelques rapports, à une autobiographie, il se plaît à retracer les difficultés qu'il a rencontrées au seuil de la pratique, les déceptions qu'il a souvent éprouvées, et les modifications qu'ont subi ses idées, avant de revêtir leur forme actuelle : il nous fait passer ainsi par le chemin qu'il a parcouru lui-même, et nous montre les phases successives du travail qui s'est opéré dans son esprit. Un pareil début est bien fait pour inspirer tout d'abord la bienveillance; et longtemps avant de pouvoir apprécier les opinions de l'auteur, nous sentons qu'il s'est concilié toutes nos sympathies.

Appelé, dès le principe, à exercer la médecine dans une localité soumise à des influences maremmatiques, M. Duboué s'est trouvé, sans le savoir, en pleine épidémie. A côté de quelques fièvres nettement caractérisées, il a vu se dessiner une foule d'états pathologiques dont il était loin de soupçonner la véritable nature. Cependant l'issue promptement funeste d'un cas de cette espèce ayant éveillé ses soupçons, il fut assez heureux pour constater chez plusieurs de ses malades un phénomène déjà connu, mais dont l'importance clinique n'avait pas été suffisamment appréciée : il s'agit de la *douleur splénique* qui, pour M. Duboué, est un signe presque infaillible d'intoxication paludéenne, et qui remplace avec avantage les données de la percussion, lorsque l'engorgement de la rate n'est pas assez prononcé pour justifier un pareil diagnostic. A partir de ce moment, il n'a pas hésité à faire largement usage du sulfate de quinine : les résultats ont dépassé ses espérances, et c'est ainsi qu'il a été progressivement amené à formuler sa théorie de l'*impaludisme*.

Le lecteur se demandera naturellement ce qu'il faut entendre par ce néologisme ingénieux. On peut le regarder comme synonyme d'*intoxication palustre*, cette expression étant prise dans le sens le plus étendu. Les états morbides si variés, qui se rattachent à l'influence plus ou moins directe de cette cause, sont réunis par M. Duboué sous le nom d'*impaludisme*. Le mot est heureux; il restera dans la science. Nous ne saurions promettre le même avenir à la définition que l'auteur a placée à la fin de son livre, et qui occupe toute la moitié d'une page : c'est là plutôt le résumé d'une théorie, que l'explication d'un terme nouveau. A ce sujet, M. Duboué, qui se prête de si bonne grâce à la critique, nous permettra-t-il de lui reprocher l'abus qu'il fait des définitions, et la longueur excessive qu'il leur accorde? En pareille matière, le premier de tous les mérites est d'être bref. D'ailleurs, en dépit des apparences, rien n'est plus difficile que de formuler une définition : ou, pour mieux dire, rien n'est plus dangereux. Platon lui-même n'a certainement rien ajouté à sa gloire, en faisant de l'homme un bipède sans plumes. Aussi les gens habiles ont-ils coutume de ne point s'aventurer, sans une nécessité absolue, sur ce terrain compromettant. En effet, pourquoi définir l'*affection morbide* et la *maladie*, sans y être forcé? Nous savons bien que, poussé à bout par la controverse, M. Duboué a cru devoir consacrer la plus grande partie de son *Introduction* à des considérations de philosophie médicale, qui reparaissent, d'ailleurs, dans plusieurs autres endroits de son travail. C'est là, sans doute, un hommage rendu aux tendances du jour, et nous ne saurions blâmer l'auteur d'avoir cédé au courant qui nous entraîne ; mais il nous sera du moins permis de déplorer ic l'intervention perpétuelle de la métaphysique dans nos débats, qui n'y ont pas beaucoup gagné sous le rapport de la clarté. O philosophie! que de digressions on commet en ton nom!

Arrivés enfin sur le terrain des faits positifs, nous nous y sentons plus à notre aise. Le premier chapitre de l'ouvrage est consacré à l'*Étiologie*; on y trouvera une étude approfondie de cette intéressante question. L'auteur s'attache surtout à faire ressortir la fâcheuse influence exercée par les terres en friche; il en déduit une conséquence pratique, dont l'importance ne saurait échapper à personne : c'est que les pays marécageux sont loin d'être les seuls où se développent les phénomènes de l'intoxication paludéenne, et qu'on peut en soupçonner l'existence partout où l'on rencontre une grande étendue de terrains incultes.

Dans un chapitre extrêmement court, qui traite de l'anatomie pathologique, M. Duboué s'est borné à rappeler quelques faits, qui se rattachent à la théorie qu'il a formulée plus loin. Pour ce qui touche aux lésions de l'impaludisme, ses recherches ne lui ont fourni aucune donnée nouvelle, comme il nous l'apprend lui-même; car les exigences de la pratique, surtout en province, opposent un obstacle insurmontable aux investigations de ce genre.

C'est dans l'étude de la symptomatologie, du diagnostic et du pronostic que se trouve la partie vraiment fondamentale du livre. C'est là que M. Duboué nous fait connaître les résultats de son expérience personnelle ; c'est là que de nombreuses observations, recueillies avec le plus grand soin, présentent le tableau toujours intéressant et souvent dramatique de la maladie. Il existe trois degrés d'impaludisme, d'après l'auteur ; les deux premiers correspondent aux fièvres intermittentes, remittentes et larvées ; le troisième comprend ces accidents si variés, sur lesquels M. Duboué a surtout voulu appeler l'attention ; aussi nous en donne-t-il une description fort étendue, et qui comprend

(1) Paris, Cocoz, 1867.

anatomique fondamentale des muscles, dans la paralysie pseudo-hypertrophique.

2° Elle siége dans tous les muscles paralysés, qu'ils aient ou non augmenté de volume; ce qui justifie la dénomination anatomique : *paralysie myosclérosique*, que je propose de lui donner, en regard de sa dénomination symptomatologique : *paralysie pseudo-hypertrophique*.

3° C'est elle qui produit l'augmentation considérable de volume des muscles, en raison directe de la quantité du tissu connectif et fibroïde interstitiel hyperplasié.

4° Le tissu connectif et fibroïde hyperplasié est mêlé ou uni à une quantité minime ou moyenne de vésicules adipeuses; ou bien, d'après les faits observés en Allemagne, il est remplacé par une quantité considérable de ces vésicules adipeuses. Ce dernier état me paraît être, dans la paralysie pseudo-hypertrophique, le degré le plus avancé de l'altération du tissu musculaire interstitiel.

5° D'après mes observations personnelles, la striation transversale est conservée dans toute la longueur de la plupart des fibres musculaires; mais elle devient alors extrêmement fine et très-peu apparente. Dans les points où la striation transversale a disparu, l'on voit des stries longitudinales; quelquefois ces striations longitudinales étant elles-mêmes effacées, les sarcolèmes semblent contenir des vésicules adipeuses qui, en réalité, proviennent du tissu interstitiel ambiant, et qui d'ailleurs diffèrent des granulations graisseuses caractéristiques de la dégénérescence graisseuse musculaire.

6° L'hyperplasie du tissu connectif interstitiel n'apparaît, en général, qu'à la seconde période de la maladie; elle me semble précédée d'un état fluxionnaire des muscles, qui peut occasionner aussi une augmentation légère de leur volume. Dans cette période (première période de la maladie) la striation transversale est d'une extrême ténuité.

III. — Diagnostic différentiel.

Les éléments du diagnostic de la paralysie pseudo-hypertrophique sont tirés de la symptomatologie et de la connaissance de l'altération anatomique des fragments de muscles enlevés sur le vivant, à l'aide de mon emporte-pièce histhologique, et examinés au microscope.

Voici les principales affections musculaires avec lesquelles on pourrait confondre la paralysie pseudo-hypertrophique :

1° L'atrophie musculaire graisseuse de l'enfance;

2° La paralysie atrophique graisseuse de l'enfance;

3° La marche tardive occasionnée, chez les enfants, par l'arrêt de développement de la faculté coordinatrice qui préside à l'équilibration et aux mouvements instinctifs de la marche, ou par certaines lésions cérébrales;

4° Quelques autres états pathologiques ou anormaux.

Le résumé du diagnostic différentiel de ces affections et de la paralysie pseudo-hypertrophique ressortira de la comparaison de leurs éléments diagnostiques, exposés parallèlement dans les tableaux synoptiques suivants.

A. — Signes distinctifs de l'atrophie musculaire graisseuse progressive de l'enfance et de la paralysie pseudo-hypertrophique.

Atrophie musculaire graisseuse progressive de l'enfance.	*Paralysie pseudo-hypertrophique.*
1° L'atrophie musculaire graisseuse progressive de l'enfance débute (du moins d'après tous les cas observés jusqu'à ce jour), vers l'âge de cinq à sept ans, par la face, où elle atrophie quelques muscles, principalement l'orbiculaire des lèvres et les zygomatiques. Après une période stationnaire de plusieurs années (de deux à trois ans), elle envahit les membres et le tronc, où elle marche de la même manière que chez l'adulte, c'est-à-dire qu'elle suit une marche descendante, en attaquant d'abord les muscles des membres supérieurs et ceux du tronc, et en ne s'étendant aux membres inférieurs que dans une période assez avancée.	1° La paralysie pseudo-hypertrophique débute, en général, par les membres inférieurs dont elle affaiblit les mouvements; suit une marche ascendante, dans sa progression; n'envahit les membres supérieurs, et quelquefois certains muscles de la face (principalement les temporaux et les masséters), que dans une période avancée.
2° Dans l'atrophie musculaire graisseuse progressive de l'enfance, les muscles s'atrophient partiellement, irrégulièrement, les uns après les autres, et l'affaiblissement ne porte que sur les mouvements propres aux muscles atrophiés, en raison directe du degré de l'atrophie: de là résultent des paralysies partielles, nombreuses, et, pendant le repos musculaire, des déformations variées dans l'attitude des membres et du tronc.	2° Dans la paralysie pseudo-hypertrophique, l'affaiblissement musculaire envahit d'emblée et simultanément tous les muscles moteurs d'un grand nombre d'articulations; dans une période plus avancée, quelques-uns des muscles affaiblis, ou plus rarement tous les muscles paralysés augmentent de volume d'une manière exagérée.
3° Dans l'atrophie musculaire graisseuse progressive de l'enfance, la fibre musculaire subit la dégénérescence granuleuse ou graisseuse et la substitution graisseuse interstitielle.	3° Dans la paralysie pseudo-hypertrophique, le tissu connectif interstitiel des muscles s'hyperplasie avec production d'un tissu fibroïde abondant et de vésicules adipeuses plus ou moins nombreuses; les faisceaux musculaires primitifs conservent en général leur striation, mais ils diminuent de volume.
4° L'atrophie musculaire graisseuse progressive de l'enfance n'abolit les mouvements qu'après avoir altéré le tissu musculaire.	4° La paralysie pseudo-hypertrophique affaiblit et même abolit les mouvements, bien que la striation des faisceaux primitifs soient en général conservée.

B. — Signes distinctifs de la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance et de la paralysie pseudo-hypertrophique.

Paralysie atrophique graisseuse de l'enfance.	*Paralysie pseudo-hypertrophique.*
1° La paralysie atrophique graisseuse de l'enfance débute par de la fièvre, dans la grande majorité des cas.	1° La paralysie pseudo-hypertrophique a paru apyrétique jusqu'à ce jour, dans toutes ses périodes.
2° Au début, la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance est tantôt généralisée, tantôt paraplégique, tantôt hémiplégique ou croisée, tantôt limitée à un membre ou à une portion de membre. Alors tous les muscles sont paralysés d'emblée et complétement. Ceux qui sont les moins lésés dans leur innervation, recouvrent bientôt leur motilité, tandis que les autres s'atrophient considérablement ou sont altérés à différents degrés dans leur texture.	2° Au début, la paralysie pseudo-hypertrophique affecte les mouvements des membres inférieurs et des extenseurs du rachis. Alors les mouvements sont seulement affaiblis. Dans la période ultime, ils sont complètement abolis.
3° Dans la première période de la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance, la contractilité électro-musculaire est affaiblie ou abolie, bien que le tissu musculaire soit encore intact.	3° Dans la première période de la paralysie pseudo-hypertrophique, la contractilité électro-musculaire est normale. Ce fait, néanmoins, a besoin d'être confirmé par de nouvelles observations.
4° Dans une période avancée de la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance, la perte des mouvements est bientôt suivie d'atrophie plus ou moins rapide, plus ou moins profonde des muscles, selon le degré de la lésion nerveuse.	4° Dans la paralysie pseudo-hypertrophique, l'affaiblissement des mouvements est bientôt suivi de l'augmentation de volume d'un plus ou moins grand nombre de muscles.
5° Dans une période avancée de la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance, la perte de la contractilité volontaire et électro-musculaire annonce que les muscles dont l'innervation a été profondément lésée, sont altérés dans leur texture. (Les fibres ont subi une dégénérescence ou granuleuse ou graisseuse, et leur tissu interstitiel la substitution adipeuse.)	5° Dans la période ultime de la paralysie pseudo-hypertrophique, si l'exagération du volume des muscles a disparu (s'ils ont fondu pour ainsi dire) et que les membres paraissent atrophiés, l'examen microscopique de l'état anatomique des muscles sur le vivant, à l'aide de mon emporte-pièce histhologique ou de tout autre instrument analogue, montrera que leurs faisceaux primitifs ont conservé, en général, leur striation transversale, et que leur tissu connectif interstitiel hyperplasié est mêlé à un tissu fibroïde, et à des vésicules graisseuses en plus ou moins grande quantité. Ces caractères anatomiques distingueront la paralysie pseudo-hypertrophique de la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance.
6° Le raisonnement, l'analogie, la pathologie comparée et quelques faits anatomiques démontrent que la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance est produite par une lésion primitive de la moelle.	6° Rien, dans l'étude pathogénique de la paralysie pseudo-hypertrophique, ne conduit à admettre une lésion primitive de la moelle.

C. — Signes qui distinguent la marche tardive par arrêt de développement de la faculté coordinatrice qui préside à l'équilibration et aux mouvements instinctifs de la marche ou par une lésion cérébrale, de la marche tardive par début de la paralysie pseudo-hypertrophique dans la première enfance.

Signes communs. A l'âge de deux à trois ans, l'enfant ne peut se tenir debout, et lorsque l'on veut lui apprendre à marcher, en le soutenant sous les aisselles, il n'imprime pas ou il imprime à peine à ses membres inferieurs les mouvements instinctifs de la marche; cependant, assis ou couché, il exécute tous ces mouvements.

A. Marche tardive par arrêt de développement de la faculté coordinatrice qui préside à l'équilibration et aux mouvements instinctifs de la marche.	*A. Marche tardive par début de la paralysie pseudo-hypertrophique, dans la première enfance.*
1° Striation des fibres musculaires normales.	1° Finesse de striation transversale des fibres musculaires examinés sur le vivant.
2° Lorsque l'enfant commence à marcher, pas d'écartement des jambes, ni ensellure, ni dandinement.	2° Dès que l'enfant commence à marcher ou à se tenir debout, écartement des jambes, ensellure de plus en plus prononcée et dandinement pendant la marche. Dans une période plus avancée, augmentation de volume des muscles affaiblis; hyperplasie du tissu connectif interstitiel de ces muscles.

---

les symptômes présentés par chacun des principaux appareils de l'économie. La douleur splénique, dit-il, constitue le meilleur signe de cette affection; ce phénomène, dans les environs de Pau, est beaucoup plus fréquent que l'hypertrophie de la rate. Mais, au fond, il n'existe aucun caractère vraiment pathognomonique de l'infection palustre; et pour qu'ils puissent caractériser l'entité morbide, les symptômes doivent se grouper d'une façon spéciale. Au point de vue du diagnostic, M. Duboué recommande d'explorer soigneusement la rate, dans tous les cas douteux, en raison de l'importance qu'il faut accorder à la douleur splénique. Mais les effets du quinquina sont évidemment pour lui la véritable pierre de touche; et lorsque les accidents observés laissent planer un doute sur la nature de l'affection, c'est aux résultats thérapeutiques qu'il appartient, d'après lui, de résoudre le problème.

Le chapitre consacré au traitement est rempli de considérations pratiques, qui sont l'expression d'une expérience déjà longue; aussi seront-elles d'une grande utilité aux médecins placés, pour la première fois, dans des conditions analogues à celles où l'auteur s'est trouvé lui-même.

Dans un paragraphe consacré à la *nature* de l'impaludisme, M. Duboué expose une théorie nouvelle sur le mode d'action du miasme paludéen. Il le considère comme un poison dont l'action se porte essentiellement sur le système nerveux, pour déterminer, par action réflexe, une stimulation d'abord, puis une paralysie des nerfs vaso-moteurs; de là viendraient les congestions qui sont la conséquence habituelle de l'intoxication palustre, et qui cèdent à l'action du sulfate de quinine, par suite de l'influence à la fois sédative et stimulante que ce médicament exerce sur le système nerveux. Cette hypothèse, à l'appui de laquelle l'auteur développe un grand talent de discussion, ne peut être acceptée, on le comprend, que sous bénéfice d'inventaire, en attendant que les faits soient venus la confirmer ou la détruire.

Le livre de M. Duboué est écrit d'un style agréable et facile, qui soutient l'attention sans jamais la fatiguer; en le parcourant, on croirait entendre une conversation familière entre gens d'esprit; aussi ne l'accusera-t-on jamais d'être ennuyeux. C'est là, dans la littérature médicale actuelle, un mérite assez rare pour être signalé. C'est une raison de plus pour recommander à l'attention du public cet intéressant ouvrage, qui se prête difficilement à une analyse méthodique. Pour lui rendre pleine justice, il faut le lire en entier. C'est par ce conseil, ami lecteur, que vous nous permettrez de terminer cette esquisse imparfaite; et, si vous daignez nous écouter cette fois, vous n'aurez certainement pas sujet de vous en repentir.

B. Ball.

Contagion de la Varicelle.

Par M. le Dr Stanski.

(Lu à la Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 10 et du 24 janvier 1868).

Les médecins qui sentent toute l'importance de la question de la contagion dans les épidémies, soit sous le rapport de la tranquillité des familles, soit sous celui de la pratique de notre art, où il existe tant d'incertitude et tant de versatilité dans les opinions, comprendront ma persistance à relever et à combattre les faits et les arguments au fur et à mesure qu'on les imagine en faveur de cette causalité.

Le dernier rapport de M. Besnier sur les maladies régnantes et les séances de la *Société médicale des hôpitaux* du mois de janvier passé me fournissent l'occasion de parler de la contagion de la varicelle.

M. Lorain rapporte la relation *d'une épidémie de varicelle* qu'il a observée dans un pensionnat. Dix-huit jeunes gens furent atteints, à peu de distance les uns des autres.

Dans cette petite épidémie, M. Lorain a cherché en vain à avoir des preuves directes de la contagion. *Dans aucun cas, cette contagion n'a été positivement démontrée*, dit M. Lorain. De plus, il a pratiqué quelques inoculations, dont une sur lui-même : *les résultats ont été nuls*.

Ainsi, on le voit, ce qui vient d'être relaté par M. Lorain est clair et de la plus grande valeur probante.

Cependant M. Hérard est étonné que M. Lorain semble mettre en doute la contagiosité de la varicelle. « C'est pourtant un fait démontré, dit M. Hérard; on peut en voir la preuve tous les jours dans les familles. Il paraît même que la varicelle possède des propriétés contagieuses à un degré plus élevé que la variole, et même la rougeole. »

M. Hérard soutient que la contagion de la varicelle est un fait démontré. Il me semble qu'il était de la plus grande importance d'établir cette démonstration, car, en présence de faits aussi éclatants et aussi positifs que ceux de M. Lorain, une simple assertion n'a aucune signification.

M. Hérard ajoute, il est vrai, plus loin, qu'on peut voir la preuve de cette contagion dans les familles; il faut en conclure que si M. Lorain avait eu l'occasion d'observer la varicelle dans les familles et non dans une pension, il aurait vu la contagion! Quant à moi, je déclare que j'ai eu l'occasion de soigner des enfants atteints spontanément de la varicelle dans les familles ou renvoyés des pensions, mais je n'ai jamais constaté la contagion par la propagation de la maladie.

M. Hérard dit aussi que la varicelle est plus contagieuse que la variole, et cela se conçoit pour ceux qui veulent bien lire mes publications sur la question. En effet, M. le rapporteur de la Commission des maladies régnantes a déclaré, dans une des séances de l'année passée, que la variole est au plus haut degré contagieuse (elle est au moins inoculable), tout en affirmant que, dans ce moment-là, elle ne se communiquait pas aux individus en contact avec les malades; or, si la variole, qui ne se communiquait pas aux individus en contact avec les malades, mais qui est susceptible d'être inoculée, est au plus haut degré contagieuse, il ne faut pas s'étonner que la varicelle soit *encore plus contagieuse*, puisque, dans aucun cas de M. Lorain, la contagion n'a pu être positivement démontrée, et qu'elle n'est même pas inoculable.

Quand M. Hérard avance que la varicelle est distincte de la variole et de la varioloïde, je suis tout à fait de son avis.

B. Marche tardive par la lésion cérébrale.	B. Marche tardive par début de la paralysie pseudo-hypertrophique, dans la première enfance.
1° Intelligence plus ou moins obtuse, parole tardive et longtemps difficile.	1° Souvent l'intelligence est obtuse, la parole tardive et l'articulation un peu lente.
En général, écoulement plus ou moins abondant de la salive par la bouche entr'ouverte.	Pas d'écoulement de la salive par la bouche entr'ouverte.
2° Les mouvements volontaires des membres inférieurs provoquent des contractions reflexes.	2° Les mouvements volontaires ne provoquent pas de contractions reflexes.

D. Quelques autres états anormaux ou pathologiques pourraient, au premier abord, faire craindre l'invasion de la paralysie pseudo hypertrophique ou être confondus avec elle; mais il suffit de les signaler pour mettre l'observateur en garde contre ces apparences.

1° Si l'on se rappelle que, chez quelques enfants, on observe normalement une musculature puissante des membres inférieurs, contrastant avec la maigreur des membres supérieurs, on n'attribuera pas à la paralysie pseudo-hypertrophique l'affaiblissement qui, dans ces conditions, se montrerait dans les membres inférieurs, sous l'influence, au début, soit du mal vertibral situé dans la région lombaire, soit de toute autre affection musculaire.

2° L'on ne confondra pas la polysarcie avec la paralysie pseudo-hypertrophique, lorsque l'on se rappellera que, dans celle-ci le pannicule sous-cutané contient très-peu de graisse en général, et qu'il est tellement aminci que les muscles hypertrophiés semblent faire hernie à travers la peau.

IV. — Pathogénie et étiologie.

A. La pathogénie de la paralysie pseudo-hypertrophique est obscure. En effet, l'anatomie pathologique n'ayant révélé jusqu'à présent aucune altération appréciable des centres nerveux, comment expliquer l'affaiblissement progressif des mouvements?

Ce trouble de la contractilité volontaire ne saurait être attribué ni à la compression ni à la dissociation des fibres musculaires par l'hyperplasie de leur tissu connectif interstitiel, puisqu'il la précède dans la première période et qu'il n'est pas en raison directe de la quantité du tissu connectif hyperplasié.

L'irritation formative qui produit la prolifération musculaire abondante et les autres altérations du tissu connectif interstitiel des muscles, me paraît être ici la cause probable de leur affaiblissement.

Mais comment expliquer cette altération elle-même du tissu connectif interstitiel? C'est un problème encore à résoudre.

B. La paralysie pseudo-hypertrophique est une maladie de l'enfance, et paraît jusqu'à présent plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

On l'a observé chez plusieurs enfants d'une même famille; c'est la seule espèce d'hérédité (atavisme) qui ait été constatée jusqu'à ce jour.

V. — Pronostic et traitement.

A. Le pronostic de la paralysie pseudo-hypertrophique est grave. En effet, lorsque j'ai été appelé à l'observer au moment où elle était arrivée à la période d'ypertrophie ou de prolifération du tissu connectif interstitiel, je l'ai toujours vu marcher en progressant vers la généralisation, et se terminer par l'abolition complète des mouvements et par la mort dans l'adolescence.

Mais elle peut guérir dans la première période, avant la période pseudo-hypertrophique ou myosclérosique; c'est pour cette raison que je ne l'ai pas appelée: paralysie progressive, c'est-à-dire, suivant Requin, (l'inventeur de ces dénominations fatales) paralysie qui une fois née marche toujours vers une terminaison fatale.

B. J'ai obtenu la guérison de la paralysie pseudo-hypertrophique à sa première période, à l'aide de la farradisation musculaire, secondée par l'hydrothérapie et le massage.

Ce traitement n'a produit qu'une amélioration passagère, et n'a pas empêché la marche progressive et la terminaison fatale de cette maladie, lorsqu'il a été appliqué au moment où elle était arrivée à sa seconde période. D'autres médications très-variées (strychine, seigle ergoté, iodure de potassium, etc.) ont également échoué dans cette seconde période.

J'expérimente actuellement l'action thérapeutique des courants continus dans cette maladie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 24 mars 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° M. le Ministre de l'Instruction publique transmet l'ampliation d'un décret en date du 18 mars courant, par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Daremberg, membre associé libre, en remplacement de M. Montagne, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Daremberg prend place parmi ses collègues.

2° M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce adresse les comptes rendus des maladies épidémiques pour les départements du Pas-de-Calais, des Basses-Alpes, des Deux-Sèvres, de l'Orne, de la Loire-Inférieure et de l'Ariège, et pour les arrondissements de Brest, de Lapalisse et d'Orléans. (Comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Elle comprend :

1° Une note de M. le docteur Abeille sur la contagion de la varicelle et son identité avec la variole. (Comm. de vaccine).

2° Un mémoire sur le phénomène de la génération chez l'homme, par M. le docteur Regnaud. (Comm., MM. Béclard et Blot).

M. Gubler présente, de la part de M. le docteur Bordier, une brochure intitulée : *Des Nerfs vaso-moteurs ganglionnaires*; anatomie, physiologie, pathologie et thérapeutique.

M. Broca présente, de la part de M. le docteur Bernadet, une brochure intitulée : *Dernière étude de statistique médicale sur la colonie pauvre de Londres.*

M. Boudet dépose sur le bureau une note de M. Eugène Lebègue sur un nouveau tissu contenant les éléments actifs de la farine de moutarde et destiné à la remplacer.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la tuberculose.

La parole est à M. Barth.

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE

M. Barth commence par prévenir qu'il ne parlera ni de la question de l'inoculabilité de la tuberculose, ni de la contagion. Le seul sujet dont il s'occupera sera la pneumonie caséeuse.

Tous les auteurs qui ont écrit sur la pneumonie, Bayle, Laennec, MM. Louis, Andral, ont décrit des formes diverses de cette phlegmasie, mais aucun d'eux n'a parlé de la pneumonie caséeuse. Selon la doctrine nouvelle, la pneumonie caséeuse aurait été méconnue. Qu'est-ce que cette nouvelle espèce de pneumonie qui aurait ainsi échappé à l'attention de nos meilleurs observateurs, et qu'on voudrait faire entrer aujourd'hui dans la nosologie? Elle nous vient de l'Allemagne, d'où nous sont venues assurément de bonnes choses, mais aussi beaucoup de rêveries et de singularités. N'est-ce pas dans un auteur allemand moderne qu'on lit cette proposition, que les phthisiques sont menacés de devenir tuberculeux, et cet autre qu'on n'a trouvé aucune trace de tubercules chez des sujets qui avaient succombé à la phthisie? *Risum teneatis.* Il ne suffit pas qu'une chose soit nouvelle ou ait de l'actualité pour que nous soyons obligés de l'accepter. L'actualité n'a pas le droit de nous faire oublier la tradition.

La pneumonie caséeuse est une conception erronée que repoussent les vraies notions de la pathologie. Qu'y a-t-il de commun, au point de vue de la pathologie générale, entre les exsudats phlegmasiques et les produits tuberculeux? Rien. Il en est de même au point de vue de la pathologie spéciale; il n'y a rien de commun entre la prétendue pneumonie caséeuse et l'inflammation vraie du parenchyme pulmonaire. Je ne vois, dans le tubercule classique de Laennec, rien qui ressemble à la pneumonie que nous connaissons tous, ni au point de vue clinique, ni au point de vue de l'anatomie pathologique.

Ici, M. Barth établit un parallèle entre la phthisie tuberculeuse et la pneumonie, pour montrer les nombreuses et profondes différences qu'elles présentent entre elles, au point de vue de leur fréquence relative, de l'influence des climats et surtout de l'altitude, de leur étiologie, de l'âge auquel elles se manifestent, de l'hérédité, etc. Puis, poursuivant l'étude comparative de la tuberculose et de la pneumonie dans le cours de leur évolution au point de vue clinique, il montre qu'il n'y a rien dans l'une qui ressemble à l'autre, soit dans les premières manifestations, soit dans les symptômes, soit dans la marche, la durée, la terminaison, soit enfin dans les accidents qui les compliquent. Il montre enfin que les deux affections ne sont pas moins différentes par leur siége et leurs caractères anatomiques.

Est-ce à dire, poursuit-il, que nous regardons la phlegmasie comme absolument étrangère à la tuberculose; que nous repoussons l'intervention de tout élément inflammatoire dans l'évolution et les phases diverses de la phthisie pulmonaire? Assurément non. Nous admettons, dans certains cas, l'influence de phlegmasies antérieures, comme pouvant favoriser le développement ultérieur de la tuberculose; mais nous soutenons que ce n'est pas le cas le plus habituel, et que la phthisie reconnaît le plus souvent d'autres causes.

Nous admettons encore une forme d'engouement pulmonaire, où se fondent, pendant la vie, les symptômes de la pneumonie et de la tuberculose, et qui présente, après la mort, les exsudats fibrineux de la phlegmasie, combinés avec une infiltration moléculaire de matière tuberculeuse.

Nous admettons aussi un état inflammatoire survenant autour du tubercule à une certaine phase de son évolution, lorsque par sa présence il irrite le tissu pulmonaire environnant, comprime et perfore les radicules bronchiques. Mais faut-il, dans ce travail ulcératif, oublier l'élément essentiel, le tubercule, c'est-à-dire l'épine qui produit l'irritation? C'est comme si, dans le cas de pénétration d'une balle dans les tissus vivants, on voulait ne voir que l'inflammation circonvoisine en perdant de vue le corps étranger qui la cause et l'entretient.

Mais s'il n'existe, entre la pneumonie vraie et la prétendue pneumonie caséeuse, aucune analogie, soit au point de vue clinique, soit au point de vue anatomique, sur quelle autorité se fonde-t-on pour admettre cette entité morbide? C'est, dit-on, le microscope qui tranche la question; c'est lui qui montre, dans le tubercule caséeux, les éléments constitutifs de la phlegmasie.

Mais cet oracle est-il infaillible?

Je ne prétends pas ici méconnaître l'utilité du microscope et le mérite de ceux qui s'en servent pour l'avancement de la science, mais il ne faut pas oublier que les images, si nettes et si constantes, qu'il nous montre dans la structure des tissus et des produits normaux, n'ont plus ces formes précises, et nettement caractérisées dans les altérations pathologiques, et présentent une grande variabilité dans ce que l'on appelle les produits morbides, formés au sein de l'économie. Aussi, les apparentes images que donne le microscope ne sauraient toujours prévaloir sur les enseignements de la clinique et de l'expérience. Les déductions tirées de l'examen microscopique des produits morbides n'ont, d'ailleurs, pas ce caractère de fixité, de constance, qui serait de nature à faire autorité.

On n'a pas oublié cette discussion, dans laquelle on soutenait qu'il n'y a de cancer que là où l'on trouve la cellule caractéristique. Cette cellule on n'en parle plus, et les idées de M. Lebert sont oubliées; trop oubliées à mon avis.

Il y a dix ans, de par le microscope, on disait que les granulations miliaires, qui constituent une forme spéciale de tuberculisation du poumon, n'étaient pas des tubercules; et aujourd'hui, on prétend, toujours d'après le microscope, que les granulations seules constituent le tubercule vrai, et que les tubercules en masse ne sont que des pneumonies chroniques.

Y a-t-il au moins plus de fixité dans les opinions des micrographes,

---

M. Chauffard, contrarié par les insuccès de l'inoculation de M. Lorain, et cherchant à leur donner une explication en apparence naturelle, croit, contrairement à l'opinion de MM. Hérard, Dumontpallier et Gubler, que la varicelle pourrait bien découler de la variole et que, par conséquent, l'inoculation doit échouer très-facilement, surtout, dit M. Chauffard, parce que les sujets que l'on inocule sont dans de mauvaises conditions d'aptitude, ayant été ou vaccinés ou atteints de la variole.

Il faudrait, pense M. Chauffard, faire ces inoculations sur des sujets vierges, comme sont les nouveau-nés. Mais sentant probablement que ces inoculations pourraient bien ne pas réussir même chez les nouveau-nés, M. Chauffard a soin d'ajouter qu'ici intervient une question humanitaire qui interdit une inoculation hasardée chez un sujet qui pourrait en souffrir. Ce confrère pense donc que si M. Lorain n'a pas réussi dans ses inoculations, c'est qu'il a choisi à cet effet des enfants vaccinés, tandis que les dix-huit enfants du pensionnat atteints n'étaient probablement pas vaccinés!

Disons donc qu'à nos yeux, cette explication de M. Chauffard n'a d'autre importance que celle de confirmer ce que nous avons dit ailleurs, c'est-à-dire que, « quand le principe contagieux d'une épidémie joue un tour à ses partisans, ceux-ci alors tourmentent les faits et cherchent par toute espèce d'explication à les faire rentrer au bercail de la contagion. »

Maintenant, pour être dans le vrai, je dois ajouter que M. Lorain, après avoir entendu les *quos ego*, revient à résipiscence et confesse qu'il est de l'opinion de MM. Hérard et Chauffard, c'est-à-dire que la varicelle est contagieuse, seulement, dit-il, par un autre procédé que ceux de l'expérience et de l'observation qu'il a mis en usage.

Pourquoi pas par la pensée?

M. Dumontpallier annonce aussi qu'il a tenté des inoculations de varicelle, mais sans aucun succès; et il ajoute qu'une ou deux jeunes filles, atteintes au catéchisme, avaient contracté la varicelle d'une convalescente. Seulement les preuves que ces jeunes filles ont gagné leur maladie de la convalescente, et les raisons pour lesquelles elles n'auraient pas été malades sans elle, resteront toujours le secret des contagionistes.

Vient ensuite M. Hervieux, avec une note sur une éruption bulleuse des nouveau-nés, qui a régné à la Maternité. Cet exanthème, croit M. Hervieux, a eu pour point de départ un enfant qui, né dans de bonnes conditions, fut pris *spontanément* au mois de juin 1867, peu de jours après sa naissance, d'une éruption bulleuse assez confluente. Cet enfant, ne pouvant être allaité par sa mère, fut transporté à la Crèche peu de jours après l'invasion de la maladie, sans la communiquer à sa mère ni à d'autres personnes de la salle où il est resté jusqu'à ce moment. Mais à peine était-il entré à la Crèche, que plusieurs enfants furent atteints d'une éruption tout à fait semblable à la sienne. L'épidémie touchait déjà à sa fin au mois d'octobre, lorsqu'une recrudescence exanthématique apparut, en commençant *spontanément* par un enfant, qui a eu un pemphigus généralisé; seulement l'éruption se présentait plutôt sous forme pustuleuse que bulleuse. M. Hervieux voit dans ce fait *la contagion.*

Ainsi la spontanéité dans l'invasion et dans la cessation se répétant à deux reprises, la non-transmission de l'exanthème, soit aux mères, soit aux personnes qui donnaient des soins aux enfants ne portent aucun enseignement; mais comme la maladie s'est répandue dans la Crèche, dans l'infirmerie et dans la salle des valides après son développement *spontané* chez deux enfants, et que M. Hervieux y voit la contagion, nous sommes forcé de croire que cette éruption bulleuse s'est propagée par la contagion et qu'elle est contagieuse.

Du reste, M. Hervieux ne cache pas que les tentatives d'inoculation sur les petits enfants ont été sans résultat. Réponse à la recommandation de M. Chauffard de faire les inoculations de varicelle sur les nouveau-nés pour réussir, et à sa question humanitaire, à cause de laquelle il ne faut pas les faire.

Pour nous résumer, nous allons récapituler les arguments contre et pour la contagion de la varicelle.

Contre la contagion :

1° Les résultats tout à fait négatifs des inoculations faites par MM. Lorain, Hervieux et Dumontpallier;

2° La déclaration claire et nette de M. Lorain que, sur dix-huit enfants, il a vainement cherché des preuves directes de la contagion;

3° L'existence simultanée des cas isolés de varicelle, soit en ville, soit dans les autres établissements hospitaliers, notamment à l'Hôtel-Dieu;

4° L'invasion et la cessation spontanées de l'épidémie dans les pensions et à la Maternité;

6° Enfin la singularité d'une contagion dont l'action reste limitée aux enfants, comme dans le service de M. Hervieux.

Pour la contagion :

1° L'affirmation de M. Hérard, que la contagion de la varicelle est démontrée dans les familles : affirmation sans portée, puisqu'elle n'est basée sur aucune démonstration;

2° L'explication imaginaire des insuccès des inoculations, donnée par M. Chauffard;

3° L'assertion toute gratuite de M. Hervieux, que la maladie éruptive s'est répandue par la contagion à la Maternité, et celle de M. Dumontpallier, que deux jeunes filles ont gagné la varicelle d'une convalescente.

Maintenant, que le lecteur contagioniste ou non veuille peser et décider où se trouve la vérité.

Pour ce qui me concerne, je ne vois dans cet argument en faveur de la contagion de la varicelle que la confirmation de mon opinion, émise dans mon *Examen critique*, à savoir « que les doctrines des contagionistes touchant la contagion dans les épidémies ne sont que des châteaux scientifiques en Espagne. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Aphorismes sur les maladies vénériennes suivis d'un formulaire raisonné des médicaments employés dans le traitement de ces maladies, par le Dr Edmond Langlebert. 1 joli vol. in-32 de 320 pages. Prix : 3 fr. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

sur la constitution élémentaire du tubercule? Il n'en est rien. Si l'on consulte le mémoire, publié, en 1854, par M. Mandl, dont personne assurément ne contestera l'autorité en cette matière, on voit qu'il y a, parmi les micrographes, trente-quatre opinions diverses sur ce sujet.

De toutes ces divergences d'opinions, peut-on tirer quelque déduction philosophique? On voit qu'en pénétrant dans la structure intime des produits pathologiques, en les étudiant dans leurs éléments constitutifs, ils se résument en granules, en noyaux, en cellules plus ou moins développées et plus ou moins manifestes, cellules permanentes ou transitoires, se modifiant, s'altérant par le dépôt de molécules graisseuses, s'atrophiant et se dissolvant pour ne laisser que des débris, des vestiges à peine reconnaissables. On comprend de la sorte qu'à une certaine époque de leur existence, divers produits pathologiques, connus sous le nom d'exsudats morbides, quoique de nature très-différente, présentent cependant entre eux quelque analogie dans leurs éléments constitutifs, et qu'ainsi les produits tuberculeux puissent être, dans certains cas, confondus avec les produits inflammatoires au point de vue pathologique. Et en généralisant davantage, on arrive à ce résultat que si l'on ne jugeait des lésions que par leur structure intime, on arriverait à trouver les mêmes éléments dans les exsudats franchement inflammatoires, les exsudats scrofuleux, tuberculeux, cancéreux, typhiques, de telle sorte que ce qui devait conduire à distinguer mieux, n'avait pour conséquence que d'aboutir à une désespérante confusion. C'est aller trop loin que de ne vouloir juger la lésion pathologique que par les éléments anatomiques visibles sous le microscope. Le microscope ne permet de voir que la forme et quelque autre caractère physique de ces éléments. Il n'en peut apprécier les qualités intimes. Ces qualités, variables, sont assurément déterminées par un état diathésique, d'où résulte que, malgré leur apparente ressemblance, ces éléments constituent ici des lésions bénignes et sans gravité, là des lésions de nature grave ou maligne.

Tenons donc un peu plus compte de ce que nous montrent nos yeux et de ce que nous enseigne l'expérience fondée sur l'observation attentive des faits pendant la vie et après la mort.

Ainsi, pour apprécier sainement les divers produits morbides, aidons-nous donc à la fois de tous les moyens de jugement disponibles.

Aux caractères physiques des lésions saisissables par nos sens, munis au besoin des divers instruments que la physique a mis à notre disposition, ajoutons l'appréciation de leur siége, du tissu qu'elles affectent, de leur marche, de leurs métamorphoses successives, de leurs caractères cliniques et des symptômes concomitants, et nous arrivons à pouvoir dire, dans le plus grand nombre des cas : Ceci est du cancer, cela est du tubercule, quoi que dise le microscope.

En procédant d'après ces principes dans la question qui s'agite devant l'Académie, nous croyons pouvoir conclure que la prétendue pneumonie caséeuse n'a pas de raison d'être, et que la pathologie du tubercule subsiste encore aujourd'hui telle que l'ont constituée les travaux de notre immortel Laënnec et de ses successeurs. (Applaudissements et marques nombreuses d'adhésion.)

LECTURES.

Conservation des ferments. — M. Mialhe lit la note qui suit sur la conservation des ferments.

Un fait principal ressort de mes recherches sur les ferments physiologiques et les ferments pathologiques, c'est que ces principes actifs, organiques, agents mystérieux de la vie et de la mort, peuvent conserver indéfiniment leur action spécifique quand ils sont convenablement desséchés.

Ce fait confirme cette assertion de Rochoux, que les croûtes sèches du vaccin, délayées dans l'eau, servent presque aussi bien pour la vaccination que le virus pris de bras à bras.

Ce fait justifie également cette assertion de Mangili, que le venin de la vipère, desséché et conservé depuis plus d'un an, inoculé dans le tissu cellulaire d'un animal, détermine les mêmes accidents que s'il était frais, contrairement à ce qu'avait avancé Fontana.

Enfin, ce fait trouve à son tour une confirmation irrécusable dans une découverte récente de M. le professeur Béchamp, de Montpellier : notre savant collègue a constaté que la craie blanche de Sens et celle de toute origine, qu'il a examinées, contiennent toute une génération d'organismes beaucoup plus petits que tous ceux que nous connaissons, plus petits que tous les infusoires et mycrophytes que nous étudions dans les fermentations.

Ces petits organismes que le microscope est impuissant à nous montrer, ont été nommés, par M. Béchamp, *Microzyma creta*.

Ces petits organismes *vivants* sont archiséculaires, puisqu'ils sont contemporains du dépôt calcaire désigné par les archélogues sous le nom de terrain crayeux.

Profondément convaincu de la vérité que je viens d'énoncer, j'ai songé à en faire l'application à la conservation du vaccin. M. Depaul, qui veut bien me prêter l'appui de son concours, va se livrer avec moi à une série d'expériences propres à faire connaître le meilleur mode de dessication et de conservation de ce ferment. Nous aurons l'honneur de communiquer les résultats de nos recherches à l'Académie.

M. le docteur Küntzli donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Réflexions sur quelques exanthèmes : la rougeole, la miliaire, la suette, la scarlatine et la variole.* (Comm. MM. Hérard et Hardy.)

PRÉSENTATIONS.

M. le docteur Gellé met sous les yeux de l'Académie un instrument destiné à faciliter l'examen des mouvements de la membrane du tympan. (Comm. MM. Bouley et Béclard.)

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Demain, vendredi 27 mars, le docteur E. Verrier recommencera son cours de manœuvres obstétricales à 4 heures, 41, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— La prochaine séance de la Société médicale d'observation aura lieu le vendredi 27 mars à 8 heures, à la Faculté de médecine.

— M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé directeur des travaux anatomiques de l'amphithéâtre des hôpitaux, en remplacement de M. Serres, décédé.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 37. — SAMEDI 28 MARS 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 28 MARS 1868. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 27 mars 1868.

RAPPORTS

Sur les progrès des sciences médicales en France.

RAPPORT SUR LA PHYSIOLOGIE (1).

On a vu, dans la première partie de cette étude sur le rapport de M. Cl. Bernard, comment cet éminent physiologiste a formulé l'objet de la physiologie générale, en nous montrant que dans les actions les plus complexes de l'organisme, comme dans les plus simples, il faut toujours en arriver à donner l'explication de la manifestation vitale extérieure par l'activité de certains éléments histologiques spéciaux réagissant sous l'influence de conditions physico-chimiques déterminées. Il y a loin de cette formule, qui comprend avec tant de netteté et de précision les termes du problème de toute manifestation vitale, c'est-à-dire ses conditions organiques et ses conditions physico-chimiques, sans rien préjuger d'ailleurs sur la cause ou le principe même de cet acte dont on se borne à constater l'autonomie, à cette autre formule qui a essayé à plusieurs reprises de faire effraction dans la science et contre laquelle nous nous sommes élevé il y a quelques années, quand elle s'est produite devant l'Académie de médecine, savoir que tous les phénomènes physiologiques étaient réductibles dans le présent ou dans l'avenir aux lois des sciences physico-chimiques dans lesquelles devrait s'absorber un jour la physiologie tout entière. On va voir, dans ce qu'il nous reste à dire de ce rapport, ce qu'il faut penser de cette prétention, et à l'occasion précisément des fonctions qui sembleraient au premier abord devoir lui donner plus facilement gain de cause, les fonctions de nutrition.

L'étude des phénomènes de nutrition doit beaucoup assurément à la chimie, mais elle ne lui doit pas tout. La chimie a établi le bilan de la nutrition, elle a évalué la quantité des matériaux nutritifs nécessaires à l'entretien de l'organisme et elle a formulé l'équation générale des fonctions nutritives; elle nous a appris, enfin, que dans l'échange perpétuel de matière qui se fait dans la nature entre le règne minéral et le règne organique, rien ne se crée, rien ne se perd. Voilà l'apport de la chimie; il est, comme on le voit, considérable, mais est-il suffisant pour nous faire connaître la fonction nutritive? On va en juger. Écoutons M. Cl. Bernard. La nutrition et le développement des êtres vivants ne sont autre chose qu'une création organique ou une génération continuée, et sous ce rapport, tout se crée dans l'organisme vivant et rien ne lui vient tout formé. Sans doute les éléments destinés à entrer dans la constitution organique lui viennent du dehors, mais ils ne deviennent éléments organiques ou matière vivante et ne se développent que par des procédés morphologiques spéciaux, et en vertu d'une impulsion émanant d'une force spéciale, la vie. Tandis que les éléments chimiques sont impérissables et indestructibles, les éléments organiques ou histologiques sont éminemment destructibles et périssables; ils naissent, se développent et meurent.

Voici un autre ordre de faits dans lequel le problème se pose en face de la physiologie dans des termes tout autres que devant la chimie. D'après les chimistes, la nutrition, considérée chez les animaux et chez les végétaux, présenterait dans les deux règnes de notables différences et même une opposition véritable. Dans la théorie chimique, les végétaux sont regardés comme des appareils réducteurs qui engendrent les principes immédiats organiques avec les éléments chimiques empruntés au monde minéral; tandis que les animaux, simples appareils de combustion, brûlent et détruisent ces principes immédiats qu'ils sont incapables de former. Ces produits de la combustion animale sont ensuite rejetés dans l'air pour être repris par les végétaux; et ainsi s'établit entre les deux règnes le *circulus* sans fin qui entretient la vie de chacun d'eux. La physiologie, tout en reconnaissant la vérité de ces vues générales de la chimie, quand elle envisage les phénomènes de la vie et de la nutrition dans leurs rapports naturels réciproques et dans l'ensemble des êtres, n'établit pas de différence entre la vie et la nutrition d'un élément histologique végétal et celle d'un élément histologique animal. La nutrition n'est directe ni dans l'organisme végétal, ni dans l'organisme animal; tous deux préparant le milieu intérieur dans lequel leurs éléments histologiques constituants doivent trouver leurs conditions d'existence. L'organisme animal peut, comme l'organisme végétal, créer dans son milieu intérieur des principes immédiats nécessaires à la nutrition de ses éléments. Les phénomènes nutritifs de combustion et de réduction existent également dans les êtres vivants des deux règnes, mais avec une intensité différente. La puissance réductive est à son minimum chez les animaux, tandis qu'elle est à son maximum chez les végétaux. Les phénomènes de combustion, plus faibles chez les végétaux, sont au contraire plus puissants chez les animaux. Cette disproportion dans ces deux ordres de phénomènes a pour conséquence que les animaux et les végétaux altèrent l'air d'une manière inverse.

Mais si, au lieu de regarder l'atmosphère extérieure cosmique que l'animal corrompt par l'acide carbonique qu'il y jette et que le végétal purifie par les éléments qu'il lui prend, on considère le milieu intérieur ou intra-organique de l'être vivant, on voit que le végétal et l'animal vicient leur atmosphère intérieure de la même manière. De sorte que si les manifestations de la vie végétale et de la vie animale se montrent différentes dans le milieu extérieur, il arrive cependant que dans le milieu intérieur où s'accomplissent les phénomènes de nutrition, ces phénomènes sont les mêmes pour le végétal comme pour l'animal.

Une autre prétention de la chimie a été d'établir la théorie générale de la nutrition animale, non plus par la statique comparée des animaux et des végétaux, mais par la statique de l'organisme animal lui-même. Elle a comparé, à cet effet, les matériaux qui entrent dans le corps d'un animal avec ceux qui en sortent; et, d'après la considération des produits de combustion, elle a calculé l'équation générale qui devait lui apprendre la nature des mutations chimico-nutritives accomplies dans l'organisme, ainsi que la quantité de chaleur et de mouvement qu'elles avaient pu engendrer. Eh bien! les recherches faites dans cette direction par les chimistes les plus habiles n'ont conduit qu'à la détermination de rapports imparfaits. On a dû, en présence de la complexité extrême du problème, renoncer à obtenir l'équation nutritive dans son exactitude absolue. La physiologie nous apprend qu'il n'en pouvait être autrement, en nous montrant que la nutrition ne se fait point d'une manière directe, par le fait seul de la fixation immédiate des matières alimentaires ingérées sur la trame de nos tissus, mais par l'intermédiaire du sang, produit lui-même d'une véritable génération organique, dans lequel s'engendrent des principes immédiats que ne recèlaient point tout formés les aliments qui concourent à sa constitution, et qui devient à son tour l'élément essentiel de la formation de nos tissus. Le terme très-variable de la durée totale du travail de nutrition ou d'assimilation dans les divers organes de l'économie, ne permet jamais d'établir dans un temps donné la correspondance exacte des produits éliminés avec les matières ingérées, et de former par conséquent les termes réguliers de l'équation cherchée.

De là cette conclusion, que le calcul appliqué à l'étude des phénomènes de nutrition ne peut donner que l'état présent des choses, mais qu'il ne peut nous renseigner ni sur leur liaison, ni sur leur raison ou leur mode d'être. C'est dans l'étude de la constitution organique du sang et de ses incessantes modifications, et dans l'activité vitale propre de nos éléments histologiques, qu'il faut chercher l'explication du phénomène de la nutrition.

Pénétrons plus avant, avec notre savant guide, dans l'intimité de ce phénomène. Où se passe l'acte nutritif proprement dit? Il paraît, au premier abord, difficile de localiser un acte qui est commun à tous les éléments de nos tissus. Cependant la physiologie est parvenue à lui assigner pour siége le noyau de la cellule organique primitive. C'est ce noyau, d'après les recherches d'histogenèse de M. Ch. Robin, d'accord en cela avec les observations de M. Cl. Bernard sur l'évolution des cellules glycogéniques, qui constituerait le centre morphologique et nutritif qui maintient chaque élément histologique dans sa forme et dans sa constitution organique. D'où il résulte que dans les phénomènes de nutrition et de développement, il n'y a pas à considérer seulement les conditions du milieu nutritif, mais qu'il faut voir aussi les conditions organiques ou vitales de l'élément. Ce qui se traduit par cette formule plus générale qui n'est que l'expression d'un fait empirique révélé de tout temps par la plus vulgaire observation, qu'une bonne nourriture seule ne suffit pas pour l'accomplissement de la nutrition, mais qu'il est besoin aussi de l'aptitude spéciale ou, en d'autres termes, de l'intégrité normale de l'élément nutritible lui-même.

L'étude de la rédintégration dans les divers degrés de l'échelle des êtres vivants, montre que les centres morphologiques sont d'autant plus énergiques et en même temps plus diffus qu'on les examine chez des êtres plus inférieurs; que dans les organismes supérieurs, ces centres morphologiques sont restreints et limités dans des éléments spéciaux; que chez eux la cellule ovarique seule constitue le centre morphologique de l'organisme entier, et que le centre nutritif de chaque élément se localise à son tour dans le noyau de la cellule; enfin que le rôle nutritif du noyau de la cellule est un véritable rôle d'organe générateur, — la génération, dans sa forme la plus simple, se confondant véritablement avec la nutrition.

Les phénomènes de la génération nous amènent à signaler l'une des questions les plus hautes qu'ait eu à scruter la physiologie, et a montrer jusqu'où elle peut aller et où elle s'arrête devant l'incompréhensible et l'inanalysable. Ne reculant devant aucune hardiesse, la physiologie pour rester fidèle au principe général qu'elle s'est imposé, devait chercher s'il serait possible de déduire les phénomènes de la génération des propriétés de l'élément histologique propre à cette fonction. On voit l'œuf produire l'organisme entier. Mais comment rattacher cette création organique aux propriétés inhérentes à la matière constitutive de cet œuf? C'est là, dit M. Cl. Bernard, que nous sentons l'insuffisance de la physiologie purement anatomique. C'est à propos des phénomènes de cet ordre qu'il a émis cette idée d'une frappante justesse, que la matière n'est que le *substratum* des phénomènes, qu'elle leur donne leurs conditions de manifestation, mais qu'elle ne les engendre pas.

Ce n'est pas une raison, toutefois, pour qu'en présence de ces phénomènes, pas plus qu'en face de tous les autres, le physiologiste doive se borner au rôle de contemplateur. « Il doit, dit M. Bernard, rechercher les lois de la nutrition et de l'évolution, afin d'arriver à modifier et à régler les phénomènes de ces fonctions. Or, ce sera encore par l'intermédiaire des influences physico-chimiques ambiantes, que l'on pourra agir sur ces phénomènes évolutifs spéciaux à l'organisme vivant. »

Voilà, scientifiquement déterminés pour les grandes fonctions dont il vient d'être question, les rôles respectifs des actions vitales que l'on parvient ainsi à dégager et à isoler en quelque sorte par la pensée des milieux et des conditions matérielles nécessaires à leurs manifestations, et ceux de ces milieux et de ces conditions matérielles.

Cette distinction de tout temps pressentie, contestée seulement par une science incomplète et encore aux écoutes, se montrera plus évidente et plus manifeste encore dans le dernier ordre de faits qu'envisage le rapport. — Les phénomènes d'organisation et de connexions organiques, s'accomplissant à l'aide de deux ordres d'appareils réunis et associés pour une fin commune, les uns essentiellement actifs, les autres ne remplissant, au contraire, que des rôles passifs dans la construction organique et dans le jeu des divers mécanismes vitaux, nous donneraient surabondamment, s'il en était besoin encore, ce complément de démonstration. Mais il nous reste un mot à dire des fonctions régénératrices ou organotrophiques dévolues à l'élément plasmatique de nos tissus, siége de cette puissance organisatrice qui continue dans l'être adulte l'œuvre dévolue au début de la vie à l'œuf et à l'embryon. C'est dans cette étude négligée jusqu'ici par les physiologistes, à cause sans doute de sa difficulté, que M. Cl. Bernard fait résider les caractères spéciaux de la physiologie, considérée comme science propre et autonome. « On aura beau analyser les phénomènes vitaux et en scruter les manifestations mécaniques et physico-chimiques avec le plus grand soin, dit-il; on aura beau leur appliquer les procédés chimiques les plus délicats, apporter dans leur observation l'exactitude la plus grande et l'emploi des méthodes graphiques et mathématiques les plus précises, on n'aboutira finalement qu'à faire rentrer les phénomènes des organismes vivants dans les lois de la physique et de la chimie générales; mais on ne trouvera jamais ainsi les lois propres de la physiologie. Les lois spéciales à la physiologie sont les lois mêmes de l'organisation, et elles embrassent la connaissance exacte des conditions sous l'influence desquelles l'évolution vitale s'accomplit et la matière organisée se crée et se nourrit. »

M. Cl. Bernard ne s'est pas borné à exposer l'évolution des faits et à résumer les découvertes et les travaux de la physiologie française pendant le dernier quart de siècle, il a voulu aussi indiquer la marche de la science, en signalant la tendance des idées et des théories dans l'investigation physiologique expérimentale. Il a voulu assigner à la physiologie générale sa

(1) Voir le n° de samedi dernier.

place parmi les sciences biologiques, son point de vue, son problème et son but. Pour lui, la physiologie n'est point une science naturelle, c'est-à-dire une science de pure observation et de contemplation, elle est une science expérimentale, c'est-à-dire une science d'action.

« Nous savons maintenant, dit-il, que l'organisme vivant se construit et se développe suivant des lois organiques et organotrophiques qui lui sont propres. Mais la question importante qui reste à décider est celle de savoir si, une fois la machine vivante constituée, ses manifestations vitales ont des lois spéciales, ou si elles rentrent dans les mêmes lois que les manifestations des propriétés de la matière brute. Il n'y a qu'une mécanique, qu'une physique, qu'une chimie qui comprennent dans leurs lois tous les phénomènes qui s'accomplissent autour de nous, soit dans les machines vivantes, soit dans les machines brutes. Sous le rapport physico-mécanique, la vie n'est qu'une modalité des phénomènes généraux de la nature. Mais il faut distinguer ici un point important. Si les forces que l'être vivant met en jeu dans ses manifestations vitales ne lui appartiennent pas et rentrent toutes dans les lois de la physico-chimie générale, les instruments et les procédés à l'aide desquels il les fait apparaître lui sont certainement spéciaux. Ces instruments n'appartiennent qu'à lui et ont leur morphologie propre. »

Voilà, pour M. Cl. Bernard, une proposition physiologique fondamentale.

Il suit de là que l'objet spécial du physiologiste devra être d'étudier les procédés organiques qui sont inhérents à la matière organisée. Or, comme c'est la connaissance de la structure et des propriétés spéciales des appareils vitaux qui permettra d'en comprendre les mécanismes, il s'ensuit que la physiologie générale constitue une science expérimentale qui étudie les propriétés de la matière organisée et explique les procédés ou les mécanismes des phénomènes vitaux, comme la physique et la chimie sont les sciences expérimentales qui étudient les propriétés de la nature brute et expliquent les procédés ou les mécanismes des phénomènes minéraux.

Voici le point de vue particulier de la physiologie facile à dégager maintenant.

La science physiologique doit chercher ses bases dans la structure organique des êtres vivants. Mais l'anatomie seule ne saurait suffire pour donner l'idée des phénomènes d'organisation propres aux êtres vivants. La destructibilité de la matière organisée nécessitant son renouvellement incessant, il en résulte qu'il doit exister dans l'être organisé un mouvement organogénique ou organotrophique constant qui exprime lui-même la loi physiologique par excellence, c'est-à-dire la filiation et la succession évolutive des phénomènes vitaux.

En un mot, c'est par les phénomènes de rénovation organique que les êtres vivants se distinguent essentiellement des corps bruts. C'est pourquoi on a dû admettre, pour l'accomplissement de ces phénomènes, l'influence d'une force spéciale aux êtres vivants, qu'on a appelée *force vitale*.

Ce sont ces phénomènes organogéniques et organotrophiques qu'il importe donc avant tout de connaître, parce qu'ils deviennent les générateurs de tous les autres phénomènes organiques, et c'est de leur étude seule qu'on pourra déduire la connaissance des lois vitales proprement dites.

« Quand le physiologiste connaîtra les conditions physico-chimiques sous l'influence desquelles s'accomplit la loi vitale de création de la matière organisée, il aura résolu le problème spécial de la physiologie, parce qu'il pourra prévoir, expliquer et modifier même les phénomènes vitaux, qui ne sont eux-mêmes qu'un épanouissement ou un corollaire de cette loi organotrophique. La physiologie aura également atteint son but, qui est de conquérir la nature vivante. »

Nous venons de résumer un peu longuement peut-être, trop brièvement à notre gré, le magnifique exposé de l'état présent de la physiologie générale en France. Si dans cette esquisse imparfaite d'un aussi vaste tableau, on a pu suivre les larges linéaments qui en relient ensemble toutes les parties dans une belle et savante harmonie, on aura été frappé sans doute, comme nous, d'une chose, c'est avec quelle merveilleuse intelligence M. Cl. Bernard a su saisir, dans leurs rapports communs, cette multitude de faits épars et de découvertes partielles émanant d'autant d'initiatives individuelles et souvent sans aucune entente, sans aucun dessein arrêté, sans aucun lien réel, et avec quelle faculté d'intuition il a su se les assimiler pour les présenter ensuite, dans leur ordre et leur entraînement naturel, avec une sûreté de vues et une fermeté de principes qui feraient croire qu'une conception unique a présidé à leur évolution et à leur agencement. Nous ne savons ce que peuvent penser à cet égard les nombreux savants qui ont apporté sur le chantier les matériaux qui ont servi à édifier cette belle construction, mais il nous semble, pour notre compte, que s'il nous eût été réservé jamais d'y apporter aussi notre pierre, nous n'aurions pas aspiré à un plus grand honneur que de l'avoir vue jugée digne de passer par les mains d'un pareil architecte.

Une dernière observation, avant de terminer avec la physiologie. C'est à la méthode expérimentale et à cette méthode presque seule que la physiologie doit la direction nouvelle dans laquelle elle est entrée et les progrès rapides qu'elle a réalisés dans ces dernières années. Une conséquence toute naturelle découle de ce fait, c'est la nécessité d'en encourager et d'en faciliter l'application dans nos Écoles. C'est la conclusion générale et dernière du rapport de M. Cl. Bernard, à laquelle nous ne pouvons que souscrire pour notre part. Est-ce à dire que nous considérions toutes les notions que nous possédons sur la physiologie comme nous venant des laboratoires, et que dans notre opinion la méthode expérimentale doive nous livrer la physiologie humaine tout entière? L'énoncé seul des termes de cette question nous conduirait beaucoup trop loin en ce moment. Nous avons d'ailleurs à parler encore de la médecine, de la chirurgie et de l'hygiène, qui se trouvent naturellement mêlées et intéressées également à cette question; et les réflexions que nous pourrons avoir à présenter à ce sujet se trouveront mieux placées à la fin de cet exposé.

Dr Brochin.

PAROTIDES, THROMBUS ET MÉTASTASE

Par le docteur Michel Peter,

Professeur agrégé et médecin des hôpitaux.

Il est d'observation vulgaire de voir les oreillons provoquer soit une orchite, soit une fluxion des mamelles ou des grandes lèvres, — et ce phénomène métastatique démontre l'existence d'une sympathie qui *va de la glande parotide aux organes génitaux*. Mais ce qui est beaucoup moins vulgaire, c'est de voir la chose inverse, c'est-à-dire la sympathie se manifester *des organes génitaux vers la parotide*. Au moins personne n'a-t-il encore signalé, que je sache, cette marche renversée de la métastase.

Or, dans l'observation qui va suivre, le lecteur verra des *parotides* alterner, avec un thrombus des grandes ou des petites lèvres, et symptômatiques, le thrombus comme les *parotides*, de troubles menstruels. Ce fait, réciproque des faits classiques, démontre par la preuve inverse la sympathie, physiologiquement incompréhensible et cliniquement incontestable, qui relie la glande parotide aux organes génitaux.

Voici le cas dont il s'agit, j'en ai recueilli l'observation en 1855, pendant mon internat chez le professeur Gerdy. — C'est l'histoire d'une jeune femme qui, pendant les émotions de la révolution de 1848 et par leur fait, éprouva pour la première fois une perturbation de ses menstrues, jusque-là régulières, et qui eut depuis lors la série d'accidents qu'on va voir.

La femme V... (Stéphanie), âgée de 23 ans, giletière, demeurant rue de Sèvres, n° 6, entre le 1er mai 1855 dans le service de M. Gerd, à la Charité.

Elle se présente dans l'état suivant :

Tuméfaction, avec douleur de la région parotidéenne droite; rénitence, sans la moindre fluctuation; absence de rougeur; gêne de la mastication, de la phonation et de la déglutition. Fièvre légère; anorexie.

L'affection avait débuté le 27 avril par une gêne très-grande des mouvements de la mâchoire inférieure, qui ne peut se rapprocher de l'autre. La tuméfaction survient une heure après, puis la douleur.

La malade a eu un très-grand nombre de fois une semblable affection, qui siégeait toujours à gauche et qui s'est montrée pour la première fois le 24 février 1848. Chaque récidive a lieu aux époques menstruelles et les remplace; cette femme, qui est assez mal réglée d'ailleurs, est quelquefois plusieurs mois de suite sans avoir ses règles : alors céphalalgie et tuméfaction rapide de la région parotidienne; quelquefois perte de connaissance pendant une heure; mais dans tous les cas guérison prompte par l'application de sangsues et de cataplasmes.

Plus fréquemment encore que les parotides, et toujours aux époques menstruelles, la malade a eu des espèces de *thrombus* de la petite lèvre gauche, avec vive douleur, impossibilité de la marche, le tout durant quatre ou cinq jours et cessant par un écoulement de sang. Ces abcès sanguins remplaçaient également les règles, et les parotides ne survenaient pas le mois où les thrombus se montraient. La dernière tuméfaction de la petite lèvre a eu lieu il y a trois mois.

La malade est chlorotique, pâle; ses lèvres sont blanches; elle a des palpitations. Souffle doux au premier temps du cœur et à la pointe; bruit de diable dans les vaisseaux du cou.

Le 5 mai, cette femme sort guérie.

Le traitement a été le suivant :

Diète et vingt sangsues le 2 mai; repos au lit.

Diète et dix sangsues le 3 mai.

Voici maintenant le bulletin mensuel, mais non menstruel, de cette femme, sortie de la Charité guérie le 5 mai.

En juin, les règles n'apparaissent pas, mais à leur place il y a un commencement de *parotide*, et les accidents durent deux jours seulement.

En juillet, les règles n'apparaissent pas davantage, et à l'époque menstruelle, elle éprouve de la douleur dans la grande et la petite lèvre gauche, qui se tuméfient rapidement, prennent une coloration noirâtre, deviennent très-douloureuses au toucher et gênent considérablement les mouvements. La tumeur sanguine s'ouvre spontanément et donne issue à une grande quantité de sang.

En août, au lieu de règles, il y a, non plus un thrombus, mais des parotides, comme en mai et en juin.

Enfin en septembre (le 4 septembre; je prie le lecteur de rapprocher cette date de celle du 1er mai, date de la première admission de la malade à la Charité), le 4 septembre, dis-je, la femme V... est de nouveau reçue dans cet hôpital avec une parotide du côté gauche, lequel est ordinairement affecté. Cette parotide date de quatre jours, c'est-à-dire qu'elle a débuté le 1er septembre, comme cinq mois auparavant elle avait débuté le 1er mai.

L'état local est le suivant :

La région parotidienne gauche est tuméfiée, un peu plus rouge qu'au côté opposé, douloureuse au toucher, gênant la mastication et la phonation; la malade parle les dents serrées. La tuméfaction s'étend sur le maxillaire inférieur et jusque sur le sterno-martoïdien. Céphalalgie, insomnie, anorexie.

Le 5, quatre sangsues sont appliquées à la face interne des cuisses, deux de chaque côté.

6. La tuméfaction diminue, mais habituellement la parotide ne dure guère que six jours et n'est entravée dans sa marche que par une application de sangsues à la région parotidienne.

7. La malade sort, guérie. Il ne reste qu'un peu de douleur à la région sous-maxillaire sans tuméfaction appréciable.

Jusque là, nous n'avions observé *de visu* que les parotides; voici maintenant le thrombus.

Le lendemain de la Toussaint, c'est-à-dire le 2 novembre (on remarquera encore cette date régulière), la même jeune femme se présente à la consultation de la Charité avec un véritable thrombus de la grande et de la petite lèvre gauches. Malgré mes instances, la malade ne voulut pas entrer à l'hôpital; elle était simplement venue me faire constater la véracité de ses assertions et me prouver le peu de fondement du scepticisme avec lequel je les avais autrefois accueillies.

Les règles avaient paru dans les premiers jours du mois précédent, et il n'y avait eu ni parotide ni thrombus.

En fait, il s'agit ici d'une déviation de la menstruation; mais cette déviation présente d'assez remarquables particularités.

C'est d'abord l'origine même de cette déviation, qui survient par le fait des *émotions* assez naturelles qu'une révolution politique peut causer.

C'est ensuite le *lieu* où s'opère le molimen périodique et supplémentaire, comme la *nature* de ce molimen. En effet, le travail de l'ovulation, au lieu de provoquer l'hémorrhagie utérine, fait naître tantôt une *congestion* dans la *région parotidienne* et tantôt une *hémorrhagie* dans celles des *grandes* ou des *petites lèvres* (1).

D'ailleurs, on ne peut guère douter de l'existence de l'ovulation périodique : attendu que cette femme, si mal réglée quant à ses menstrues, l'était parfaitement, quant à l'apparition des phénomènes qui se substituaient à l'hémorrhagie naturelle; (Il suffit de voir les dates de mon observation pour se convaincre de la régularité de l'observation.)

Il y a donc bien ici *sympathie* entre les glandes parotides et les organes génitaux, et *métastase* d'une fonction physiologique en un acte pathologique; or, la fonction, qui devrait être une hémorrhagie, ne provoque qu'un acte morbide des plus élémentaires; une hypérémie vers les parotides ou une hémorrhagie vers les organes génitaux externes.

Je terminerai en faisant remarquer que parotides et thrombus se sont toujours minifestés à *gauche*.

(1) « Ab eodem sic accumulato (sanguini), dit Boerhaave, miræ sæpe parantur viæ, raris secretionibus menstruis notæ, dum per oculos, aures, nares, gingivas, vias salivæ, œsophagum, alvum, vesicam, mammas, cutim, vulnera, ulcera, exire viderint medici. » (*Aphor.*, 1,286.) Il n'est question, dans ce texte et dans le commentaire qui l'accompagne, que d'hémorrhagie supplémentaire, et nullement de *congestions* vers la parotide ou d'*hémorrhagie* sous-cutanée ou cutanée par les *lèvres* du vagin.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 11 mars 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

LECTURE.

M. Paulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, candidat au titre de membre titulaire, lit un travail intitulé : *Études sur les suites immédiates ou éloignées des lésions traumatiques des nerfs*. (Commissaires, MM. Verneuil, Guyon, Tillaux).

NOMINATION DE COMMISSION.

L'ordre du jour appelle la nomination de la *Commission permanente de statistique chirurgicale*.

Sont nommés : MM. Lefort, Larrey, Trélat, Broca, Tarnier.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Calcul du canal de l'urèthre.

M. Liégeois présente un calcul de l'urèthre qui lui a été remis par M. Bouché, médecin à Spincourt (Lorraine).

Le calcul que je désire présenter à la société est un calcul exceptionnel, sous certains rapports du moins. Je le dois à l'obligeance d'un confrère de province, M. Bouché, de Spincourt (Meuse), qui en me le donnant me remit l'observation suivante : « Dans le courant de juillet 1857, me trouvant dans un village voisin de ma localité, je fus prié d'aller voir un vieillard de 72 ans, qui souffrait à la verge depuis très-longtemps et éprouvait, depuis quelques jours seulement, des douleurs excessives. Arrivé près du malade, je trouvai à la partie inférieure du pénis, derrière le scrotum, une vaste ouverture, donnant issue à de l'urine et à du sang. Palpant la verge, je reconnus l'existence d'un corps dur, qui s'échappa spontanément par la fistule. Je ne fus pas étonné de voir tomber dans ma main un calcul, mais je fus surpris de constater une facette lisse et régulière sur un de ses côtés. J'avais tout lieu de croire, dès lors, que ce corps n'était qu'un fragment faisant suite à un autre, et, en effet, une pince à pansement introduite dans le trajet, me fit constater la présence d'un autre corps dur, que je saisis facilement et attirai au dehors sans grande difficulté.

« Cette pierre possédait elle-même deux facettes, indice qu'il en restait au moins une troisième. Je ne tardai pas à sentir celle-ci dans une exploration nouvelle, mais je ne pus l'extraire. Je fis prendre au malade un grand bain de trois quarts d'heure, et, après quelque effort, je pus extraire un troisième fragment, plus volumineux à lui seul que les deux autres. Comme celui-ci ne possédait qu'une facette, je crus inutile de faire d'autres tentatives, et mon malade fut immédiatement soulagé. Le poids total de ces trois fragments, pesé aussitôt après leur extraction, était de 94 grammes.

« J'interrogeai alors le malade sur ces antécédents, et j'appris que, depuis quarante années au moins, il avait toujours souffert à la racine de la verge, qu'il n'avait jamais consulté aucun médecin, vu que ses souffrances étaient supportables et ne l'empêchaient pas d'exercer son métier de cultivateur. L'orifice de la plaie était saignant avant l'extraction des calculs et environné de fongosités; depuis 15 ans, elle donnait issue à de l'urine. La portion inférieure de l'abdomen, correspondant à la région vésicale, présentait six pertuis extrêmement fins, pouvant admettre tout au plus un stylet de Méjan, donnant passage à une très-petite quantité d'urine, et présentant à leurs orifices des fongosités égalant le volume d'un pois.

« Après l'opération, le soulagement persista, mais les trajets fistuleux ne subirent aucun changement. Mon malade succomba l'hiver suivant, autant d'épuisement que de misère. »

Comme première particularité, nous constatons la présence d'un calcul siégeant dans la partie initiale de l'urèthre et y ayant résidé depuis peut-être une quarantaine d'années, si l'on a égard, du moins, à l'origine des douleurs que ce malade éprouvait. Ce cas, sous ce dernier rapport, n'est point unique dans la science. Ainsi, Camper a rapporté l'observation d'un vieillard, âgé de 54 ans, et qui avait été sondé pour la pierre alors qu'il était enfant; la pierre qui fut extraite du canal de l'urèthre pesait 160 grammes. Leroy d'Étiolles père a enlevé de l'urèthre un calcul qui y séjournait depuis 37 ans. Enfin, M. Ollier a fait la même opération pour une pierre qui s'était déposée dans le canal il y avait 34 ans.

Comme seconde particularité, nous voyons que le fragment le plus volumineux, le dernier enlevé, celui qui, par conséquent était le plus proche de la vessie, est creusé dans toute son étendue d'un canal complet, s'ouvrant aux deux extrémités de ce fragment par deux orifices, très-régulièrement configurés, si ce n'est l'orifice postérieur qui est surmonté d'une saillie conique en forme de luette. Ce canal est remarquable par son aspect lisse, aspect qui contraste avec l'aspect chagriné de la périphérie; il semblerait que ses parois ont été, pour ainsi dire, limées. C'est surtout la présence de ce canal, creusé dans l'intérieur de la pierre, qui constitue un cas exceptionnel. Les sillons, les rigoles, les gouttières, sont extrêmement fréquentes, mais un tel canal n'a peut-être jamais été rencontré. Dans les nombreuses recherches que j'ai faites à ce sujet, je n'ai trouvé que Chopart et Boyer qui parlassent de cette disposition comme étant possible, sans rapporter d'observations à l'appui de leur supposition.

Ce calcul présente, comme troisième particularité, une division en trois fragments irréguliers, mais s'adaptant exactement l'un à l'autre, et d'une façon tellement étroite que la séparation de ces diverses pièces n'est indiquée à l'extérieur que par des sillons parfaitement rectilignes. Ces trois pierres n'ont pas également le même volume, ni la même forme, ni le même poids; le volume du calcul entier est celui d'un œuf environ; sa forme est aussi celle d'un ovoïde, seulement il est légèrement aplati à sa face supérieure; son poids total est aujourd'hui de 82 grammes; il pesait 94 grammes après l'extraction. La dessication, par conséquent, lui a fait perdre 12 grammes.

Le fragment postérieur arrondi en arrière, représentant la grosse extrémité de l'œuf, possède en avant trois facettes, une concave placée inférieurement et deux planes situées au-dessus de cette dernière. Ces dernières s'arrêtent au-dessous de l'extrémité antérieure du canal intra-calculaire. Le poids de ce fragment postérieur est de 45 grammes.

Le fragment moyen présente deux facettes réunies à angle aigu; de ces deux facettes, l'une est concave et s'adapte exactement sur la facette convexe du fragment postérieur, l'autre est concave, transversalement convexe en sens inverse. Sa forme générale est celle d'un croissant, son poids est de 12 grammes.

Le fragment antérieur présente une facette postérieure, alternativement concave et convexe comme la facette antérieure du fragment moyen, mais disposée inversement, de telle sorte que cette disposition représente celle que l'on rencontre dans les articulations par emboîtement réciproque. Au-dessus de cette facette, qui comprend presque toute l'épaisseur du fragment, on voit deux autres facettes plus petites, planes, qui s'adaptent exactement à celles que nous avons rencontrées au-dessus de la cavité du fragment postérieur. Enfin, l'extrémité antérieure de ce fragment est pointue et sillonnée supérieurement par trois gouttières, qui aboutissent à la partie antérieure du canal intra-calculaire.

Ces gouttières sont lisses, comme le canal lui-même; elles représentent sans aucun doute le trajet que suivait l'urine pour gagner la fistule périnéale. Le poids total de ce fragment était de 25 grammes. Il résulte donc de la disparition de ces fragments l'un par rapport à l'autre, que le médian, c'est-à-dire le plus petit, est placé comme une sorte de coin entre les deux autres, et est recouvert par ceux-ci au niveau de son bord supérieur; cette disposition, du reste, est indiquée à l'extérieur par la présence de deux sillons, occupant la face inférieure du calcul, et se réunissant sur les côtes à 4 ou 5 millimètres au-dessous du niveau de la face supérieure.

Quant à la dureté du calcul, tout ce que l'on peut dire, c'est que les fragments résonnent à la façon des fragments de silex quand on les frappe l'un contre l'autre; quant à la couleur, chaque fragment est d'un blanc grisâtre à l'extérieur, et légèrement jaunâtre vers le centre, sans qu'on puisse distinguer nettement un noyau central. On ne distingue non plus au niveau des facettes aucune striation. Enfin, tandis que la surface extérieure est rugueuse et chagrinée dans presque toute son étendue, les facettes possèdent un aspect lisse remarquable, qui leur donne un éclat brillant.

Les exemples de calculs fragmentés à la façon de celui que je présente ici ne paraissent pas être d'une rareté extrême. M. Leroy d'Étiolles fils, dans son traité pratique de la gravelle et des calculs urinaires, en rapporte deux observations empruntées à son père. L'un de ces calculs a été soumis à l'examen de la Société de chirurgie, je n'en parle pas. L'autre est celui dont j'ai déjà parlé. Il était constitué par trois fragments juxtaposés; les surfaces par lesquelles ceux-ci se touchaient étaient polies, de couleur gris-brun. Leur surface extérieure était fortement chagrinée. Une gouttière, large et profonde, existait sur l'une des faces. Ce calcul était un calcul logé dans les parties profondes de l'urèthre. On voit par ce peu de mots que ces fragments ressemblaient dans leurs caractères généraux à ceux que nous constatons ici. Mais l'exemple le plus curieux, sans contredit, de ces sortes de calculs fragmentés siégeant dans le canal uréthral, est celui qui est rapporté par M. Voillemier, dans son traité, récemment paru, des maladies des voies urinaires. Dans cette observation, empruntée au professeur Laudzert (de Saint-Pétersbourg), il s'agit d'un calcul composé de six pièces, et extrait du canal de l'urèthre, dans la partie comprise entre le méat urinaire et la portion membraneuse, chez un sujet atteint de gravelle depuis l'âge de 21 ans. Ces six calculs pesaient ensemble, immédiatement après leur extraction, deux onces et six drachmes, c'est-à-dire environ 72,98. Le dessin reproduit dans l'ouvrage de M. Voillemier montre que ces calculs ont une forme très-irrégulière, à l'exception de l'un d'eux, qui est parfaitement hémisphérique, représente une véritable bille et est placé entre le premier fragment conique et le second ayant la forme d'un ménisque biconvexe; ces six calculs paraissent s'adapter exactement l'un à l'autre par des facettes concaves d'un côté, convexes de l'autre.

Ici se présente une question difficile à résoudre : Quel est le mode d'origine de ces calculs à fragments multiples. Les fragments résultent-ils de fractures qui se sont effectuées spontanément au sein d'un calcul primitivement unique, ou bien ces fragments sont-ils arrivés dans le canal de l'urèthre isolément l'un de l'autre, après quoi ils se seraient, par le frottement auquel ils auraient été soumis, adapté l'un à l'autre par des facettes lisses et régulières. Tout d'abord je m'étais rangé à la première manière de voir, mais mon opinion s'est modifiée à la suite des recherches bibliographiques que j'ai faites, et à la suite de mes perquisitions dans les deux plus belles collections de calculs urinaires qui existent à Paris, j'ai surtout mis à contribution dans mes recherches un mémoire des plus remarquables fait par Bruno Schmidt, sur les fractures spontanées, et dont je dois la connaissance à M. Verneuil : Dans ce mémoire, l'auteur a recueilli la plupart des faits relatés sur ce sujet. Ces faits appartiennent surtout à Ch. Textor, H. Meckel, Heller, Vulker, Thuden, Cruveilhier, Civiale, etc. Or, dans tous ces faits, on ne rencontre rien qui ressemble à l'observation que je viens de présenter; tous les calculs dont il est question présentent des caractères analogues à ceux dont nous allons parler. Ni dans la belle collection de M. Cloquet, déposée au musée Dupuytren, ni dans la collection non moins remarquable de Civiale, on ne trouve non plus parmi les fractures sur lesquelles est placée l'étiquette de fractures spontanées, de particularités semblables à celles que nous avons indiquées dans notre observation, dans celle de Leroy d'Étiolles et dans celle de M. Voillemier. De ces divers examens il résulte pour moi que les calculs qui se fragmentent spontanément ou, pour être plus exact dans l'expression, les calculs au sein desquels s'effectuent des fragmentations en dehors de toute introduction d'instruments dans les voies urinaires, se présentent sous deux aspects. Les uns, sans être mous, sont d'une friabilité extrême, et s'écrasent sous le doigt avec la plus grande facilité. Je présente ici un spécimen de ces calculs qui appartient à M. Verneuil : il se compose d'un nombre considérable de petits fragments du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois, et de plus d'une dizaine de fragments plus volumineux, extrêmement irréguliers dans leur forme, ressemblant ici à des fragments de coquilles, là à des portions de sphères ou d'ellipsoïdes, ailleurs se rattachant à des formes cubiques, polyédriques, etc. Ces derniers fragments ont un aspect jaune-brunâtre, ne présentent aucune trace de striation, et tous sont susceptibles de se réduire en une poudre très-fine quand on les comprime avec une force même assez faible sous le doigt. Je regrette que M. Verneuil ne soit point aujourd'hui parmi nous; il aurait pu nous donner des détails précis sur l'origine de ce calcul.

La seconde catégorie de ces fractures spontanées comprend des calculs d'une dureté remarquable. Je demande la permission de lire une note écrite de ma main, après une visite faite à M. Civiale, peu de temps avant sa mort. Dans cette magnifique collection se trouvent 19 cas de fractures spontanées. Les fragments appartenant à chacun de ces cas sont en nombre extrêmement varié, depuis deux jusqu'à plusieurs centaines. Sur quelques calculs volumineux seulement, et dont les fragments sont peu nombreux, on reconnaît facilement que ces fragments doivent s'adapter exactement sur une perte de substance que présente le plus gros. Tous ces calculs étaient fixés sur de petits morceaux de liége, ce qui ne me permit pas de chercher à les adapter. Les caractères principaux de ces fragments sont les suivants : tous ont une couleur jaune ou jaune-brun; quelques-uns ressemblent à des coquilles d'œufs, d'autres ont des formes polygonales de toutes sortes; la plupart sont rugueux au niveau de la fracture, lisses sur la surface qui correspondait à la surface extérieure du calcul primitif. Quelques-uns de ces fragments sont encore en rapport avec un noyau nettement délimité, deux entr'autres se présentent avec un noyau sphérique qui surmonte une masse conique, ce qui leur donne la forme des anciens bonnets d'abbé. Sur les surfaces des fragments on peut voir, dans presque toutes, une disposition lamelleuse franchement accusée, quelques-uns possèdent des stries qui vont de la surface au centre.

Pour M. Civiale (communication orale), tous ces calculs sont d'acide urique; cette composition serait même, en quelque sorte, une condition de la formation de la fracture, la disposition lamelleuse et radiée devrait être aussi prise en très-grande considération. Les calculs que l'on trouve dans la collection du musée Dupuytren, ceux dont les observations sont rapportées dans le mémoire de Bruno Schmidt, présentent les particularités que je viens de signaler et me paraissent confirmer l'opinion de Civiale.

Si nous comparons maintenant ces caractères avec ceux que présente notre calcul, nous ne trouvons aucune ressemblance. Dans notre calcul, on ne trouve point de noyau évident, la masse centrale est en réalité légèrement jaunâtre, mais elle est mêlée çà et là de taches blanc-jaunâtres analogues, quant à la couleur, aux parties les plus superficielles. L'examen des facettes de chaque fragment ne nous permet point de constater ni la disposition lamelleuse ni la disposition radiée.

Pour admettre, par conséquent, que ces fragments soient le résultat de fissurations spontanées, il faudrait admettre que les calculs du canal de l'urèthre se divisent spontanément, dans d'autres conditions de structure, que les calculs de la vessie.

C'est là, la raison principale qui me fait croire que ces calculs ont été projetés isolément dans le canal à un certain moment, qu'ils s'y sont arrêtés, qu'ils se sont placés les uns au bout des autres, que leurs facettes se sont adaptées avec le temps et les frottements exactement l'une à l'autre, qu'enfin ils ont grossi insensiblement par l'addition de couches nouvelles. C'est là, du reste, l'opinion de Civiale, de M. Mercier, de M. Leroy d'Étiolles fils, et d'un certain nombre de mes collègues à qui j'ai montré ce calcul.

Je dois dire cependant que je me trouve en désaccord avec plusieurs des membres de cette société, et en particulier avec M. Voillemier. M. Voillemier, dans son traité, admet, à propos du calcul de M. Laudzert, que ces fragments multiples trouvés dans le canal de l'urèthre et configurés de manière à s'articuler exactement entre eux, proviennent d'une fragmentatation spontanée. Les raisons sur lesquelles il s'appuie sont les suivantes :

« Lorsqu'on scie ces calculs, on ne trouve ordinairement de noyau que dans l'un d'eux, ce qui fait pressentir que les autres calculs sont de formation secondaire. De plus le petit calcul, arrêté dans le canal, tend chaque jour à augmenter de longueur par l'addition de nouvelles couches calcaires. Or, au bout d'un certain temps, il finit par former une tige rigide assez longue, trop peu solide pour résister aux mouvement imprimés à la verge, et c'est alors qu'il se rompt. On doit d'autant moins répugner à admettre ce mécanisme, que lui seul rend compte de la manière dont ces différents calculs sont ajustés. Tantôt ils se touchent par des surfaces légèrement ondulées, tantôt l'un d'eux présente un cône creux qu'un autre calcul taillé en cône plein remplit exactement. Dans le cas de M. Laudzert, on voit un calcul rond comme une bille enserré dans deux cavités, dont sont creusés les deux calculs entre lesquels il est placé. Ces espèces d'articulations, si bizarres au premier espect, s'expliquent très-bien quand on se rappelle la disposition des couches calcaires ajoutées au calcul primitif, et les lignes semi-elliptiques indiquent la succession des dépôts; car c'est dans la direction de ces lignes et dans les interstices de ces couches qu'a lieu la rupture de la masse calculeuse. »

Comme dans notre observation ces lignes concentriques n'existent nulle part, comme on ne peut constater la présence d'un noyau bien évident, il en résulte que nous ne pouvons nous ranger à l'opinion de M. Voillemier. Il est vrai que nous n'avons pas fait de coupes dans le calcul, nous ne pouvons pas, par conséquent, affirmer d'une façon absolue que la striation n'existe pas. J'ai cru devoir m'abstenir de cette mutilation d'un calcul aussi important que celui que je présente à la Société, la rareté de pareils dépôts me fait en quelque sorte un devoir de le conserver intact. J'apprends du reste à l'instant, par M. Guyon, que la collection de Civiale a été léguée à l'hôpital Necker. C'est pour moi un plaisir de l'offrir à notre collègue, alors chargé du service des maladies urinaires; un jour peut-être servira-t-il à élucider cette question de la fragmentation des calculs, encore pendante aujourd'hui et attendant de nouvelles recherches.

M. Trélat. Je ne partage pas l'opinion de M. Liégeois. Il y a des calculs biliaires et même vésicaux qui croissent simultanément; ces calculs présentent la forme d'un polyèdre à plusieurs côtés. Dans le cas qui est soumis à notre examen, on se demande en vertu de quel phénomène extraordinaire les calculs auraient pris la forme bizarre qu'ils présentent. Ce sont là, bien évidemment, les fragments d'un calcul, qui se sont usés par le frottement, pendant un temps très-long.

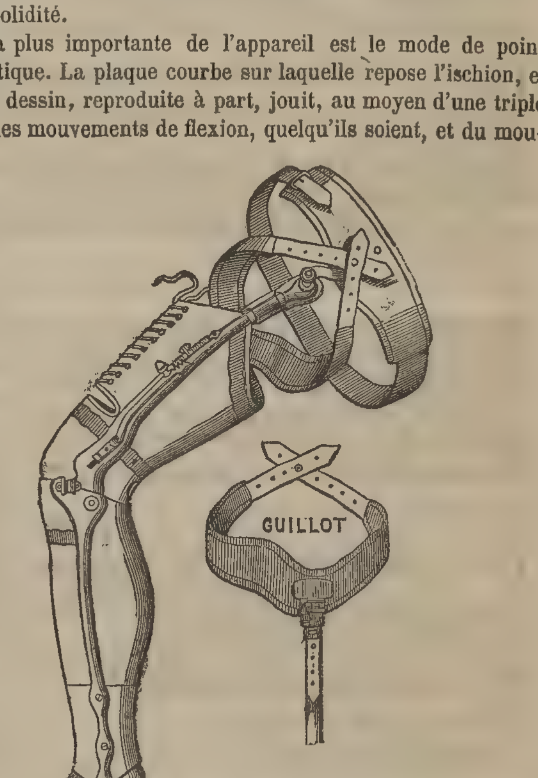
PRÉSENTATION D'APPAREIL.

M. Léon Lefort présente, au nom de M. Guillot, fabricant d'appareils chirurgicaux, une jambe artificielle qui présente les particularités et les avantages suivants :

La ceinture qui soutient le membre est munie d'une plaque et porte une articulation mobile dans tous les sens et reproduisant les mouvements de l'articulation coxo-fémorale à laquelle elle correspond.

Au niveau du genou, un verrou mobile d'une disposition particulière permet d'immobiliser la jambe dans la rectitude, de lui donner la flexion complète, ou de lui laisser une légère mobilité qui facilite beaucoup la marche et la rend moins disgracieuse, sans lui rien faire perdre de sa solidité.

La partie la plus importante de l'appareil est le mode de point d'appui ischiatique. La plaque courbe sur laquelle repose l'ischion, et qui est sur ce dessin, reproduite à part, jouit, au moyen d'une triple articulation, des mouvements de flexion, quelqu'ils soient, et du mouvement de rotation; cette plaque est fermement appliquée sur l'ischion, et reste constamment en rapport avec lui, quelque soit la position du membre.



Ce qui m'a engagé à vous présenter cet appareil prothétique, c'est qu'il réalise, suivant moi, un progrès réel sur les appareils analogues. Dans les jambes artificielles employées dans les cas d'amputation de la cuisse, ou de la jambe au dessus des malléoles, le point d'appui est pris sur l'ischion, mais l'ischion repose sur le rebord même du cône qui emboîte la cuisse. Le point d'appui ischiatique se meut donc avec le membre lui-même, de là des frottements durs qui amènent des escoriations; dans celui-ci, au contraire, par une disposition empruntée à mon appareil pour la coxalgie, aucun frottement n'a lieu sur la peau, puisque le point d'appui est devenu fixe sur le bassin, et mobile sur le reste de l'appareil. Nous avons vu, dans ces derniers

temps, se produire avec grand bruit un détestable appareil patronné par les administrations, la jambe artificielle de M. le comte de Beaufort. Dans celui-ci, la difficulté est supprimée; il n'y a pas de point d'appui ischiatique, c'est la pression latérale de la jambière et du cuissard, sur les parties molles, qui soutient le poids du corps; de là une tension considérable de la peau ou des téguments vers le moignon. Lorsque j'ai pris possession de mon service à l'hôpital Cochin, j'y ai trouvé un malade amputé par M. Dolbeau au-dessus des malléoles. Il lui avait été délivré un appareil de Beaufort, avec lequel l'opéré alla à Vincennes. Là, il dut renoncer à s'en servir, bien que le moignon fût parfait sous tous les rapports. M. Dolbeau avait obtenu pour lui une jambe charnière qu'il porte sans aucune fatigue. Ce malade nous a dit s'être trouvé à Vincennes avec deux autres amputés, qui, eux aussi, ont dû renoncer à se servir de l'appareil de Beaufort.

M. TILLAUX. Les appareils de M. de Beaufort sont excellents. Les malades peuvent aller à la chasse, faire dix ou douze lieues. Assurément, ces appareils ne méritent pas une pareille réprobation.

M. LARREY. Je crois que M. Lefort est trop sévère pour M. de Beaufort. J'ai vu plusieurs de ces appareils, qui ont rempli parfaitement les indications auxquelles on les destinait.

M. GUYON. J'observe en ce moment un malade amputé de la jambe au tiers supérieur, chez lequel l'appareil de M. de Beaufort est employé avec avantage. Je me propose, d'ailleurs, de soumettre ce malade à l'examen de la Société.

M. LÉON LEFORT. Les tant célébrés appareils de M. de Beaufort sont loin de mériter les éloges que leur donne M. Tillaux. Son bras artificiel, dont le pouce seul est mobile, n'a absolument rien de nouveau. Ce pouce se rapproche par un ressort, et il s'étend par la tension d'une corde à boyau qui s'attache sur le bras de l'autre côté. Or, c'est là un principe emprunté, tacitement il est vrai, aux appareils de Van Petersen, Charrière, Béchard, Mathieu, etc., principe appliqué déjà au seizième siècle. Le malade tant exhibé à l'exposition, bien qu'il n'eût subi d'amputation qu'au-dessous du coude, n'a pas même pu tenir une livraison de la *Revue des Deux-Mondes*. L'appareil coûte peu, mais il ne saurait guère servir qu'à des gens de service dans les bureaux d'administration. Quant à la jambe artificielle, elle peut servir, à la rigueur, pour l'amputation au lieu d'élection, elle est inapplicable dans presque tous les autres cas et ne présente, pour les malades, qu'une sécurité médiocre.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire, LÉON LABBÉ.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

75. Gruson (A.). Du Cancer du rectum, envisagé surtout au point de vue du traitement.

76. Fourdrignier (Alfred). Des Tumeurs solides du sinus maxillaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Société de médecine de Paris. — Ordre du jour de la séance du 3 avril.

Lecture de M. le docteur Leudet sur les effets des Eaux-Bonnes dans la phthisie pulmonaire. — Du vaginisme, par M. le docteur Charrier.

— *Cours public sur les maladies des yeux*, par le docteur Galezowski. Ce cours commencera le jeudi 2 avril 1868, à huit heures du soir, à l'École pratique de la Faculté, amphithéâtre n° 1, et sera continué les mardi et jeudi de chaque semaine. Il comprendra : 1° Diagnostic des maladies externes et internes de l'œil; 2° réfraction de l'œil et choix des lunettes; 3° opérations pratiquées sur les yeux. Conférences cliniques, 26, rue Dauphine, tous les jours à midi.

— *Hôpital des Enfants malades.* — Clinique chirurgicale (semestre d'été). M. Giraldès, professeur agrégé, commencera ses leçons cliniques le jeudi 2 avril. Visite des malades à 8 heures. Leçons et opérations à 9 h. 1/2.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des concrétions bronchiques, par le Dr LEROY, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 46 pages et 6 figures. Prix : 2 fr. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Des causes et du mécanisme du bruit de souffle, par le Dr BERGEON. 1 vol. in-8° de 103 pages et 40 figures dans le texte. Prix : 3 fr. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Recherches anatomiques et considérations physiologiques sur la circulation veineuse du pied et de la jambe, par le Dr LEDENTU, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris. In-8° de 84 pages et une planche. Prix : 2 fr. 50 c. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Des altérations que subit le fœtus après sa mort dans la cavité utérine et de leur valeur médico-légale, par le Dr Louis SENTEX (Mémoire couronné par l'Académie impériale de médecine de Paris; prix Capuron 1867). In-8° de 92 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Choléra, mode de propagation et moyens préservatifs, par le Dr Félix BOUREAU, ancien interne des hôpitaux de Paris. Prix : 1 fr. 50 c. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Des tumeurs fibro-plastiques sous-cutanées des membres, par le Dr BOURDY. In-8° de 53 pages. Prix : 1 fr. 50 c. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

De l'hypertrophie du ventricule gauche à la dernière période de la maladie de Bright, par le Dr Castellanos. In-8° de 72 pages. Prix : 1 fr. 25 c. *franco*. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Des maladies populaires et de la mortalité dans quelques capitales de l'Europe en 1866, avec une étude médico-hygiénique sur les consommations dans ces villes, par le Dr VACHER. 2e année. Prix : 2 fr. 50 c. — Paris, 1868. Savy, éditeur.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 38. — MARDI 31 MARS 1868. 41e ANNÉE. MARDI 31 MARS 1868. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 30 mars 1868.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

Académie des sciences. — Si on divise transversalement un muscle qu'on vient de séparer d'un animal vivant, on peut constater que la surface de section et l'extrémité tendineuse sont électrisées différemment. On peut même constituer une pile électrique avec des muscles disposés comme des éléments voltaïques.

Ces phénomènes sont connus depuis longtemps; mais les conditions dans lesquelles ils se produisent, et ils varient, n'étaient pas encore déterminées d'une manière assez précise pour que la cause en fût bien établie.

Les actions chimiques qu'on présumait être la source de l'électricité en pareil cas, se rattachaient-elles aux actes vitaux?

Il était permis de le supposer *à priori*; car on savait, depuis les expériences de M. Claude Bernard, que la contraction musculaire s'accompagne d'une production abondante d'acide carbonique dans le sang qui traverse le muscle.

Mais on pouvait également croire que la seule décomposition des tissus morts, au contact de l'air, devait produire les mêmes effets physiques que l'oxydation fonctionnelle.

Tel ne semble point être le cas, d'après les nouvelles recherches de M. Mateucci.

Le savant physicien de Turin a vu la tension électrique s'abaisser d'une manière notable sur des muscles dont on épuisait l'énergie fonctionnelle par une fatigue prolongée.

Chez des grenouilles, la chaleur, l'action de l'air sur des tissus divisés transversalement, le séjour dans l'air raréfié, dans l'hydrogène, dans l'eau privée d'air ou chargée d'acide carbonique, ont produit les mêmes résultats que la fatigue. Dans toutes ces circonstances, l'énergie fonctionnelle et le pouvoir électromoteur étaient en même temps compromis.

La tension électrique diminuait rapidement lorsque la section transversale n'était plus *fraîche*, soit que le muscle ainsi divisé fût séparé de l'animal vivant, soit qu'il y fût encore en place. Pour augmenter alors la puissance du courant, il fallait pratiquer une nouvelle section un peu plus loin.

M. Mateucci a observé que la surface de section était d'abord absolument neutre; et que le pouvoir électromoteur en était affaibli lorsqu'elle offrait naturellement une réaction acide; ou lorsqu'on y étalait un peu d'acide acétique ou citrique; l'extrémité tendineuse, au contraire, rougit le papier de tournesol dès le premier moment.

Ces derniers faits sont bons à connaître, bien qu'ils soient encore inexpliqués.

Société médicale des Hôpitaux. — Existe-t-il, comme les auteurs anglais l'ont prétendu, quelque relation de causalité entre l'empoisonnement saturnin et la goutte? M. Gubler a soulevé cette question à propos de certains faits qu'il a récemment observés.

Voici l'énoncé de ces faits :

1° Vers la fin de l'année dernière, un ouvrier plombier, âgé de 32 ans, est entré dans le service de M. Gubler pour s'y faire traiter d'une paralysie saturnine. Cet homme présentait sur les deux mains, suivant le trajet des tendons extenseurs, une série de petites tumeurs comme digitées qui faisaient une saillie de 5 à 6 millimètres au moins. Ces petites tumeurs siégeaient surtout sur l'indicateur, le médius et l'annulaire. Il y en avait très-peu sur le petit doigt, et le pouce en était complétement exempt. Elles étaient tellement dures qu'elles ressemblaient à des euchodromes; peu sensibles à la pression, elles devenaient douloureuses lorsqu'on fléchissait les doigts du malade. M. Gubler les considéra comme se rattachant aux tendons.

2° Pendant que ce malade était dans les salles, un infirmier très-intelligent raconta à M. Gubler qu'il avait eu la même affection au moment où il était entré à l'hôpital, quelques mois plus tôt, étant atteint, à cette époque, d'une paralysie saturnine. Les tumeurs avaient disparu en même temps que la paralysie.

3° Le 2 décembre suivant, un autre malade, également affecté de paralysie des extenseurs, a été pris de la même manière sous les yeux de M. Gubler. Sans phénomènes inflammatoires, sans changement de couleur à la peau, sans épaississement du tissu cellulaire, de petites tumeurs se sont produites le long des doigts, et elles ont disparu lorsque le malade a été guéri de sa paralysie saturnine par l'emploi de l'électricité. Cet homme est mort de pneumonie quelque temps après. A l'autopsie, on a trouvé les tendons affectés absolument semblables aux tendons sains, sauf peut-être un peu d'épaississement de leur gaîne.

4° Enfin, en ce moment M. Gubler a dans son service un autre saturnin dont la main gauche présente des tumeurs semblables.

Il n'existe, dit M. Gubler, aucune analogie réelle entre ces lésions et celles de la goutte; elles n'occupent pas comme ces dernières les articulations, et ne les déforment pas par des épanchements et des tophus; mais ne serait-ce point elles qui, observées d'une manière superficielle, auraient fait croire à la production de la goutte chez les saturnins?

MM. Potain et Bucquoy se sont élevés contre cette supposition; chacun des deux a rapporté une observation personnelle d'arthrite goutteuse, développée chez un saturnin.

M. Gubler lui-même s'est alors rappelé que son premier malade avait eu, pendant son séjour à l'hôpital, une fluxion considérable du gros orteil, qu'on aurait pu rattacher à la goutte; mais quant aux tumeurs des deux mains, elles n'étaient certainement pas goutteuses. Il était donc bon de les signaler dans tous les cas.

Hôpitaux. — Chez deux malades atteintes d'anasarque et dont l'une présentait en outre de l'albuminurie et de l'hématurie, M. Guéneau de Mussy a employé, avec les meilleurs résultats, les douches de vapeur dirigées sur la moitié inférieure du corps.

Chez l'une et chez l'autre, le premier effet de cette médication a été de tripler ou quadrupler la quantité d'urine excrétée dans les vingt-quatre heures; puis l'hydropisie a disparu en quelques jours.

M. Guéneau de Mussy recommande vivement de ne pas diriger les douches de vapeur sur le thorax, en pareil cas, car il a vu des congestions pulmonaires très-graves résulter de cette manœuvre chez des malades albuminuriques ou hydropiques; tandis que la douche constitue un moyen des plus innocents quand elle ne frappe pas plus haut que la ceinture.

— M. Bourdon a essayé la médication phosphorée contre une ataxie locomotrice, qui s'en est trouvée heureusement et rapidement modifiée.

— Dans le service de M. Voillemier, à l'Hôtel-Dieu, nous avons vu mettre en usage un procédé très-simple pour limiter aux points précis sur lesquels elle doit porter, l'action destructive du fer rouge. Ce procédé consiste à recouvrir les parties d'une couche épaisse de collodion. Sous cette sorte de cuirasse, la chaleur rayonnante se fait à peine sentir, et le contact est nécessaire pour qu'une brûlure soit produite. Aussi les plaies sont-elles petites et circulaires avec cette précaution, lorsqu'on place des pointes de feu autour d'une articulation malade, par exemple; tandis qu'elles sont étendues et irrégulières sur la peau qui n'était pas revêtue d'un enduit protecteur.

— M. Voillemier détruit par le fer rouge les hémorrhoïdes externes. A cet effet, il recouvre d'abord d'une couche de collodion l'anus et les parties voisines, puis, à l'aide d'un cautère autellaire, il pratique une cautérisation cruciale qui porte à la fois sur la peau et sur la muqueuse.

— Dans le même service se trouvent, en ce moment, plusieurs malades qui ont été traités de rétrécissements urèthraux par la dilatation forcée et immédiate : ce que M. Voillemier nomme la *divulsion*.

En Angleterre, la même méthode, préconisée par M. Bernard Holt, a été employée par M. Mac Donnell chez plusieurs

FEUILLETON

Des Éléments anatomiques. — Des Épithéliums. — Anatomie et physiologie comparées.

Par M. le professeur ROBIN (1).

Sous ce titre, vient de paraître un livre qui est l'exposé des leçons professées à la Faculté de médecine et qui résume les théories de M. Robin. Ses opinions sur un point important de l'anatomie générale et de l'histologie offrent d'autant plus d'intérêt qu'elles isolent, pour ainsi dire, le savant micrographe des anatomistes français et étrangers tels que Wirchow, Kolliker, etc.

Nous aurons soin de faire ressortir l'originalité des théories de M. Robin et de son école, et d'établir un parallèle entre les opinions des différents auteurs; le sujet, du reste, en vaut bien la peine.

L'ouvrage se divise en deux parties principales : dans la première, l'auteur étudie toutes les généralités sur les éléments anatomiques, tant leurs caractères physiques que leurs propriétés physiologiques; dans la seconde, au contraire, il fait l'étude d'un élément très-répandu dans l'économie, nous voulons parler de l'épithélium.

I

La substance organisée, dit l'auteur, se trouve dans l'économie sous trois états différents :

1° Granulations moléculaires, ou pour ainsi dire à l'état de poussière;

2° Matière amorphe ou sans structure, comme son nom l'indique;

3° Éléments anatomiques proprement dits, de beaucoup les plus importants.

Nous ne parlerons pas des deux premiers groupes, dont l'intérêt est moins grand; disons seulement que dans les matières amorphes, M. Robin place les blastèmes, ou liquide de formation servant de générateur aux éléments anatomiques qui naissent à ses dépens. Nous insistons sur ce dernier point, car c'est sur lui que repose la théorie de la genèse des éléments.

Viennent donc ces éléments anatomiques, qui sont les parties les plus ténues auxquelles on puisse, sans destruction physique ni chimique, ramener les tissus pour l'analyse anatomique. On les rencontre dans les animaux et les végétaux, mais avec des caractères bien tranchés; par leur réunion ils constituent les tissus, et c'est à ces tissus, comme dit Bichat, et non aux éléments, qu'appartient l'idée de vie.

Ils ont des caractères physiques et physiologiques. En effet, comme toute substance organisée, ils ont un mode de nutrition spécial sans lequel les autres fonctions seraient supprimées; ils meurent également, et cette mort explique la putréfaction cadavérique.

Ils sont situés dans l'économie suivant certaines lois; tantôt fondamentaux, c'est-à-dire concourant presque exclusivement à former un tissu, tantôt accessoires. Les fibres musculaires sont toujours des éléments fondamentaux; les cytoblastions, au contraire, accessoires.

Nous parlerons peu de leur forme, leur volume, leur consistance, qui sont variables, des modifications chimiques qu'ils subissent au contact de certains agents tels que la potasse et la soude qui les pâlissent, de l'eau qui les gonfle, etc.; il nous tarde d'arriver aux propriétés physiologiques que M. Robin classe de la manière suivante :

A. Propriétés végétatives communes aux animaux et aux végétaux, telles que la nutrition, le développement et la reproduction.

B. Propriétés animales, propres seulement aux animaux, telles que la contractilité et l'innervation.

Comment naissent ces éléments?

La génération du nouvel être a lieu par la naissance des éléments anatomiques dans l'ovule. Cette naissance est spontanée en ce sens que la substance organisée apparaît là où il n'y en avait pas auparavant; c'est une génération d'individus nouveaux ne dérivant d'aucun autre directement.

Le noyau se forme d'abord, puis autour de lui se dépose la paroi de la cellule; quelquefois, celui-ci apparaît en même temps que cette cellule. Ce noyau constitue donc le point de départ de la genèse et de la reproduction des éléments, même des fibres ou des tubes; dans ce dernier cas, alors, il y a plusieurs noyaux. M. Robin repousse l'hypothèse qui les ferait provenir de cellules.

Ainsi donc il n'y a pas d'équivoque, et la théorie apparaît franchement. Les éléments naissent spontanément, et le noyau apparaît d'abord. Le même phémonène se montre à l'état normal et pathologique.

Pour Wirchow, au contraire, et les anatomistes de son école, les éléments naissent d'autres éléments semblables qui se divisent. Le noyau est bien le centre de développement comme dans la théorie précédente, mais à un tout autre point de vue. Il devient le centre de la segmentation de la cellule et forme une deuxième cellule née de la première. Depuis la découverte des cellules embryonnaires, sa théorie a acquis un grand poids dans la science, car elle rend compte d'un grand nombre de développements des éléments normaux et pathologiques.

Nous ne voulons prendre fait et cause pour aucun de ces systèmes. Nous les signalons simplement. Disons seulement que celui de Wirchow est partagé par le plus grand nombre des anatomistes et que la scission des cellules a été observée au microscope. Il faut ajouter, pour ne pas être taxé de partialité, que M. le docteur Onimus a publié, il y a un an, un intéressant mémoire sur la génération spontanée des leucocythes. Dans la sérosité de vésicatoire bien filtrée, enfermée dans un sac de baudruche et mise sous la peau d'animaux, il a observé des leucocythes qui naissaient et se formaient de toutes pièces, et comme il avait examiné le liquide avant l'expérience, il en a conclu que c'était une véritable génération spontanée.

(1) Un volume in-8° de 124 pages. Librairie Germer Baillière.

malades condamnés à la prison, et qu'il ne pouvait, par conséquent, pas perdre de vue.

Les résultats ont été les suivants :

Premier malade. — Le rétrécissement datait de trois ans lors de l'opération ; quatre ans plus tard il n'y avait pas la moindre apparence de récidive.

Deuxième malade. — Le rétrécissement, qui datait de quatre ans et demi, s'était reproduit en partie au bout de quatre autres années.

Troisième malade. — Après trois ans le cathéter n° 9 passait aisément.

Quatrième malade. — Aucune récidive après dix-sept mois.

Cinquième malade. — Trois ans après l'opération le cathéter n° 8 passe.

Sixième malade. — Aucune récidive après quinze mois.

Septième malade. — Récidive après quatre mois; deuxième opération ; mort du choléra un mois après. A l'autopsie, les docteurs Mac Donnell, Cruix et William Stokes cherchèrent en vain la trace, soit du rétrécissement, soit des déchirures qui avaient dû être produites par le dilatateur. Sauf une certaine hypertrophie de la couche musculaire de la vessie, et un certain degré de dilatation de l'urèthre derrière le point où avait existé le rétrécissement, on ne trouvait absolument rien d'anormal : aucune espèce de granulation sur la muqueuse, aucune induration de tissu sous-muqueux.

Huitième malade. — Un an après l'opération, on passe le n° 7.

Neuvième et dixième malades. — On passe aisément le n° 3 au bout de six mois.

Onzième malade. — Le n° 10 passe aisément au bout de trois mois.

Ainsi, d'après la statistique de M. Mac Donnell, dans la plupart des cas, les résultats de la divulsion persistaient après des années.

A l'Hôtel-Dieu nous avons vu un jeune homme qui avait subi cette opération il y a quinze mois, après avoir été inutilement traité par la dilatation progressive et lente. On fait pénétrer facilement une sonde de sept millimètres dans la vessie. M. Voillemier a recueilli un certain nombre de faits semblables qu'il doit prochainement publier.

Bien que le procédé de Holt et celui de M. Voillemier reposent sur les mêmes principes, ils diffèrent pourtant par l'appareil instrumental. Le divulseur de M Voillemier est applicable dans des cas où le rétrécissement est trop étroit pour la dilatateur de Holt. Nous parlerons de ces différences, et de quelques autres quand nous rendrons compte du bel ouvrage de M. Voillemier sur les *maladies de l'urèthre* (1).

D[r] Victor Revillout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Denonvilliers.

Hémorrhagie cérébrale, au niveau de la scissure de Rolando.

(Observation recueillie par M. Dieulafoy, interne du service.)

Le 20 du mois de février, on a reçu dans le service de M. Denonvilliers, une femme âgée de 60 ans, ayant une hernie crurale, étranglée du côté droit. Le médecin qui envoyait la malade lui avait donné une lettre dans laquelle il déclarait qu'après des efforts de réduction longtemps prolongés, la hernie n'avait même pas diminué de volume.

Ce n'était pas nous encourager à tenter de nouveau le taxis ; aussi, pour toute médication, et dès son entrée, cette femme fut placée dans un bain.

(1) *Traité des maladies des voies urinaires*, par M. Voillemier. Paris, 1868, Victor Masson.

Son état, du reste, n'était pas fort alarmant; elle avait eu la veille un peu de hoquet et quelques vomissements verdâtres, qui n'avaient pas reparu; le ventre n'était que médiocrement ballonné; le pouls était bon et la tumeur presque indolente.

On plaça sur la hernie une vessie remplie de glace, on prescrivit un lavement à la glycérine, et la malade fut nourrie au moyen de lait, de vin et de bouillon. A la suite du lavement, il y eut trois garde-robes, et les aliments furent bien supportés; mais la tumeur ne diminuait pas de volume, et quelques tentatives nouvelles de réduction n'eurent pas plus de succès que les premières.

Que faire en pareil cas? Rien dans l'état de la malade n'indiquait qu'il y eût urgence à tenter une opération; c'est pourquoi l'on continua la médication de la veille, dont on s'était bien trouvé.

Cette situation persista depuis le lundi jusqu'au vendredi, sans se modifier, et comme, au dire de cette femme, la hernie était étranglée depuis quatre jours, lors de son entrée à l'hôpital, nous avions là une hernie fort complaisante, n'ayant pas entraîné d'accidents sérieux après neuf jours d'étranglement, et laissant passer, suivant toute apparence, une partie des matières alimentaires, car on ne pouvait pas supposer que des garde-robes fréquentes et copieuses n'eussent pour point de départ que le bout inférieur de l'intestin.

Cependant cet état ne pouvait durer indéfiniment; rien de nouveau ne se montrait du côté de la tumeur, mais l'affaiblissement faisait de rapides progrès, et par moments, le ventre était le siége de douleurs vives, accompagnées de météorisme.

Alors la question de l'opération fut sérieusement soulevée, quand un incident inattendu vint se jeter à la traverse. Le matin, au moment de la visite, après avoir passé une assez bonne nuit, la malade causait avec nous; tout d'un coup, ses idées paraissent moins claires, sa parole devient un peu moins nette, et sa bouche se dévie fortement du côté gauche. Je saisis aussitôt son bras droit, je le soulève, et, sans perdre connaissance : « Monsieur, dit-elle, je ne sais ce que j'éprouve; je sens que mon bras devient bien lourd; voyez, c'est à peine si je peux remuer les doigts. »

Il était évident que nous assistions au début d'une hémorrhagie cérébrale ou d'un ramollissement qui s'effectuait sous nos yeux. Le cas était trop intéressant pour ne pas l'étudier dans tous ses détails; il l'était d'autant plus, que cette femme devait nécessairement être emportée sous peu de jours par la double lésion du cerveau et de l'intestin; il devenait donc possible, étant donnés certains troubles paralytiques, de suivre l'ordre dans lequel ils allaient se produire, et de savoir, bientôt après, à quelle partie de l'encéphale et à quelle altération ils devaient être rapportés.

C'était presque une expérimentation physiologique. La paralysie avait débuté, à huit heures et demie du matin, par le côté droit du visage et par le bras droit en même temps. Au visage, la commissure labiale, fortement déviée à gauche, était d'abord la seule partie qui parût atteinte. La paralysie du bras, limitée au mouvement, ne devint complète que le soir, vers cinq heures. La sensibilité fut toujours conservée; il y eut même, au début, une légère hypéresthésie.

Vers neuf heures et demie du matin, une heure après le début, l'aile du nez du côté gauche se dévia, comme la commissure labiale correspondante, et ce ne fut que vers midi que la peau du front commença à se plisser du côté gauche, tandis qu'elle prenait à droite un aspect lisse bien manifeste.

La malade se prêtait avec complaisance et presque avec intelligence à cet examen. La langue n'était pas déviée, les paupières s'ouvraient et se fermaient comme d'habitude, les deux pupilles étaient égales; il n'y avait ni déviation des globes oculaires, ni rotation de la tête.

Le pouls, pris au sphygmographe, n'indiqua rien d'important à signaler, quant à la température; s'il y eut une élévation du côté paralysé, elle ne fut pas au delà de 1/10[e] de degré.

Dans la jambe droite, aucun trouble ne se manifesta; la motilité et la sensibilité persistèrent intacte, jusqu'au dernier moment. Rien du côté des sphincters.

Tel fut l'état de la malade, pendant 24 heures; le cœur fut ausculté à plusieurs reprises, sans qu'il fût possible de découvrir un bruit anormal. Le lendemain, dans la matinée, survint un peu de délire; la malade, fort affaissée, refusa toute nourriture; puis ayant perdu complétement connaissance, elle succomba le soir, vers sept heures, trente-six heures après le début des accidents cérébraux, et dix jours après la production de l'étranglement herniaire.

Voici quel fut le résultat de l'autopsie :

Les artères de la base du cerveau, la sylvienne gauche, surtout, étaient le siége de dégénérescence athéromateuse. Toutes les parties de l'encéphale furent trouvées saines, à l'exception d'un point situé dans l'hémisphère gauche. L'altération de la substance cérébrale, du volume d'une noisette, siégeait à la partie interne de la circonvolution pariétale antérieure, celle qui limite en avant, la scissure de Rolando.

La quantité de sang extravasée était en petite quantité, disséminée, plutôt que collectée, et autour de ce foyer il y avait une zone de substance cérébrale, ramollie et légèrement colorée : quel nom donner à cette altération, est-ce une hémorrhagie ou un ramollissement?

Nous pensons qu'il s'est fait, en ce point, une petite hémorrhagie, à la suite de la rupture d'anévrismes milliaires ; il n'a pas été difficile d'en retrouver plusieurs qui n'avaient pas été rompus, et qui siégeaient en divers points du cerveau.

Quant à la zone périphérique différente, c'était bien un ramollissement, si l'on veut accepter ce mot, comme synonyme de cerveau mou, et cet état était dû à la déchirure des éléments nerveux, imbibés par le séreux du sang extravasé.

Mais il n'y avait pas de ramollissement proprement dit, si, avec juste raison, on réserve cette dénomination pour indiquer une entité morbide, due à la dégénérescence graisseuse du tube nerveux, à la suite d'altérations survenues dans sa cellule ou dans son capillaire.

Les valvules et les orifices du cœur étaient sains.

Quant à la hernie, après avoir disséqué et préparé la pièce, avec mon excellent collègue, M. Gadaud, nous avons pu nous convaincre, que l'étranglement ne siégeait ni au niveau du fascia cribriformis, ni au niveau de l'anneau crural ; il était dû au collet du sac qui n'étranglait qu'imparfaitement l'intestin, mais qui avait contracté avec lui de nombreuses adhérences.

OVARIOTOMIE

Obs. XXXVIII. — Ovariotomie pratiquée le 12 janvier 1867. Guérison.

Par M. E. Koeberlé.

Mademoiselle L..., de Francfort, âgée de 34 ans, amaigrie, d'une forte constitution, souffrait depuis plusieurs années d'une tumeur de l'ovaire. Le debut de l'affection paraissait remonter à 1860. La bonne santé dont jouissait la malade n'en a pas subi d'atteinte sérieuse pendant les premières années. On a dû recourir à une ponction en 1863. Depuis cette époque, les ponctions ont été répétées tous les cinq à six mois d'abord, puis à des intervalles plus rapprochés. Les premières ponctions soulagèrent chaque fois la malade qui se remettait très-rapidement. Ce n'est qu'en 1866 que son état s'aggrava. Au mois d'octobre, à la suite de la huitième ponction, elle devint très-faible et dût garder le lit pendant trois semaines. La convalescence fut très-longue ; mais néanmoins la malade se rétablit assez bien. Le kyste était multiloculaire, de dimensions considérables. Il renfermait une grande loge prédominante et était manifestement adhérent à la paroi abdominale. Rien d'anormale dans l'excavation pelvienne.

L'ovariotomie a été pratiquée le 12 janvier 1867. Étaient présents : MM. Mohlzacher (d'Ottenheim), Fabbri (de Boulogne), Caternault, Kien et Klotz.

Incision de 30 centimètres. Des adhérences reliaient la tumeur à toute la paroi abdominale et au ligament suspenseur du foie. Ces adhérences étaient en partie très-résistantes, en partie légères. Elles étaient peu vasculaires à l'exception de celles qui unissaient le kyste au ligament suspenseur. Néanmoins l'hémorrhagie s'arrêta d'elle-même. La quantité de sang écoulé pendant l'opération s'éleva à 600 grammes environ. Le kyste contenait des milliers de loges. Une des grandes poches ponctionnées donna issue à un liquide brunâtre, très-hémorrhagique ; les autres contenaient un liquide incolore, épais, filant, mais trop glatineux pour couler par la canule du trocart. Il fallut ouvrir largement ces poches en les déchirant avec les doigts et les vider avec la main. La totalité des liquides évacués s'éleva à 12 litres. Le reste de la tumeur pesait encore 8 kilogrammes et fut extrait en masse. L'affection provenait de l'ovaire gauche. Le

---

Après cette courte digression, revenons aux éléments anatomiques.

Une fois nés, ils se développent et se nourrissent; et pour que cette nutrition s'accomplisse, il faut que la substance organisée se trouve placée dans des conditions d'humidité, de consistance de température suffisantes. Cette fonction est complexe et présente deux phénomènes simultanés; il y a pénétration dans l'élément de principes immédiats, puis combinaison de ces principes avec ceux de la substance organisée et formation de composés nouveaux. C'est l'assimilation et la désassimilation.

Ainsi, pour montrer clairement ces phénomènes internes, supposons un capillaire et des éléments anatomiques interposés; il y aura endosmose et exosmose, c'est-à-dire entrée et sortie des matériaux, et de plus fixation de principes isomériques; ainsi se trouvent expliquées l'absorption et la sécrétion. C'est aussi sur ce même principe qu'est basée l'action des médicaments et des poisons auxquels l'auteur consacre quelques pages, et la transformation de tel ou tel élément est due simplement à l'action heureuse ou fâcheuse de la substance absorbée. Ces troubles sont l'induration du tissu, ou au contraire son ramollissement.

Quand l'élément anatomique meurt, il devient le siége d'altérations dont la putréfaction cadavérique est le type; il y a un état grenu (rigidité cadavérique), exsudations sarcodiques et dissociation des éléments.

Enfin l'élément anatomique se développe, et ce développement est caractérisé par son accroissement dans tous les sens. Jamais un élément anatomique n'est, au moment de son apparition, ce qu'il sera plus tard, et ces changements sont tels, que souvent il diffère beaucoup de ce qu'il était d'abord.

Restent, pour compléter le cadre tracé par M. Robin, la contractilité et l'innervation appartenant, la première aux fibres musculaires, la seconde, au contraire, au tissu nerveux.

Telle est l'étude générale des éléments anatomiques; il est facile de voir que celle-ci est indispensable, car comment les examiner en particulier, comment reconnaître leur agencement si l'on n'est déjà familiarisé avec leurs principaux caractères?

Nous allons maintenant suivre l'auteur dans la description des épithéliums.

II

Pour la description de cette variété d'éléments anatomiques, le savant micrographe suit la même marche : il étudie leurs caractères physico-chimiques pour terminer par leur physiologie.

Le mot épithélium a été introduit dans la science par Ruysch, mais avec une autre signification que celle admise aujourd'hui. Maintenant, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que ce sont des variétés de cellules formant des couches qui tapissent les membranes tégumentaires (muqueuses, vasculaires, glandulaires). C'est, sans contredit, l'élément le plus abondamment répandu dans l'économie.

L'épithélium est représenté par deux variétés fondamentales, la cellule et le noyau libre, variables de formes et de dimensions, ayant comme caractère commun une contiguité réciproque, et formant à la superficie des régions qu'ils occupent une couche continue. Leur vie est très-courte; ils se détachent régulièrement à l'état normal, ils se disquamment, du reste, avec une grande facilité.

Au point de vue de la division, M. Robin distingue quatre variétés : l'épithélium polyédrique, prismatique, pavimenteux et sphérique.

Le sphérique est le plus abondant chez l'homme, mais toujours la variété prédominante est accompagnée de quelques noyaux.

Comment naissent ces éléments?

M. Robin dit que l'on peut suivre cette génération tant à la surface des muqueuses qu'à la face interne des tubes glandulaires, et quelque soit le lieu, le mécanisme est le même; il n'y a de différence que dans les phénomènes ultérieurs.

Là encore, nous allons voir la théorie de la génération spontanée et du blastème se présenter. En effet, à la face profonde des tubes glandulaires, on voit naître de petits noyaux apparaissant par genèse sans qu'il y ait gemmation de la paroi. Ces noyaux forment un épithélium nucléaire, et il peut rester nucléaire, mais le plus souvent il devient cellulaire. Au début, ils sont translucides sans nucléoles, sphériques ou ovoïdes; plus tard, quaud ils restent à cet état, le nucléole peut apparaître.

Tout épithélium cellulaire a d'abord été un noyau libre; à mesure qu'ils grandissent, il se dépose dans leur intervalle de la matière amorphe qui les tient écartés; puis le segment; et cette segmentation se montre par des sillons en nombre égal à ceux des noyaux; il y a donc autant de cellules que de noyaux primitifs, mais il n'est pas rare de voir la matière englober plusieurs noyaux à la fois.

Les altérations que subit l'épithélium sont nombreuses; dans les glandes sébacées, il se charge de graisse, ainsi que celui du foie des phthisiques. Quelquefois, l'épithélium peut se développer outre mesure dans les culs-de-sac des glandes; alors les sécrétions s'accomplissent mal. Si cette multiplication est poussée à l'extrême, il y a une distension énorme, et au fur et à mesure la paroi propre s'atrophie, et l'altération envahit rapidement les organes voisins.

Le rôle des épithéliums varie suivant qu'ils sont au contact de l'air, ou bien dans l'intérieur des tissus. Les premiers durcissent, se dessèchent et perdent leur noyau; ils deviennent de plus en plus cohérents, et la conséquence est la formation de couches dures protégeant les tissus sous-jacents; les seconds, au contraire, favorisent les actes d'absorption ou de sécrétion.

Telle est la description de l'ouvrage. Nous avons pris à tâche d'en faire ressortir les traits principaux. On annonce comme devant paraître prochainement les tissus; ces deux parties, jointes au traité des humeurs, que nous possédons déjà, formeront un des monuments scientifiques de la plus haute valeur.

G. Calmettes.

pédicule, long de 4 centimètres environ, fut embrassé dans une anse de fil de fer avec un serre-nœud, et la tumeur fut excisée. L'ovaire droit était sain. La cavité abdominale ayant été nettoyée de toutes parts, on opéra la réunion par quatre points de suture profonde et sept points de suture superficielle.

Il resta, malgré toutes les précautions, une certaine quantité d'air dans la région hépatique. L'opération a duré une heure. Le poids total de la tumeur a été 20 kilogrammes.

Dans les premières heures qui suivirent l'opération, il y eut un suintement séro-sanguinolent abondant. On extraya, au moyen d'une sonde introduite dans le tube qui plongeait dans l'excavation pelvienne, d'abord 70 grammes de sang presque pur, puis 40 grammes de sérosité rougeâtre. Le suintement s'étant complétement arrêté, le tube de verre fut enlevé après être resté en place pendant dix heures environ. Quelques vomissements chloroformiques qui étaient survenus cessèrent également au bout de quelques heures. Dès le lendemain, l'opérée se trouva dans l'état le plus satisfaisant. Il n'y eut plus le moindre accident. Dès le quinzième jour, mademoiselle L... put rester levée et se promener toute la journée. Le vingt-cinquième jour, la cicatrisation était complète. Depuis la santé a été parfaite.

Remarques. — La guérison si rapide de la malade, malgré l'étendue du traumatisme, est très-remarquable. Il n'est survenu aucun trouble du côté de l'intestin et de la vessie, et sauf quelques vomissements chloroformiques le premier jour, il n'y eût plus ni douleur, ni fièvre, ni malaise à partir du lendemain de l'opération.

Cet heureux résultat doit être attribué en grande partie à l'extraction du sang qui provenait du suintement consécutif de la surface traumatique, et qui aurait probablement occasionné des accidents graves par sa décomposition putride s'il était resté dans la cavité péritonéale.

La grande loge de la tumeur, qui contenait un liquide brunâtre, présentait à sa face interne les traces d'une hémorrhagie assez récente et d'hémorrhagies plus anciennes qui rendaient compte des accidents graves survenus depuis la dernière ponction et de l'affaiblissement de la malade.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 7 février 1868. — Présidence de M. Chausit.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Forget, Lunier, Géry père, Simonnot et Delasiauve, la Société décide qu'elle recevra les candidatures pour la place vacante jusqu'au 1er mars 1868; que, passé ce temps, elle nommera une commission de cinq membres pour statuer sur le mérite et les titres des candidats, et dresser une liste de candidats.

M. Giraldès fait la lecture d'un rapport sur le travail de M. Caudmont, dont les conclusions sont les suivantes :

1° D'admettre M. le docteur Caudmont au nombre des membres titulaires de la Société de médecine de Paris.

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication.

M. Dolbeau. Je m'associe pleinement aux critiques qu'a faites M. Giraldès sur le travail de M. Caudmont; j'ai eu occasion de faire l'autopsie d'individus qui avaient des fistules périnéales, et dans les dix ou douze cas qui se sont offerts à mon observation, je n'ai jamais observé la valvule dont parle M. Caudmont. Cette valvule existe puisque M. Caudmont l'a observée deux fois, mais il y attache une importance exagérée, et qui n'existe pas réellement puisque je ne l'ai jamais trouvée; mais dans ces cas-là l'urètre est crevassée, c'est l'expression qui convient le mieux pour bien rendre ce que l'on observe. M. Caudmont dit ensuite qu'il faut, autant que faire se peut, et le plus vite possible, rétablir les voies naturelles; mais tout le monde est de cet avis et le fait. Cependant il y a une chose capitale à dire, c'est que, lorsque les trajets fistuleux sont anciens, ils ne se cicatrisent pas, et ne peuvent pas se cicatriser d'eux-mêmes, l'anatomie pathologique est là; or, dans ce cas, il faut les détruire, soit par le bistouri, soit par les caustiques; et c'est ce que M. Caudmont a fini par faire, et c'était là le seul traitement. Il a cru à une inflammation des glandes de Cooper, mais je suis de l'avis de M. Giraldès, et M. Caudmont n'a eu à soigner qu'un abcès sous-uréthral.

M. Delasiauve. J'ai administré dans trois cas, dans ces derniers temps, la liqueur de Fowler à la dose de dix à douze gouttes par jour, et j'ai vu cette administration suivie de phénomènes que je crois utiles de signaler à la Société.

Le premier cas est celui d'une malade à laquelle je donnais de l'arsenic à la dose de dix à douze gouttes de la solution de Fowler pour une névropathie à forme mélancolique; au bout de trois semaines survint un œdème considérable de la face et du cou. Je suspendis le médicament, j'eus recours à la diète, aux émollients, et tout rentra dans l'ordre; je recommençai alors l'administration de la liqueur de Fowler à la dose de huit gouttes, et des accidents analogues se produisirent, aussi je crois pouvoir attribuer à la solution arsénicale, la production des phénomènes morbides que je viens d'énumérer.

Le deuxième cas est celui d'une dame malade aussi d'une névropathie, et qui a été atteinte de zona.

Enfin le troisième cas est celui d'une malade qui, à la suite de l'ingestion quotidienne de liqueur de Fowler, a eu une turgescence considérable de la face. Quelques jours après, elle avait une varioloïde.

M. Briquet. Je ne puis pas être de l'avis de mon honorable collègue. L'arsénite de soude n'agit que sur l'estomac; lorsqu'il est mal toléré, il donne naissance à une dyspepsie, mais je n'ai jamais vu la liqueur de Fowler donner lieu aux accidents dont il vient dentretenir la Société. Quant au zona, il est impossible franchement de lui donner l'origine que lui a attribuée M. Delasiauve. Au contraire, on donne la solution de Fowler pour un zona chronique, et je ne crois pas possible d'admettre la genèse d'accidents semblables à la suite de la liqueur arsénicale.

M. Deville. J'employais très-souvent la liqueur de Fowler, et je n'ai rien observé de semblable. Au reste, je ne me sers plus de cette préparation, et j'use exclusivement maintenant de l'arséniate de soude qui a l'avantage d'être beaucoup plus soluble et de s'assimiler beaucoup plus facilement.

M. Chausit. Je partage les opinions de MM. Briquet et Deville, et je ne puis croire que l'usage de la liqueur de Fowler ait donné naissance à un zona; le zona est, pour ainsi dire, une affection *sui generis*, par conséquent qui a son évolution particulière et qui en fait une maladie à part qui ne peut pas être produite par l'usage de l'arsenic. Mais il n'en est pas de même de la turgescence de la face, et, dans le Dictionnaire en trente volumes, M. Cazenave, à l'article *Arsenic*, a parfaitement décrit les effets de ce métalloïde. Il y au début de la fièvre, de la turgescence des parties malades, mais ce n'est pas avec douze gouttes de liqueur de Fowler que l'on peut produire ces accidents consécutifs, c'est par une dose beaucoup plus élevée.

M. Delasiauve. J'emploie journellement la liqueur de Fowler dans les maladies mentales, à la dose de huit à douze gouttes, et je suis obligé d'y renoncer. D'ailleurs l'arsenic agit comme reconstituant, comme l'huile de foie de morue, et, sous son influence, on voit la santé devenir meilleure et le malade engraisser.

M. Charrier ne peut pas admettre ce qu'a avancé M. Delasiauve. Quand il était interne à la Salpétrière, dans le service de M. Baillarge, il a vu les malades engraisser, quand les accidents névropathiques s'amendaient. Aussi demande-t-il à M. Delasiauve quel était l'état mental de ses malades. Y avait-il sédation des accidents et retour à l'intelligence? — C'est là un point capital à établir. — Car rien n'est plus difficile à bien connaître que l'effet d'un médicament, et ce n'est que par une série nombreuse d'observations bien prises que l'on peut arriver à un résultat satisfaisant.

M. Delasiauve. Il y a dix ans à peu près, j'ai fait un Mémoire sur la pseudomonomanie; les malades raisonnent encore, et peuvent rester dans le monde. Quelquefois ils se livrent à un acte violent, mais enfin ils font leurs affaires, et ce n'est que rarement que l'on est forcé de les séquestrer. C'est dans ces cas là que j'administre la liqueur de Fowler, et je m'en trouve parfaitement bien. M. Lille a publié aussi une foule de guérisons à la suite de l'usage de l'acide arsénieux; mais je crois, d'après mon expérience personnelle, qu'il y a exagération : l'arsénic n'en reste pas moins un bon et utile médicament.

M. Briquet. Je ne puis pas être encore de l'avis de mon honorable collègue, M. Delasiauve : l'arsenic n'est pas un reconstituant à la dose surtout de dix à douze gouttes de liqueur de Fowler. Pour avoir une poussée, il faut donner au moins un à deux milligrammes d'acide arsénieux par jour. Je le donne journellement à des personnes qui ont des congestions, ou qui ont des tendances à en avoir, et je m'en trouve bien. Ce n'est donc pas un reconstituant, et il ne donne pas de poussées, comme M. Delasiauve le prétend, sans cela il serait dangereux dans des cas semblables, et tout le monde sait qu'il est utile et très-avantageux dans ces cas là.

M. Gros. Il ne faut pas oublier les beaux travaux de M. Cœben sur l'usage de l'arsénic dans les congestions encéphaliques, et leur influence sur les nerfs vasomoteurs.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, A. Charrier.

Hier a eu lieu, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, la distribution des prix aux élèves internes en pharmacie et la proclamation des noms des nouveaux internes qui doivent entrer en fonctions à partir du 1er avril 1868.

La séance était présidée par M. Husson, directeur de l'administration, assisté de plusieurs fonctionnaires, et des membres des jurys des concours.

M. Blondeau, pharmacien, membre du jury, a fait connaître les résultats des épreuves du concours pour la nomination aux places d'internes.

M. Bourgoin, pharmacien de l'hôpital des Enfants-Malades, au nom des membres du jury du concours des prix, a rendu compte des opérations de ce concours.

Le prix de la 1re division, consistant en une médaille d'argent, a été remporté par M. Thénot (Louis-Joseph-Hippolyte), interne de quatrième année à l'hôpital des Cliniques.

L'accessit (des livres), a été obtenu par M. Nédelec (Gustave-Paul-Marie), interne de troisième année à l'hospice la Vieillesse (femmes).

Des mentions honorables ont été accordées à MM. Duval et Vigier.

Le prix de la 2e division, consistant en une médaille d'argent, a été remporté par M. Patrouillard (Charles-Henri), interne de première année à l'hôpital Necker.

L'accessit (des livres) a été obtenu par M. Rabourdin (Henri-Louis), interne de première année à l'hôpital des Enfants-Malades.

Des mentions honorables ont été accordées à MM. Ménière et Depasse.

La séance a été terminée par la proclamation des noms des élèves qui, ayant terminé leur temps d'exercice dans les hôpitaux, ont reçu des médailles de bronze comme témoignage de la satisfaction de l'administration.

Le concours pour la place de directeur des autopsies, vacante par la nomination de M. Morel à la chaire d'anatomie, s'est ouvert, à Strasbourg, le 23 mars et s'est terminé le 25. Les juges du concours étaient : MM. les professeurs Stoltz, doyen de la Faculté, Tourdes, Küss, Michel et Morel.

M. Feltz, agrégé en exercice, chef des cliniques, a obtenu l'unanimité des suffrages.

Cette place importante a pour but de centraliser les recherches d'anatomie pathologique, en les rendant plus complètes qu'elles ne le sont habituellement. Le directeur des autopsies procède à toutes les opérations de ce genre, en présence des professeurs de clinique et sous leur direction; il fait toutes les recherches et préparations d'histologie pathologique qui sont reconnues nécessaires; il prépare les pièces à conserver pour le Musée.

Comme c'est pour la première fois que cette place est mise au concours, nous croyons utile d'indiquer les épreuves que la Faculté a jugées nécessaires pour mettre en évidence l'aptitude des candidats, et nous empruntons les détails suivants à la *Gazette médicale de Strasbourg*.

La première épreuve, *anatomie normale*, a consisté dans la préparation du pli du coude, avec démonstration publique de cette pièce.

La seconde épreuve a été une *autopsie*; le candidat a pratiqué l'ouverture du corps d'un enfant de cinq ans, décédé par suite d'une affection chronique des poumons.

La troisième épreuve, *histologie pathologique*, s'est composée de deux parties. Le candidat a eu à préparer histologiquement les organes provenant de l'autopsie. Il a présenté, en séance publique, dix pièces relatives : 1° aux lésions du poumon, état des alvéoles et du tissu interstitiel; 2° aux ganglions lymphatiques, liquide lymphatique, alvéoles des ganglions; 3° au foie, état graisseux de l'organe; 4° aux méninges, état des capillaires.

La seconde partie de l'épreuve a eu pour but la détermination immédiate des préparations suivantes présentées par le jury : 1° ostéochondrite, retour des cellules osseuses à l'état cartilagineux; 2° dépôts d'urine, phosphate ammoniaco-magnésien et cellules épithéliales provenant du prépuce; 3° épithélium du vagin, expulsé en masse dans un état pathologique, 4° écoulement vaginal.

Au moment où tous les journaux se plaignent de la négligence que l'on apporte dans l'étude de la médecine légale et de l'éloignement de certains hommes compétents pour la pratique de cette branche spéciale, nous croyons devoir placer sous les yeux de nos lecteurs le discours que prononçait très-récemment l'honorable M. Devergie, en prenant possession de la présidence de la *Société de médecine légale* :

Messieurs,

Appelé par vos suffrages au fauteuil de la Présidence, je tiens à vous dire combien je suis touché de ce témoignage d'estime. Il est le complément d'une carrière que je crois avoir honorablement remplie pendant un certain nombre d'années, tant dans l'enseignement que dans la pratique de la médecine légale.

Permettez-moi aussi d'appeler votre attention sur la tâche qui incombe à la Société, dont nous devons la fondation à l'initiative de M. Gallard.

Aux termes de nos statuts, nous sommes appelés à faire progresser la science; c'est un but commun à toutes les sociétés savantes; mais, dans l'espèce, c'est un besoin.

La médecine légale a toujours été peu cultivée, et cependant tel est l'intérêt que son étude inspire, que de tout temps les hommes éminents en médecine, en chirurgie, en physiologie se sont empressés d'apporter une pierre à son édifice. C'est ainsi qu'Ambroise Paré, les célèbres chirurgiens Louis et Dupuytren, Chaussieur, Nysten et d'autres, quoique étrangers à la médecine légale, ont enrichi la science de travaux spéciaux d'une grande valeur.

La pratique de la médecine légale est encore plus délaissée. Elle offre pourtant plus d'attraits. Elle ne connaît pas l'oubli du service rendu, comme on ne le voit que trop souvent dans la médecine pratique ordinaire. Le médecin y est mis tout entier en relief : conscience, savoir, ambition légitime, tout y est satisfait. N'est-ce pas à des médecins légistes que l'on a donné pour la première fois la qualification, un peu trop ambitieuse peut-être, de princes de la science? Ajoutons enfin que cette condition de ne parler que sous la foi d'un serment tend à rendre le médecin légiste plus véridique et plus moral dans les actes ordinaires de la vie.

Pourquoi donc cet abandon général de la médecine légale pratique? J'ai le regret de le dire, mais il m'est impossible de ne pas le rattacher à une cause bien vulgaire, mais bien impérieuse, c'est-à-dire aux exigences communes de la vie. Si l'homme doit vivre de son travail, le travail doit être à son tour rémunérateur. Eh bien, en se plaçant à ce point de vue, il y a dans la médecine légale pratique une lacune à combler, et ce ne serait pas un des moindres services rendus par la Société que vous avez constituée, si, en agissant comme corps scientifique, elle obtenait de l'autorité supérieure une rémunération plus équitable de l'exercice si difficile et parfois compromettant pour la santé, de la profession du médecin légiste.

Alors on ne verrait plus la pratique de cet art entre les mains seule de quelques médecins privilégiés qui ont pu aborder de bonne heure des positions officielles, ou de ceux que la fortune a favorisés de ses dons.

Une autre tâche incombe encore à la Société. Vous avez pris, Messieurs, l'initiative d'une grande innovaton. D'après vos statuts, vous offrez un concours désintéressé à tous les médecins qui sont appelés comme experts par la justice et qui se trouvent en présence de questions, de faits, difficiles à interpréter.

Si c'est là une viabilité assurée pour la Société, le service que vous offrez en compensation est considérable. Il exigera le concours d'un certain nombre de membres laborieux et dévoués, et nous sommes convaincus à l'avance que ce concours ne fera jamais défaut.

En retour, ce service rendu, mettra sous les yeux de la Société des faits toujours nouveaux, des questions de tout genre à élucider; ce seront les difficultés de la science qui deviendront l'aliment de vos discussions et de vos publications.

Grâce au concours que nous prêteront les hommes éminents de la magistrature et du barreau qui ont pris parmi nous le rang de fondateurs, nous serons en mesure d'aborder sans réserve toutes les questions de médecine légale qui se rattachent au droit civil ou criminel; car il ne faut pas perdre de vue que la médecine légale n'existe que par la législation, qu'elle est variable comme elle; elle agrandit ou restreint son domaine suivant l'extension ou les restrictions apportées à nos codes. Nous avons donc tous les éléments qui sont propres à porter la lumière dans toutes les questions.

Je vous demande pardon de vous avoir rappelé des considérations générales qui ont dû se présenter déjà à vos esprits. Mais j'ai cru pouvoir saisir l'occasion qui m'était naturellement offerte de les grouper, pour faire sortir, par quelques développements, les avantages qui peuvent découler de notre institution.

Fonder une Société, imprimer à ses travaux et à ses discussions une direction utile, est une tâche toujours difficile à remplir. Mais quand

un président s'appuie sur les conseils éclairés de ceux qui l'entourent, il est assuré de mener à bien une œuvre qui a des tendances si honorables et si désintéressées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Légion d'honneur. — Par décret du 21 mars 1868, l'Empereur, sur la proposition du ministre de la guerre, a promu et nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade d'officier : M. Achte (Jean-François), médecin-major de 1re classe au 3e régiment de voltigeurs de la garde impériale. — M. Bozeront (Léon), médecin-major de 1re classe au 81e régiment de ligne.

Au grade de chevalier : M. Sarazin (Jules-Adrien-Charles-Marie), médecin-major de 2e classe au corps des cents-gardes 'Empereur.

— École supérieure de pharmacie de Montpellier. — M. Diacon (Jules-Émile), né le 14 juillet 1827 à Montpellier, est institué agrégé près de l'École supérieure de pharmacie de Montpellier (section de physique, de chimie et de toxicologie).

Le temps d'exercice de cet agrégé court à partir du 1er janvier 1868.

— École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon. — M. Bruchon, professeur de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé professeur d'anatomie et de physiologie à ladite Ecole, en remplacement de M. Tournier, décédé.

M. Druhen (Etienne-Mathieu), professeur adjoint de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé professeur de pathologie externe à la même Ecole, en remplacement de M. Bruchon.

M. Bornier (François), docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie.

— Concours. — Le jury du concours qui doit s'ouvrir pour deux places de chirurgien du Bureau central des hôpitaux est ainsi constitué :

Juges titulaires : MM. Dolbeau, Guérin (Alphonse), Huguier, Marjolin et Jaccoud. — *Juges suppléants* : MM. Giraldès et Boucher de la Ville-Jossy.

Les candidats inscrits sont : MM. les docteurs Cocteau, Dubreuil, Fort, Hardy, Horteloup, Meunier, Nicaise, Perier, Pinel, Polaillon.

— Le docteur Reliquet, commence son cours sur les *Opérations des voies urinaires* le mercredi 1er avril, à 4 heures, et le continuera les vendredi, lundi et mercredi suivants, à la même heure.

— La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu mercredi 1er avril, à 8 heures précises du soir, rue de Rivoli, à la nouvelle mairie du quatrième arrondissement.

Ordre du jour : 1° Dépouillement de la correspondance par le secrétaire général.

2° Nomination d'un vice-président.

3° Observation de tonsure conjonctivale, par M. le docteur Courssérant (suite).

4° Des maladies régnantes, par les membres de la Société.

— M. le docteur Auguste Durand, chargé par la commission d'organisation de l'Exposition maritime internationale du Hâvre, de préparer la réunion, au Hâvre, d'un congrès médical maritime international, demande à tous les médecins qu'intéressent les progrès de l'hygiène navale :

1° De lui envoyer leur adhésion ;

2° De lui signaler les questions qui leur paraîtront devoir figurer dans le formulaire destiné à servir de prospectus.

Ecrire à M. le docteur Durand, rue Royale, 17, au Hâvre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Essai sur l'étiologie et la pathogénie du rhumatisme aigu, par le Dr Kastus, ancien préparateur à la Faculté des sciences, etc In-8° de 72 pages. Prix : 1 fr. 50 c. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Recherches sur les altérations des reins dans le rhumatisme articulaire aigu, par le Dr S. Chomel. Prix : 1 fr. 50 c. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Tuberculose et phthisie pulmonaire, par le Dr Bouchard. Brochure in-8° de 80 pages. Prix : 1 fr. 50 c. — Paris, 1868. Victor Masson et fils.

De la déviation conjuguée des yeux et de la rotation de la tête dans certains cas d'émiplégie, par le Dr J.-L. Prevost (de Genève), ex-interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 140 pages. Prix : 2 fr. 50 c. — Paris, 1868. Victor Masson et fils.

Annuaire pharmaceutique, par L. Parisel, pharmacien de première classe, lauréat et ancien préparateur de l'École de pharmacie de Paris. Sixième année, 1868. Un joli volume in-18. Prix : 1 fr. 50 c. — Paris, 1868. J.-B. Baillière et fils.

Traité des maladies infectieuses, maladies des marais, fièvre jaune, maladies typhoïdes, fièvre pétéchiale ou typhus des armées, fièvre typhoïde, fièvre recurrente ou à rechutes, typhoïde bilieuse, peste, choléra, par W. Griesenger, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Berlin, traduit et annoté par G. Lemattre, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie des sciences et de la Faculté de médecine. Un volume in-8° de 650 pages. Prix : 8 fr. — Paris, 1868. J.-B. Baillière et fils.

Maladies de l'oreille, par le docteur Trôltsch, professeur à l'Université de Wurtzbourg. — Ouvrage traduit de l'allemand par le docteur Sengel, de Forbach. 1 vol. in-8° de 140 pages, avec figures dans le texte. Prix : 4 fr. — Paris, 1868. Châmerot et Lauweyrens.

Le Directeur, Dr E. le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 1er avril 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Encore la tuberculose! Et ce n'est pas fini, tant s'en faut. Devons-nous nous en plaindre? Pourquoi? N'est-ce pas une des questions les plus graves, les plus complexes et les plus obscures de la pathologie; et à mesure que les argumentations se succèdent et se superposent, ne nous montrent-elles pas malgré les contradictions les plus frappantes et les points de vue les plus divers, ou plutôt à travers même ces contradictions, quelques éclaircies çà et là qui se font au milieu de cette obscurité, et ne nous laissent-elles pas entrevoir la possibilité d'une solution plus ou moins prochaine des points les plus essentiels de la question? Continuons donc à suivre et à écouter avec patience, jusqu'à ce que quelque lumière se fasse et que nous soyons à même de débrouiller dans cette mêlée confuse, sinon le vrai du faux, ce qui serait peut-être encore bien prétentieux, du moins le probable de l'improbable et l'utile du superflu. En attendant, constatons au jour le jour les progrès et les péripéties diverses de la discussion.

La dernière journée a été encore consacrée à des répliques et à d'inévitables redites; nous n'avons à signaler en effet, dans cette séance, ni faits ni points de vue nouveaux. MM. Béhier et Hérard sont successivement montés à la tribune pour réfuter l'argumentation de M. Barth, et pour maintenir contre ses critiques la légitimité et l'utilité pratique qu'il y a à admettre la pneumonie caséeuse. Ç'a été là surtout l'objet de la réplique de M. Hérard. Quant à M. Béhier, tout en se défendant en tirailleur contre les nombreux adversaires qu'il semble se susciter à plaisir, les uns réels et avoués, d'autres fictifs ou occultes, il se résume en définitive en persistant dans les motifs de ses doutes à l'égard de la doctrine nouvelle, mais tout en se déclarant prêt à accepter d'avance les témoignages de nouvelles expérimentations auxquelles il fait appel ou qu'il se propose de poursuivre lui-même.

Deux orateurs nouveaux sont inscrits pour la prochaine séance, MM. J. Guérin et Hardy. M. Colin attend le dernier mot du dernier contradicteur pour présenter la défense de son client et résumer la question. Disposons-nous donc à écouter encore.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. FLEURY.

Observations de luxations de la cuisse réduites par le procédé Després.

(Recueillies par M. Garde, interne du service.)

Par une de ces circonstances toutes fortuites, sur lesquelles Dupuytren aimait à appeler l'attention de ses élèves, quatre malades sont entrés à l'Hôtel-Dieu de Clermont, pour y être traités de luxations de la cuisse, dans l'espace de dix mois, et, chose assez singulière, trois y ont été admis du 3 octobre 1867 au 22 novembre, en moins de six semaines par conséquent.

M. Fleury a profité de cette circonstance pour nous signaler un procédé de réduction que Després, l'un de ses anciens amis, avait préconisé pendant qu'il était interne des hôpitaux de Paris, et dont il avait obtenu les meilleurs résultats.

Était-il connu avant lui, comme le dit M. Nélaton? Pouteau l'avait-il indiqué dans son Traité de Chirurgie? C'est possible; il n'est pas facile de faire du nouveau dans le siècle où nous vivons. Il paraît cependant que le chirurgien dont il parle ne l'avait employé que dans les luxations ovalaires. C'est donc à Després que revient l'honneur de l'avoir généralisé. Le procédé est simple, peu douloureux, n'exige l'effort d'aucun aide et doit toujours être mis en usage avant d'en venir à des moyens plus violents. Aussi est-ce par lui que l'on débute à la clinique de Clermont-Ferrand, et lorsque sur quatre luxations on réussit trois fois, on est bien en droit de considérer ce traitement comme digne de fixer l'attention des praticiens.

Je ne parlerai pas d'une jeune fille qui fut reçue au mois de décembre 1866, et qui avait fait une chute à quatre mois de grossesse; la cuisse était luxée, mais l'accident remontait à quatre mois et demi lorsqu'on l'admit à l'Hôtel-Dieu, et lorsque le chef de service voulut s'assurer de l'état du membre dévié, le volume du ventre vint confirmer le pénible aveu que lui fit la jeune malade. Il n'y avait rien à tenter dans les circonstances où elle se trouvait. Cela ne fit que nous confirmer une fois de plus dans l'opinion des médecins, qui est complétement en désaccord avec celle des gens du monde, sur l'influence que l'on attribue aux faits et gestes de la mère dans les fausses couches, lorsque l'on ne fait pas entrer en ligne de compte l'état de l'enfant. L'un des côtés de la question nous échappe, tandis que l'autre saute aux yeux du public, qui veut tout expliquer par l'influence des causes extérieures. Au bout de quelques semaines, cette jeune fille accouchait sans la moindre difficulté.

Le premier malade sur lequel M. Fleury essaya le procédé de réduction indiqué plus haut, était un jeune homme vigoureusement constitué, qui avait été renversé par sa voiture; il habitait la montagne, où naturellement on fit appel aux rhabilleurs; mais leur talent échoue lorsque le mal est réel, et leurs succès se réduisent à guérir des gens qui n'ont ni luxations ni fractures.

Malgré l'affirmation du rebouteur, qui déclarait avoir guéri le blessé au moyen d'un massage prolongé, aidé de quelques signes de croix, le membre était toujours aussi court, ses mouvements n'étaient pas plus faciles qu'avant l'accident, et la douleur persistait.

Un temps précieux fut donc perdu en allées et venues; douze ou quinze jours s'écoulèrent ainsi.

Des tractions énergiques parurent nécessaires; elles furent exercées par des aides vigoureux, mais le déplacement persistait.

M. Fleury, se rappelant alors le procédé conseillé par Després, monte sur le lit, place le jarret du malade à cheval sur son avant-bras droit, fléchit la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, et par une traction légère, précédée d'un mouvement exagéré d'adduction (la luxation était en haut et en dehors), il ramène le membre à sa position normale; un bruit caractéristique lui annonça que la luxation était réduite.

C'est à dater de ce moment que M. Fleury nous a conseillé de commencer le traitement des luxations de la cuisse par ce procédé, sauf à recourir aux autres moyens indiqués par les auteurs, si celui-ci échoue.

Le premier malade sur lequel nous l'avons vu employer, cette année, est un cultivateur de Vertaizon, âgé de 35 ans; il a toujours joui d'une bonne santé, et était occupé à cueillir des noix, le 27 septembre. La branche sur laquelle il était placé se brise, et il tombe de douze à quinze pieds de haut sans pouvoir se relever.

Transporté le lendemain à l'Hôtel-Dieu de Clermont, on constate les symptômes d'une luxation de la cuisse gauche en haut et en dehors (ilio-ischiatique de M. Nélaton).

Le professeur, avant d'en venir aux procédés généralement employés, monte sur le lit, place sur son avant-bras droit le jarret du malade, et par une traction légère, précédée d'un mouvement exagéré d'adduction, opère la réduction avec une extrême facilité. Trois semaines après, le malade sortait de l'hôpital en s'aidant, il est vrai, d'une béquille, mais sans éprouver la moindre douleur.

Le second malade fut moins heureux, c'était un domestique âgé de 68 ans, mais fort et bien portant. Il conduisait une voiture chargée de briques, le chemin était glissant, il voulut venir en aide à ses bœufs en poussant la roue de devant de son char; mais, dans cet effort, son pied gauche glissa sur le sol humide, il fut renversé la cuisse gauche fléchie sur le bassin, et portée dans une adduction exagérée. Le membre fut démis, et avant qu'il eût eu le temps de se relever, la roue de derrière passa sur le bras droit, qui fut brisé à sa partie moyenne. Le blessé fut transporté immédiatement à Clermont et reçu, à l'Hôtel-Dieu, le 3 octobre. La mobilité anormale du membre thoracique, la déviation de la cuisse gauche portée dans l'adduction, firent bientôt reconnaître cette double lésion.

Un appareil fut appliqué au bras, et on se mit en mesure de réduire la luxation. Les mouvements imprimés au membre causèrent des douleurs très-vives, les muscles contractés entraînaient le bassin lorsqu'on cherchait à ramener le membre à sa rectitude normale. Le procédé de Després fut inutilement essayé, on lui substitua le procédé d'Astley Cooper, préconisé par M. Nélaton. Il consiste, comme on le sait, à faire coucher le malade sur le côté sain, à fixer le bassin au moyen d'un lacs passé dans le pli de la cuisse démise et fixé à un poteau solide, pendant que des aides tirent sur un drap dont la partie moyenne embrasse le jarret préalablement fléchi fortement sur le bassin. Malgré des tractions énergiques, le déplacement restait le même; on dut alors en venir au plus ancien procédé, qui consiste en des tractions vigoureuses faites sur les deux côtés d'un lacs dont la partie moyenne embrasse le cou de pied pendant que le bassin est fixé à un poteau. La tête du fémur rentra promptement dans la cavité cotyloïde en faisant entendre le bruit caractéristique, et le membre reprit sa longueur primitive.

Chez le troisième malade, la réduction fut opérée aussi promptement que chez le premier. Il était rentré à l'hôpital de Clermont le 22 novembre. Cet homme, âgé de 38 ans, était occupé à extraire de la pierre; le genou droit appuyant sur le sol pendant que la jambe gauche était fléchie à angle droit sur la cuisse et que le pied appuyait sur la terre. Un éboulement de terrain le renverse, le membre pelvien du côté gauche est porté dans une adduction exagérée, il tombe et ne peut se relever, la cuisse était luxée et portée en haut et en dehors.

Lorsqu'il fut reçu à l'Hôtel-Dieu, le membre était dévié en dedans, mais le raccourcissement n'était pas trop prononcé, ce qui dut nous faire espérer que la tête du fémur n'était pas trop éloignée de la cavité cotyloïde; les mouvements que l'on imprimait à la cuisse étaient peu douloureux et s'exécutaient sans trop de difficulté. La réduction en fut facile par le procédé de Després, elle s'opéra avec une promptitude extrême, et le soulagement fut immédiat.

Le malade dut rester longtemps au lit pour y être traité d'un ulcère à la jambe récemment guéri, l'éboulement de terrain en avait déchiré la cicatrice, mais les mouvements de la cuisse s'exécutaient sans peine.

Note sur un cas de tumeur cirsoïde artérielle, traitée avec succès par l'ablation au bistouri,

Par le Dr GUÉNIOT, *chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés.*

(Lue à la Société impériale de chirurgie le 13 novembre 1867.)

L'affection dont il s'agit est ordinairement si grave, si envahissante et si tenace que, depuis longtemps les chirurgiens ont imaginé contre elle des moyens énergiques de traitement. Mais, contrairement à toute prévision, plusieurs de ces procédés curatifs sont restés tellement inefficaces que Robert, en 1846, a pu dire, avec une apparente vérité, que la maladie était encore au-dessus des ressources de l'art. Cependant si, par leur impuissance reconnue, la ligature des vaisseaux afférents et celle des gros troncs artériels, de même que la compression permanente de la tumeur, peuvent légitimer la sévérité de ce jugement, il n'en est plus ainsi de deux autres méthodes qui déjà ont donné des guérisons durables; je veux parler des *injections de perchlorure de fer* dans la tumeur et de l'*ablation de cette dernière*, soit par la ligature en masse, soit par les caustiques ou, mieux encore, par le bistouri.

Au moyen des injections, le docteur Von Pitha a obtenu deux succès, et le docteur Schuh un cas de guérison après plusieurs récidives (1). Dans un travail récent, présenté à l'Académie des sciences, M. Gosselin s'est également prononcé en faveur des injections, et il a relaté plusieurs succès à l'appui (2). D'une autre part, M. Decès, de Reims, a consigné dans sa thèse des cas de guérison définitive obtenus par l'ablation (3); et le professeur Bruns, de Tubinge, dans un important ouvrage dont je dois l'indication à M. Herrgott, de Strasbourg, se déclare aussi un ferme partisan de l'extirpation (4).

De ces deux méthodes aujourd'hui en présence, quelle est celle qui doit être préférée? Question assurément fort difficile à décider, car les faits sont trop peu nombreux encore pour légitimer une conclusion. Mais comme elles ne répondent pas rigoureusement aux mêmes indications il est permis de penser que toutes deux resteront dans la pratique.

Quoi qu'il en soit, pendant que je remplaçais par intérim M. Broca, à l'hôpital Saint-Antoine, je me trouvai, au mois de septembre dernier, en face d'un cas grave de tumeur cirsoïde artérielle, et il me fallut intervenir par une opération qui fut suivie d'un heureux résultat. Vu l'état litigieux actuel de la question thérapeutique, ce fait m'a paru trop important pour être passé sous silence. J'en relaterai donc ici l'observation, qui a été recueillie par M. Guihal, interne du service, et je la ferai suivre de quelques remarques sur le choix et les détails de l'opération que j'eus à pratiquer.

Observation. — Le 25 avril 1867, le nommé Gautier (Gérôme), âgé de 19 ans, boucher, entre à l'hôpital Saint-Antoine, au n° 33 de la salle Saint-Christophe. Ce garçon est vigoureux, sanguin, et il a toujours joui d'une santé excellente. Son système artériel n'offre ni anomalie, ni lésion apparente autre que celle dont il va être question. Toutefois, à l'auscultation du cœur, on perçoit un bruit de souffle au premier temps, avec maximum vers la base. Sur la peau, on ne trouve qu'un nœvus pileux à l'épaule droite.

Ce jeune homme porte, dans la région temporo-pariétale droite, une tumeur pulsatile dont l'origine remonte à neuf ans. Elle aurait débuté dans la peau par une petite plaque que le malade pouvait soulever avec les doigts. Ses progrès ont été très-lents pendant les cinq ou six premières années, et jamais elle n'a été douloureuse. Mais, depuis trois ans, elle détermina dans l'oreille correspondante la sensation d'un souffle, d'un sifflement ou d'un bruit que le malade compare

(1) *Tribune médicale*; 1867, p. 9 (1re année).

(2) *Gaz. méd. de Paris*; 1867, p. 643. (Ce Mémoire a été ensuite publié *in extenso* dans les *Arch. gén. de méd.*, numéro de décembre 1867.)

(3) *Des Varices artérielles*, etc., thèse; Paris, 1857.

(4) *Handbuch der praktischen Chirurgie*, t. I. — *Atlas*, 1 vol.

à celui des arbres agités par le vent. Ce bruit, provoqué par le décubitus latéral droit, est très-incommode et trouble parfois le sommeil. Depuis environ dix-huit mois, la tumeur a pris un accroissement plus rapide, et voici dans quelles conditions on la trouve aujourd'hui :

Elle occupe, avons-nous dit, la région temporo-pariétale droite, et s'étend depuis l'arcade zygomatique jusqu'à la partie supérieure du crâne, en formant au niveau du pariétal un relief d'environ deux centimètres. A sa périphérie, elle se continue en mourant avec les parties voisines, et présente des saillies cylindroïdes qui paraissent formées par de grosses veines. Elle mesure huit centimètres dans le sens horizontal, et dix centimètres dans le sens vertical, non comprise sa portion inférieure qui est rétrécie en une sorte de pédicule long de quatre centimètres. Sa hauteur totale est donc de quatorze centimètres. Sa forme générale est celle d'une demi-sphère très-aplatie, ou mieux encore celle d'une raquette, dont le manche serait dirigé vers l'articulation temporo-maxillaire. Le malade fait remarquer que la tumeur s'est accrue de haut en bas, c'est-à-dire en suivant le trajet de l'artère temporale. A sa surface existent deux escharres, dont l'une, large comme une pièce de deux francs, se trouve au centre même de la tumeur, et dont l'autre, plus petite, siége au-devant de l'oreille. Toutes deux sont le résultat d'une application de caustique faite par un guérisseur de Bercy. La première est ferme, adhérente et paraît s'étendre profondément.

Cette tumeur est molle et en partie réductible à la pression. Elle siége sous la peau avec laquelle elle semble unie et présente des mouvements alternatifs d'expansion et de retrait extrêmement prononcés. Ces battements, isochrones avec le pouls, ont leur point de départ au devant du conduit auditif, et ils arrivent à leur summum au niveau de la tumeur. A la palpation, on perçoit un frémissement continu avec renforcements, et à l'auscultation un bruit de souffle aigu, vibrant, intermittent ou plutôt continu-saccadé.

Vers la partie inférieure de la tumeur, la peau est soulevée par de gros vaisseaux, qui ne sont autres que des branches très-développées de l'artère temporale. Ces vaisseaux sont les voies principales d'alimentation de la tumeur; mais ce ne sont pas les seules, car par le palper on découvre, en d'autres points, de grosses artères qui convergent vers elle. Aussi, la compression de la temporale ne suffit-elle pas à supprimer les battements, qui sont entretenus par des artères frontales, occipitales et auriculaires; le bruit de souffle seul disparaît. — L'ensemble de ces symptômes et la marche de l'affection font diagnostiquer une *tumeur cirsoïde artérielle*.

Bientôt la petite escharre se détache; elle était heureusement superficielle, et sa chute ne donne lieu à aucune hémorrhagie. Mais la grande paraissant pénétrer jusqu'aux vaisseaux de la tumeur, M. Guéniot cherche à la durcir par des applications astringentes, dans le but d'en retarder le plus possible la séparation. Celle-ci, en effet, ne s'annonce que tardivement par une perte de sang d'environ 300 grammes. C'était le matin du 17 septembre. D'après les indications qui lui avaient été données, le malade comprima lui-même la tumeur et arrêta l'hémorrhagie. Mais, pour en prévenir le retour qui paraissait imminent, M. Guéniot résolut de pratiquer sans délai l'extirpation de la tumeur.

Opération. — Le malade ayant été chloroformisé et les artères comprimées, la tumeur, qui avait été préalablement circonscrite par un trait d'encre, fut attaquée largement avec le bistouri vers sa partie inférieure. A la première incision, c'est une véritable pluie de sang qui ne fait qu'augmenter à mesure que la section continue. Les doigts des aides, quoique pressés autour de la plaie, ne parviennent qu'avec peine à modérer cet écoulement. La tumeur se laisse, d'ailleurs, facilement séparer des tissus sous-jacents, et son ablation met à découvert le péricrâne et l'aponévrose temporale. Enfin, les vaisseaux devenant plus faciles à comprimer dans la plaie, bientôt M. Guéniot peut se rendre maître de l'hémorrhagie en liant les principales artères. Vingt ligatures environ sont successivement appliquées.

L'extirpation de la tumeur fut rapide, mais l'hémostase fut laborieuse et l'opération entière dura plus d'une heure. Des morceaux d'agaric, légèrement humectés de perchlorure de fer, furent ensuite disposés sur toute la surface de la plaie; puis, d'autres disques d'agaric recouvrirent les premiers de façon à constituer un véritable pansement par occlusion. Le tout fut fini au moyen d'un bandage légèrement compressif. Quoique affaibli et très-pâle, le malade se trouva néanmoins dans un état satisfaisant. La quantité de sang perdu pendant l'opération fut évaluée à huit ou neuf cents grammes, ce qui, joint aux trois cents grammes déjà perdus dans la matinée par le décollement de l'escharre, élève la perte totale à environ douze cents grammes.

Le 18 septembre, lendemain de l'opération, la pâleur du visage avait beaucoup diminué, et le pouls avait repris de la force; les bruissements dans l'oreille avaient disparu. Pas d'hémorrhagie; nulle douleur autre que celle qui résulte de la compression du bandage.

Le 21, le pansement est levé pour la première fois. La plaie s'est un peu élargie par le fait de la rétraction des téguments. Elle mesure 11 centimètres dans le sens vertical, et 9 centimètres dans le sens horizontal. Toute sa surface est en pleine suppuration; de gros bourgeons charnus s'y remarquent, surtout vers la périphérie où il est resté, en bas et en haut, un peu de tissu morbide. Ces bourgeons se laissent en partie affaisser par la pression, mais ils ne sont le siége d'aucun battement. La fièvre de suppuration a été presque inappréciable. Appétit et retour partiel des forces.

Les jours suivants, la plaie n'a cessé de marcher régulièrement vers la guérison, et aujourd'hui, 12 novembre, elle est à peu près complètement cicatrisée. Le malade a recouvré la plénitude de sa santé, sans que l'affection ait jamais menacé de reparaître. Le bon état de la cicatrice permet, d'ailleurs, de préjuger pour l'avenir l'absence de toute récidive (1). Quant au bruit de souffle cardiaque, il subsiste avec la même intensité qu'auparavant.

Examen de la tumeur. — Immédiatement après son extirpation, elle a subi un retrait considérable. Au niveau de la partie centrale de l'escharre, on trouve une ulcération de petit diamètre par laquelle s'est faite l'hémorrhagie. Elle conduit dans un gros vaisseau qui a presque le calibre de l'artère humérale. La tumeur est formée par un grand nombre de ces vaisseaux qui rampent dans le tissu sous-cutané. Malgré la minceur de leurs parois, ils restent béants à la coupe et paraissent être constitués par des artères. Ils n'offrent, d'ailleurs, d'autre altération apparente que leur dilatation considérable. Leur injection est impossible; mais la manière dont l'hémorrhagie s'est produite pendant l'opération, et l'aspect aréolaire du tissu morbide ne laissent aucun doute sur l'existence de leurs nombreuses et larges anastomoses.

Remarques. — 1° Dans le fait qui précède, l'étendue de la tumeur, la présence d'une escharre profonde à son centre et l'imminence d'une hémorrhagie donnaient à l'affection un caractère particulier de gravité. Un traitement énergique pouvait seul conjurer le danger. Or, la ligature de la carotide externe, celle de la carotide primitive et même celle des deux troncs carotidiens primitifs ont été, en pareils cas, trop souvent impuissantes pour qu'elles pussent offrir ici une ressource sérieuse. Aussi, après réflexion, renonçai-je complétement à l'emploi de ce moyen. Quant à la compression prolongée de la tumeur et à la ligature des vaisseaux afférents, elles n'étaient pas même discutables. Restaient donc la méthode des injections coagulantes et celle de l'ablation par un procédé quelconque.

La première, à laquelle M. Broca se proposait de recourir lorsqu'il me céda la direction de son service, pouvait assurément être tentée avec quelque chance de succès. Un instant je fus même décidé à l'employer. Mais elle n'est pas absolument radicale; elle agit avec une certaine lenteur et n'offre qu'une garantie douteuse contre les hémorrhagies. D'ailleurs, en faisant comprimer autour de la tumeur toutes les artères perceptibles au doigt, il me fut impossible de supprimer entièrement les pulsations dans la masse morbide. On pouvait donc craindre que le perchlorure, entraîné par le courant sanguin, n'allât provoquer à distance la formation de caillots et consécutivement celle de larges escharres. Ces diverses circonstances me firent abandonner toute idée de traitement par les injections. D'autre part, comme les caustiques et la ligature en masse étaient inapplicables dans un cas de tumeur aussi étendue et aussi diffuse, l'extirpation avec le bistouri me parut être, sous tous les rapports, l'opération la plus avantageuse, et c'est à elle que je recourus, sans hésiter, dès que la chute de l'escharre me força d'intervenir.

2° La rapidité avec laquelle l'abondance du sang me fit terminer l'ablation de la tumeur, de même que la crainte de dénuder l'os en intéressant le péricrâne dans la section, me portèrent à laisser sur la périphérie de la plaie un tissu morbide. Cette circonstance, qu'on eût pu regarder comme fâcheuse, n'offrit cependant aucun inconvénient; elle fut même des plus favorables pour l'hémostase. Je dus, en effet, lier trois sortes de vaisseaux : les uns, de médiocre calibre, se trouvaient dans l'épaisseur même du cuir chevelu; les autres, volumineux et plus profonds, étaient tellement rétractés au-dessous des téguments qu'ils furent, entre tous, les plus difficiles à saisir; enfin, les derniers, appartenant au tissu morbide laissé dans la plaie, furent contre toute attente les plus promptement liés. Avec l'expérience de ce fait, loin donc de conseiller en pareil cas une extirpation rigoureusement complète de la tumeur, je serais plutôt d'avis de conserver, dans le but de faciliter l'hémostase, quelques parcelles de tissu morbide au fond de la plaie. Celui-ci, par sa grande souplesse, se laisse aisément saisir en masse et permet ainsi de lier les artères avec tâtonnement. Grâce à cette disposition, je pus me rendre maître des branches de la temporale avec plus de facilité que des autres artères, qui cependant étaient plus sinueuses et d'un moindre volume.

3° Enfin, chose digne de remarque et qui déjà a été nombre de fois signalée, c'est que, la masse de la tumeur une fois détruite, les gros vaisseaux qui convergeaient vers elle s'affaissent promptement et reprennent en peu de jours leur calibre normal. Dans le fait précédent, dès le quatrième jour de l'opération, en renouvelant pour la première fois le pansement de la plaie, je ne fus pas peu surpris de trouver les tronçons de la temporale droite moins gros et moins pulsatifs que l'artère temporale gauche dans les points correspondants. Le même affaissement se remarquait dans les autres vaisseaux afférents, et ce n'est que postérieurement que les uns et les autres revinrent à des dimensions normales. Quant aux parcelles de tissu morbide liées et abandonnées dans la plaie, elles disparurent complétement et avec rapidité sous l'influence de la suppuration.

(1) Quelques jours après sa présentation à la Société de chirurgie, ce jeune homme sortit de l'hôpital. Je le revis ensuite; sa guérison paraissait assurée.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 31 mars 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce adresse :

1° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Pietra-Pola (Corse), par M. le docteur Perelli; de Saint-Alban (Loire), par M. le docteur Gay; et de Vichy (Allier), par M. le docteur Amable Dubois. (Comm. des eaux minérales);

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1867 dans l'arrondissement de Villefranche (Aveyron). (Comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Durand, qui sollicite le concours de l'Académie pour la rédaction d'un formulaire destiné à servir de programme au prochain congrès médical maritime du Havre;

2° Une note de M. le docteur Canquoin sur les caustiques de Vienne solidifiés et la pâte du chlorure de zinc;

3° Un mémoire de M. le docteur Cazenave, membre correspondant à Bordeaux, sur le traitement de quelques névralgies rebelles;

4° Une note sur le traitement de la phthisie pulmonaire, par M. le docteur Billiard, de Corbigny (Nièvre). (Comm., MM. Louis, Chauffard et Hérard).

5° Un pli cacheté adressé par M. Gaube, médecin à Montmartre, contenant la formule d'un sel de fer, de chorate de sesquioxyde de fer (accepté);

6° Une lettre de M. Boggio, pharmacien, réclamant la priorité de l'invention du papier sinapisme;

7° Deux lettres : l'une de M. le docteur Loewenberg, l'autre de M. le docteur Garrigou-Desarènes, qui réclament en faveur de M. le docteur Politzer, de Vienne, la priorité de l'invention et de l'application du manomètre auriculaire, présenté à l'Académie dans la dernière séance par M. Gellé.

La lettre de M. Garrigou-Desarènes est accompagnée du modèle d'un instrument nommé manomètre, dont M. Garrigou-Desarènes se sert, dit-il, journellement depuis plusieurs années pour étudier les mouvements du tympan.

Cet instrument est des plus simples : il a la forme d'un tube de verre courbé en U, dont l'une des extrémités pénètre dans le conduit auditif externe, s'y fixe d'une façon hermétique à l'aide de cire molle. L'autre s'élève dans le sens vertical; une goutte de liquide coloré sert de curseur.

Il indique les mouvements du tympan sous l'influence de la déglutition, de l'effort d'expiration, du cri, de la toux, de la contraction du muscle interne du marteau; il sert à constater de petites perforations de la partie antérieure du tympan, très-difficiles à reconnaître sans lui.

M. le docteur Garrigou-Desarènes fait remarquer que cet instrument qu'il a fait reproduire à Paris, en 1865, est dû au docteur Politzer, et que c'est après avoir lu les expériences et la description de l'instrument du médecin de Vienne, dans les numéros 41 et 42, année 1861, et n° 6 année 1863 de *Wiener medic. Wochenschrist*, et n° 5 *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1865, qu'il devait à l'extrême obligeance du docteur Morpain, qu'il a fait construire et qu'il a employé son petit manomètre. (Comm., MM. Bouley et Béclard).

8° M. Jules Guyot adresse une lettre qui renferme une réclamation de priorité concernant l'invention de la sonde évacuatrice des fragments de calculs après l'opération de la lithotritie, sonde évacuatrice dont M. Guyot aurait eu la première idée et qu'il aurait fait exécuter par M. Charrière, le 13 janvier 1866;

9° M. le docteur Martineau, de Cordoue, adresse une lettre pour prendre date de l'envoi d'un mémoire relatif à un signe de la mort réelle qu'il dit avoir découvert.

M. Vernois, interpellé au sujet de ce mémoire, sur lequel il a été chargé de faire un rapport, donne des explications desquelles il résulte que s'il n'a point fait de rapport, c'est d'un commun accord avec l'auteur et après des pourpalers échangés entre eux.

M. Béhier présente de la part de M. Fraser, professeur suppléant de matière médicale à l'université d'Edimbourg, un mémoire intitulé : *De l'action physiologique de la fève du Calabar*.

M. Larrey présente, de la part de M. Giraldès, la deuxième livraison de ses *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la tuberculose.

La parole est à M. Béhier.

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE

M. Béhier. J'ai vu avec plaisir que l'école, que M. Chauffard a appelée l'école française, est reconstituée. Mais, les partisans de cette restauration diffèrent notablement d'opinion avec leur maître. Et en effet, les lésions en cause sont aujourd'hui beaucoup mieux connues que du temps de Laënnec, quoi qu'en dise M. Barth. Je maintiens, malgré notre collègue, comme très-réelle la pneumonie caséuse, tout en faisant bon marché, s'il le veut, de la qualification de caséuse à laquelle je ne tiens pas. M. Barth pouvait se dispenser de faire un parallèle entre la pneumonie franche et la pneumonie tuberculeuse. Personne assurément n'a confondu ces deux affections et ne pourrait s'y méprendre. Il y a là une différence de siége qui a été démontrée par le microscope, quoiqu'en dise M. Barth. Le tableau que notre collègue a tracé du microscope est forcé. Est-il donc quelqu'un aujourd'hui qui ait recours au microscope seul. C'est un reproche qu'on a pu faire, peut-être avec quelque raison, il y a quelques années, mais qui ne serait plus admissible aujourd'hui. Les Allemands eux-mêmes ne sont plus aussi exclusifs, ni aussi exagérés à cet égard. Je ne partage pas assurément toutes les opinions de Virchow, mais je me plais à reconnaître que ses livres ont au moins le mérite de faire naître des idées.

M. Barth s'est étonné, je devrais dire presque indigné, de tous les changements qui se sont opérés autour de lui depuis quelques années. Je m'indignerais, avec beaucoup plus de raison, si je voyais les opinions et les choses rester toujours à la même place. Depuis dix ans, il s'est fait énormément de choses sur le point qui nous occupe. Sans doute, tout n'a pas été parfait du premier coup, mais des tâtonnements de la première heure on est arrivé peu à peu à des données plus précises; et c'est en grande partie au microscope que nous en sommes redevables. Repousser cet instrument parce qu'on a exagéré les conséquences des renseignements qu'il nous fournit, ce serait agir comme un myope ou un presbyte qui rejetterait ses lunettes sous prétexte qu'elles ne lui permettent pas de voir tout avec une égale perfection.

J'ai dit que j'admettais comme très-réelle cette forme spéciale de pneumonie, désignée sous le nom de caséuse, et qu'il était utile de la maintenir. S'il me fallait un appui, je le trouverais au besoin dans M. Barth lui même qui, dans le parallèle qu'il a fait entre la pneumonie et le tubercule, l'a décrite, mais en termes plus vagues, il est vrai, lorsqu'il a parlé des phlegmasies qui se développent parfois autour des noyaux tuberculeux. Or, il y a un grand avantage, suivant moi, à avoir repris cette dénomination de pneumonie, parce qu'elle entraîne avec elle une indication thérapeutique dirigée contre un élément inflammatoire, tout en tenant compte, bien entendu, des conditions générales et du fond même de la maladie. Ainsi, sans être ger-

manophile pas plus que germanophobe, j'admets qu'il n'y a plus de Rhin sur cette question.

Pour ce qui est de la discussion actuelle, beaucoup de personnes paraissent regretter qu'elle n'ait pas de résultat. Qu'allons-nous devenir? s'écrie-t-on autour de nous. Je ne prends pas grand soin de ces doléances; si je les rappelle, c'est uniquement pour dire qu'elles n'ont jamais été plus inopportunes. La discussion a donné tout ce qu'elle pouvait donner; c'est un simple combat d'avant-poste. Rien encore n'est décidé, et quoiqu'en ait dit M. Bouley, la démonstration de la proposition de M. Villemin n'est pas encore faite.

M. Bouley, à cette occasion, a appuyé sur un point de ma première argumentation : il a dit, au sujet d'une expérience que j'ai rapportée, que j'avais stéarisé un lapin. Mais il faut que je me sois fort mal exprimé si l'on a entendu autre chose; c'est précisément le résultat qu'a produit cette injection de graisse dans les veines du lapin qui m'a montré que les expériences de M. Villemin n'étaient pas rigoureusement démonstratives. M. le rapporteur ne nous a-t-il pas dit lui-même qu'en inoculant des strongles, il avait obtenu du tubercule? M. Bouley s'est servi de ce qui se passe dans la morve pour expliquer ce qui se passe dans la tuberculisation. Mais ce n'est pas du tout la même chose. Les tubercules qui surviennent dans la morve sont le résultat de transformations successives; c'est une des phases ultimes de l'évolution de la maladie, tandis que les tubercules se montrent d'emblée dans l'affection tuberculeuse avec leurs caractères propres. Quant à la théorie de l'élimination par voie d'excentricité appliquée à la tuberculose, c'est une pétition de principe, et elle ne vient pas du tout en aide à la doctrine de M. Villemin.

Si M. Villemin et son rapporteur, M. Colin, ont apporté des faits qui nous semblent incomplets, nous n'avons pu que leur dire en quoi ces faits étaient incomplets et leur signaler l'insuffisance de leurs preuves; mais nous n'avons pu leur opposer des faits contraires, parce que les expériences nous manquent, j'en conviens. Mais la question reviendra; nous ferons des expériences, et nous viendrons en faire connaître ici les résultats en toute sincérité, sans arrière-pensée ni parti pris, décidés que nous sommes à nous rendre à l'évidence et à brûler, s'il le faut, ce que nous avons adoré, ou adorer ce que nous avons brûlé.

M. Chauffard a été pour moi beaucoup trop généreux. Il m'a fait dire que si j'étais amené un jour à accepter le fait avoué par M. Villemin, j'en accepterais d'emblée toutes les conséquences. Je n'ai pas dit un mot de cela. J'ai dit simplement que si on parvenait à démontrer l'inoculabilité de la tuberculose, il faudrait déplacer cette maladie du rang qu'elle occupe dans le cadre nosologique pour la placer à côté des maladies inoculables. Cela m'amènerait sans doute à changer mon opinion sur un point de l'histoire de la phthisie tuberculeuse, mais non sur tous les points. Je suis d'ailleurs de ceux qui croient que l'expérimentation donne beaucoup, mais qu'elle ne donne pas tout et qu'il faut tenir compte aussi de l'esprit qui juge. Il ne faut jamais séparer non plus l'expérimentation de l'observation; l'observation est aussi de l'expérimentation, comme l'expérimentation est l'observation; elles se complètent et se contrôlent l'une par l'autre.

M. Chauffard a terminé son deuxième discours par une péroraison pleine de lyrisme sur le biologisme. Je lui ferai remarquer que le biologisme qu'il nous reproche n'a jamais prétendu voir, dans la physique et dans la chimie, autre chose que des auxiliaires utiles, des éléments des phénomènes organiques, mais qu'il n'a jamais cru que ces sciences nous donneraient la notion entière de la vie. Quant au biologisme dont il s'est fait l'interprète et dont il nous a donné une sorte de programme, j'avoue qu'il m'a été difficile d'apercevoir bien nettement, à travers les brumes qui l'enveloppent, le but qu'il veut atteindre.

M. Pidoux a procédé par affirmation; nous avons opposé à ses affirmations des doutes, voilà tout. Il nous a promis, à M. Hérard et à moi, une leçon. Je suis tout disposé à l'accepter, pour ma part, mais sous bénéfice d'inventaire.

M. Bouley, dans la dernière séance, nous a parlé de faits relatifs à la contagion, empruntés à la vétérinaire. Ces faits ne m'ont pas paru avoir la précision nécessaire pour que nous les acceptions comme faits scientifiques, ils sont trop vagues. Il y a une autre raison, d'ailleurs, qui m'empêcherait de les admettre. N'avons-nous pas entendu, dans cette enceinte, un autre vétérinaire, non moins autorisé que M. Bouley, nous dire que lorsqu'on plaçait des animaux dans de certaines conditions particulières de régime et d'habitat, ils devenaient morveux. Or, les animaux placés sous le même joug, dont nous a parlé M. Bouley, n'étaient-ils pas précisément dans des conditions analogues à celles que je viens de rappeler. Tant qu'on ne m'aura pas démontré qu'ils n'étaient point soumis aux mêmes influences communes, je serai en droit de contester qu'il y ait eu là un fait de contagion. Quant à ce qui se passe sous cet autre joug, qui a été de la part de notre collègue l'objet d'une comparaison peu flatteuse, le joug du ménage, il faudrait, avant de me faire admettre les prétendues transmissions de phthisie dont on a cité tant d'exemples entre époux, me prouver que les chagrins, les fatigues, les préoccupations, les veilles prolongées, ne sont pour rien dans ces manifestations.

En résumé, quelle que soit l'issue que doive avoir cette discussion, ce sera toujours un grand honneur pour M. Villemin de l'avoir suscitée. Mais je crois encore que le diamant qu'il a ajouté à la couronne du Val-de-Grâce, pour me servir de l'heureuse expression de M. Bouley, a besoin encore qu'on y taille de nouvelles facettes pour briller de tous ses feux. Pour moi, je suis ici de l'avis de celui qui a dit : *Melius est sistere gradum quam progredi per tenebras.*

M. Hérard. Je ne comptais pas prendre de nouveau la parole dans cette discussion; mais après la vive attaque dirigée contre nos travaux par l'un de nos plus éminents collègues, dont les opinions jouissent au dedans comme au dehors de cette enceinte d'une si grande et si légitime autorité, l'Académie comprendra et voudra bien excuser mon désir de répondre sans retard aux critiques de mon honorable adversaire et d'en montrer, ce qui, je crois, me sera facile, le peu de fondement.

Toute l'argumentation de M. Barth peut être résumée en deux mots : La phthisie n'est pas identique à la pneumonie franche aiguë; il y a, entre ces deux maladies, des différences profondes; donc, la phthisie n'est pas une pneumonie vraie; donc, la pneumonie caséeuse n'existe pas. J'avoue, messieurs, qu'en entendant mon savant collègue énumérer si complaisamment les caractères anatomiques, étiologiques, symptômatiques, etc., qui distinguent la phthisie de la pneumonie, en le voyant faire appel à toutes les réserves de sa science, invoquer jusqu'aux statistiques de la Sologne et du Mexique pour mieux affermir son diagnostic différentiel, je me disais intérieurement que c'était dépenser bien des efforts inutiles pour combattre et pourfendre un fantôme qui n'avait existé que dans l'imagination de mon ardent contradicteur. N'avais-je pas, en effet, pris grand soin de déclarer, à cette tribune et, pour ainsi dire, à chaque page de notre ouvrage, que les inflammations du parenchyme pulmonaire que l'on rencontre dans la phthisie ne sont pas des inflammations franches, des pneumonies vraies, mais bien des *pneumonies catarrhales*, des bronchopneumonies; que ces pneumonies sont le plus souvent *chroniques* et qu'enfin la diathèse dont elles relèvent, leur imprime des *caractères spéciaux*. Comment, dès lors, mon honorable collègue pouvait-il s'étonner de ne pas rencontrer dans la phthisie le début franc de la pneumonie aiguë vraie, le râle crépitant et le souffle tubaire classiques, les crachats rouillés, la couenne épaisse du sang, la durée de deux à trois septenaires, etc.

Si encore M. Barth avait comparé la phthisie aiguë à la pneumonie aiguë, cela se fût compris; il eût pu reconnaître assurément bien des points de ressemblance, durée courte, crachats souvent visqueux et même colorés, râles crépitants et sous-crépitants, fièvre continue, etc.; ressemblance et non pas identité, car, ainsi que je le faisais observer, il s'agit presque toujours en pareil cas de pneumonies catarrhales, diathésiques, différentes à beaucoup d'égards de la pneumonie vraie. Mais, d'ailleurs, pourquoi en serait-il autrement, puisque même la pneumonie catarrhale simple aiguë en diffère si notablement. Lisez les descriptions remarquables des médecins des enfants sur la pneumonie lobulaire; consultez surtout les belles recherches de MM. Grisolle, Piorry, Nonat, Lamaestre, Ferrand, etc., sur la pneumonie catarrhale des adultes, et vous verrez combien ces formes de pneumonie s'éloignent de la pneumonie classique par leur début insidieux, le caractère rémittent de la fièvre, l'absence de couenne du sang, les râles sous-crépitants secs ou humides, l'expectoration muqueuse, opaque, non sanguinolente, par le peu d'intensité et la fugacité du souffle, enfin par des symptômes généraux, quelquefois si peu prononcés que des malades ont pu vaquer à leurs occupations, quoique atteints de pneumonie catarrhale, et après cela mon honorable collègue s'étonne de ne pas trouver dans la pneumonie catarrhale chronique des phthisiques tous les signes classiques de la pneumonie vraie. En vérité, la seule chose qui m'étonne, c'est son étonnement.

Je l'ai dit et je le répète : la pneumonie tuberculeuse a ses caractères anatomiques et cliniques qui lui appartiennent en propre et qui la distinguent des autres variétés de peumonie; elle se présente sous forme de noyaux plus ou moins volumineux, disséminés dans les poumons ou réunis en masse, noyaux d'abord rouges (*période congestionnelle de la pneumonie lobulaire*); plus tard durs et friables, de couleur gris-rosé (*période d'hépatisation rouge*); plus tard enfin jaunâtres, caséeux (*période d'hépatisation jaune, pneumonie caséeuse*). Nos adversaires ne s'occupent que de cette dernière période, mais pourquoi négligent-ils les deux premières souvent si caractérisées et, j'en conviens, si embarrassantes pour leur doctrine. Serait-ce qu'ils se refuseraient à admettre la transformation de l'hépatisation rouge en hépatisation jaune, alors qu'ils acceptent sans difficultés pour la pneumonie ordinaire le passage de l'hépatisation rouge à l'hépatisation grise : le travail pathologique est-il donc si différent? Dans un cas les vésicules pulmonaires enflammées se remplissent surtout de globules de pus; dans l'autre les globules de pus sont mélangés à un grand nombre de cellules épithéliales en voie de dégénérescence granulo-graisseuse. Ne voit-on pas d'ailleurs assez souvent, dans les poumons des phthisiques, des foyers purulents disséminés au lieu de noyaux caséeux. En pareil cas, l'inflammation s'est terminée par un abcès au lieu d'aboutir à la métamorphose caséeuse, mais au fond c'est le même état, le même processus inflammatoire. Si la pneumonie est lobaire au lieu d'être lobulaire, l'évolution des lésions reste la même. On constate alors autour des masses caséeuses de véritables hépatisations rouges, et dans beaucoup de points on peut surprendre la transition du 2e degré de la pneumonie lobaire au 3e degré d'hépatisation jaune ou caséeuse.

Si de l'anatomie pathologique nous passons aux symptômes, que trouvons-nous, sinon les signes d'une inflammation du parenchyme pulmonaire subaiguë ou chronique. La fièvre, souvent il est vrai peu accusée, mais proportionnée en général à l'étendue de la phlegmasie et à son caractère chronique; la toux, d'abord sèche (période de granulation), puis bientôt humide; l'expectoration muqueuse, puis opaque; la matité, la respiration rude, puis soufflante, surtout dans l'expiration; les râles sous-crépitants secs ou humides, plus rarement sibilants et crépitants, absolument comme dans la pneumonie catarrhale; et ici, messieurs, permettez-moi de faire ressortir une des conséquences les plus importantes et les plus pratiques de la nouvelle doctrine pathologique du tubercule. Dans la conception de Laennec, lorsque le médecin perçoit des râles sous-crépitants au sommet des poumons chez un phthisique, il en tire immédiatement cette conclusion peu consolante, que les masses tuberculeuses sont en voie de ramollissement; c'est la seule qui lui soit permise. Dans nos idées, ces râles peuvent encore indiquer et indiquent souvent, surtout si les râles sont un peu secs, la période de congestion ou d'hépatisation de la pneumonie catarrhale tuberculeuse. La thérapeutique peut encore avoir raison de la lésion, et de fait il n'est pas de praticien qui n'ait constaté le plus ordinairement, sans pouvoir s'en rendre compte, la disparition des râles sous-crépitants.

Ce n'est pas, du reste, le seul point faible de la doctrine de Laennec. L'idée de considérer toute matière caséeuse comme un produit accidentel, le tubercule, conduit dans la pratique à des difficultés insurmontables. Dans cette hypothèse, la question de la scrofule devient véritablement insoluble, car le médecin n'a pour sortir d'embarras que deux alternatives également impossibles : ou bien confondre en une seule maladie la scrofule et la tuberculose, en dépit des enseignements positifs de la clinique; ou bien distraire de la scrofule, pour les porter dans la diathèse tuberculeuse, les lésions caséeuses, et en particulier les écrouelles, la plus incontestable assurément de toutes les affections scrofuleuses. Autre difficulté : quand au milieu d'une tumeur cancéreuse, on rencontre une petite masse caséeuse, dira-t-on que le tubercule est venu se développer au centre du cancer? S'il s'agit d'un infarctus devenu caséeux, prononcera-t-on le nom de tubercule, alors qu'en aucun autre point du corps on ne trouvera de lésion qui puisse en être rapprochée? Tout devient clair, au contraire, dès que l'on admet avec nous et avec presque tous les anatomo-pathologistes modernes que l'état caséeux est le résultat de la transformation granulo-graisseuse des tissus, et que cette transformation, très-commune dans la phthisie, peut s'observer également dans la scrofule et même atteindre les produits les plus divers qui n'ont pas la moindre parenté avec la tuberculose ou la scrofule, tels que les anciennes tumeurs cancéreuses, infarctus hémorrhagiques, dépôts purulents enkystés, etc.

Notre honorable collègue, M. Barth, trouve la doctrine de Laennec irréprochable. Selon lui, la pathologie du tubercule snbsiste encore telle que l'ont constituée ses immortels travaux; il voudra bien cependant reconnaître avec moi de graves lacunes : nulle part, par exemple, il n'est question de ces formes si intéressantes cependant à tous les points de vue, les formes aiguës de la phthisie. Je me trompe, Laennec leur consacre quelques lignes, et malgré son respect pour la tradition, je suis pursuadé que mon savant collègue n'en sera pas satisfait. Voici en effet ce que dit Laennec (page 255, t. II, 4e édition) : « Les phthisies aiguës sont le produit d'affections tuberculeuses du poumon, qui *latentes* d'abord pendant un temps plus ou moins long, *se démasquent* ensuite tout à coup et produisent une fièvre très-aiguë, un amaigrissement, et en général des symptômes tellement graves que le malade est emporté au bout de six semaines, d'un mois, et quelquefois d'un temps moindre. » A cette explication véritablement inintelligible, substituez l'hypothèse démontrée par les autopsies de pneumonies soit lobulaires, disséminées dans les deux poumons autour de très-nombreuses granulations (phthisies aiguës proprement dites), soit lobaires et à marche rapidement envahissante (phthisies aiguës galopantes), et immédiatement tout s'enchaîne, tout s'explique, les signes généraux, les signes locaux, la rapidité de la mort.

A propos du traitement, ce but suprême de notre art, que dit Laennec? il reconnaît, j'en conviens, que la cicatrisation des cavernes peut quelquefois avoir lieu, mais quant à la guérison de la phthisie en évolution, il la déclare absolument impossible, écoutez plutôt (page 97, tome II, 4e édition) : Avant que les caractères et la marche du développement des tubercules fussent bien connus, et lorsque l'on attribuait généralement la phthisie à une inflammation chronique et à une suppuration lente du tissu pulmonaire, les médecins ne doutaient, pas plus que le public ne doute encore, de la possibilité de guérir par un traitement convenable la phthisie pulmonaire, surtout lorsqu'on s'y prend à temps et lorsque le malade est encore au premier degré. M. Broussais se flatte encore du même espoir; presque tous les hommes de l'art qui sont au courant des progrès récents de l'anatomie pathologique pensent, au contraire, aujourd'hui, que l'affection tuberculeuse est, comme les affections cancéreuses, ***absolument incurable***, parce que la nature ne fait que des efforts contraires à la guérison, et que *l'art ne peut en faire que d'*INUTILES.

Si c'est là l'idéal thérapeutique que nous propose et qu'accepte M. Barth, je déclare que pour ma part je le repousse et proteste contre cette muette contemplation de la mort. J'ai foi en la curabilité de la phthisie à toutes les époques de son évolution, et cette foi m'est donnée non pas seulement par les faits cliniques que j'ai été à même, comme tant d'autres, d'observer, mais encore par la conception de la maladie à laquelle je ne me suis rattaché qu'après de longues et consciencieuses études, conception qui, en me montrant l'inflammation pulmonaire comme un des éléments importants de la lésion anatomique, me fait comprendre en même temps l'utilité des moyens thérapeutiques, internes et externes, médicamenteux et hygiéniques capables de modifier avantageusement les pneumonies tuberculeuses si fréquemment associées aux granulations, et de concourir ainsi à l'enrayement, à la guérison même de la phthisie pulmonaire.

M. Bouley. M. Béhier m'impute des affirmations à propos du fait que j'ai cité; je n'ai rien affirmé et je ne pouvais pas affirmer un fait que je n'ai point vu. Mais il me semble que M. Béhier fait un peu trop fi des croyances du monde et même de celles des médecins. On connaît cette maladie grave de l'espèce bovine que l'on appelle la péripneumonie. Il y avait une croyance, généralement répandue, que cette maladie était contagieuse. Tout le monde croyait à cette contagion, mais elle n'était pas scientifiquement démontrée. Un savant, heureusement pour nous, devient ministre en 1850; il forme une Commission qu'il charge d'étudier cette question; la Commission fait des expériences, et elle reconnaît la réalité de la contagion; de sorte que ce qui n'était qu'une croyance vague jusque-là est devenu une certitude démontrée. Il en a été de même pour la maladie aphtheuse des bœufs. Ceci doit montrer, ce me semble, qu'il ne faut pas rejeter trop légèrement des croyances qui, souvent, précèdent la démonstration des vérités.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 21 février 1868. — Présidence de M. Chausit.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Géry père donne des nouvelles de la santé de M. Duparque, qui est beaucoup mieux.

M. Lagneau. Il y a à peu près une année, j'ai eu à soigner un enfant qui était atteint d'une lésion assez rare pour que je n'en aie trouvé aucun exemple dans les auteurs, pour que je n'aie vu que le cas dont je vais faire part à la Société.

Cet enfant était chez ses parents, porteur d'une ulcération ombilicale, d'une ulcération à l'apophyse mastoïde et d'un coryza chronique.

Cet enfant ne pouvait uriner que difficilement, et cette dysurie était produite par un phymosis. En présence de ces lésions multiples, je diagnostiquai une syphilis infantile, ses parents étaient indemnes. Quelques jours après qu'on me l'eût amené, une violente inflammation du prépuce se déclara, toute cette partie de la verge s'ulcéra, et il y eut une circoncision complète et spontanée.

Il y a des exemples de circoncision spontanée chez l'homme, et ce n'est pas très-rare chez l'adulte; mais j'ai eu beau chercher dans les auteurs, je n'ai pas trouvé d'exemple de circoncision spontanée dans l'enfance, et c'est pour cela que j'ai cru utile et intéressant de com-

muniquer ce fait unique à la Société. Bertin, Mahon, ont cité des cas d'écoulements de balano-posthites dans la première enfance, mais jamais, je le répète, de circoncision spontanée.

M. Duchenne (de Boulogne) lit un travail sur *les Signes diagnostiques de la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance, et de la paralysie pseudo-hypertrophique.*

(Voir *la Gazette des Hôpitaux* des 24 et 26 mars 1868.)

M. Adolphe Richard fait un rapport sur un livre de M. Giraud-Teulon, l'un des membres de la Société.

L'œuvre de notre collègue, dit le rapporteur, est un petit livre destiné plutôt à se dérober dans la poche du praticien qu'à faire grande figure dans sa bibliothèque. Il est intitulé : *De l'œil; notions élémentaires sur la fonction de la vue et ses anomalies.* La forme du livre est empruntée au petit exposé physiologique publié au commencement de ce siècle, par l'illustre Charles Bell, et intitulé : *la Main. The Hand.* Mais combien le livre de M. Giraud-Teulon est plus utile au médecin! A-t-il jamais, en effet, existé dans aucune des branches des connaissances humaines un mouvement comparable au progrès contemporain en oculistique?

Deux parties composent *l'OEil* de M. Giraud-Teulon; la première est purement physiologique : elle rappelle les notions fondamentales de physique et de physiologie, si vite oubliées de ceux qui cessent d'être étudiants. En parcourant cette première partie, vous jugerez combien M. Giraud-Teulon sait avec art, et sans rien enlever de la précision indispensable, ménager l'aridité du sujet. Voyez, par exemple, son excellente définition du mot *voir* : voir, c'est sentir les objets extérieurs là où ils sont; c'est un toucher médiat, impliquant l'idée d'extériorité et de distance. Mais la partie fondamentale est la seconde qui passe en revue la *pathologie fonctionnelle*, pour aboutir au traitement et à l'hygiène.

L'intégrité de la rétine, de la transparence des milieux, de la réfraction, de l'accommodation, des agents musculaires de l'œil, doit être successivement examinée pour que la fonction soit absolument normale. C'est dans cet ordre que ces conditions sont passées en revue. M. Giraud-Teulon montre tout le parti qu'on peut à cet égard tirer de la carte percée :

Un œil dont le trou d'épingle n'améliore pas le fonctionnement ne pèche pas par la réfraction; donc il pèche par sensibilité rétinienne ou par transparence, et c'est là un cas d'ophthalmoscopie; au contraire, si le trou d'épingle améliore la vision, il s'agit d'une anomalie purement fonctionnelle.

Le fonds du livre, c'est l'étude des anomalies fonctionnelles, la presbytie, l'hypermétropie, la myopie. Combien d'erreurs le praticien apprend à éviter en méditant les excellents conseils et les excellentes pages consacrées à ces sujets si intéressants. La loi fatale de la presbytie, et la juste application des verres suivant l'âge, le rôle dominant de l'hypermétropie dans la fatigue ou asthénopie, et la merveilleuse facilité avec laquelle un verre convexe restitue en une minute la vision nette et le repos à un malheureux dont la carrière est depuis longtemps brisée par l'impossibilité de fixer les petits objets; enfin la juste appréciation de la myopie, et le pronostic désastreux des myopies fortes, tels sont les points principaux du tableau déroulé sous les yeux du lecteur par M. Giraud-Teulon, avec cette conviction ardente, cette clarté dans l'exposition et les détails, cette bonhomie spirituelle et attachante, qualités que nous aimons tous dans notre savant collègue.

Le scrutin est ouvert sur la candidature de M. Caudmont.

Sur 25 votants, M. Caudmont obtient 25 voix.

En conséquence, M. Caudmont est proclamé membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

La séance est levée.

Le secrétaire annuel, A. Charrier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Bouillon vient d'être nommé doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Bérard, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de chirurgie des *voies urinaires* (semestre d'été) le samedi 4 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de *l'École pratique*, et il le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur E. Verrier commencera un cours spécial de manœuvres obstétricales le lundi 6 avril 1868, à quatre heures, à sa clinique, rue des Quatre-Vents, n° 6 (hôtel des Américains). Leçons tous les jours, le jeudi excepté.

— L'Administration du Nouveau Casino et des Bains de Villers-sur-Mer, près Trouville, désire s'attacher un médecin spécial pour la saison des bains.

S'adresser à M. Brécheux, 3, rue de Provence, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Lettre d'un médecin de campagne a MM. les étudiants. In-8, de 26 pages. Prix : 75 centimes. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Traité de toxicologie générale, par le Dr Galtier. 1 vol. in-8. Prix : 2 fr. — Librairie de Leclerc, 14, rue de l'École-de-Médecine.

Des maladies populaires et de la mortalité dans quelques capitales de l'Europe en 1866, avec une étude médico-hygiénique sur les consommations dans ces villes, par le Dr Vacher. 2e année. In-8. Prix : 2 fr. 50 c. — Paris. Savy.

Grand dictionnaire universel du XIXe siècle, par M. Pierre Larousse. Les fascicules 77 et 78 viennent de paraître (Carr — Casu). Prix de chaque fascicule : 1 fr. — Paris, 1868. Larousse et Boyer.

Traité sur le choléra indien et sur les moyens aussi simples qu'efficaces de le combattre et d'éteindre en quelques jours l'épidémie la plus intense, par M. le Dr Le Morvan, médecin à Pimpol (Côtes-du-Nord). In-8°. Prix : 2 fr. — Paris, 1868. P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 40. — SAMEDI 4 AVRIL 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 4 AVRIL 1868. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la chorée cardiaque.

Dans nos Revues cliniques des 15 et 22 février dernier, nous avons exposé les diverses séries de faits à l'aide desquels M. le docteur H. Roger a établi la relation de la chorée avec les affections du cœur et avec le rhumatisme, et fondé sur l'analyse des modes variés de leurs combinaisons les bases d'une histoire complète de la chorée cardiaque et rhumato-cardiaque. Nous avons pris alors l'engagement de compléter l'analyse de ces intéressantes recherches cliniques et de faire connaître les déductions pratiques qu'en aurait tirées leur auteur aux points de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement. Nous venons, aujourd'hui que la publication du travail de M. Roger est achevée, tenir cet engagement. Cette tâche nous sera rendue facile par le résumé substantiel que M. Roger a fait lui-même de ce travail dans le dernier fascicule des *Archives de médecine*. Nous n'aurons presque qu'à transcrire.

On a vu la parenté du rhumatisme et de la chorée prouvée directement par les observations de rhumatisme avec danse de Saint-Guy; puis les faits de chorée rhumato-cardiaque manifestant une relation pathogénique entre la danse de Saint-Guy et les maladies du cœur, relation tantôt directe, tantôt établie par l'intermédiaire du rhumatisme articulaire qui leur sert de trait d'union. On a vu dans les faits de chorée cardiaque, tantôt la chorée précédant la maladie du cœur, tantôt la maladie du cœur précédant la chorée; d'autres fois la cardiopathie et la danse de Saint-Guy survenant simultanément et d'emblée en quelque sorte à l'état d'association.

Le lien qui unit les phlegmasies cardiaques et la danse de Saint-Guy est celui-là même qui rattache la chorée au rhumatisme articulaire.

Deux états morbides sont associés dans la chorée cardiaque; l'alliance est triple dans la chorée rhumato-cardiaque : l'arthrite, l'ataxie musculaire, la cardiopathie se montrent ensemble ou successivement, toutes trois témoignant d'une diathèse unique, le rhumatisme.

L'évidence des rapports intimes des maladies du cœur et de la danse de Saint-Guy, rapports d'origine et de nature, a été surtout mise en saillie par les faits si importants où l'on a vu la triade rhumatique se constituer soit en plusieurs années, soit très-vite; le désordre de la musculation, le rhumatisme, la phlegmasie cardiaque, procédant par attaques multiples, alternantes ou simultanées, celles-ci se succèdent, se pressent dans le même temps, éléments semblables et combinaisons variées d'une même diathèse.

La danse de Saint-Guy et les phlegmasies du cœur, en preuve du lien supérieur qui les unit (le vice rhumatismal), ont mutuellement une action causale positive.

La chorée peut, par elle-même, être une cause de maladie du cœur, c'est-à-dire qu'une phlegmasie cardiaque peut, sans l'intermédiaire visible d'un rhumatisme articulaire, se développer dans le cours ou dans le déclin d'une danse de Saint-Guy.

Inversement, une chorée peut dériver d'une phlegmasie cardiaque, soit la péricardite, soit plus souvent l'endocardite. Ce n'est pas que la convulsion musculaire soit un symptôme de ces phlegmasies; elle ne dépend point d'une lésion du nerf phrénique et d'une action réflexe de la moelle épinière; les mouvements choréiques observés dans ces cas témoignent d'une nouvelle poussée rhumatique vers la moelle ou le cerveau ou vers les méninges.

La cause la plus puissante de la chorée cardiaque, c'est le rhumatisme articulaire, car ce rhumatisme engendre beaucoup plus souvent la chorée qu'il n'est engendré par elle, et il engendre beaucoup plus souvent les maladies du cœur qu'il n'est engendré par elles.

La diathèse rhumatismale est rarement créée par une chorée ou par une endocardite primitives, tandis qu'elle se manifeste très-souvent d'emblée par une arthrite (qu'un coup de froid a presque toujours déterminé); et de cette manifestation première dérivent ensuite, plus ou moins tôt, les autres modalités rhumatiques, la danse de Saint-Guy ou phlegmasies cardiaques.

Dans ces cas exceptionnels, c'est la scarlatine qui a été l'origine du premier rhumatisme et qui a créé ultérieurement la diathèse, laquelle s'accusera plus tard par la chorée et la maladie du cœur.

Suivant M. Roger, il n'est pas, pour la chorée compliquée de maladie du cœur, de cause autre que le rhumatisme. Si on la trouve plus souvent chez les filles que chez les garçons, c'est en raison de la fréquence notablement plus grande de la danse de Saint-Guy dans le sexe féminin. Relativement à l'âge, c'est surtout dans la seconde enfance que se montre la chorée cardiaque (le maximum des cas est entre 8 et 15 ans). Le rhumatisme étant héréditaire, la chorée cardiaque doit l'être aussi. — Les émotions morales, la peur surtout, n'ayant qu'une influence fort problématique sur la danse de Saint-Guy, n'en ont aucune sur la chorée cardiaque.

Dans la chorée cardiaque il y a tantôt péricardite (5 fois dans 71 observations), tantôt et plus souvent endopéricardite (19 fois), tantôt enfin, et c'est le cas le plus fréquent (47 fois), simple endocardite.

Pour affirmer que la chorée est cardiaque, il faut avoir constaté les signes physiques de la maladie du cœur : les troubles fonctionnels (palpitations, dyspnée, etc.) sont, ainsi que les simples altérations de rhythme (irrégularités, intermittences), insuffisants pour le diagnostic; car ces phénomènes morbides pourraient dépendre d'un trouble purement dynamique dans les mouvements d'un organe qui est essentiellement musculeux. — La matité plus étendue de la région précordiale et les bruits anormaux sont les seuls signes certains des affections cardiaques.

Les souffles ont une importance capitale dans le diagnostic de l'endocardite, et surtout le souffle dont le siége maximum est à la pointe du cœur, c'est-à-dire à l'orifice mitral. — Les souffles cardiaques, chez les sujets de la première et même de la seconde enfance, ne dépendent presque jamais de la chloro-anémie, et de plus, les souffles ayant toujours, quand ils sont inorganiques, leur maximum d'intensité à la base du cœur, il en résulte qu'un souffle perçu à la pointe, chez un enfant atteint de chorée, ne devra pas être rapporté à l'anémie (qui pourtant est très-souvent concomitante), mais qu'il sera le signe d'une endocardite.

En conséquence, un souffle au premier temps et à la pointe du cœur constaté chez un choréique, est un indice à peu près certain de chorée cardiaque. — La valeur considérable de ce souffle sémiotique est démontrée par ces fait très-nombreux où le bruit anomal naît sous l'oreille de l'observateur, pendant le cours de la danse de Saint-Guy; celle-ci guérit, tandis que le bruit pathologique survit à cette guérison, et quelques années plus tard, l'endocardite, qui avait été annoncée par ce seul signe, progresse, devient chronique et dégénère en maladie du cœur.

Quoique nés les uns des autres et s'engendrant aussi les uns les autres, les éléments morbides de la chorée cardiaque, une fois celle-ci constituée, perdent presque complétement leur action réciproque et n'ont plus de commun que leur origine rhumatique. — Une danse de Saint-Guy légère peut en effet donner naissance à une grave phlegmasie cardiaque, et inversement une grave endopéricardite à de légères convulsions musculaires. — Même discordance dans la marche des éléments de la choréé cardiaque : les convulsions peuvent devenir générales et très-fortes, alors que la phlegmasie cardiaque reste à peine marquée et même diminue; au contraire, dans presque tous les cas, la maladie progresse et suit sa marche fatale, tandis que la chorée s'amende et guérit (dans presque toutes les observations il est dit expressément que l'affection cardiaque survivait à la chorée).

En définitive, c'est encore le vice rhumatismal qui commande et à la symptomalogie, et à l'étiologie de la danse de Saint-Guy, et aux maladies du cœur.

De même que le pronostic du rhumatisme articulaire, déjà

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

—

Traité des maladies des régions intertropicales.

Par le docteur O. SAINT-VEL, *ancien médecin civil à la Martinique* (1).

Les communications fréquentes et rapides établies aujourd'hui entre la France et les possessions intertropicales par le service régulier des navires à vapeur, appellent plus que par le passé l'attention des médecins sur le sujet traité par le docteur Saint-Vel. Des affections contractées dans ces régions et pour lesquelles les malades viennent demander soulagement et guérison sous des latitudes plus clémentes peuvent se présenter à leur observation; des maladies, jusqu'alors inconnues à nos climats, peuvent exister à l'état d'épidémie : la fièvre jaune, survenue à Saint-Nazaire en 1861 et importée par l'*Anne-Marie*, en est la preuve. La pathologie exotique porte donc à la France son contingent de maladies et de malades, et nous ne doutons point que nos confrères ne lisent avec intérêt les pages que lui a consacrées le docteur Saint-Vel.

Le sujet n'était pas nouveau; les médecins de l'armée et de la marine lui ont payé leur tribut par la publication de bons mémoires, d'excellentes monographies, le docteur Dutrouleau, par son remarquable *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*. Il était cependant intéressant d'étudier ces maladies, non-seulement sur la race européenne, mais comparativement sur les races tropicales, sur le créole blanc, le nègre, l'Indien, de tracer en un mot une pathologie comparée des races et des climats. C'est ce qu'a tenté avec succès le docteur Saint-Vel, ainsi que nous le verrons par une rapide analyse de son ouvrage.

Dans la *première partie*, « *Endémies* et *Épidémies*, » l'auteur débute par un chapitre sur l'acclimatement des races, puis entre d'emblée dans l'étude de l'*anémie tropicale* qui, en effet, devait avoir les honneurs de la première page. C'est que « dans les régions tropicales, l'anémie est le fond de la plupart des maladies et constitue un état pathologique des plus fréquents et des plus graves. Elle s'observe avec toutes ses nuances et tous ses degrés, frappe toutes les races, comprend les plus graves désordres et implique les plus grands périls. » Expression exacte de la vérité qui nous rappelle l'état de nos malades forcément renvoyés en France après deux mois de séjour à la Vera-Cruz, atteints d'anémie à marche tellement rapide, qu'il fallait la dénommer *anémie active*.

L'auteur, dans un second chapitre, traite de l'*Endémie paludéenne*, dans autant d'articles distincts des *fièvres paludéennes*, des *fièvres pernicieuses et larvées*, de la *fièvre bilieuse grave* des pays chauds, ou *fièvre ictéro-hémorrhagique*, de la *diathèse* et de la *cachexie paludéennes*. Il ne nous est guère possible, dans les bornes d'un compte rendu succinct, d'analyser *in extenso* tous ces chapitres; mais les médecins qui ont exercé dans ces contrées retrouveront comme nous, à la lecture, le tableau fidèle des faits de leur pratique avec leur gravité et leur léthalité si souvent désespérantes.

La *dyssenterie* et la *diarrhée chronique*, comprises par la plupart des auteurs sous le nom de *dyssenterie des pays chauds*, sont le sujet d'une étude intéressante, dans laquelle l'auteur s'attache à les montrer indépendantes l'une de l'autre et avec des caractères parfaitement tranchés, au moins lorsqu'elles sévissent sur les races tropicales. Cette manière de voir s'appuie sur des observations cliniques et pathologiques qui nous semblent probantes.

Aux *maladies du foie* succède une description des *ictères*. L'ictère caractérise certaines fièvres palustres propres à certaines localités, au point de leur imposer une désignation qui indique sa prédominance, *fièvre bilieuse grave*, *fièvre ictéro-hémorrhagique*. Cette coloration est-elle bien due à la présence dans le sang des éléments de la bile? Adoptant de M. Gubler, la dénomination d'*ictère biliphéique* du nom de biliphéine donné en commun par Berzélius à la biliverdine et à la bilifulvine, le docteur Saint-Vel s'attache à montrer la vraie nature de la suffusion jaune qui caractérise certaines fièvres graves intermittentes ou rémittentes, avec ou sans vomissements noirs. C'est ainsi que l'ictère de ces fièvres graves et l'ictère caractéristique de la fièvre jaune qui succède aux phénomènes congestifs et se prononce de plus en plus dans la deuxième période seraient des *ictères hémophéiques*; l'urine, en effet, traitée par l'acide azotique ne prend point la teinte verte qui indique la présence de la matière colorante de la bile, et les vomissements noirs, et les hémorrhagies révèlent dans les deux cas la profonde altération du sang; mais dans un certain nombre de cas de fièvre jaune, à la fin de la seconde période et comme un symptôme favorable, à l'*ictère hémophéique*, succède l'*ictère biliphéique*. Alors, en effet, l'acide azotique donne, avec l'urine, les mutations de couleur qui appartiennent à la matière colorante de la bile.

La *fièvre bilieuse grave* ou *fièvre ictéro-hémorrhagique* est bien accompagnée d'une ictère véritable; cependant les urines ne doivent pas leur coloration à la présence de la bile, mais à celle du sang. L'addition de l'acide azotique dans les urines produit, en effet, un coagulum albumineux dont l'abondance est en rapport avec l'intensité de coloration du liquide, ou en d'autres termes avec la quantité de sang. Le microscope y retrouve, d'ailleurs, les globules sanguins irrégulièrement déformés; faits qui, pour la fièvre bilieuse, confirment les observations de MM. Dutrouleau, Pellarin, Barthélemy-Benoist.

Ces données sont, comme on le voit, d'une haute importance, notamment pour la détermination de l'individualité morbide de la

(1) Chez Adrien Delahaye, 1868.

très-grave chez les adultes par la coïncidence des phlegmasies cardiaques, l'est davantage encore chez les enfants qui peuvent en outre être atteints de chorée consécutive, de même, et *à priori*, le pronostic de la danse de Saint-Guy, déjà sérieux par suite de la coïncidence du rhumatisme articulaire, l'est beaucoup plus par l'imminence toujours présente des complications cardiaques. — La sévérité de la prognose dans la chorée est donc beaucoup plus grande que ne l'ont indiqué les descripteurs de cette maladie; et quant à la chorée rhumato-cardiaque, dont l'existence même avait été jusqu'ici méconnue, elle est, en somme, une des plus redoutables affections qui abrégent la vie de l'enfant.

La chorée cardiaque, et lorsqu'elle se constitue et lorsqu'elle est constituée dans son ensemble, réclame un traitement particulier et nécessite des modifications dans la thérapeutique habituelle des états morbides séparés.

Si la chorée légère et partielle, qui se montre dans certaines inflammations aiguës du cœur, peut être négligée (épiphénomène insignifiant en comparaison des graves accidents cardiaques), elle rappelle pourtant au médecin que la diathèse rhumatismale continue à être en puissance, et qu'il doit persévérer dans la médication active qu'il a commencée contre de redoutables phlegmasies (la médication antiphlogistique, tempérée en proportion de l'âge, est la préférable).

Si une chorée cardiaque est compliquée de rhumatisme articulaire aigu, au traitement local et général opposé déjà à la maladie du cœur et au vice rhumatismal, il faudra ajouter des remèdes qui modèrent et la douleur et l'ataxie musculaire si pénibles dans les membres endoloris (tartre stibié, opiacés à haute dose).

Quand la danse de Saint-Guy a précédé l'arthrite et les inflammations du cœur; quand ces manifestations pathologiques éclatent dans son cours, la physionomie de la maladie change aussitôt, et la médication dirigée primitivement contre le désordre de la musculation, devra pareillement changer. La maladie était apyrétique; elle devient fébrile, et, au traitement tonique et même excitant prescrit d'abord (l'anémie complique très-souvent la chorée), il faudra se hâter de substituer la médication antiphlogistique, et remplacer la gymnastique, les bains sulfureux, les préparations ferrugineuses, par les émissions sanguines locales ou générales et par les débilitants. La maladie était simple, sans la moindre gravité apparente, et voici que les plus dangereuses complications surviennent; on avait pu se borner à la méthode expectante, et voici que le traitement ne saurait être trop actif, trop énergique, et que la plupart du temps, malgré cette énergie (antiphlogistiques, contro-stimulants, sédatifs, revulsifs), elle restera impuissante, et l'affection du cœur progressera plus ou moins vite; mais fatalement, vers une terminaison funeste.

Dans la plupart des cas observés, la triade rhumatique est complète, il y a chorée rhumato-cardiaque. Alors la maladie du cœur est continue, persistante, et elle se complique encore par intervalles, soit de chorée, soit de rhumatisme articulaire, soit des deux à la fois. Dans ces conditions complexes, le traitement direct de la chorée n'est plus que secondaire; il est constamment primé par celui des autres manifestations rhumatismales bien autrement graves. Tous les efforts du praticien devront tendre désormais à atténuer la diathèse, et à retarder, s'il est possible, la marche de la maladie du cœur.

Dans le traitement de la chorée cardiaque, c'est l'auscultation qui, en précisant la diagnose, fournit à la thérapeutique les données les plus sûres et les plus utiles.

De la notion de la coïncidence d'une maladie du cœur chez un choréique découle le précepte de s'abstenir des médicaments souvent employés banalement (bains sulfureux, bains froids, natation, gymnastique), médications périlleuses dans la conjoncture, qui peut-être diminueront la danse de Saint-Guy, mais qui certainement aggraveront l'affection cardiaque.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Depaul.

Déchirure centrale du périnée chez une primipare.

Femme brune, assez bonne constitution, d'un embonpoint modéré. Conformation du bassin normal.

Réglée à 14 ans, huit jours par mois, d'une façon très-régulière, sans interruption.

Dernière apparition des règles inconnue.

Dans les premiers mois de la grossesse, elle a eu plusieurs hémorrhagies modérées, puis quelques nausées et quelques vomissements.

Le 9 décembre 1867, à trois heures du soir, la femme est prise des premières douleurs et est amenée à l'hôpital.

Rupture spontanée des membranes à cinq heures du soir.

Terminaison à cinq heures et demie.

Sommet en O. I. G. A.; garçon; poids, 3,050 gr.

La malade était arrivée à la fin du travail avec des douleurs régulières et très-fortes. La tête, arrivée à la vulve, resta pendant quelque temps entre les cuisses coiffée par le périnée, qui faisait une saillie considérable, l'occiput dirigé en avant et la vulve entr'ouverte le laissant apercevoir. Tout à coup, sous l'influence d'une douleur plus vive, le périnée s'ouvre et le front et la face apparaissent. Une deuxième douleur, qui survient quelques minutes après, achève d'agrandir l'ouverture, et la tête entière passe par la déchirure, suivie bientôt du tronc. La délivrance a été opérée par l'orifice vulvaire, la sage-femme en chef ayant ramené le cordon par la vulve.

Le périnée offre une plaie béante infundibuliforme longue de 6 centimètres, large de 3 centimètres, circonscrite par deux lèvres épaisses irrégulières, contuses; limitée en arrière par le sphincter anal, qui est intact; en avant, par le repli membraneux qui constitue la fourchette.

La vulve, petite, étroite, régulière, examinée immédiatement, ne présente aucune des lésions que produit habituellement un premier accouchement.

Les 10 et 11, la vulve a l'étroitesse et la forme d'une femme qui n'a pas eu d'enfants. L'anneau vulvaire est intact; la plaie est un peu rétrécie : elle offre un léger enroulement des bords cutanés; les parois latérales de la plaie sont plus rapprochées, sans réunion.

Le soir, à six heures, elle est prise d'un petit frisson. Pouls à 96. Un peu de chaleur à la peau. La fosse iliaque gauche, un peu sensible à une forte pression. Cataplasmes.

12 décembre. — Pouls à 112. Ventre plat, souple, un peu sensible à droite; la plaie un peu blafarde, humide, béante. Écoulement sanieux fétide. La plaie est tuméfiée et douloureuse; les bords se renversent de plus en plus. Cataplasmes de fécule.

13 décembre. — La surface de la plaie est grisâtre, sanieuse; les tissus environnants sont souples, moins œdématiés, moins sensibles; le pouls à 108; l'état général meilleur.

14 et 15 décembre. — La plaie commence à se déterger, et on voit déjà quelques bourgeons charnus qui se développent au centre de ce tissu grisâtre qui constitue la plaie. État général satisfaisant. L'écoulement lochial se fait presque en entier par la plaie. Pansement avec vin aromatique, une portion.

17 décembre. — La plaie est aujourd'hui complétement détergée et rose, vermeille. A trois heures, la femme est prise d'un frisson qui a duré une demi-heure. Pouls à 104; bouche mauvaise, saniée; langue un peu chargée; la plaie est un peu douloureuse; deux selles normales pour la première fois.

18 décembre. — État général satisfaisant; une portion; vin de Bordeaux; pansement avec vin aromatique.

19 décembre. — La plaie se rétrécit un peu; elle s'affaisse et bourgeonne bien. État général parfait. La plaie a toujours 6 centimètres de long sur 3 centimètres de large; elle bourgeonne très-bien, et la partie correspondant à la commissure est déjà en partie cicatrisée. Un jour de diarrhée. État général un peu moins bon.

20 décembre. — Même état; toujours de la diarrhée. La plaie reste belle. Un quart de portion, avec vin aromatique, tilleul, orange. Deux potages, deux bouillons.

A partir de ce moment, la plaie va toujours en se rétrécissant et en bourgeonnant, et le 26 décembre, la plaie mesurée présente les caractères suivants : un entonnoir de 3 centimètres de long et de large, percé d'un trou à son fond qui va faire communiquer le vagin avec l'intérieur, et entouré par deux bords d'une épaisseur d'un centimètre qui se renversent un peu plus du côté de la vulve et de l'anus. L'orifice a une dimension qui laisse passer le doigt à frottement. Plaie rose, vermeille, belle, indolore, suppurant très-peu.

Pendant tout le mois de janvier, la plaie se rétrécit de plus en plus, et aujourd'hui, 5 février, la plaie est réduite au volume d'une pièce de un franc tout au plus, offrant à son centre un canal étroit qui aujourd'hui laisse à peine passer une plume, d'où les bords convergeant toujours vers le centre et la plaie bourgeonnant toujours. L'état général reste satisfaisant, et la femme, qui est restée couchée jusqu'au 1er, se lève depuis cette époque sans que cela arrête en quoi que ce soit la cicatrisation.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. Letenneur.

Odontôme radiculaire cémentaire.

La femme V..., âgée de 34 ans, demeurant à la Chapelle-sur-Erdre (Loire-Inférieure), est entrée à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 8 février 1858, pour une tumeur de la mâchoire inférieure.

Cette femme nous raconte que, vers l'âge de huit ans, elle éprouva des douleurs au côté gauche de la mâchoire; l'avulsion d'une grosse molaire malade ne produisit qu'un soulagement incomplet. Dès cette époque, le côté gauche de la mâchoire était plus volumineux que le côté droit, et cette tuméfaction n'a pas diminué après l'extraction de la dent.

Les souvenirs de la malade paraissent très-précis sur tous ces points.

Les choses restèrent dans le même état pendant seize années, et, sauf le gonflement de la mâchoire et quelques petites douleurs qui n'attiraient que faiblement l'attention de la malade, tout semblait rentré dans l'ordre.

Après cette période de seize ans, survinrent de nouvelles et assez vives douleurs; on employa des cataplasmes émollients et on eut recours à l'application de quelques sangsues.

Les douleurs aiguës se calmèrent de nouveau; les choses reprirent leur allure habituelle, et la tumeur n'augmenta pas sensiblement.

Dans les derniers mois de 1857, c'est-à-dire vingt-six ans après l'apparition des premières douleurs, les accidents devinrent plus sérieux : on les attribua à une dent cariée; la malade se la fit enlever mais sans succès contre la douleur qui, au contraire, augmenta beaucoup. Le gonflement devint énorme, et plusieurs abcès s'ouvrirent successivement dans la bouche et restèrent fistuleux.

Pendant cinq mois, aucun événement nouveau ne survint; mais la malade était toujours incommodée par le pus qui coulait dans la bouche et par le volume de la mâchoire.

Vers cette époque, un médicastre de campagne conseilla l'application d'un emplâtre qu'on laissa en place pendant quinze jours; pendant ce temps, les douleurs furent intolérables, et quand on découvrit la région malade, on reconnut qu'une plaie profonde s'était produite et atteignait la surface osseuse.

A partir de ce moment, le pus s'écoula au dehors, mais la tumeur osseuse augmenta de volume surtout à l'intérieur de la bouche. C'est alors que la femme V... vint réclamer mes conseils.

Je constatai un gonflement considérable du maxillaire inférieur dont les deux lames semblaient écartées l'une de l'autre. La tumeur n'était donc pas circonscrite, et ses limites ne pouvaient être précisées.

Un stylet introduit dans la fistule pénétrait au milieu de la tumeur à travers un pertuis de la paroi externe; on rencontrait un séquestre mobile, rugueux, offrant à la percussion et à la pression les caractères d'une masse très-compacte.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante :

Incision divisant la lèvre inférieure sur la ligne médiane, puis suivant ensuite le bord de la mâchoire jusqu'auprès du masseter.

---

fièvre jaune et de certaines pyrexies tropicales. Ce chapitre des ictères contient en outre une bonne description de l'*ictère épidémique* observée à la Martinique en 1858, et qui sévit particulièrement sur les femmes enceintes, en faisant de nombreuses victimes.

Dans la *seconde partie* : « *Essai de pathologie comparée des races et des climats.* » L'auteur a dû parcourir le cercle presque tout entier de la pathologie, pour montrer les modifications imprimées aux affections médicales et chirurgicales par les influences météorologiques et pathologiques générales des pays tropicaux. Les conditions d'acclimatement et d'hygiène des individus et des races, les différences que la même espèce morbide présente sous deux climats opposés prêtaient à des considérations intéressantes, très-bien développées dans ce travail.

Entre les maladies des pays tropicaux et celles qui s'observent en Europe existent, en effet, de grandes différences; plusieurs affections des pays tempérés ne se rencontrent plus sous ces latitudes brûlantes; au lieu d'une complète similitude, les mêmes affections n'ont que de l'analogie. Des complications fréquentes en Europe ne s'observent pas ou ne sont qu'accidentelles. C'est ainsi que l'érysipèle et l'infection purulente sont de rares exceptions, alors que d'autres complications deviennent fréquentes et redoutables. Le tétanos peut compromettre la lésion la plus grave comme la plus légère, et l'on voit la périodicité et les accès pernicieux marquer de leur cachet la pathologie tout entière. A l'exception de la fièvre jaune, il ne paraît pas exister de maladies spéciales aux Antilles, et l'auteur pense qu'il n'existe pas davantage de maladies spéciales à certaines races.

Certaines maladies présentent des complications toutes autres que celles observées en Europe. Dans la rougeole, rareté excessive des complications thoraciques, fréquence et gravité extrême de la diarrhée. Dans la phthisie pulmonaire, la diarrhée et les sueurs sont peu fréquentes et peu abondantes, l'hémoptysie prend, au contraire, une fréquence et une gravité très-grandes; la tuberculisation est toujours limitée aux poumons, et les affections tuberculeuses dans l'enfance sont des plus rares, particularités signalées aussi par le docteur Rufz.

Les maladies de la peau devaient présenter chez les races colorées des différences tenant surtout aux caractères extérieurs modifiés. On conçoit, en effet, que la constitution spéciale de la peau du nègre et des races mélangées imprime à la pathologie cutanée un aspect particulier et quelquefois fort embarrassant pour le diagnostic.

Enfin, au point de vue chirurgical, un fait important, dû à l'influence des climats chauds, est la terminaison heureuse des opérations les plus graves; ni accidents, ni mouvements fébriles appréciables, défaut de réaction qui, chez le nègre, tient moins à une propriété de race qu'à l'atonie générale des individus.

Ces idées, que nous avons détachées en courant et présentées comme propositions générales, sont entièrement conformes à nos observations personnelles. De cette vue d'ensemble, l'auteur entre dans le détail des faits; nous regrettons de ne pouvoir l'y suivre, mais c'est dans leur exposition surtout que l'on reconnaît jusqu'à quel point le terrain peut modifier la semence.

Le docteur Saint-Vel, en publiant le résultat de ses patientes études, a scrupuleusement tenu compte des travaux des devanciers. Son livre est écrit d'un style simple et toujours clair, et le « Traité des maladies des régions intertropicales » sera certainement entre les mains de tous nos confrères de l'armée et de la marine, surtout de ceux appelés à servir dans les possessions d'outre-mer.

Dr Rougon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, vient d'être nommé doyen, en remplacement de M. Bérard.

— Par décret, M. Bourchardat, ancien président de l'Académie de médecine, a été nommé membre du conseil de surveillance de l'administration générale de l'assistance publique de Paris.

— La prochaine séance de la Société micrographique aura lieu le 6 avril, à 3 heures, rue Christine, 2.

— La prochaine séance de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance aura lieu mercredi prochain 8 avril, à huit heures précises du soir, à la mairie du 1er arrondissement.

Ordre du jour : De la constation des naissances à domicile (suite). — Rapport des membres de la commission de statistique et des maladies régnantes pendant le premier trimestre 1868. — Des devoirs du médecin-inspecteur des crèches et des salles d'asile, par MM. Passant et Coursserant.

— Les membres de la commission, instituée pour la publication d'un annuaire de l'internat, prient *instamment* leurs anciens collègues des hôpitaux de Paris, habitant la France et l'étranger, d'envoyer à *M. le docteur L. Martineau*, 14, *rue de Beaune*, *Paris*, les renseignements suivants : 1° leurs nom et prénoms; 2° la date de leur promotion; 3° le lieu de leur naissance.

— École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon. — M. Ladrey (Claude), docteur ès-sciences physiques, pharmacien de 1re classe, chargé du cours de pharmacie et toxicologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

— M. le docteur Soviche vient d'être nommé chirurgien et médecin honoraire des Hospices civils de Saint-Etienne.

Le lambeau fut détaché dans les points malades au moyen de la spatule, ce qui mit immédiatement à nu toute la coque osseuse. Au moyen de pinces incisives, de la gouge et du maillet, j'enlevai toute la paroi externe et je pus extraire une masse osseuse à laquelle adhérait une petite molaire. Cette masse osseuse ressemblait assez bien à un calcul mural.

La paroi interne du kyste osseux fut excisée de la même manière que la paroi externe, et le lambeau fut remis en place et maintenu au moyen de la suture entortillée pour la plaie verticale et de fils métalliques pour la plaie horizontale.

La réunion immédiate eut lieu, et la malade quitta l'hôpital au bout de quinze jours, conservant encore à la partie inférieure de la joue l'orifice de son ancienne fistule, qui laissait écouler un peu de salive.

Je recommandai à la malade de venir me revoir, mais elle fit attendre cette visite six ans. Elle avait eu la constance de garder pendant tout ce temps une fistule par laquelle la salive s'écoulait abondamment, inconvénient auquel elle obviait par un petit tampon de charpie.

Cette fistule était formée par les parties molles de la joue et par un pont osseux, une sorte d'anse implantée sur le maxillaire et logée dans l'épaisseur de la joue. La peau et la muqueuse buccale se rejoignaient sous cette arcade. Je décidai cette femme à se débarrasser de son infirmité : la fistule fut comprise entre deux incisions ; l'arcade osseuse, mise à découvert, fut détachée par deux traits de scie et la suture entortillée réunit les parties molles ; la guérison fut obtenue promptement, et les traces de la double opération sont à peine appréciables.

Examen de la pièce.

La tumeur, assez irrégulière à sa surface et ressemblant assez bien, comme je l'ai dit, à un calcul mural, présente, dans son plus grand diamètre, en y comprenant la racine de la dent, 3 centimètres et demi ; les autres diamètres sont de 2 centimètres et demi.

La dent adhérente à la tumeur est la première petite molaire parfaitement conformée ; l'adhérence a lieu par un seul côté de la racine et par l'extrémité de cette racine, qui se recourbe comme pour se fondre dans le tissu anormal. Cependant la blancheur de la racine contraste avec la couleur grisâtre de la tumeur.

La couronne de la dent est libre et n'a subi aucune altération. Une coupe au moyen de la scie démontre qu'il s'agit d'une tumeur éburnée d'une extrême dureté ; l'examen d'une lamelle au microscope a révélé une structure osseuse. On y voit quelques ostéoplastes. Cette exostose, qui n'est qu'un épanouissement du ciment, a débuté au moment de la seconde dentition, à l'âge de 7 ou 8 ans ; elle ne s'est nécrosée que vingt-six ans après l'époque de l'apparition des premiers abcès.

Il est difficile de comprendre que la vie puisse persister dans une masse aussi compacte et dont les éléments sont condensés à ce point. Boyer semble faire allusion à des faits analogues lorsqu'il dit (*Malad. chirurg.*, t. III, p. 484, édit. de Ph. Boyer) : « Une des terminaisons de l'exostose, dont les auteurs n'ont point parlé et qui a cependant été observée surtout dans l'exostose *dure* et *stalactiforme*, c'est celle par nécrose. »

Sous le titre de *Nécrose de la mâchoire inférieure*, Desault (*OEuvres chirurg.*, t. II), a publié un des faits auxquels Boyer fait peut-être allusion, car il s'agit d'un séquestre qui avait le *volume d'une très-grosse noix*.

Depuis que les travaux de MM. A. Forget, Robin et Broca ont jeté une si grande lumière sur la nature et l'origine des tumeurs qui se rattachent à l'évolution dentaire, les faits ne manqueront pas de se produire en grand nombre, et ce chapitre de la science ne laissera bientôt plus rien à désirer.

Après avoir fourni déjà une observation et une pièce anatomique qui ont été pour M. A. Forget l'occasion de savantes et intéressantes recherches (*Étude histologique d'une tumeur fibreuse non décrite de la mâchoire inférieure*, etc., avec planche ; mémoire lu à la Société de chirurgie de Paris. 1861), je suis heureux d'apporter un nouveau tribut à l'histoire des odontômes.

Herniotomie inguinale et crurale.

Par G. A. Delceltre, *ancien chirurgien-major de la marine.*

En traitant ce sujet, au point de vue pratique, pour les sections seulement, notre désir est de rassurer nos jeunes confrères qui, à leurs débuts, appréhendent beaucoup trop ces opérations, que nous espérons leur rendre plus courtes et moins difficiles.

Ce qui cause le plus d'embarras et de retard, c'est de tenir à la reconnaissance des tuniques herniaires ; on veut les déterminer toutes, on n'en diagnostique pas la moitié, même chez les enfants, où elles sont plus distinctes, et chez les adultes dans les cas récents. Il faudrait de bonnes connaissances anatomiques. Qu'est-ce donc quand on n'en a pas grandement ? Il faut cependant arriver à fin, quand on ne peut pas ou qu'on ne veut pas se faire remplacer. Eh bien ! voyons comment.

Herniotomie inguinale. — Chez la femme, l'incision dépasserait, en bas, la tumeur, que ce serait sans inconvénient. Chez l'homme, si elle n'arrivait pas au bas du scrotum, on ouvrirait la tunique vaginale ; de là l'issue du testicule. Ce fait est mauvais comme exécution, mais il n'offre point de danger : deux points de suture répareront cet accident dû à l'impéribie. Pour l'éviter, examinez et tâtez la tumeur pour constater sa fin ; faites de même pour son origine, puis, les membres inférieurs étant allongés pour que la peau s'étale bien partout (vous la tendez, d'ailleurs, avec la main gauche), ne faites point de pli cutané, incisez de l'émergence de la tumeur jusqu'à sa fin, d'un seul trait ; repassez l'instrument, du haut en bas, dans la même voie : maintenant, au lieu de disséquer feuillet par feuillet, soit de la partie supérieure jusqu'à l'inférieure, soit en commençant au centre et poussant la sonde cannelée d'abord jusqu'en haut, puis jusqu'en bas, venez de suite attaquer le bas-fond de la tumeur, dans une étendue de 2 centimètres ; c'est là qu'il faut creuser.

Ainsi donc, pincez et divisez par couches successives ; tâtez, de moment à autre, avec les index, pour apprécier l'épaisseur restante, sentir une ondulation molle, pâteuse, et peut-être apercevez-vous une surface à points, les uns jaunâtres, les autres bleus. Ce sont les graisses et les veines de l'épiploon. Si l'ondulation est plus rénitente, elle fera penser à l'intestin, et vous verrez peut-être, par transparence, une couleur cramoisie.

Au lieu de l'ondulation, vous aurez souvent la fluctuation, car c'est là que le liquide s'accumule.

Continuez à diviser horizontalement, lame par lame, et avec grande précaution ; de cette façon, vous pénétrerez dans le sac, soit en le reconnaissant, soit sans le savoir, car sans transparence, influctuation, où est la certitude d'être sur le péritoine ?

S'il sort du liquide citrin, c'est bon : l'intestin est peu malade, excepté peut-être à l'anneau : si le liquide est rouge, soyez sûr, dès ce moment, que l'intestin est très-enflammé et que c'est lui qui a exhalé le sang teignant la sérosité.

Quand on est certain d'être dans le sac, par la vue de l'épiploon, des intestins, du liquide, par l'introduction d'un stylet, il n'y a plus qu'à inciser du bas jusqu'en haut toutes les enveloppes à la fois. La sonde cannelée et le bistouri ne valent pas les ciseaux ; ceux-ci sont bons aussi pour l'anneau ; ils dispensent du bistouri boutonné.

L'anneau étant divisé, si cela ne suffisait pas, parce que l'étranglement serait plus haut, il faudrait diviser le canal inguinal, peut-être jusqu'à l'orifice profond inclusivement, et fendre ce dernier, droit en haut, et sur son milieu, dans le cas de doute sur la situation artérielle.

Quant à la solution de continuité due au bistouri, si elle est bien longue et que les tissus soient fermés, quelques points de suture espacés peuvent rendre service.

Herniotomie crurale. — L'incision crurale n'est plus qu'un souvenir historique : l'incision en T lui a succédé.

Si la tumeur, par extraordinaire, atteint le devant du ligament de fallope, ou même un peu plus haut, la section horizontale sera, quand même, au bas de ce ligament, le longeant et dépassant un peu l'alignement latéral de la hernie. Quant à la section verticale, pour être à l'aise, elle descendra d'un centimètre au-dessous de la tumeur. Ce débordement, haut et bas, qu'il ne faut pas obtenir après coup, dégage le cordon de la hernie.

Nous préférons à cette incision celle demi-circulaire, parce qu'elle met mieux à nu toute la tumeur et que le lambeau, relevé en haut et tenu par un seul doigt, ne gêne nullement l'opérateur. Nous l'avons exécutée plusieurs fois ; les assistants l'ont trouvée plus commode que la précédente.

Voici comment agir :

Plier la cuisse pour mieux tâter la peau, en la pinçant, afin d'estimer son épaisseur.

Faire allonger le membre inférieur ; commencer l'incision au-dessous du ligament de fallope, à l'alignement latéral de la tumeur ; descendre, cerner son contour à 2 millimètres de son émergence et remonter au niveau du point de départ. Si cette première section est trop superficielle, on dépasse le bistouri dans la même voie ; disséquer le lambeau avec précaution, surtout si la peau est très-mince, comme chez les gens maigres et un peu âgés. Dans ce cas, on est de suite sur la tumeur, le fascia superficialis étant pelliculaire et non distinct. S'il y a de la graisse, l'épaisseur est doublée, sans donner cependant un centimètre. Alors le fascia superficialis se reconnaîtra peut-être par une teinte rougeâtre.

Le lambeau relevé et tenu, tout le champ de l'opération est visible et aucun aide n'y a la main.

On tâte, avec les index, pour apprécier la minceur des enveloppes et obtenir l'ondulation ou la fluctuation, comme nous l'avons indiqué pour la hernie inguinale. On vient disséquer tout à fait en bas de la tumeur, dans l'étendue d'un centimètre et demi, s'arrêtant par moment, et tâtant pour juger ce qui reste à diviser. Rappelons ici la transparence permettant, parfois, de distinguer l'intestin, l'épiploon, ce qui annonce qu'on est sur le péritoine. Si elle n'existe pas, ni la fluctuation non plus, on continue à couper membrane par membrane, horizontalement et sur le point le plus déclive, à l'endroit du recourbement de la tumeur.

Dans cette hernie, il y a bien moins d'épaisseur pour arriver au sac que dans la précédente.

On peut bientôt, avec les doigts (si l'on veut), faire le tour de la tumeur, la déchausser jusqu'au collet et apercevoir la virole du cribriformis. Il n'y a pas à y tenir ; le péritoine n'étant pas ouvert, cela n'avance à rien.

Lorsqu'on y est entré et qu'on a examiné son contenu, reste le débridement, soit unique, soit multiple.

Le fascia cribriformis, si l'on opère le premier jour de l'étranglement, et cependant en dessus ; en dessous, le doigt suffit aisément pour le vaincre : de jour en jour, il s'épaissit et durcit.

Dans le débridement unique, on a à couper le péritoine, son tissu sous-séreux, le fascia cribriformis et le ligament de gimbernat. Ce dernier est une grande puissance ; il faut la détruire largement, et l'on sera à l'aise. Le bistouri ne dépassera ce ligament que par son bouton, dans la crainte d'accident.

Ce débridement doit suffire : si ce n'était pas assez, et qu'on ne pût pas réduire, on couperait au milieu, en bas, puis enfin en haut ; mais dans ce dernier point ce serait très-peu : on se bornerait au fascia cribriformis, sans entamer le ligament de fallope, afin d'éviter l'éventration, si gênante pour les malades. Nous pensons que la section du ligament de fallope n'est jamais indispensable, surtout si le ligament de gimbernat a été bien divisé.

Quant au pansement, nous mettons deux épingles aux limites du tiers moyen du lambeau, laissant l'ouverture du centre pour la suppuration.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 18 mars 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Guyon présente au nom de M. Letenneur (de Nantes), une observation intitulée : *Odontôme radiculaire cémentaire.* Cette observation avait déjà été envoyée à la Société sous le titre d'*exostose éburnée* ; mais elle n'avait pas été publiée. (*Voir plus haut*).

M. Broca. M. Guyon a bien voulu mettre à ma disposition la pièce qui lui a été envoyée par M. Letenneur, et sans l'endommager j'ai fait faire une préparation microscopique (coupe très-fine) par M. Bourgogne. Cette pièce ne renferme que du cément. Cependant la partie centrale paraît ressembler à de l'ivoire ; mais en y regardant de près, on voit qu'il n'y a que des corpuscules osseux. C'est bien là un exemple d'odontôme cémentaire. Chez l'homme, ces tumeurs ne peuvent avoir leur point de départ qu'au niveau des racines des dents, et dans le cas dont il s'agit, la tumeur a pris naissance sur une racine de la dent.

En général, les odontômes ont une forme arrondie, mamelonnée, mais chacun des petits mamelons est régulier ; ici ces saillies, au contraire, sont rugueuses. Cette disposition s'explique par la longueur du temps pendant lequel la tumeur a été en contact avec des tissus en suppuration (depuis l'âge de 8 ans jusqu'à l'âge de 34 ans).

Statistique hospitalière.

M. Broca. Deux personnes ont essayé de répondre aux vœux de la Société, qui désirerait poursuivre dans les asiles de convalescence la statistique commencée dans nos services des hôpitaux. Quoiqu'il n'existe pas de statistique officielle dans les asiles, depuis longues années déjà, ainsi qu'il me l'a fait savoir, M. le docteur Dumesnil, de concert avec Laborie, recueillait tous les documents propres à en fournir les bases les plus solides.

Je n'ai pas lieu de croire que, jusqu'à ce jour, des relevés semblables aient été faits à l'asile du Vésinet.

De son côté, M. Husson a bien voulu m'écrire une lettre dont je vais vous communiquer la teneur.

M. Husson est allé voir M. de Bosredon, secrétaire général du Ministère de l'Intérieur, et il a demandé que l'on voulût bien mettre l'administration de l'Assistance publique en mesure de recueillir des renseignements sur les malades qui sont sortis des hôpitaux pour se rendre dans les asiles de convalescence.

On pourra désormais annexer à la statistique de l'administration de l'Assistance publique la statistique des asiles de convalescents.

NOMINATION DE COMMISSION.

L'ordre du jour appelle la nomination d'une commission chargée d'examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire de la Société.

Cette commission sera composée de MM. Panas, Blot, Depaul.

COMMUNICATIONS.

Sur un calcul rendu par le périnée.

M. Marjolin fait la communication suivante :

Dans les dernières séances, puisqu'il a été à plusieurs reprises question d'affections calculeuses, je saisis cette occasion pour vous présenter un calcul volumineux rendu spontanément par le périnée ; et bien que les auteurs renferment plusieurs observations de ce genre, je crois que ce fait est d'autant plus intéressant, que l'enfant qui a rendu cette pierre a été taillé, il y a neuf ans, par notre collègue M. Deguise fils. Il n'y a donc pas à faire l'objection que l'on a si souvent reproduite à l'occasion de la lithotritie, que des fragments oubliés dans la vessie avaient pu servir de point de départ à la formation d'un nouveau calcul. Il y a des exemples de récidive après des tailles bien faites, et, pour ma part, j'ai eu l'occasion de voir une personne qui succomba à un étranglement interne et qui avait été opérée trois fois par Souberbielle par le procédé du haut appareil.

Le calcul que je mets sous vos yeux fut rendu par un garçon de 14 ans et demi, grand, d'une assez bonne constitution. Personne dans la famille n'avait été atteint d'une affection semblable. La première pierre extraite par M. Deguise avait le volume d'un œuf de pigeon ; la guérison fut rapide. Cette fois, le jeune malade commença à souffrir, il y a un an, dans le bas-ventre et dans la région périnéale. Pendant plus de huit mois, il fut obligé de rester couché ; enfin, dans le courant de mai 1867, un abcès se forma, et dans les derniers jours du même mois, la pierre sortit librement.

Ce calcul, dont la pesanteur spécifique est peu considérable, est très-friable : son poids est de 38 grammes ; sa forme est celle d'un cylindre allongé, irrégulier, un peu noueux, mesurant dans sa plus grande étendue plus de 8 centimètres, et dans son diamètre le plus considérable plus de 3 centimètres. L'extrémité, qui très-probablement répondait à l'orifice vésical, est irrégulière et comme modelée sur des anfractuosités.

A la suite de l'issue de ce calcul, il resta une fistule urinaire qui a demandé près de quatre à cinq mois pour se fermer ; la cicatrisation n'a été obtenue qu'après des cautérisations répétées avec le nitrate d'argent.

RAPPORTS.

M. de Saint-Germain donne lecture des deux rapports suivants :

I. — Rapport sur deux notes présentées à la Société de chirurgie par M. Dauvé, médecin-major.

Les conclusions de ce rapport sont :

1° De remercier M. Dauvé de son travail ;

2° De déposer dans les archives les observations qu'il a communiquées à la Société ;

3° D'inscrire le nom de M. Dauvé au nombre des candidats à la place de membre correspondant.

II. — Rapport sur une note de M. Leroux, de Versailles, relative au traitement de la syphilis par le bichromate de potasse.

Les conclusions de ce rapport sont :

1° De remercier M. Leroux de son intéressante communication ;

2° De déposer son travail dans les archives ;

3° D'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. Lefort. M. Leroux redoute l'apparition de la salivation après l'emploi du traitement mercuriel. Je dois dire que, pendant dix-huit mois passés à l'hôpital du Midi, si j'ai vu souvent la salivation mercurielle succéder aux onctions pratiquées dans les cas d'orchite, je n'ai, en revanche, jamais observé de salivation grave chez les syphilitiques auxquels j'administrais le mercure à l'intérieur.

COMMUNICATIONS.

M. Depaul communique l'observation suivante :

Déchirure centrale du périnée chez une primipare.

(*Voir plus haut*).

M. Depaul. Après avoir examiné cette déchirure du périnée, j'avais annoncé que des soins de propreté suffiraient pour amener, chez cette femme, une guérison complète. Au bout de cinq semaines, il ne restait plus qu'un pertuis dans lequel on pouvait introduire une petite plume. Cette femme est partie pour l'asile du Vésinet. Il est très-vraisemblable que, d'ici à quelques jours, la plaie sera complétement fermée.

Les faits de la nature de celui que je vous fais connaître sont rares, et, il y a quelques années, Capuron les niait.

Ces ruptures peuvent se produire dans des conditions très-différentes. Ici, il s'agissait d'une première position du sommet, sans vice de conformation du bassin; mais le périnée était un peu plus long que dans l'état normal et excessivement souple.

C'est la peau qui s'est déchirée la première.

Quand on étudie les lésions dont le périnée peut être le siége en pareille circonstance, on voit que tantôt c'est la peau qui se déchire la première, tantôt c'est la muqueuse. Quelquefois, la peau seule est déchirée et la muqueuse reste intacte; d'autres fois, la muqueuse est déchirée et la peau saine.

Ces cas-là sont plus communs qu'on ne le croit, surtout ceux dans lesquels la muqueuse seule est déchirée. Chez les femmes qui se plaignent de douleurs dans cette région après l'accouchement, il faut songer à l'existence de cette lésion.

Dans d'autres cas, la déchirure est complète : elle porte sur la muqueuse et la peau, et l'enfant peut passer par cette ouverture artificielle; mais d'autres fois, et c'est le cas le plus commun, malgré la déchirure centrale, l'accouchement se fait néanmoins par les voies naturelles. Dernièrement, j'ai observé un fait de déchirure centrale du périnée; l'enfant n'est pas sorti par cette ouverture anormale. J'ai conseillé de s'abstenir de toute réunion; la guérison a eu lieu. Les livres de Moreau, de Velpeau, renferment des observations analogues; presque toujours, on a obtenu une guérison complète sans avoir eu besoin de faire une suture.

Mon but, en vous communiquant ce fait, est de faire connaître un nouvel exemple d'une lésion rare, pour laquelle la guérison a été obtenue sans opération.

M. Blot. Je crois que les faits de la nature de celui que M. Depaul nous a communiqué sont extrêmement rares, surtout si l'on tient compte du mode de présentation (présentation céphalique) et de position (occipito-iliaque gauche antérieure).

J'ai vu des cas de déchirure centrale du périnée, succédant à une position occipito-postérieure qui ne s'était pas réduite en antérieure par le mouvement de rotation.

Ce qui peut faciliter aussi ces déchirures, c'est la grande étendue du périnée et la situation très en avant de la vulve.

Dans le cas actuel, peut-être qu'avec deux doigts placés dans le rectum, on aurait pu favoriser le redressement de la tête et empêcher la rupture.

M. Depaul. Le dernier mouvement s'est fait avec une telle rapidité, que l'attention a été surprise. Le périnée était tellement mince, qu'il eût peut-être été difficile d'éviter l'accident.

Pendant un certain temps j'ai cru, avec la plupart des accoucheurs, que les positions occipito-postérieures étaient presque la condition *sine quâ non* pour la production de cet accident. Eh bien! chose curieuse, les observations dans lesquelles cette position est indiquée sont très-rares.

Les causes de cette déchirure peuvent être la longueur plus grande de la symphise pubienne ou du périnée, la courbure exagérée du sacrum. Autrefois, j'ai enseigné que pour que cette lésion pût se produire, il fallait presque nécessairement qu'il existât une position occipito-postérieure. Je m'étais évidemment trop avancé! Je crois que, pour remonter à l'étiologie de cet accident, il faut insister beaucoup sur la flaccidité des parties molles du bassin, ainsi que cela s'observe chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, ou chez celles qui, d'abord très-grasses, sont devenues très-maigres. Certaines femmes ont le périnée trop large pour l'ouverture qu'il doit boucher, et je crois que, dans le cas que je viens de vous faire connaître, la déchirure est due à une disposition de ce genre.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE.

A M. le Directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur,

Mon intention n'a jamais été de disputer à M. le docteur Cintrat l'invention de son *ligateur* que, du reste, je trouve très-ingénieux. J'ai désiré seulement faire savoir aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* que j'en avais aussi trouvé un antérieurement à celui de ce médecin. Il est vrai qu'il fait partie intrinsèque de la pince ordinaire, mais en revanche il me paraît beaucoup moins compliqué que le sien, puisqu'il consiste uniquement en une espèce de petit bouton placé à l'extrémité supérieure de l'un de ses mors.

M. le docteur Cintrat croit qu'avec la pince ordinaire, ainsi modifiée, lorsqu'on veut faire une ligature, il est nécessaire d'être aidé par quelqu'un. C'est une erreur que je désirerais beaucoup ne pas laisser subsister dans son esprit, car j'ai imaginé précisément et avant tout cette pince dans le but d'obvier le *plus simplement possible* à ce très-grave inconvénient. Pour lier en effet, avec cet instrument, une artère sans le secours de personne, une fois qu'elle a été trouvée, il suffit de le fermer et de l'abandonner à lui-même. On noue ensuite, et alors il n'est pas plus indispensable avec cette pince qu'avec la pince automatique d'aller plonger les doigts au fond de la plaie pour terminer la ligature, les fils glissant d'eux-mêmes jusqu'à l'artère, pendant qu'on les serre sur la branche qui n'est pas pourvue du *bouton*.

Je finis en faisant remarquer que si, dans ceci, il ne s'était agi que du *perfectionnement d'instrument*, j'aurais gardé le silence; mais, derrière la création de la pince porte-ligature ou du *ligateur*, si M. Cintrat le préfère, il y a plus que cela : il y a une idée de progrès en même temps que d'humanité; celle de mettre à même tous les médecins de remplir leur devoir dans toutes les positions, et j'ai tenu à constater qu'au moins, à ce point de vue, je suis arrivé à ne pas me laisser devancer par mes confrères, tout en me faisant un véritable plaisir, si cela peut leur être agréable, de les reconnaître comme beaucoup plus habiles que moi.

Agréez, etc., etc.

Ch. Judée.

Le Directeur, Dr E. le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 41. — MARDI 7 AVRIL 1868. 41e ANNÉE. MARDI 7 AVRIL 1868. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 6 avril 1868.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

Académie des sciences. — Voici les conclusions d'un travail présenté par M. Bonjeau sous ce titre : *Le Lait devant les tribunaux :*

1° L'emploi du galactomètre ou de tout autre instrument analogue ne permet pas de reconnaître d'une manière certaine si l'on a ajouté de l'eau au lait ;

2° Cet instrument doit être, au contraire, une source d'erreurs en ce qu'il peut indiquer, dans du lait pur de tout mélange, une addition d'eau qui n'existe pas, et que, d'autres fois, il peut faciliter la fraude en accusant comme bon du lait réellement mélangé d'eau ;

3° C'est ainsi que le lait chaud ou récemment trait, et le lait non écrémé, étant les meilleurs, l'instrument, parce qu'ils sont plus légers, les trouvera en défaut, tandis qu'il accordera un laisser-passer au même lait trait la veille, écrémé et additionné d'eau, parce qu'il sera plus dense.

Hôpitaux. — Dans le service de M. le professeur Richet, à la Pitié, se trouve, en ce moment, une jeune fille, atteinte de l'affection qui a été décrite, par M. Duchenne (de Boulogne), sous le nom de *pied creux valgus.*

Bien qu'il existe dans ce cas quelques complications dont il faut tenir compte, la forme et l'attitude du pied sont caractéristiques, comme l'a fait remarquer M. Duchenne.

La courbure de la voûte plantaire est augmentée ; la tête du premier métatarsien se trouve sur un niveau plus bas que celle du second, et la partie antérieure du pied semble serrée et rétrécie dans son diamètre transversal, en même temps qu'elle est portée et légèrement renversée en dehors. Par ce mouvement général de torsion, la direction même des plis cutanés se trouve modifiée ; de transversaux, ils deviennent obliques et s'étendent d'arrière en avant, du bord interne au bord externe.

Cette malformation s'accentue encore pendant la marche. Lorsque le pied touche le sol, il porte tout d'abord seulement sur le talon et sur le premier métatarsien. Pour s'appliquer ensuite d'une manière plus égale, il faut qu'il appuie.

Quelle est la cause de cette affection ? Une contracture du long péronier latéral, suivant M. Duchenne (de Boulogne).

La situation de ce muscle, qui, par son tendon, croise la plante du pied d'arrière en avant et de dehors en dedans, pour aller s'attacher sur le premier métatarsien, aurait pu conduire à prévoir que tels seraient les effets de son raccourcissement, soit physiologique, soit pathologique. Mais on ne l'avait pas compris avant de l'apprendre par une observation directe. En faisant contracter par l'électricité le long péronier latéral, M. Duchenne (de Boulogne) produit, sur un membre sain, l'attitude vicieuse qui constitue le *pied creux valgus.*

Pour guérir cette infirmité, quand elle n'est point artificielle, l'indication est donc de couper le tendon du long péronier contracturé. C'est ce que doit faire M. Richet, demain mardi, sur la jeune fille dont nous parlons, et qui fera l'objet de sa leçon clinique.

Chez cette malade, la contracture n'est pas bornée au long péronier latéral, elle occupe aussi l'extenseur commun des orteils ; en outre, il a existé dans le pied, principalement au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, des douleurs que n'explique point à lui seul le *pied* CREUX *valgus*, et qui rendaient la marche très-pénible.

Dans un autre genre de valgus, dans le *pied* PLAT *valgus*, causé, non plus par une contracture, mais au contraire par une paralysie du long péronier latéral, la douleur est tellement la règle, que M. Duchenne a fait entrer dans le nom de cette maladie l'épithète de *douloureux.* Pour cette souffrance, on peut alors indiquer bien des causes qui ne se rencontrent pas dans le *pied creux* : l'effacement de la voûte plantaire, la compression des tissus qui la doublent, le manque de point d'appui antérieur pour le pied, la torsion que lui fait subir le poids du corps, les durillons qui s'y rencontrent, etc. Ici rien de pareil.

Faut-il donc supposer que l'articulation a été malade elle-même ? que la contracture des muscles atteints est consécutive à cette arthralgie tibio-tarsienne ; comme tel est le cas chez un autre malade qui se trouve également dans les salles de M. Richet, et dont le pied est déformé par une arthrite, au moins autant que par la contracture des muscles ?

Cette question n'est pas des plus faciles à résoudre. Il n'est pas douteux que les arthrites peuvent avoir pour résultat la rétraction de muscles péri-articulaires. S'il en fallait un nouvel exemple, le service de M. Richet le fournirait encore dans un troisième malade, dont le genou est courbé, presque à angle droit, par une contracture des fléchisseurs, consécutive à une arthrite maintenant guérie. Mais les exemples ne s'en comptent plus.

Si donc on trouvait, chez la malade dont il s'agit, quelque trace bien nette d'une affection articulaire, plus ou moins ancienne, il ne faudrait pas hésiter à accepter cette hypothèse étiologique.

Autrement, devant des contractures, même douloureuses, qui ont débuté chez une jeune fille, à l'âge de 15 ans, à l'époque de la puberté, on peut se demander si ce n'est pas là un fait semblable à ceux de coxalgie spasmodique, rapportés par M. Verneuil, par plusieurs autres membres de la Société de chirurgie, et par M. Philippeaux, de Lyon, dans son ouvrage sur la coxalgie et son traitement.

La puberté chez les jeunes filles est signalée par ce dernier auteur comme une cause prédisposante très-efficace de contractures musculaires douloureuses ; elle le serait aussi de contractures indolentes et de paralysies localisées, suivant M. Duchenne (de Boulogne).

— M. Richet vient d'appliquer l'acupressure chez une femme opérée pour un cancer du sein.

L'année dernière, nous avons rapporté que, dans les mêmes circonstances et dans le même service, cette méthode, imaginée par M. Simpson, d'Édimbourg, pour remplacer la ligature des artères, avait été mise en usage par l'inventeur, alors de passage à Paris. La malade mourut d'érysipèle ; mais, au point de vue de l'hémostase, la réussite avait été complète, car il n'y avait pas eu le moindre écoulement sanguin lors de l'extraction des aiguilles.

Cette fois, les aiguilles avaient bien été envoyées par M. Simpson, mais elles furent posées sans lui ; et il n'y eut pas non plus la moindre hémorrhagie lorsqu'on les retira le lendemain devant nous.

L'acupressure est donc efficace et d'une application facile. Reste à savoir quels sont ses avantages par rapport à la ligature.

Rappelons en peu de mots comment elle se pratique.

Les procédés varient suivant les circonstances, suivant la nature de la plaie, la situation plus ou moins profonde des artères, etc. MM. Pirrie et Keith, d'Aberdeen, dans un livre, où ils s'en montrent les chauds partisans, en ont distingué jusqu'à sept ; et M. Simpson, de son côté, en a décrit un huitième. (*Edinburg medical Journal*, avril 1867.)

Premier procédé. — On se sert d'une longue aiguille d'acier terminée d'un côté par une tête de verre et de l'autre côté par une pointe en bayonnette. On la fait pénétrer, par la surface cutanée, à travers le lambeau, jusqu'auprès de l'artère qui donne du sang ; puis, quand elle a dépassé le niveau de cette artère, on relève la pointe en la poussant à travers les tissus, de manière à ce qu'elle ressorte par quelque autre point de la surface cutanée. Ainsi l'artère, saisie dans une sorte de pli, se trouve pressée contre l'aiguille par l'élasticité des tissus soulevés.

Deuxième procédé. — On se sert d'une courte aiguille dont le chas est muni d'un fil de fer. Comme il ne s'agit plus d'artères superficielles, mais de vaisseaux profonds, on ne peut plus enfoncer l'aiguille, ni la faire sortir, par la peau. C'est en cela surtout que ce procédé diffère du premier. On fait du reste encore une sorte de pli dans les tissus, en enfonçant l'aiguille jusqu'auprès du vaisseau, qu'on lui fait dépasser, et en changeant alors sa direction pour le reste de sa course. Grâce au fil de fer, on peut la retirer, sans ouvrir de nouveau la plaie, une fois que l'effet est produit.

Troisième procédé. — On emploie encore la même aiguille, mais au lieu de compter, pour comprimer l'artère, sur l'élasticité des tissus qu'on soulève, on pratique à l'aide d'un fil une suture entortillée.

Quatrième procédé. — Semblable au précédent, sauf qu'on emploie la longue aiguille à tête de verre.

Cinquième procédé. — Diffère du premier seulement en ce que l'on se borne à changer la direction de l'aiguille une fois qu'elle a croisé l'artère, au lieu de la faire ressortir par la surface.

Sixième procédé. — C'est un raffinement du troisième. On sépare les deux bouts du fil de fer passé à travers le chas de l'aiguille, et on leur fait embrasser à chacun une certaine épaisseur de tissus avant de les croiser derrière la pointe.

Septième procédé. — On comprime l'artère saignante contre un os voisin, à l'aide d'une aiguille enfoncée près d'elle.

Quant au huitième procédé, indiqué par M. Simpson, il diffère à peine du quatrième, si ce n'est qu'on enfonce l'aiguille d'abord presque parallèlement, et non perpendiculairement, à la surface de la plaie, lorsque l'artère en est très-rapprochée.

On voit que tous ces procédés peuvent être ramenés à deux méthodes : la compression par les tissus eux-mêmes, réagissant, et la compression par une ligature, soit entortillée, soit enchevillée. C'est tout au plus si dans ces derniers cas on peut dire qu'il s'agit vraiment d'acupressure.

Chez la malade de M. Richet, le premier procédé ne suffit pas pour arrêter l'hémorrhagie. Après avoir passé l'aiguille derrière l'artère et l'avoir fait saillir à la surface, comme le sang coulait toujours, M. Richet dut saisir un second pli, et les tordant les deux ensemble, pour ainsi dire par un mouvement de circumduction, les fixer ainsi, en enfonçant cette fois directement la pointe. Le même procédé fut suivi pour chacune des cinq aiguilles qui furent placées. Pour les retirer le lendemain, la seule précaution qu'il fallut prendre fut de les rendre libres par un mouvement de rotation sur leur axe. On n'éprouva d'ailleurs aucune difficulté ; et le pansement fut complété de suite par de nouvelles bandes de diachylon qui maintenaient en contact les lèvres de la plaie.

Nous rendrons compte du résultat définitif.

— En Amérique, on a aussi expérimenté l'acupressure sur des animaux et sur des hommes. Quelques médecins, comme M. Markoe, après l'avoir essayée d'abord, ont fini par y renoncer ; d'autres s'en louent, comme M. Hutchinson.

Ils n'ont pas apporté de bien grandes lumières sur la question. Mais un de leurs confrères à la Société pathologique de New-York, M. Benjamin Howard, sans s'en rendre compte, a peut-être, par des expériences entreprises dans une direction toute différente, singulièrement élargi le cercle des applications de l'acupressure.

M. Howard a voulu savoir quel serait l'effet de ligatures placées autour d'un vaisseau intact et en diminuant le calibre, sans l'effacer entièrement.

Le résultat a été, chaque fois, au bout de quelques jours, une parfaite occlusion du vaisseau comprimé. Les ligatures l'avaient lentement coupé par un travail ulcératif qui, lorsqu'elles étaient d'argent, ne s'était pas accompagné de suppuration bien évidente. Mais, au-dessus comme au-dessous de ce point, un caillot fibrineux solide, organisé, était venu fermer la lumière du vaisseau ; et une corde fibreuse, très-résistante, tenant la place de l'artère au niveau de la ligature, rétablissait la continuité entre les deux bouts.

Si l'artère se comporte ainsi sous l'influence d'une pression circulaire, une pression latérale ne peut-elle pas remplir le même office ? Et à côté de la ligature, de la compression digitale, etc., ne pourra-t-on pas compter aussi l'acupressure parmi les moyens efficaces d'interrompre le cours du sang dans le foyer d'un anévrysme ?

Nous nous sommes posé ces questions en lisant le mémoire de M. Howard, et nous avons aussitôt commencé des expériences pour les résoudre. Nous engageons ceux de nos lecteurs qu'elles intéressent, à faire de même.

Il s'agit de savoir : 1° si par l'acupressure on peut amener l'occlusion d'un vaisseau, sans être d'abord directement en contact avec ses parois, et sans exercer une pression assez énergique pour effacer entièrement son calibre.

2° En combien de temps cette occlusion sera complète ; s'il faut, ou non, pour obtenir ce résultat, attendre que le corps étranger ait entamé les parois de l'artère par son contact.

3° Comment se comporteront, durant cette période, les tissus voisins, veines, nerfs, etc., qui pourront difficilement être évités, et subiront aussi la compression dans une certaine mesure. Résisteront-ils plus de temps qu'il n'en faudra pour obturer l'artère ? Nous n'avons pas besoin d'entrer plus avant dans le détail de ces hypothèses, que l'expérience est appelé à résoudre.

— Il existe malheureusement des anévrysmes dans lesquels on ne peut pas même songer à interrompre le cours du sang. Tels sont les anévrysmes de la crosse de l'aorte, dont nous ve-

nons de voir un exemple dans le service de M. Jaccoud, à la maison municipale de santé.

Lorsqu'un anévrysme de cet espèce vient faire saillie sur le devant de la poitrine, lorsque les téguments amincis semblent sur le point de se rompre, existe-t-il quelque moyen de prolonger au moins l'existence en retardant cette rupture?

On a supposé que l'électrolyse, en produisant un caillot solide autour des aiguilles servant de pôles, pourrait fortifier la peau par une sorte de doublure qui amortirait les chocs.

Un chirurgien écossais, M. Duncan, a essayé deux fois cette méthode; mais dans ces deux observations, qu'il a publiées dans le journal médical d'Édimbourg, on voit que les malades, un instant soulagés, n'en sont pas morts moins vite.

— A l'hospice de la Salpêtrière, les hémorrhagies cérébrales sont si fréquentes, que les autopsies ont dépassé le chiffre de 40 en quelques mois. Dans tous les cas, comme dans celui dont nous avons examiné les pièces, le mécanisme formateur de l'hémorrhagie était évident. Les petites artères de l'encéphale, soit au point rompu, soit ailleurs, portaient ces petits anévrysmes, qui sont, ainsi que l'ont montré M. Charcot et M. Bouchard, le résultat d'une altération des parois altérielles par une espèce particulière d'artérite diffuse. Pour plus grands détails, nous renverrons à l'excellente thèse de M. Bouchard (1), dont nous avons reproduit les conclusions l'année dernière (2), et aux articles publiés par MM. Charcot et Bouchard dans les *Archives de physiologie*.

— Dans l'hémorrhagie cérébrale, comme dans beaucoup d'autres affections du reste, l'étude de la température est très-importante pour le pronostic. Elle baisse d'abord en général immédiatement après l'attaque, puis elle s'élève d'autant plus vite et d'autant plus haut que le cas est plus grave. Elle peut monter ainsi de plusieurs degrés, avant la mort, en quelques heures.

— Pour faciliter les observations thermométriques, on s'applique de toutes parts à inventer de nouveaux instruments. Ainsi, à la dernière séance de la Société médicale des Hôpitaux, M. Hérard a présenté un thermomètre médical *à maxima*, imaginé par un de ses élèves, M. Niderkorn, et exécuté par M. Alvergniat.

Ce thermomètre est au mercure, son calibre est extrêmement fin, et la colonne mercurielle est rompue, vers son sommet, par l'interposition d'une petite bulle d'air. Quand le thermomètre monte, l'index de mercure ainsi constitué, est poussé par l'ascension de la colonne principale; mais quand le thermomètre s'abaisse, le petit index reste en place, marquant ainsi la température la plus élevée qu'il ait atteint. Pour le faire descendre, il faut communiquer à l'instrument des secousses assez fortes par des chocs répétés sur la paume de la main.

Ainsi rien n'oblige à noter de suite la température. Une fois qu'on a retiré le thermomètre, on peut remettre au lendemain la suite de l'observation. Le médecin peut même charger un aide de placer le thermomètre pendant quelques instants à une heure déterminée; et, quand il arrive, il peut savoir avec la plus grande exactitude quelle était la température à l'heure indiquée, pouvant faire ainsi deux observations différentes dans une seule visite.

— Dans certains cas, les modifications de la température doivent être étudiées à la fois sur plusieurs points : dans la bouche, dans le rectum, à la racine et vers l'extrémité des membres.

Nous avons déjà, l'année dernière (3), indiqué l'importance qu'attache M. Charcot à cet examen des températures locales. Dans les pneumonies des vieillards, les troubles des vasomoteurs précèdent souvent et préparent les phénomènes paralytiques dans les mêmes membres.

— Nous parlions aussi dans le même article de plusieurs femmes que M. Charcot croyait atteintes d'une *sclérose en plaques* des centres nerveux, d'après la forme que revêtait chez elle la *paralysie agitante*. Une de ces femmes est morte; nous avons vu les pièces provenant de son autopsie, et nous pouvons dire que le diagnostic a été pleinement vérifié.

— Également à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, nous avons vu un exemple de ces accès de frissons simulant ceux de la fièvre intermittente et qui surviennent, se répétant à des intervalles plus ou moins longs, chez les vieillards atteints de calculs hépatiques. M. Charcot appelle l'attention sur cette forme, qui n'est point rare, bien qu'elle n'ait pas encore été bien décrite jusqu'à présent.

— Un cas très-remarquable de calculs hépatiques, rendus par une fistule située à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, chez une femme dont le foie est petit et semble l'avoir toujours été, vient de se présenter dans le service de M. le professeur Richet, à la Pitié.

Après avoir ouvert la poche purulente qui s'était formée autour d'eux, M. Richet avait senti ces corps étrangers à l'aide d'un stylet. Leur consistance imitait celle d'os revêtus de leur périoste, et M. Richet avait cru d'abord avoir affaire à des débris de fœtus, provenant d'une grossesse extra-utérine. L'indication thérapeutique était la même dans tous les cas : dilater les trajets fistuleux pour permettre la sortie des corps étrangers. Chacun de ces calculs était gros comme une petite noix.

(1) *Étude sur quelques points de la pathogénie des hémorrhagies cérébrales*, par M. Bouchard. Paris, 1867. F. Savy.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1867, p. 160.
(3) *Gazette des Hôpitaux*, 1867, p. 547, mercredi 27 novembre.

— A propos de grossesse extra-utérine et de kyste fœtal, nous en avons vu un exemple assez curieux chez une femme de 66 ans, dans le service de M. Cruveilhier, à la Salpêtrière.

Vers l'âge de 22 ans, cette femme avait cessé d'être réglée pendant neuf mois; puis les règles avaient reparu, ce qui avait écarté jusqu'à la pensée d'une grossesse. C'est seulement à la Salpêtrière, en faisant rentrer une énorme hernie ombilicale, qu'on a senti un corps dur, semblable à la tête d'un fœtus à terme. C'était bien la tête d'un fœtus, comme nous avons pu nous assurer en saisissant cette saillie entre l'index et le médium droit introduits dans la cavité abdominale par le collet de la hernie, et la main gauche placée sur les parois du ventre.

— Signalons un fait qui a frappé l'attention de M. Empis, et qu'il nous a fait voir dans son service à la Pitié. Deux jeunes gens, atteints de variole très-discrète, ont présenté, l'un comme l'autre, un gonflement des ganglions lymphatiques dès le début de cette affection, alors qu'il était impossible d'expliquer ce gonflement par la résorption de liquides morbides, puisqu'il n'y en avait point encore de sécrétés.

M. Guéneau de Mussy a remarqué de même le gonflement de ganglions lymphatiques dans la rougeole, où il ne se produit pas de pustule ni de vésicule.

— Dans le service de M. Empis se trouve en ce moment un vieillard qui porte, sans en éprouver aucun malaise, dans la cavité articulaire du genou droit, des corps étrangers très-volumineux mais très-mobiles.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le professeur Richet.

Du traitement de l'anthrax.

(Leçon recueillie par M. Pozzi, interne provisoire des hôpitaux.)

Je saisis l'occasion que m'offre un malade entré dernièrement dans nos salles avec trois anthrax volumineux de la région dorsale, pour vous entretenir du traitement de cette affection.

Vous n'ignorez pas combien cette question a été et est encore discutée. Je désire donc insister sur quelques considérations qui me paraissent ne pas avoir été assez mises en lumière lorsque ce sujet fut traité devant l'Académie de médecine, dont je ne faisais pas encore partie.

Le malade est couché au n° 28 de la salle Saint-Louis.

Je vais passer rapidement sur son histoire particulière pour arriver à des considérations générales.

Ce malade nous a été envoyé de la prison des Madelonnettes, où il a été incarcéré pour vagabondage. C'est un homme de 47 ans, pâle, maigre, profondément débilité par la misère et la débauche. Il y a 15 jours qu'a débuté l'affection pour laquelle il est entré dans nos salles avant-hier.

Nous avons trouvé trois tumeurs, dans la région dorsale, offrant tous les caractères de l'anthrax, que je ne puis m'arrêter à vous décrire. La plus petite de ces tumeurs avait le volume du poing et siégeait près de l'angle supérieur de l'omoplate gauche. Une autre, large comme la main, occupait la partie médiane de la région dorsale. Enfin, un peu plus au-dessous et à droite de celui-ci se trouvait un troisième anthrax ayant une fois et demie la largeur de la main. En un mot, tout l'espace compris entre la nuque, la région lombaire et les deux omoplates, était complétement rempli par ces trois tumeurs. La plus volumineuse, celle qui était située à la partie inférieure et droite de la région dorsale, présentait à sa base un empâtement œdémateux, d'une couleur rouge cuivré, douloureux à la pression. L'inflammation avait en ce point envahi le tissu cellulaire, et l'anthrax était compliqué de phlegmon diffus.

Quelques mots au sujet de l'étiologie de cette affection. Ici, assurément, le mauvais état de la constitution du sujet, *sa misère physiologique* ne sont pas étrangers à la production de sa maladie. D'autre part, vous rencontrerez souvent dans la clientèle des anthrax survenus chez des gens d'une santé florissante, usant largement de toutes les jouissances de la vie matérielle. Il y a là, Messieurs, un point plus important que vous ne le pensez peut-être au premier abord, car je crois que cette considération nous donne la clef de la manière différente dont l'anthrax a été envisagé par les jeunes chirurgiens et ceux qui sont plus avancés dans la carrière, par la Société de chirurgie et l'Académie de médecine.

Les jeunes chirurgiens, étudiant surtout les malades des hôpitaux, ne voient, si je puis ainsi dire, qu'une forme de l'affection; pour avoir une idée complète de l'anthrax, il faut aussi l'étudier en ville, dans la clientèle privée. On reconnaît alors que si parfois l'anthrax coïncide avec un état général mauvais, parfois aussi il semble lié à une sorte d'exubérance de toutes les forces vitales.

Notez enfin, parmi les causes générales, le diabète. Je ne fais que mentionner cette cause en vous rappelant toutefois que cette maladie attaque plus spécialement les gens gras et ayant toutes les apparences de la santé.

Vous le voyez, on peut reconnaître à l'anthrax des causes générales. Ce n'en est pas moins une affection chirurgicale qui réclame une intervention locale prompte et énergique, ainsi que je vais m'efforcer de vous le montrer.

Mais avant d'aborder la question du traitement, il est indispensable de dire quelques mots de la *nature* de l'anthrax. C'est en effet l'idée que les chirurgiens se sont faite sur ce point qui les a guidés dans leur intervention.

Les anciens chirurgiens, pénétrés de la pensée que l'anthrax est une maladie *maligne*, ont proposé des traitements véritablement féroces. Ils voulaient qu'on emportât toute la partie malade, comme cela se pratique encore pour le charbon. Mais le charbon est une maladie maligne, et l'anthrax ne l'est pas. Qu'est-ce qu'on entend en effet par le mot de *malignité?* C'est la propriété qu'ont certains liquides morbides d'être inoculables. Prenez sur une lancette du liquide charbonneux et piquez un animal sain, vous lui donnerez le charbon; faites-en autant avec du pus d'anthrax, vous n'obtiendrez rien du tout.

De cette différence de nature résulte une différence dans le traitement réclamé par les deux affections. Dans le charbon, vous devez emporter, détruire entièrement la partie affectée, qui est pour le malade un véritable foyer d'infection. L'anthrax ne réclame rien de semblable.

J'espère vous avoir bien fait comprendre la distinction qu'on doit établir entre une maladie bénigne et maligne, et comment l'anthrax n'est pas *malin*. Est-ce à dire pour cela que l'anthrax ne soit pas *grave?* Loin de là. Mais ici une distinction me semble nécessaire.

On l'a dit avec raison : l'anthrax n'est, à proprement parler, qu'un gros furoncle, ou mieux, une réunion de furoncles. Tant qu'il reste cela, que l'inflammation reste confinée dans les follicules de la peau ou dans les trabécules les plus profondes du derme, je dis que l'anthrax est une maladie peu grave, qu'on peut sans danger abandonner à elle-même, assuré de la voir guérir sans l'intervention du chirurgien. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi; il n'est que trop fréquent de voir l'inflammation s'étendre loin de ces limites, gagner en profondeur et en largeur, envahir le tissu cellulaire sous-cutané. Alors, en un mot, l'anthrax se complique de phlegmon diffus. Or, dans ces cas-là le pronostic change entièrement. L'anthrax devient non pas *malin*, mais *grave*, et il faut se hâter de lui apposer un traitement efficace.

Quel doit être ce traitement? Quelques chirurgiens, encore trop pénétrés de la doctrine de la malignité, ont proposé dans des cas semblables d'*abraser* complétement la tumeur, comme si elle était de *mauvaise nature*.

Cette méthode, soutenue par des chirurgiens du plus grand mérite, et il me suffira, pour vous en convaincre, de citer les noms de MM. Bégin et Broca, n'est, vous le comprenez, pas applicable dans les cas où la tumeur a une certaine étendue. C'est ainsi que, si nous la pratiquions chez notre malade, nous devrions lui dénuder toute la région dorsale, et produire une plaie énorme dont la réparation serait presque impossible. Au reste, je vous l'ai dit, cette mutilation serait aussi inutile que barbare. En effet, l'anthrax n'est pas malin, ou, pour me servir de l'expression mordante de Malgaigne, il ne l'est que quand le chirurgien ne l'est pas.

Il faut cependant que cette doctrine de la malignité de l'anthrax soit très-enracinée, car c'est elle encore certainement qui a inspiré une pratique moins radicale à vrai dire que la précédente, mais qui n'en est pas moins mauvaise et contre laquelle je dois vous prémunir. C'est celle qui consiste, après l'incision cruciale, à cautériser légèrement les lèvres de la plaie avec la teinture d'iode ou le perchlorure de fer. Je ne crains pas de qualifier cette manœuvre de détestable. Vous formez ainsi sur les lèvres de la plaie une sorte de vernis qui détruit presque complétement les bons effets de l'incision, en empêchant le pus de s'écouler à l'extérieur.

J'aime encore mieux ceux qui, plus logiques, plongent dans la tumeur le fer rouge ou les caustiques potentiels. Un traitement aussi barbare est pourtant, je vous l'ai dit, bien loin d'être indiqué, et c'est lui qui donne lieu à ces cicatrices horribles, à ces difformités affreuses que l'on voit parfois succéder à une guérison chèrement achetée.

J'ai maintenant à vous parler, Messieurs, d'un traitement bien différent et qui tombe, si j'ose dire, dans l'excès contraire.

Quelques chirurgiens pénétrés de l'idée que je viens de tâcher de vous faire partager, que l'anthrax n'est pas malin, et craignant les érysipèles consécutifs aux longues incisions, ont imaginé de s'en tenir à un débridement par la méthode sous-cutanée, suivant le procédé préconisé par M. J. Guérin. Ils introduisent un ténotome sous la peau et, le retournant en divers sens, dilacèrent les matériaux de l'anthrax.

Je ne m'arrêterai pas longtemps à combattre cette pratique qui me paraît tout à fait insuffisante dans les cas graves.

Je viens de passer rapidement en revue les divers modes de traitement qu'on a proposés contre l'anthrax. Quelques mots maintenant sur une dernière méthode, celle que j'adopte et que vous m'avez vu employer pour notre malade.

Je dois ici vous rappeler la division que j'ai déjà formulée. L'anthrax peut être simple, bien délimité, ou bien l'inflammation tend à se propager, et il y a menace ou complication de phlegmon diffus.

Dans le premier cas, j'interviens rarement, car les seuls efforts de la nature suffisent pour amener la guérison. Mais quand la base de l'anthrax se trouve d'une rougeur cuivrée, quand on peut sentir à sa base de l'empâtement, signes non douteux de la propagation de l'inflammation au tissu cellulaire sous-anthracoïdien, alors je n'hésite pas à prendre le bistouri et à inciser largement. Sans ce traitement énergique, en effet, les phénomènes inflammatoires produiraient de rapides et graves désordres dans les tissus à trame feutrée et serrée qu'affectionne l'anthrax. Il faut alors agir comme dans le phlegmon diffus ordinaire, et ceux qui hésitent à le faire, Velpeau les qualifiait avec raison de chirurgiens à l'eau de roses.

Dans ces cas-là, l'illustre professeur ne se contentait pas de l'incision cruciale. Il incisait la tumeur suivant plusieurs diamètres, et reliait ces incisions transversales par d'autres incisions périphériques, ce qui, suivant son expression, reproduit assez bien la figure d'une *roue de voiture*.

M. Nélaton, de son côté, incise comme il le dit, *en tulipe*, c'est-à-dire qu'il porte le bistouri profondément jusqu'à la base de la tumeur, et fait ainsi des incisions rayonnées qui divisent la tumeur en segments mobiles et qui s'écartent l'un de l'autre comme s'entr'ouvrent les pétales d'une tulipe épanouie.

Ma pratique, Messieurs, est sensiblement la même que celle de ces chirurgiens. Lorsque l'anthrax tend à se compliquer de phlegmon, je fais l'incision cruciale. Si cela est nécessaire, j'incise même suivant plusieurs diamètres, à la manière de M. Nélaton, et je réunis ces incisions par des incisions périphériques portant sur le point le plus menacé, suivant la méthode de M. Velpeau. Ces incisions, notez-le bien, doivent être profondes et hardies : après avoir traversé l'anthrax dans toute son épaisseur, elles doivent diviser encore la couche de tissu cellulaire sous-jacente et arriver jusqu'aux muscles.

C'est ainsi que j'ai agi pour le malade qui fait le sujet de cette leçon; mais je n'ai, vous l'avez vu, incisé qu'un seul anthrax, celui qui était compliqué de phlegmon diffus, laissant les deux autres, qui étaient simples, guérir tout seuls.

Il arrive parfois que les incisions profondes que je vous recommande donnent lieu à des hémorrhagies assez considérables. Ce fait, vous le savez, se produit aussi dans le traitement du phlegmon diffus. Il est dû à l'augmentation de calibre des artérioles sous l'influence de l'inflammation. Ces hémorrhagies n'ont du reste rien d'inquiétant, et un peu de charpie suffit pour les arrêter. Gardez-vous surtout d'employer le perchlorure de fer. Evitez également, au moins au début, d'appliquer sur les incisions des pommades irritantes.

Enfin, Messieurs, il ne faut pas que le traitement chirurgical vous fasse oublier le traitement général. Vous vous guiderez pour celui-ci sur la cause qui paraît avoir présidé au développement de l'affection. Chez les individus misérables, débilités comme notre malade, vous prodiguerez les toniques; chez les sujets gras, d'une santé exubérante, vous userez sagement des antiphlogistiques, de la saignée, des purgatifs; chez les diabétiques, vous aurez recours à un traitement approprié.

Le malade dont il vient d'être question est actuellement (1er avril) presque entièrement guéri. La cicatrisation s'est opérée très-régulièrement. L'état général est excellent; le malade a pris des forces et de l'embonpoint.

Depuis la leçon, trois malades atteints d'anthrax sont coup sur coup entrés dans le service de M. Richet. Chez tous les trois le phlegmon sous-anthracoïdien est venu réclamer une intervention active qui a été suivie du succès le plus complet. Nous nous bornerons pour chacun d'eux à de courtes indications.

Anthrax de la nuque. — Phlegmon sous-anthracoïdien. — Incisions multiples. — Guérison.

Le malade couché au n° 38 de la salle Saint-Louis, charretier, âgé de 48 ans, souffre depuis quinze jours d'une tumeur à la nuque. Celle-ci, de la largeur du fond d'une assiette, offre tous les caractères de l'anthrax. Dure, rouge, acuminée à son centre, qui est percé d'orifices par où la pression fait sourdre du pus chargé de débris, la tumeur s'étend d'une oreille à l'autre, et de la protubérance occipitale externe à la cinquième vertèbre cervicale. Tout autour il y a de l'empâtement et de l'œdème douloureux, surtout vers le cuir chevelu; la complication de phlegmon ne peut être mise en doute.

L'état général est en rapport avec la gravité des symptômes locaux. La fièvre est vive; le malade n'a pu, depuis plusieurs nuits, goûter un instant de sommeil.

Point de sucre dans les urines.

Sur cette énorme tumeur, seize incisions sont pratiquées, dont huit en croix et huit circulairement, reliant les précédentes. L'anthrax se trouve ainsi partagé en une série de segments, de branches, si l'on peut ainsi dire, très-mobiles les unes par rapport aux autres. Le pus s'écoule abondamment.

L'hémorrhagie légère qui se fait par ces incisions multiples est aisément arrêtée avec un peu de charpie.

Dès le lendemain on constate une amélioration remarquable. La douleur a presque entièrement disparu; le malade a pu dormir cette nuit, ainsi que M. Richet le lui avait annoncé en prenant le bistouri. Il y a un dégorgement notable de la tumeur. Le phlegmon diffus est arrêté (cataplasmes).

Les jours suivants le mieux se poursuit. Les lambeaux se dégorgent, le fond de la plaie se couvre de bourgeons charnus; tout marche vers la cicatrisation. Le malade sort trois semaines après, complètement rétabli.

Anthrax de la nuque compliqué de phlegmon. — Incisions multiples. — Guérison.

Le 13 mars se couche, au n° 5 de la salle Saint-Jean, la nommée D., âgée de 68 ans. Cette femme porte depuis dix jours une grosseur à la nuque. Elle a le volume du poing; son centre est acuminé, criblé d'orifices, et sa circonférence est entourée d'un empâtement phlegmoneux qui s'étend surtout vers l'oreille droite. Fièvre intense; pas de diabète.

Huit incisions sont faites, six en croix, deux circonférentielles, supérieurement et à droite, vers le point où se prononce le phlegmon diffus.

Le lendemain, amendement complet des symptômes de phlegmon. Les lambeaux se dégorgent rapidement les jours suivants, et le travail de cicatrisation marche avec activité.

Aujourd'hui, malgré deux érysipèles qui ont beaucoup compromis l'état général de la malade, l'anthrax est en pleine voie de guérison.

Anthrax de la région dorsale. — Complication de phlegmon. — Incision cruciale. — Guérison.

Salle Saint-Louis, au n° 60, est entré, le 9 mars, un homme de 36 ans, qui porte au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate gauche un anthrax de la grosseur d'un œuf de poule. Il y a huit jours que la tumeur est apparue. En dedans, du côté de la colonne vertébrale, siége une tuméfaction œdémateuse, rouge cuivré, douloureuse à la pression, qui ne permet pas de révoquer en doute la complication de phlegmon. Une incision cruciale est pratiquée et prolongée notablement du côté du rachis où s'étend le phlegmon diffus.

Celui-ci se trouve immédiatement arrêté par ce traitement. En même temps la tumeur se dégorge, s'affaisse, et la réparation commence. Le malade va bien, malgré deux érysipèles successifs.

Études expérimentales sur la Belladone.

Par M. le docteur MEURIOT, ancien interne des hôpitaux.

(Conclusions de la thèse inaugurale ayant pour titre : De la méthode physiologique en thérapeutique et de ses applications à l'étude de la belladone.)

Voulant étudier les effets physiologiques de la belladone et rechercher son mode d'action intime, M. Meuriot a choisi, pour ses expérimentations, le sulfate d'atropine, préparation fixe, qui résume toutes les propriétés de la belladone, qui ne varie jamais dans l'intensité de ses effets et qui permet d'obtenir toujours des résultats précis, grâce à sa solubilité et aux facilités de son dosage et de son administration. Il offrait, enfin, cet avantage au point de vue des déductions pratiques à tirer des résultats des expériences, que c'est de tous les sels d'atropine celui dont il est fait le plus fréquent usage en médecine. Bien que sur presque tous les animaux, les phénomènes produits par l'atropine soient identiques à ceux que l'on observe chez l'homme, M. Meuriot a surtout expérimenté sur la grenouille, le chien et le chat, parce que sur ces animaux les effets de l'atropine sont plus facilement obtenus et par conséquent plus facilement étudiés. Les effets physiologiques de la belladone ont été étudiés successivement sur la circulation, sur la respiration, sur le système nervo-musculaire, sur la température, sur les sécrétions, sur l'iris et le muscle de l'accomodation.

Voici les conclusions qui résument les résultats obtenus.

L'atropine est le principe actif de la belladonne, et elle résume toutes les propriétés de cette solanée. Ses effets varient d'intensité suivant les espèces animales. Les herbivores sont peu sensibles à l'action de l'atropine; les carnivores le sont plus; c'est surtout pour l'homme qu'elle est un poison violent; mais aucun animal n'y est réfractaire.

Ses effets sont différents suivant les doses employées; ainsi, des petites doses d'atropine accélèrent le cœur et augmentent la pression; des doses toxiques font tomber la pression et ralentissent le cœur. La belladone est un poison vasculo-cardiaque, suivant la classification de M. le professeur Sée; son action se localise spécialement et sur les vaisseaux et sur l'innervation du cœur. Les divers phénomènes produits par l'atropine dépendent, pour la plupart, de cette action primordiale et élective, on sent les effets dus à l'élimination du poison.

L'atropine agit sur le cœur par l'intermédiaire du nerf pneumogastrique, dont elle paralyse les extrémités périphériques. Elle augmente constamment la fréquence des battements du cœur.

A petite dose, elle augmente la tonicité des muscles vasculaires; à dose toxique, elle la diminue et la détruit même; d'où les applications de la belladone dans les épilepsies, dont les accès semblent être dus à des troubles de la circulation cérébrale.

Les variations de la pression artérielle sont subordonnées à l'état d'excitation ou de paralysie des tuniques musculaires des vaisseaux.

L'atropine, à petite dose, accélère la respiration; des doses toxiques la ralentissent.

L'accélération des mouvements respiratoires tient à une excitatation des centres respiratoires; le ralentissement consécutif, à une paralysie des extrémités des nerfs vagues; d'où son application possible dans le traitement de l'asthme.

L'atropine, à dose thérapeutique, augmente les fonctions excitomotrices de la moelle, plutôt qu'elle ne les diminue; à dose toxique, elle exagère le pouvoir réflexe, jusqu'à produire des convulsions.

L'atropine produit toujours de l'agitation, de l'insomnie, du délire, et, à dose toxique, du coma; elle n'est pas un narcotique.

L'atropine s'élimine par les reins, par toutes les muqueuses, et, parfois, par la peau chez l'homme. Son élimination est toujours rapide; aussi son action est-elle de courte durée.

Les effets dus à l'élimination de l'atropine sont nombreux, tels sont : la rougeur des muqueuses et de la peau, des envies fréquentes d'uriner, des coliques, des épreintes, du ténesme anal et vésical, des sueurs profuses, de la diarrhée, etc.

La rougeur et la sécheresse des muqueuses expliquent l'aphonie, la dysphagie, la dysurie, etc.

Non-seulement toutes les sécrétions des muqueuses diminuent, mais encore à l'activité de la circulation se rattache une résorption rapide de tous les liquides épanchés à la surface des muqueuses et des plaies; d'où son utilité contre les sécrétions exagérées des muqueuses et ses effets contre la toux, etc.

L'atropine, appliquée localement sur les tissus, détermine toujours une activité de la circulation capillaire et, si la dose est considérable, de véritables hypérémies et des stases sanguines.

Le processus de l'angine et de l'érythème belladonés est analogue au processus inflammatoire.

Les modifications de la sécrétion urinaire se rattachent aux variations de la pression artérielle.

La belladone n'est pas un agent paralysant des fibres musculaires lisses; elle ne détermine des phénomènes de paralysie qu'à dose très-élevée, et toujours consécutivement à des contractions exagérées; aussi, réussit-elle dans l'incontinence d'urine et des matières fécales, dans la paralysie de la vessie contre la constipation des hernies irréductibles, etc.

L'atropine n'a pas d'action élective sur les nerfs sensitifs. Son application locale est toujours suivie de douleurs vives et persistantes. L'atropine agit seulement sur les nerfs hypéresthésiés et détermine souvent de l'analgésie; mais elle doit être appliquée directement sur les nerfs affectés.

De petites doses d'atropine augmentent la température; des doses toxiques la diminuent.

L'atropine possède, en outre, la propriété spéciale de dilater la pupille, c'est l'effet le plus constant et le plus persistant, et dont les applications sont nombreuses en oculistique.

L'atropine paralyse les branches terminales du nerf de la troisième paire; c'est le seul fait bien démontré par la physiologie expérimentale, dans l'étude de la mydriase belladonée.

A cette paralysie des rameaux ciliaires du nerf moteur oculaire commun se rattache la paralysie du muscle de l'accomodation.

Certaines expériences et plusieurs considérations que nous avons fait connaître, plaident encore en faveur d'une action excitante sur le nerf sympathique ou sur le dilatateur. Cependant, une démonstration plus rigoureuse est encore nécessaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 6 mars 1868. — Présidence de M. CHAUSIT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. GÉRY père lit un rapport sur les comptes du trésorier.

La Société, sur les conclusions du rapporteur, vote des remercîments unanimes à son trésorier, M. le docteur Jacquemin.

A propos du procès-verbal, et pour répondre à M. Delasiauve, M. Duchenne (de Boulogne) lit le résumé suivant :

« Les faits et les considérations que j'ai eu l'honneur d'exposer à la Société démontrent :

« 1° Que par leur symptomatologie, leur marche et leurs altérations musculaires, consécutives (atrophie et dégénérescence granuleuse ou graisseuse), la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance et la paralysie spinale de l'adulte ont entre elles une parfaite ressemblance;

« 2° Que raisonnant par analogie, il est rationnel d'en conclure à l'identité d'une lésion spinale primitive dans la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance et dans la paralysie spinale de l'adulte;

« 3° Que cette hypothèse a été confirmée par l'examen microscopique de trois moelles provenant de sujets qui étaient atteints de la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance (deux d'entr'eux ont été observés, en 1863, dans le service de M. Bouvier et H. Roger, et le troisième par M. Cornil);

« 4° Que sur les quatre faits anatomo-pathologiques prétendus négatifs, opposés par M. Bruchut aux trois précédents, deux (ceux de MM. Rilliet et Barthez) n'ont aucune espèce de valeur dans la présente question, et que le troisième (celui de M. Meryon) appartient à une autre espèce morbide (la paralysie pseudo-hypertrophique);

« 5° Que le fait anatomo-pathologique observé par M. Bouchut dans son propre service, et qui seul mérite d'être pris en considération, ne renverse pas les trois faits observés par MM. H. Roger, Cornil, Duchesne et Laborde, parce que, dans ce cas isolé et exceptionnel, la lésion inflammatoire primitive de la moelle peut bien avoir disparu après plusieurs années; ce que l'on observe, du reste, quelquefois chez l'adulte, dans des lésions inflammatoires primitives de la moelle;

« 6° Que la pathologie comparée, invoquée par M. Bouchut à l'appui de son opinion, est contraire à sa doctrine; car dans le cas particulier sur lequel il se fonde, la paralysie subite (chez le cheval de trait) qu'il attribue à une lésion musculaire, est de l'avis des observateurs les plus autorisés, produite en général par une lésion primitive de la moelle ou des nerfs. (C'est ce qui ressort de la savante discussion soulevée sur cette question en 1865 par M. Boulay, à la Société impériale et centrale de médecine vétérinaire); »

M. le docteur Martin lit à l'appui de sa candidature un mémoire sur l'embarras gastrique.

Le scrutin est ouvert pour la nomination des membres de la Société qui doivent former la Commission des membres d'examen des titres des candidats à la première place vacante :

M. Blachez	obtient 26	voix
M. Mottet	— 23	—
M. Simonot	— 20	—
M. Périn	— 20	—
M. Forget	— 20	—

En conséquence, ces messieurs sont nommés membres de la Commission d'examen.

M. Giraud Teulon présente à la Société un cas d'énucléation de l'œil, et fait suivre cette communication des remarques suivantes :

« Je demande à la Société la permission de lui présenter une pièce pathologique de quelque intérêt, au double point de vue de la curiosité scientifique et de la grande valeur pratique de la question générale, dont ce sujet n'est qu'un cas très-particulier. Il s'agit d'une production osseuse dans un œil extirpé ce matin même.

« Ce n'est pas le fait de l'ossification même d'un des éléments de l'œil qui doit attirer votre attention. Ce phénomène d'ossification réelle se présente assez souvent, et a été signalé dans tous les tissus de l'œil.

« La seule localisation dans la rétine a été contestée, mais reconnue cependant, si nos souvenirs sont exacts. Je n'ai pas eu le temps de parcourir à cet égard la littérature spéciale, et ne voudrais pas être trop affirmatif sur ce point.

« La pièce actuelle pourra être de quelque prix dans cette question. Si elle présente un fragment osseux segmentaire, comme la plupart de ces productions, à la circonférence du contact choroïdo-rétinienne, elle offre un second élément osseux très-curieux, et dont la position est, au point de vue histologique, des plus intéressantes. C'est une petite cupule parfaitement régulière, comme taillée au tour, et qui représente exactement, par le lieu qu'elle occupe, ses dimensions et sa forme, le périmètre même de l'entrée du nerf optique dans l'œil.

Le dessin de cette pièce osseuse est exactement celui que donnerait la coupe de l'épanouissement des fibres mêmes du nerf optique, de la lame criblée aux limites de la papille optique, avec le creux central, représentant l'excavation physiologique.

« Auquel des éléments constitutifs de cette région, choroïde, rétine ou nerf optique, doit-on histologiquement rapporter la génération osseuse dont il s'agit? C'est ce que pourra peut-être décider l'examen microscopique de la pièce en ce moment sous vos yeux.

« Mais ce n'est pas sur ce point que je me propose d'appeler l'attention de mes savants confrères. C'est sur une question plus pratique et moins généralement connue qu'il n'importerait à la profession.

« Je veux parler de l'ophthalmie sympathique, affection sur laquelle la spécialité seule est encore aujourd'hui, sinon fixée, du moins armée déjà de notions précises et importantes.

« Quand un œil a été frappé de traumatisme, soit qu'il contienne dans son intérieur un corps étranger, soit qu'y aient pris naissance des éléments consistants et irritants, il est presque toujours le siége de phénomènes inflammatoires, plus ou moins intenses, de l'ordre des affections dites à répétition. Or, parmi ces maladies, il n'est point rare du tout d'en rencontrer qui provoquent, par sympathie, le développement d'états analogues dans l'œil sain, de sorte qu'une blessure d'un seul œil entraîne souvent, *très-souvent*, après un temps plus ou moins long, la perte des deux yeux.

« Contre une telle calamité, l'art était jadis désarmé. C'est à la chirurgie anglaise qu'appartient l'honneur du triomphe sur cette triste fatalité. Résolue à temps, l'extirpation hardie de l'œil blessé préserve absolument l'œil sain. Mais il faut qu'elle soit pratiquée à temps. Si par malheur l'ophthalmie sympathique a fait explosion dans l'œil, il est presque inévitablement trop tard pour que l'intervention soit utile.

« L'objet principal de cette petite communication est donc de prémunir en vous, Messieurs, le médecin de la famille. Une blessure sérieuse de l'un des yeux les compromet, *ipso facto*, tous les deux. La surveillance attentive du conseil médical ordinaire devient ainsi un impérieux devoir. Dès que l'ophthalmie à répétition se manifeste, la sympathie est éveillée : *caveant consules*, si elle se déclare, il est déjà trop tard.

« Or, comme un œil fortement traumatisé est d'une minime utilité, et souvent, au contraire, par suite des douleurs qu'il engendre, un constant objet de tourment, il n'y a pas à balancer sur la conduite à tenir. Dès que sont reconnus les caractères de l'ophthalmie de nature sympathique, il faut à l'instant extirper l'organe malade, au moyen de la narcose et de l'élégant procédé de Bonnet (de Lyon); cette opération est d'ailleurs une des plus simples de la chirurgie.

« La pièce que j'ai eu l'honneur de mettre sous vos yeux a été extraite d'un œil frappé, il y a vingt et quelques années, de traumatisme (éclat de capsule). Demeuré indolent pendant près de dix-neuf ans, il a pris dans cette dernière année les caractères de l'ophthalmie sympathique. Il n'y avait point de corps étranger au dedans, mais l'équivalent assurément dans ces fragments osseux.

M. Briquet demande à M. Giraud Teulon quels sont les caractères de l'ophthalmie sympathique, et si ces caractères sont précis et n'emportant point de doutes.

M. Giraud-Teulon. Il y a très-probablement plusieurs espèces d'ophthalmies sympathiques, mais parmi elles il en est une de beaucoup la plus fréquente, et dont les signes sont des plus manifestes. C'est *l'irido-cyclite*, caractérisée par les symptômes de l'iritis grave, avec néoplasmes, synéchies, douleurs circum-orbitaires, hypopion, rémittences et exacerbations, ramollissement général et partiel, et auxquels il faut ajouter : l'injection rouge, quelquefois vineuse et intense du cercle péricornéal; plus *une douleur très-vive* au toucher de la région ciliaire. Un malade, même ferme, recule sous ce toucher, légèrement pratiqué. Devant cet ensemble de signes, dans un œil perdu ou à peu près perdu, l'intervention immédiate est un devoir. Et cette intervention est l'énucléation, à moins que, certain de l'absence du corps étranger, on ne préfère recourir au nouveau procédé de Graëfe, la provocation à la fonte purulente de l'œil, au moyen du séton filiforme, excellent moyen au point de vue de la prothèse et de l'effroi causé par la proposition du chirurgien, mais évidemment moins sûr et moins absolu que l'extirpation radicale. »

M. Auguste Voisin. J'ai l'honneur de présenter à la Société plusieurs tracés sphygmographiques que j'ai pris sur des malades traités par l'hydrothérapie, et que je fais envelopper tous les jours dans un drap mouillé d'eau à la température de 15°. Cet enveloppement se fait le matin à jeun, au sortir du lit. Les malades sont couverts aussitôt de deux à trois couvertures de laine et restent ainsi pendant une heure. Presque aussitôt après la mise dans le drap mouillé, ils ressentent une chaleur très-appréciable à la main, mais en aucun moment de leur séjour dans le drap, ils n'éprouvent de sueur.

J'ai pris à plusieurs reprises des tracés sphygmographiques avant, pendant et après l'enveloppement, et j'ai constaté que la présence dans le drap mouillé diminue le nombre des pulsations, augmente la tension du pouls. Cette augmentation devient considérable une heure après le début du traitement, — ainsi que vous pouvez en juger par les tracés suivants :

Cette action de l'hydrothérapie chez des malades ayant le cœur sain, du reste, et n'ayant aucune perte de connaissance, me semble pouvoir rendre compte des bons effets sthéniques de cette méthode de traitement sur les affections des viscères et des voies circulatoires.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Dr A. Charrier.

La Société médicale des cinquième et treizième arrondissements vient de renouveler son bureau. Ont été nommés pour l'année 1868 : *Président*, M. le docteur Allaire; *vice-présidents*, MM. les docteurs Toffin et Arnould; *secrétaire-général*, M. le docteur Martin de Gimard; *secrétaire annuel*, M. le docteur Dumas-Aubergier; *trésorier*, M. Buirat, pharmacien.

La Société se réunit le deuxième mercredi du mois, à la mairie du Panthéon.

—L'Administration du Nouveau Casino et des Bains de Villers-sur-Mer, près Trouville, désire s'attacher un médecin spécial pour la saison des bains.

S'adresser à M. Bréchεux, 3, rue de Provence, à Paris.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 42. — JEUDI 9 AVRIL 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 9 AVRIL 1868. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 8 avril 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Béhier disait, il y a quelques jours, qu'il n'y avait plus de Rhin pour la science. M. Briquet en a rétabli le cours, et il l'a fait couler hier sous nos yeux plus large, plus profond et plus infranchissable que jamais. Vive la France et guerre à l'Allemagne!... à ses doctrines scientifiques s'entend, voilà le cri de M. Briquet. Cela peut partir d'un bon sentiment national peut-être, mais est-ce bien le cas de s'inspirer ici d'un pareil mobile? Nous aimons mieux croire que M. Briquet n'a eu en vue que la science. Or, en science, nous sommes parfaitement de l'avis de M. Béhier et de tant d'autres, pour ne pas dire à peu près tout le monde, il ne doit pas plus y avoir de Rhin que de Pyrénées. Nous conviendrons bien sans peine, et nous n'avons pas été probablement des derniers à nous en apercevoir, que depuis quelque temps les importations scientifiques germaniques semblent avoir le privilége presque exclusif de commander l'attention parmi nous. Mais qu'est-ce à dire, si ces importations sont bonnes et utiles; est-ce à leur provenance ou à leur mérite intrinsèque qu'il faut juger les idées? Et s'il y a eu peut-être un peu d'engouement, disons le mot, un peu de mode dans cet empressement à s'assimiler tout ce qui vient d'outre-Rhin, ne craignez-vous pas qu'on vous accuse à votre tour d'opposition et de résistance systématique, et qu'on ne cherche le motif de cette résistance ailleurs que dans un intérêt réel et sérieux pour les progrès de la science? Et pourquoi n'en ferions-nous pas l'aveu confidentiellement; la nécessité de remettre à l'étude des questions que l'on croyait suffisamment connaître, d'apprendre des procédés nouveaux d'examen et d'exploration, de se familiariser avec une langue trop peu connue et avec un néologisme qui a l'inconvénient d'obscurcir souvent ou de fausser le sens réel des idées, et, aidant le tout, un peu de cette paresse d'esprit plus commune et plus naturelle peut-être qu'on n'ose se l'avouer, n'est-ce pas ce qui a tenu longtemps beaucoup d'entre nous à une certaine distance respectueuse des données scientifiques nouvelles? C'est donc à un examen sérieux et non pas à des préventions plus ou moins mal fondées qu'il faut en appeler. L'argumentation de M. Briquet répond-elle sous ce rapport à toutes les exigeances d'une science rigoureuse? Nous aurions besoin de plus d'attention que nous n'y en avons pu apporter, pour l'affirmer.

M. Barth, prenant fait et cause pour la mémoire de Laënnec offensée et calomniée, à ses yeux, par l'argumentation de M. Hérard, est monté de nouveau à la tribune pour présenter la défense de l'illustre auteur de l'auscultation et le justifier du reproche qui lui avait été fait de ne point croire à la curabilité de la phthisie. Tout le monde a le texte de Laënnec sous les yeux, et chacun peut à loisir le vérifier et s'édifier sur la portée du débat.

A mardi prochain la suite de la discussion.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

De l'ichtyose.

(Leçon recueillie par M. ODIER, interne du service.)

Les deux malades que vous avez sous les yeux nous présentent un spécimen fidèle de ces lésions cutanées congénitales qui constituent pour moi la première classe des affections cutanées que j'ai désignées sous le nom de *difformités*.

Ce ne sont pas, à proprement parler, des maladies, ce sont des vices de conformation habituellement congénitaux et le plus souvent héréditaires : une fois développés, ils accompagnent l'individu pendant son existence, ne troublent pas sa santé et ne mettent point sa vie en danger.

L'ichtyose, que j'ai rangée parmi les difformités de l'épiderme, est caractérisée par la rudesse et la sécheresse de la peau : ce signe est permanent; pas de symptômes généraux.

On lui distingue plusieurs variétés suivant l'aspect qu'elle revêt, le siége qu'elle occupe et la coloration qu'elle présente.

A. VARIÉTÉ SUIVANT L'ASPECT.

1° L'ichtyose serpentine est caractérisée par des rides en forme de losange; il existe un léger épaississement de la peau qui est le siége d'une desquamation légère, mais continue, avec absence de prurit; c'est la forme la plus bénigne de ce vice de conformation. Le nom qu'on lui a donné vient de la ressemblance qu'il y a entre cet état et le ventre de quelques ophidiens.

2° *L'ichtyose nacrée* présente des écailles plus grandes, un peu adhérentes, qui s'imbriquent et tombent parfois, rappelant fort bien les écailles de poisson; d'où vient le nom de *peau de carpe*.

3° *L'ichtyose cornée*, très-commune à son moindre degré, est formée par la saillie des papilles ou même des follicules pileux, ce qui donne à la peau l'aspect de râpe : son siége habituel est aux bras et aux cuisses.

On est très-souvent consulté pour cette affection, que M. Devergie a décrite sous le nom de *Lichen pilaris*, *Pityriasis pilaris*; l'absence de démangeaisons, la résistance au traitement, sa persistance suffisent pour distinguer l'ichtyose cornée de ces manifestations dartreuses.

A un degré plus avancé, on voit les saillies s'ajouter les unes aux autres et constituer des plaques qui donnent à la peau l'aspect de *peau de rhinocéros*.

Dans une forme plus complète de l'éruption, les saillies se terminent en pointe, ce qui donne à la peau l'aspect du *porc-épic*. *L'homme porc-épic d'Alibert* n'était autre chose qu'un cas d'ichtyose cornée dans lequel ces papilles étaient pointues et saillantes. Les frères Lambert, qui en 1805 vinrent d'Amérique pour se montrer en Europe, étaient des ichtyosiques chez lesquels les squames, très-développées et dures, se recouvraient et produisaient, par les mouvements, un bruit analogue à celui du serpent à sonnettes.

B. VARIÉTÉ SUIVANT LA COULEUR.

Les divisions de l'ichtyose d'après sa couleur, suivant qu'elle est blanche, ou grise, ou noire, sont peu importantes, vu que cela ne constitue que des nuances.

C. VARIÉTÉ SUIVANT LE SIÉGE.

Quant aux divisions suivant le siége, elles sont plus importantes. L'ichtyose, en effet, peut être *généralisée* ou *partielle*.

1° *Dans l'ichtyose généralisée*, la face, les aisselles, la paume des mains, la plante des pieds, les parties génitales en sont généralement préservées.

Les explications qu'on a cherché à donner de cette exception sont incomplètes; ainsi on a prétendu que c'était parce qu'on lavait plus souvent ces parties du corps; on a dit encore que c'était parce que l'épiderme y était moins épais. Il faut ajouter que les ichtyosiques ne transpirent que par les points de l'enveloppe cutanée, indemnes de toute manifestation morbide.

Mais quant à chercher à expliquer pourquoi telles parties sont affectées, telles autres ne le sont pas, il faut y renoncer plutôt que de faire des hypothèses tout à fait gratuites.

2° *L'ichtyose locale* est importante à étudier parce qu'elle donne lieu à des difficultés de diagnostic. Ainsi, j'en ai vu un cas localisé aux joues, un autre aux sourcils, un troisième aux genoux et aux coudes; un quatrième, limité à la paroi abdominale, a été décrit par Alibert. Je me souviens encore d'une malade qui présentait à la paume des mains et à la plante des pieds de l'ichtyose qui s'était fendillée par suite des mouvements et qui avait été prise par plusieurs médecins pour du psoriasis.

Enfin, Messieurs, un cas que je n'oublierai jamais est celui que m'a présenté un jeune homme atteint de cette difformité exclusivement limitée à la paume des mains : il y avait chez lui un épaississement considérable de l'épiderme avec une coloration jaune très-prononcée.

Le pronostic de l'ichtyose est bénin... Il y a une mue à de certaines périodes de l'année; puis les écailles reviennent; les malades changent de peau comme les serpents. Mais la difformité persiste toujours et n'exempte pas des maladies, et en particulier de l'eczéma qui tend à revêtir la forme chronique.

Le diagnostic doit s'établir dans la forme généralisée ou localisée.

L'ichtyose généralisée se distingue du *psoriasis* en ce que dans cette dernière maladie il existe toujours des points de l'enveloppe cutanée indemnes de toute éruption; les squames sont imbriquées, superposées sur une certaine épaisseur, en sorte que par le grattage on n'en enlève qu'une partie; elles reposent sur un fond rouge, sont disposées par plaques, sont accompagnées de démangeaisons; leur apparition remonte à une époque relativement rapprochée que le malade peut déterminer. Ces caractères n'existent pas dans l'ichtyose.

Le diagnostic de *l'ichtyose partielle* ou limitée à un point est encore plus difficile à établir avec le lichen, le pityriasis et le psoriasis, surtout lorsqu'il est limité aux sourcils, aux joues, aux mains. Il faut alors baser son diagnostic sur la durée, sur la symétrie parfaite de l'ichtyose et l'absence de démangeaisons. Ces trois caractères, et le deuxième surtout, m'ont servi déjà plus d'une fois et m'ont permis d'établir un diagnostic précis.

Étiologie. Cette difformité apparaît généralement *au moment de la naissance* ou ne devient bien manifeste que quelques mois après. Des malades de bonne foi vous assureront parfois ne l'avoir vu survenir que depuis 7 ou 8 ans. Mais il faut se tenir en garde contre ces allégations, et admettre ce que nous avons pu constater nous-même dans quelques cas, à savoir : que l'ichtyose, très-légère au début, n'a attiré l'attention du sujet que lorsqu'elle a pris un développement plus considérable, et que c'est à cette époque seulement qu'ils font remonter leur maladie.

Vous vous souvenez, Messieurs, de ce malade de la consultation qui présentait une ichtyose serpentine légère, généralisée à tout le corps : il ne la remarqua que le jour où je vous le montrai.

Mais la cause la plus puissante qui domine toutes les autres est *l'hérédité*.

Tantôt elle est absolue, c'est-à-dire que tous les membres d'une même famille en sont atteints; dans d'autres cas, il n'y en a qu'un ou deux. On voit parfois un seul individu être atteint d'ichtyose, mais il faut se garder de considérer ce fait comme une exception à la règle générale que je viens de poser; il ne faut pas oublier que l'adultère est la porte frauduleuse et dérobée par où s'introduisent les maladies dans les familles, en sorte qu'on doit être très-réservé avant d'admettre la spontanéité complète d'une ichtyose chez un individu.

Le traitement est exclusivement palliatif. L'ichtyose n'est pas curable : elle vit et meurt avec l'individu. Il faut se contenter d'entretenir la souplesse et la propreté de la peau au moyen d'huiles, de corps gras, de lotions savonneuses, de bains onctueux. Au moment de la mue, on devra plus particulièrement recommander les bains.

Les eaux minérales ne sont pas plus applicables à l'ichtyose qu'aux autres difformités de la peau, et cependant vous verrez des médecins envoyer les individus qui en sont atteints à toutes les eaux possibles : c'est qu'on obtient ainsi une légère amélioration qui tranquillise le sujet. Mais cette amélioration n'est que passagère, et les écailles reparaissent sitôt que les bains ont été suspendus.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 7 avril 1868. — Présidence de M. RICORD.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Instruction publique adresse à l'Académie les numéros 5, 6 et 7 des cahiers publiés par les soins du chirurgien en chef des troupes des États-Unis, ainsi que le catalogue du service médical de l'armée fédérale.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet un rapport d'épidémies par le docteur Paté (de Sologne).

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Charente en 1867. (Comm. des épidémies).

3° Un rapport de M. le docteur Raoult sur le service médical des eaux minérales de Hammam-Mescoutine (Algérie), pendant l'année 1866. (Comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Une notice sur les mesures de préservation prises à Batna pendant l'épidémie de 1867, par M. le docteur Dukerney. (Comm. du choléra).

2° Un travail de M. le docteur Moullié, médecin-major, sur les motifs d'exemption du service militaire dans la Nièvre, classe de 1866, et sur la géographie médicale de ce département. (Comm. des épidémies).

3° Une lettre de M. le docteur Ley, accompagnant l'envoi d'une brochure relative à la constatation des naissances à domicile.

4° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Becq (de Monthey), relatif au traitement de l'angine diphthéritique par le cyanure de mercure. (Accepté).

MM. Guérard, Tardieu, Michel Lévy et Bergeron sont nommés membres de la commission chargée de proposer un programme pour le futur congrès médical du Havre.

MM. Vernois, Bouchardat et Boudet sont nommés membres de la commission chargée d'examiner le travail de M. Lebègue, pharmacien, sur un tissu-sinapisme.

M. le secrétaire annuel donne lecture d'une lettre de M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce, concernant le rapport général sur les eaux minérales pour 1865.

M. Béclard lit une lettre de madame veuve Velpeau, qui offre en hommage à l'Académie le buste en bronze de son cher et regretté mari.

M. le Président, se faisant l'interprète des sentiments de l'Académie, adresse des remercîments à madame veuve Velpeau.

M. Cloquet présente, au nom de M. le docteur Martinencq, chirurgien de 1re classe de la marine, une brochure intitulée : *Réfutation des dernières propositions contagionistes*, du docteur Seux.

M. Boudet présente, au nom de M. Deschamps fils : 1° Un mémoire sur la liqueur d'absinthe, par feu M. Deschamps (d'Avallon), ancien pharmacien de la maison impériale de Charenton; — 2° Un exemplaire du *Compendium de pharmacie pratique*, guide du pharmacien établi et de l'élève en cours d'études, précédé d'une introduction par M. le professeur Bouchardat.

M. Depaul présente, au nom de M. le docteur Louis Ancel, une brochure intitulée : *Des Ongles au point de vue anatomique, physiologique et pathologique.*

M. Robinet dépose sur le bureau le compte rendu du congrès pharmaceutique réuni en août 1867, à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

M. Magne fait hommage à l'Académie du rapport sur les progrès de la médecine vétérinaire, dont il est l'auteur.

M. Devilliers présente, de la part de M. le docteur Augier, un instrument à injection intra-utérine.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE.

M. Barth, à l'occasion du procès-verbal, donne lecture de la note suivante :

Je ne reviendrai pas sur un débat qui me paraît épuisé; mais je tiens à dire un mot pour l'honneur de Laënnec dans une question où j'ai été personnellement interpellé.

Comme moyen de justifier l'admission de la pneumonie caséeuse, M. Hérard m'oppose les lacunes qu'il signale dans l'œuvre de Laënnec. Mon honorable ami a oublié involontairement, je le suppose, qu'en parlant de l'école française, j'ai toujours dit : « Laënnec et ses successeurs. » Oui, Laënnec n'admettait dogmatiquement la curabilité de la phthisie pulmonaire qu'après le ramollissement et l'évacuation du tubercule. Mais cette *curabilité*, il la proclame en dix endroits de son livre (p. 98, 104, 106, 110, 112, 186, 187, 213, 3e édition), et il cite plusieurs exemples remarquables de guérison (*obs.* 19, 20, 21, 23, 24, 25), guérison constatée sur le cadavre (*obs.* 22, 27), concernant des malades entièrement rétablis. On est donc mal venu de lui reprocher une muette contemplation de la mort.

Laënnec a parfaitement indiqué, comme mode de guérison des tubercules, les cicatrices fibreuses du poumon et les cavernes rétrécies qu'il désigne sous le nom de fistules pulmonaires. Ce n'est pas tout : il avait constaté nombre de fois et décrit avec soin les concrétions calcaires et ossiformes du poumon, et dans ses réflexions sur la nature de ces concrétions, il est, dit-il, « porté à croire que, dans le plus grand nombre des cas, elles se développent à la suite d'une affection tuberculeuse guérie » (p. 213).

La lacune signalée par M. Hérard est donc moins une lacune de fait qu'une lacune d'interprétation, et cette lacune, les successeurs de Laënnec ont eu l'honneur de la combler.

Parmi ceux qui ont le plus concouru à parfaire, sous ce point de vue, l'œuvre de l'illustre inventeur de l'auscultation, je me fais un devoir de citer, à côté d'Andral, deux observateurs plus modestes, dont les travaux méritent d'être mis en relief.

M. Hérard connaît aussi bien que moi les intéressantes recherches de Rogée et d'Ernest Boudet sur la curabilité des tubercules par le dépôt de phosphate calcaire qui transforme ces produits morbides en masses crétacées.

C'est assurément à cette tradition que M. Hérard a puisé les éléments de sa conviction sur la curabilité de la tuberculose à tous les degrés.

Quant à moi, qui revendique aussi l'honneur d'être un des humbles successeurs de Laënnec, M. Hérard sait parfaitement qu'avant lui j'ai cru à la guérison possible de la phthisie tuberculeuse. Dans mes cours particuliers d'anatomie pathologique, aussi bien que dans mes leçons officielles à la Faculté de Médecine, en remplacement de M. Cruveilhier, j'ai toujours soutenu la curabilité des tubercules à tous les degrés de leur évolution, et développé le mécanisme des divers modes de guérison, en spécifiant les conditions dans lesquelles la cure pouvait être obtenue.

La protestation de M. Hérard contre les idées qu'il me suppose ne m'atteint pas.

Quant à la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire, je n'imagine pas que, pour être fidèle à l'idée de la pneumonie caséeuse, M. Hérard se propose de faire subir aux malheureux phthisiques la saignée du bras ou les applications de sangsues sous les clavicules; et je me plais à penser, au contraire, qu'il admet avec moi que le meilleur traitement de la phthisie consiste dans l'emploi de tous les moyens reconstitutifs que nous puisons dans la matière médicale et dans les ressources d'une bonne hygiène.

Une petite discussion s'engage à la suite de cette lecture entre MM. Hérard, Barth, de Kergaradec et Briquet. M. Hérard, maintenant son assertion, fondée sur la citation textuelle d'un passage du *Traité de l'auscultation*, que Laënnec ne croyait pas à la curabilité de la phthisie; MM. Barth, de Kergaradec et Briquet se fondant sur d'autres passages du même livre ou sur des témoignages directs de Laënnec lui-même, pour soutenir qu'il croyait à la guérison de cette maladie.

La parole est à M. Briquet.

M. Briquet. Les idées allemandes se sont produites dans ces derniers temps avec une telle prétention à la supériorité, que je ne puis m'empêcher de venir de nouveau protester à cette tribune au nom des idées françaises, contre une semblable prétention que rien ne justifie. Il suffira, pour le démontrer, de faire un inventaire rapide de ces idées.

Voyons d'abord quelle est sur ce point la doctrine de Virchow, que l'on accepte depuis quelque temps en France avec une sorte d'admiration. Suivant Virchow, tous les néoplasmes sont constitués par les éléments organiques primitifs, communs à tout l'organisme. Or, qu'est-ce qu'un néoplasme? c'est le produit d'un blastème? Qu'est-ce que le blastème lui-même? c'est un produit immédiat du plasma sanguin. Voyons, pour rester dans la question du tubercule, comment il entend la formation de ce produit morbide. Le tubercule, pour lui, procède du tissu lamineux conjonctif; il ne peut être formé que par le blastème conjonctif. Il est tout simple que le tissu conjonctif produise du tubercule. Mais s'en suit-il, de ce que le tubercule renferme du tissu cellulaire, pour qu'il ne soit constitué uniquement que par cet élément? Il y a bien autre chose. Il y a du sang, il y a de la sérosité, il y a du pus, etc.

Comment naît le tubercule? Vient-il par fécondation ou par un autre mode de genèse? Si l'on en croyait les Allemands, le tubercule procéderait d'un noyau, né lui-même au sein du tissu cellulaire, mais qui s'isole, se revêt d'une cellule, etc. Mais qui a jamais vu ce noyau? qui a vu cette cellule? personne. Ce sont là des créations purement imaginaires. Il n'y a point là de fécondation. Le tubercule est tout simplement un produit d'exhalation.

D'après les théories allemandes, le tubercule serait un produit pauvre, misérable, mort-né et frappé d'avance de qu'on a appelé de ce mot si impropre de nécrobiose. On voit pourtant que ce produit abonde en cellules, qu'il se développe, s'étend et se propage avec une prodigieuse fécondité? Est-ce là le fait d'un tissu pauvre, d'un tissu mort-né?

J'arrive à la composition du tubercule. M. Barth a dit qu'il y avait à cet égard trente-cinq manières différentes de considérer le tubercule. On a objecté que cela pouvait être vrai il y a dix ans, mais que ce ne l'était plus aujourd'hui. Je maintiens que c'est tout aussi vrai maintenant, et pour s'en convaincre il suffit de comparer les opinions de différents histologistes.

Ici M. Briquet cite successivement les opinions de M. Virchow, de M. Lebert, celles de M. Villemin, de M. Robin, et il montre qu'elles sont à cet égard en complet désaccord.

Mais, ajoute-t-il, s'il y a dissidence entre les histologistes sur la formation et la composition du tubercule, la dissidence est bien plus grande encore en ce qui concerne son accroissement. Virchow admet deux modes d'accroissement du tubercule, et ces deux modes sont l'un et l'autre de pures vues de l'esprit.

Les idées allemandes sur la destruction du tubercule ne sont pas moins étranges. D'après eux, le tubercule finirait par une sorte de segmentation et se transformerait ensuite en matière grasse. C'est ce qu'on appelle, d'un mot qui n'est pas français, la régression. et qui dit tout le contraire de ce qu'on veut lui faire dire. C'est là une erreur complète. Le tubercule ne se transforme que très-partiellement en matière grasse.

Cette prétendue transformation a donné naissance à cette espèce de pneumonie de nouvelle invention, que l'on a appelée pneumonie caséeuse. L'idée française que le tubercule dégénère en matière pultacée est beaucoup plus juste.

Du tubercule, on est naturellement conduit à parler de la pneumonie. Les Allemands distinguent quatre espèces de pneumonies : la pneumonie fibrineuse, la pneumonie catarrhale, la pneumonie interstitielle, et enfin la pneumonie caséeuse. Voyons quelle est la valeur de ces distinctions.

Il est singulier de prendre comme caractère d'une espèce particulière un caractère qui est commun à toutes les pneumonies. Je défie qu'on me montre une pneumonie où il n'y ait pas un état fibrineux.

La pneumonie catarrhale avait autrefois une signification parfaitement déterminée; mais les Allemands en ont complétement changé le sens; ils en ont fait une forme particulière dont le caractère anatomique consiste dans le développement d'éléments de nouvelle formation, de cellules épithéliales dans les alvéoles pulmonaires. C'est là une erreur d'optique.

La pneumonie interstitielle est un pur produit de l'imagination.

Quant à la pneumonie caséeuse ou tuberculeuse sur laquelle MM. Hérard et Cornil ont appelé les premiers l'attention en France, on a déjà vu ce qu'il faut en penser. M. Hérard dit qu'il a pris la matière caséeuse dans laquelle il n'y a pas un atome de tubercule, et qu'après l'avoir inoculée, il en a obtenu du tubercule. Il y a là, pour moi, un motif de douter très-grandement de l'exactitude de leur description.

Un mot sur la contagion. Je suis encore sur ce sujet dans le doute, et je partage à cet égard l'avis de M. Pidoux; il faut attendre de nouveaux faits avant de se prononcer.

Quant aux faits empruntés à la prétendue transmission entre époux, il est évident pour moi qu'on n'a pas assez tenu compte des conditions dans lesquelles se trouve celui des deux qui soigne l'autre, et qui est exposé par les fatigues qu'il subit, par l'insomnie, par l'irrégularité du régime, par les transitions fréquentes et subites du chaud au froid auxquelles il est exposé, et qui sont plus que suffisantes pour expliquer le développement de la maladie, sans recourir à la contagion. Il est d'ailleurs des signes dont on n'a pas assez tenu compte, à mon avis, et qui indiquent même chez des personnes bien constituées en apparence une prédisposition à la phthisie; c'est une certaine conformation vicieuse de la poitrine et une déformation spéciale des doigts et des ongles. Si on tenait plus souvent compte de ces signes, on serait moins porté à voir la contagion là où elle n'est pour rien.

Je n'ai pas voulu laissé échapper cette occasion de protester encore une fois, avec toute l'énergie de ma conviction, contre les théories allemandes, que l'on préconise au détriment de l'école française, que l'on semble prendre à tâche d'amoindrir dans cette discussion.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 18 mars 1868. — Présidence de M. Legouest (1).

M. Tillaux communique la note suivante :

Sur l'opportunité du Trépan.

M. Tillaux. Vous n'avez sans doute pas oublié l'importante discussion qui s'est produite l'année passée au sein de la Société sur l'opération du trépan, à l'occasion d'un malade présenté par notre collègue, M. Broca. Je n'ai pas l'intention de provoquer aujourd'hui une nouvelle discussion, mais bien de répondre à l'appel qui fut fait alors par quelques-uns de nos collègues. Ce n'est pas, en effet, par la théorie que nous arriverons à formuler les règles précises touchant la trépanation du crâne, mais bien par l'étude attentive des faits cliniques. Quelques chirurgiens éminents de notre époque ont rejeté absolument une opération admise sans conteste par tous nos devanciers des siècles passés. Nous avons donc besoin de nous faire une opinion, de voir de quel côté est l'exagération, de quel côté est la vérité, et l'examen attentif des observations peut seul nous conduire à ce résultat.

Je ne vous rappellerai pas, Messieurs, toutes les opinions émises devant vous l'année passée; je vous dirai seulement que l'on a rejeté avec raison le *trépan préventif*, c'est-à-dire une opération grave destinée à prévenir les accidents qui n'existent pas encore et qui ne surviendront peut-être pas. Je ne veux pas non plus parler du trépan *consécutif*, qui a pour but de porter remède à des accidents bien définis, bien limités, apparaissant après la guérison des désordres initiaux. C'est cette trépanation consécutive ou tardive qu'avait heureusement pratiquée M. Broca, et pas un de nous ne doute qu'il y ait des cas où elle soit formellement indiquée.

Le point réellement en litige, le point obscur, difficile de cette question, c'est le trépan *primitif*, c'est-à-dire appliqué aux accidents primitifs.

Lorsqu'une fracture du crâne, avec ou sans plaie, est accompagnée de phénomènes tels que résolution générale, coma, etc., nous sommes d'un avis unanime : il ne faut pas trépaner; ce serait agir aveuglément, j'ajoute d'une façon toute irrationnelle. Mais voici le cas vraiment discutable, et c'est celui sur lequel je désire appeler votre attention :

Un malade présente une fracture du crâne avec plaie des téguments, il a conservé sa connaissance et répond aux questions qu'on lui adresse. Mais il est atteint d'une hémiplégie complète ou incomplète du côté opposé à la lésion. N'est-ce pas là, Messieurs, le cas le plus favorable à l'application du trépan primitif? Fracture du crâne évidente dont on connaît le siége précis, avec paralysie du côté opposé. Il n'est pas douteux que le cerveau soit comprimé ou par les fragments, ou par un épanchement de sang. Que doit faire le chirurgien? doit-il trépaner dans ce cas où l'indication paraît si précise? C'est ainsi que, selon moi, il faut poser la question, car du moment où nous rejetons le trépan préventif comme irrationnel, nous devons le rejeter dans tous les cas où nous n'avons pas de raison sérieuse d'enlever la couronne osseuse sur un point déterminé et limité du crâne. Mais cette première question ne peut être résolue qu'après celle-ci :

Même dans le cas si favorable à l'application du trépan que je viens de supposer, est-il toujours possible de reconnaître et l'agent de la compression cérébrale et le point précis où s'exerce cette compression? N'est-il pas évident, Messieurs, que si, dans l'hypothèse où je me suis placé, nous sommes encore réduits à agir aveuglément, le trépan primitif est bien près d'être condamné? Cette grosse question ne peut être résolue que par des faits; aussi n'ai-je pas la prétention aujourd'hui de la résoudre, ni même de la discuter. Je ne fais que la poser et vous apporter deux observations qui pourront contribuer à sa solution. En voici le résumé :

Tronchi (Henri), âgé de 18 ans, garçon plombier, entre le 27 décembre 1867 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Barnabé, n° 30.

En travaillant dans une église, il est tombé sur le sol de la hauteur environ d'un troisième étage. A son entrée, le malade est dans un état voisin de la résolution; il y a de la somnolence, de la torpeur; cependant il répond aux questions qu'on lui adresse et signale la région lombaire comme étant le siége d'une douleur assez vive. Le pouls est petit et lent. Il n'y a des écoulements de sang ni par le nez, ni par l'oreille. Sur le crâne, vers le sommet de la tête et à 2 centimètres environ à droite de la ligne médiane, existe une plaie contuse peu étendue, au fond de laquelle on sent les os à nu à l'aide du stylet. Rien n'indique l'existence d'une fracture.

Une compresse froide est appliquée sur la plaie, sangsues derrière les oreilles et émétique en lavage.

Le malade reste à peu près dans le même état les jours suivants; il urine et va à la selle normalement; la motilité et la sensibilité sont intactes.

Le 1er janvier, à la visite du matin, amélioration notable; le malade ouvre les yeux, répond mieux aux questions. Il souhaite la bonne année à la religieuse de la salle. Quelques heures après, on le trouve mort dans son lit, sans que les voisins s'en soient aperçus.

L'autopsie révèle l'existence d'une fracture fissuraire du crâne commençant non pas au niveau de la plaie extérieure, mais à 2 centimètres en dehors d'elle. La fissure se continue obliquement sur le pariétal droit et aboutit au trou occipital en passant derrière le rocher, qui est intact.

La lésion capitale est un caillot sanguin situé sur les côtés du cerveau, au niveau de la fosse temporale entre la dure-mère et la boîte crânienne. Ce caillot est noir, adhérent à la dure-mère; il est arrondi, mesure environ 4 centimètres de diamètre et 1 centimètre à peu près d'épaisseur.

Le cerveau, presque intact, présente seulement au niveau de la fracture quelques taches ecchymotiques.

Il me paraît certain, Messieurs, que la mort a été déterminée par la formation brusque de ce caillot dans la région temporale droite. Admettons que ce caillot se soit formé plus lentement ou que l'hémorrhagie ait été moins abondante, le jeune homme aurait continué à vivre, mais avec une hémiplégie gauche. Le chirurgien eût pu songer

(1) Fin. — Voir le numéro du 4 avril.

alors à intervenir à l'aide du trépan. N'était-il pas indiqué de l'appliquer sur le point du crâne où était la plaie extérieure et où avait dû porter le choc? Évidemment oui; eh bien! l'agent compresseur, le caillot s'en trouvait à une distance telle, qu'il était impossible de l'atteindre. L'opération eût donc été nécessairement inutile.

Le deuxième malade, dont je vous présente le crâne, est plus instructif encore que le précédent, car ce qui n'était tout à l'heure qu'une hypothèse s'est ici réalisé. Nous avons vu l'hémiplégie apparaître et augmenter peu à peu sous nos yeux, si bien que sans l'infection purulente à laquelle a succombé le malade, je n'aurais pas manqué de songer sérieusement au trépan, et j'eusse accompli une triste besogne, ce dont je vous donnerai la preuve.

Voici le résumé de cette observation :

André B..., domestique, âgé de 27 ans, est tombé en voulant descendre d'un chemin de fer encore en marche. Il entre salle Saint-Barnabé, à l'hôpital Saint-Antoine, le 3 février. Il existe au-dessus de l'arcade sourcillière gauche une plaie aux téguments, large de 8 centimètres environ. En écartant les lèvres de cette plaie, on constate de la façon la plus nette la fracture que je mets sous vos yeux et que je vous décrirai dans un instant.

Le malade présente l'état d'un homme profondément endormi. Il n'a pas prononcé une parole depuis son entrée. Le pansement de sa plaie détermine une vive douleur due à la présence d'un filet du frontal qui est touché par l'éponge. Le malade résiste énergiquement, il exécute avec ses deux bras des mouvements très-violents et pousse même un fort juron; puis, le pansement terminé, il retombe dans l'assoupissement. Souvent il bâille et grince des dents.

Il y a peu de changement les deux premiers jours. Cependant, le 5, il répond à l'appel de son nom.

Le 6, il répond à mes questions, ouvre les yeux et boit volontiers. Pendant ce temps, le pouls battait 52 et même 48.

Le 11 février, c'est-à-dire le huitième jour de l'accident, je constate pour la première fois un affaiblissement de la sensibilité et de la motilité dans tout le côté droit, ce que le malade reconnaît lui-même. Il répond plus mal aux questions, laisse ses phrases inachevées ou les termine par une sorte de ricanement idiot. L'hémiplégie augmente les jours suivants, au point qu'il ne peut soulever son bras droit qu'à l'aide de sa main gauche, et le 20 février, le côté droit de la face se paralyse également, en même temps qu'il répond de plus en plus mal aux questions qu'on lui adresse.

Le 21, il est pris d'un violent frisson et de délire. Le pouls est à 116. Le 23, deux nouveaux frissons; vomissements. La face est terreuse, la plaie flétrie, l'intestin des fragments baigné de pus. Il meurt le 25.

Vous voyez la fracture : elle part de la ligne médiane sous la forme d'une fissure transversale qui, arrivée au niveau de la fosse temporale, se dirige obliquement en arrière et en bas vers l'angle antérieur et inférieur du pariétal gauche pour aller aboutir à la base du crâne, au niveau du trou ovale.

Près de la ligne médiane, sur le frontal, là où commence la fracture de la fissure transversale, partent deux fissures verticales distantes l'une de l'autre de 3 centimètres qui isolent ainsi un fragment quadrangulaire libre seulement par trois de ses côtés. Ce fragment est déprimé de 2 millimètres environ vers la boîte crânienne.

Vu par sa face interne, le crâne présente les mêmes détails que ci-dessus, mais on constate en plus que la lame vitrée du fragment antérieur a éclaté. Il existe deux éclats inclinés obliquement comme un toit, et faisant dans la boîte crânienne une saillie d'environ 6 ou 7 millimètres.

La lésion sur laquelle j'appelle spécialement votre attention, Messieurs, est la suivante : le trait de la fracture a divisé l'artère méningée moyenne au niveau de l'angle antérieur et inférieur du pariétal gauche. Il en est résulté la formation d'un énorme caillot que je vous présente et qui siége entre les os du crâne et la dure-mère. Ce caillot, aussi large que la paume de la main d'un adulte, a plusieurs centimètres d'épaisseur. Il occupe toute la fosse temporale et se prolonge même en arrière. Certaines parties de ce caillot sont noires et d'origine récente, d'autres sont jaunes, fibrineuses, et remontent vraisemblablement au début de l'accident. Je vous signale encore l'adhérence intime du caillot à la face externe de la dure-mère. Vous pouvez constater que le centre du caillot se trouve à 10 centimètres au moins du fragment déprimé et de la plaie extérieure.

Entre la dure-mère et le cerveau, aucune trace d'épanchement de sang ni de contusion. Le cerveau est seulement très-aplati dans toute la partie correspondante au caillot. La dure-mère, l'arachnoïde, la pie-mère et la substance cérébrale sont complétement intactes au niveau des éclats de la lame vitrée.

J'ai à peine besoin, Messieurs, de faire ressortir l'importance de ce fait au point de vue de l'opération du trépan. Voici un malade qui présente une fracture du crâne avec un fragment légèrement déprimé et une plaie aux téguments. Il ne tarde pas à recouvrer en partie son intelligence et l'usage de la parole, mais survient bientôt un affaiblissement de tout le côté du corps opposé à la fracture. L'indication du trépan primitif a-t-elle jamais été plus précise que dans ce cas? Eh bien! les pièces en main, on peut affirmer que l'opération n'eût fait qu'ajouter sa propre gravité à celle de la lésion crânienne, puisque l'hémiplégie était due non pas à la dépression des fragments ni aux éclats de la lame vitrée, mais bien à la présence d'un caillot qui, par sa situation, son volume, son étendue, ses adhérences, était inaccessible à la trépanation.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Guyon présente un malade amputé de la jambe au lieu d'élection. Ce malade porte un appareil de M. de Beaufort depuis quinze jours; il marche facilement. Sur ce point, M. Guyon réserve son appréciation pour une époque ultérieure.

M. Guyon a fait une amputation à lambeau externe d'après le procédé de M. Sédillot. Le résultat obtenu est des plus satisfaisants. C'est la troisième fois que M. Guyon a pratiqué l'amputation de la jambe en taillant un lambeau externe, et trois fois le succès n'a rien laissé à désirer.

M. Léon Lefort. L'opération pratiquée par M. Guyon lui a donné un très-beau résultat; le moignon est régulier, bien matelassé de masses musculaires, et par conséquent dans d'excellentes conditions pour l'application facile d'un appareil prothétique; cependant le malade qu'il nous présente, loin de nous montrer les avantages de l'appareil de M. de Beaufort, nous en montre au contraire les inconvénients. Ainsi, le point d'appui est pris dans cet appareil sur la surface, sur les saillies de la cuisse et du genou et non sur l'ischion. Qu'est-il arrivé? Le malade a placé un gros coussin en avant de la crête tibiale; il a fait subir au manchon de cuir un mouvement de bascule, et il marche aujourd'hui en s'appuyant surtout sur le genou demi-fléchi. Quelle solidité y a-t-il dans ces deux attelles de bois, articulées par cette plaque de tôle grossièrement rivée? L'appareil est détestable et qui, plus est, dangereux. On a parlé du mérite et de la nouveauté de ce pied, dont la plante est convexe; d'abord tous les pieds articulés au niveau de l'interligne du métatarse et des phalanges deviennent, dans la flexion, de véritables pieds convexes; et en second lieu, il n'y a encore là rien dont M. de Beaufort puisse réclamer l'invention. Il y a dix ans que M. Ferdinand Martin a fait des pieds à plante convexe, et il en a donné le dessin dans son travail sur la prothèse des membres inférieurs. Je n'ai rien dit jusqu'à présent des appareils de M. de Beaufort; il m'importait peu qu'ils fissent ou non l'admiration des gens du monde; mais aujourd'hui, il n'en est plus de même : une circulaire de l'administration des hôpitaux nous annonce que la jambe artificielle de M. de Beaufort est la seule qui sera fournie à nos amputés, sauf circonstances exceptionnelles; il est temps de protester dans l'intérêt des malades et au nom des principes de la pratique chirurgicale contre la faveur qu'on accorde à tort à cet appareil.

M. Tillaux. Je ne saurais accepter le blâme que M. Lefort jette sur les appareils prothétiques de M. de Beaufort. Voici un malade qui se sert, depuis quinze jours seulement, de sa jambe artificielle, et qui marche aisément. Elle n'est pas solide, dit-on. Je demande que l'expérience prononce sur cette question. Mais où l'appréciation de M. Lefort me paraît surtout injuste et inacceptable, c'est à propos de la main artificielle. Elle est incontestablement supérieure à toutes celles qui ont été faites jusqu'à présent : c'est, comme l'appelle son auteur, une main utile. M. de Beaufort, à force de chercher, est arrivé à trouver la combinaison la plus simple : il a sacrifié les mouvements accessoires pour le mouvement principal, qui est celui d'opposition du pouce. Sa main artificielle est une véritable pince à deux branches, dont l'une, représentée par les quatre doigts, est demi-fléchie et fixe, tandis que l'autre, représentée par le pouce, est mobile, et s'oppose librement à la première. Je maintiens que c'est là une idée très-ingénieuse et qui appartient en propre à l'auteur. Il n'a pas eu la prétention de faire des appareils de luxe, mais bien des appareils utiles et de nombreuses observations ont démontré qu'il avait réussi.

On objecte qu'il n'est pas possible de lever, avec cette main, de pesants fardeaux; mais avec quelle main artificielle le peut-on faire? Il y a, pour cela, le crochet adapté au moignon. Il ne faut demander à un bras artificiel que ce qu'il peut donner, c'est-à-dire l'appréhension des objets légers qui servent à chaque instant dans les besoins ordinaires de la vie; or je déclare que, sous le rapport de l'utilité, de la légèreté et de la modicité du prix, la main artificielle de M. de Beaufort l'emporte sur toutes les autres.

M. Léon Lefort. Le bras artificiel de M. de Beaufort a, sur la jambe artificielle, l'avantage de rendre des services dans plusieurs circonstances; lorsqu'il s'agit, par exemple, de militaires pensionnés et retraités, d'employés ou de garçons de bureau de ministères ou de grandes administrations; mais pour nos ouvriers qui doivent vivre en travaillant, il leur faut, avant tout, un membre solide. J'ai fait renouveler au bureau central l'appareil d'un malheureux privé des deux mains. Quel métier fait cet homme avec ses avant-bras fabriqués par Charrière? Il est terrassier de la ville de Paris. Nous avons tous vu un homme conduisant, avec le crochet qui terminait son appareil, les chevaux de renfort pour les omnibus remontant le boulevard de Sébastopol. La main artificielle de M. de Beaufort n'a d'autre force que celle du ressort qui agit sur le pouce; c'est un appareil bon, je le reconnais, pour ceux qui n'ont besoin que de peu de force et de travail; mais le principe du mouvement n'appartient pas davantage à M. de Beaufort; il appartient à Van Petersen qui, en 1845, présenta son bras artificiel à l'Académie des sciences, et ce principe a été, avant M. de Beaufort, appliqué et étendu dans ses applications par MM. Charrière, Béchard, Mathieu, etc.

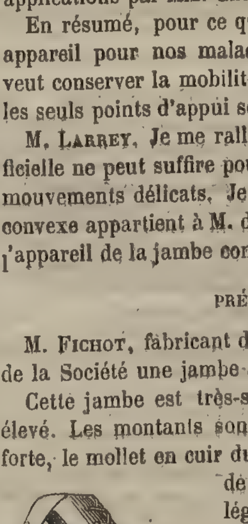
En résumé, pour ce qui concerne la jambe artificielle, le seul bon appareil pour nos malades pauvres est toujours le pilon, ou, si l'on veut conserver la mobilité des articulations et masquer la mutilation, les seuls points d'appui solides sont le genou fléchi ou l'ischion.

M. Larrey. Je me rallie à l'opinion de M. Tillaux. Si la main artificielle ne peut suffire pour les mouvements de force, elle permet les mouvements délicats. Je crois que l'idée générale du pied à base convexe appartient à M. de Beaufort. Je suis moins disposé à défendre l'appareil de la jambe construit par cet inventeur.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

M. Fichot, fabricant d'appareils orthopédiques, soumet à l'examen de la Société une jambe artificielle de son invention.

Cette jambe est très-solide et revient à un prix relativement peu élevé. Les montants sont en acier, la garniture du cuissard en peau forte, le mollet en cuir durci. On a ménagé un point d'appui au niveau de l'ischion. Le pied, d'une seule pièce, en bois léger (en bois de tilleul, par exemple), est articulé avec la jambe.



L'articulation du genou a lieu à l'aide d'un boulon très-fort et rivé. Il existe en avant un point d'arrêt, afin que la flexion du membre ne puisse être exagérée. Le mollet, en cuir durci, descend jusqu'à l'articulation du pied. Les montants en acier sont réunis à la partie inférieure de la jambe par deux traverses fortement rivées. Quant au pied, il est fixé solidement à la jambe au moyen d'un boulon qui le traverse de part en part, ainsi que les deux montants en acier.

Au niveau du pied, deux ressorts en caoutchouc placés l'un en avant, l'autre en arrière, vont se réunir aux traverses de la jambe et donnent lieu à un tirage continu lorsque le pied est en mouvement, ce qui contribue à donner à celui-ci l'aspect d'un pied naturel.

L'amputé que présente M. Fichot porte cet appareil depuis quelques jours. Il marche facilement.

M. Marjolin présente la pièce suivante :

Gangrène spontanée des extrémités inférieures, chez un enfant de 26 mois, ayant une communication congéniale à la base des deux ventricules du cœur.

M. Marjolin. Les cas de gangrène spontanée de ce genre ne sont pas communs dans la science, ils appartiennent à cette variété dite sénile décrite aussi par Jeanroy sous le nom de gangrène des gens riches; affection le plus habituellement due à une gêne dans la circulation. Dans l'ouvrage de MM. Billiet et Barthez, édition de 1853, il n'y en a que six cas de mentionnés. Ces six enfants avaient de 3 à 4 ans et demi, et presque tous ont succombé plus ou moins rapidement.

Chez ce petit malade, nous n'avons pas été témoins du début de l'affection; nous ne l'avons vu que peu de jours, et je ne saurais mieux faire que donner l'observation telle qu'elle a été recueillie avec beaucoup de soin par M. Chaume, interne du service.

Les parents sont jeunes et ont un autre enfant qui se porte bien, mais le père est atteint depuis trois ans d'une bronchite chronique; de plus, leur logement est insalubre, et déjà un médecin leur a conseillé de le quitter.

13 mars 1868. — L'enfant qu'on nous présente est âgé de 2 ans, petit, maigre, chétif : il n'a pas été vacciné. A l'âge de 5 mois, il a eu dans l'aisselle droite un petit abcès qui suppure encore, il a eu également quelques croûtes dans les cheveux, aujourd'hui disparues. Malgré un bon appétit, il a toujours été maigre et maladif; sa mère, qui l'a nourri, nous fait remarquer que, presque dès sa naissance, il fut pris d'une toux qui n'a jamais cessé.

Il y a trois semaines environ, on remarqua, sous l'ongle du gros orteil gauche, des marbrures violacées bientôt suivies de taches noires qui se sont successivement étendues à tous les orteils, à la face plantaire, au bord externe du pied et au talon. Trois jours après, le pied droit devenait également malade, et de ce côté la maladie a exactement suivi la même marche; toujours les taches noires étaient précédées de marbrures violacées.

Aujourd'hui, on voit : rougeur violette des deux extrémités inférieures s'étendant depuis les orteils jusqu'au dessus des malléoles, et cela au même niveau des deux côtés. Les talons et les orteils sont noirs, comme cornés et momifiés. Toutes ces parties sont froides; la sensibilité est nulle sur les parties noires, douteuse sur les parties rouges, et très-vive à la limite de la rougeur.

La maladie semble devoir s'arrêter au-dessus des malléoles, car, depuis huit jours, la rougeur ne monte plus. Depuis cette époque, également, l'enfant semble être moins mal. La mère assure qu'il a moins de fièvre, qu'il tousse moins et qu'il mange mieux.

En ce moment la toux est continue, la peau chaude, le pouls fréquent, mais très-petit; le pouls radial est à peine sensible, l'artère fémorale elle-même bat faiblement, et cependant les mouvements du cœur sont tumultueux et ses bruits s'entendent dans toute la poitrine; on peut saisir un bruit de souffle, mais il est impossible de lui assigner un siége.

Pouls, 130; température de l'aisselle, 38; du rectum, 39. En arrière du thorax, submatité. On entend des râles sous-crépitants à la base des deux poumons.

14 mars. On constate les mêmes symptômes. Cataplasmes saupoudrés de quinquina et de charbon.

Pouls, 140; 75 respirations par minute. Une raie de nitrate d'argent est faite sur les limites de la rougeur pour permettre de constater les progrès de la maladie.

15 mars, matin. — La raie est dépassée de 1 millimètre; on voit quelques phlyctères qui paraissent causées par le cataplasme. On constate un peu de diarrhée et un commencement de cyanose.

Pouls, 144; respiration, 84. Les urines ne présentent ni sucre, ni albumine.

Soir. — Température de l'aisselle, 37; du rectum, 39. L'oppression et la cyanose s'accusent de plus en plus. L'enfant meurt le soir, à neuf heures.

Autopsie. — L'enfant a 70 centimètres de long; il est très-peu développé, ses membres inférieurs sont surtout très-grêles.

On ouvre avec précaution la cavité thoracique, et tout d'abord on est frappé du volume considérable du cœur. Il n'existe aucune adhérence, soit entre les plèvres et le poumon, soit entre le cœur et le péricarde. Le cœur est globuleux, le sillon qui occupe à l'état normal sa face antérieure est peu accusé, et au lieu de se diriger vers la pointe, il va se terminer vers le milieu du bord droit, ce qui indique déjà que l'hypertrophie de l'organe porte principalement sur le ventricule gauche. En effet, ce ventricule, ouvert, offre des parois épaisses d'un centimètre environ; sa capacité dépasse de trois ou quatre fois celle du ventricule droit. La valvule auriculo-ventriculaire gauche est très-développée : les colonnes de premier et deuxième ordres sont fortement accusées, mais toute l'attention se porte sur la paroi interne de ce ventricule, où l'on voit un orifice de communication avec le ventricule droit. Il est triangulaire, long de 15 millimètres et large de 8; ses bords sont arrondis et ne présentent pas l'aspect réticulé que l'on voit sur tout le reste de la surface interne du ventricule gauche. Ils sont formés de deux lames de substance musculaire qui, au lieu de s'appliquer exactement, se sont croisées obliquement, de manière à laisser un espace vide.

Le ventricule droit n'offre rien qui ne soit normal, si ce n'est l'orifice de communication avec le ventricule opposé; sa disposition est la même.

Dans les deux ventricules, l'endocarde est blanc, épaissi, surtout au voisinage des orifices et des valvules.

Les oreillettes ont leurs parois et leur volume ordinaires. Rien de remarquable sur les orifices artériels. Les artères aorte et pulmonaire suivent leur trajet habituel; leurs parois ne présentent aucune lésion. On a suivi soigneusement l'aorte dans tout son trajet, et les artères du membre inférieur, depuis la bifurcation de l'aorte jusqu'aux parties mortifiées, sans trouver aucune cause de gangrène.

Les deux poumons sont entiers, durs, peu aérés. La coupe en est rouge foncé; ils crépitent cependant et peuvent surnager. Il y a là une congestion passive, symptomatique, d'une circulation difficile. L'arbre aérien est intact. Le sommet du poumon, le droit en particulier, offre

de petits tubercules isolés, dont quelques-uns sont remplacés par de la matière puriforme.

Le foie, les reins, sont volumineux et fortement congestionnés.

Parties mortifiées. — Une coupe verticale, pratiquée sur le pied, nous fait voir que les téguments seuls sont entièrement mortifiés. En effet, les cartilages, les os, les muscles du tarse et du métatarse sont à peu près sains. Mais il n'en est pas de même des orteils : le gros orteil, surtout, est dur comme de la corne, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont durs et noirs; les cartilages qui séparent les deux phalanges sont gris; l'articulation qu'ils forment est sèche. On peut suivre, d'avant en arrière, sur cette coupe, les progrès de la mortification. Ainsi, tandis que la phalange onguéale est complétement mortifiée, la phalange métatarsienne ne l'est que dans sa partie antérieure, tandis que les cartilages de l'articulation phalangienne sont grisâtres et secs, ceux de l'articulation métatarso-phalangienne sont moins foncés et encore humides, et, plus en arrière, le premier métatarsien est à peine décoloré. L'examen histologique des vaisseaux, muscles, etc., n'a pas été fait.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, M. de Combarieu vient d'être nommé médecin principal de 2e classe.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Tarnier, docteur en médecine, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé de faire, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1867-1868, le cours des élèves sages-femmes à la Clinique de la Faculté de médecine de Paris.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Béchamp (Marie-Joseph), bachelier ès-lettres, est nommé préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Montpellier (emploi vacant).

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — Sont maintenus en exercice jusqu'au 1er janvier 1869, à partir du 1er janvier 1868, près l'École supérieure de pharmacie de Paris, les agrégés dont les noms suivent, savoir :

MM. Soubeiran, pour la botanique;
Grassi, pour la physique;
Lutz, pour la chimie organique;
Ducom, pour la zoologie.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille.* — M. Bertulus, professeur adjoint de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé professeur de pathologie interne à ladite École, en remplacement de M. Bartoli, nommé professeur honoraire.

M. Fabre, suppléant pour les chaires de pathologie et clinique médicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé professeur adjoint de clinique interne à ladite École, en remplacement de M. Bertulus, appelé à d'autres fonctions.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes.* — M. Pihan-Dufeillay (François-Nicolas), professeur de pharmacie et de toxicologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé professeur de chimie appliquée à ladite Ecole.

M. Delamarre, professeur de matière médicale et thérapeutique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé professeur d'histoire naturelle et matière médicale à ladite Ecole.

M. Laënnec, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé professeur de physiologie à ladite Ecole.

M. Joüon, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé professeur d'anatomie à ladite Ecole.

M. Andouard, suppléant pour les chaires de pharmacie et de toxicologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé professeur de pharmacie à ladite Ecole.

M. Calloch, suppléant pour les chaires de matière médicale et thérapeutique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé suppléant pour la chaire d'histoire naturelle et matière médicale à ladite Ecole.

M. Bertin, docteur en médecine, est nommé suppléant pour la chaire de chimie appliquée à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes.

M. Herbelin, pharmacien de 1re classe, est nommé suppléant pour la chaire de pharmacie et chef des travaux chimiques et pharmaceutiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes.

— A la suite d'un brillant concours, M. Dumas vient d'être nommé interne des hôpitaux de Montpellier.

— *Administration générale de l'Assistance publique à Paris.* — Un concours public pour la nomination à deux places de médecin du bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 4 mai 1868.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert, au secrétariat de l'Administration, le lundi 6 avril 1868, et clos le samedi 18 du même mois, à trois heures.

— La signature illisible de l'article « *Herniotomie inguinale et crurale* » (no 40), nous l'a fait attribuer à M. Delcestre; l'auteur est M. le docteur Delattre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les causeries du docteur, entretiens familiers sur l'hygiène, par madame H. Meunier. 1 vol. in-18. Prix : 1 fr. — Hachette et Ce, boulevard Saint-Germain, 77.

Des méthodes d'extraction de la cataracte et de l'extraction semi-elliptique, nouveau procédé par le Dr De Luce (de Vire). In-8° avec figures. Prix : 1 fr. 50 c. — Paris, 1868. P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 43. — SAMEDI 11 AVRIL 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 11 AVRIL 1868. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 8 avril 1868.

Rapport sur les progrès de la médecine en France,

Par MM. Béclard et Axenfeld.

Dans le rapport sur les progrès de la physiologie qui a fait le sujet de nos articles des 21 et 28 mars dernier, on a pu voir qu'à dater de l'époque où se place l'origine des découvertes et des méthodes scientifiques qui ont dirigé la physiologie dans ses voies nouvelles, cette science a marché d'un pas sûr et rapide, et a réalisé une série non interrompue de progrès incontestés. Il n'en a pas été et il ne pouvait en être de même de la médecine, — non que nous prétendions contester le moins du monde les progrès très-réels qu'elle a faits pendant ce dernier quart de siècle; loin de là. — Mais ces progrès n'ont eu ni une succession aussi constante, ni une marche aussi régulière, et on pourrait dire même de plus d'un d'entre eux, ni cette évidence qui s'impose d'elle-même et les place d'emblée hors de toute contestation possible. La médecine se trouve, d'ailleurs, dans des conditions bien différentes de la physiologie; elle compte une longue et respectable tradition dans laquelle l'expérience empirique a presque toujours précédé la science, tradition avec laquelle il faut toujours compter, car si plus d'une fois elle a pu être une entrave aux progrès, elle en est en réalité le plus souvent le point de départ et la première et plus solide assise. D'un autre côté, la médecine a eu ses controverses, ses luttes, ses révolutions, qui ont eu presque toujours pour effet de jeter les esprits hors des voies scientifiques régulières, les uns s'engageant aveuglément dans un avenir d'autant plus inconnu qu'ils fermaient volontairement les yeux sur le passé, les autres se cramponnant à la tradition comme à une arche sainte, et refusant obstinément toute innovation comme une adultération des vrais principes de leur science. Le calme s'est fait, il est vrai; le dernier système écroulé, un esprit plus rigoureux d'observation et d'analyse a reconstitué la médecine et l'a replacée sur sa véritable base, en renouant d'une part le lien momentanément rompu de la tradition, et en faisant appel d'un autre côté aux lumières et aux méthodes nouvelles de la science générale.

Si l'on se rend bien compte des événements qui ont marqué le commencement de ce siècle, en médecine, de la situation critique d'où l'on sortait à peine au début de la période dont il s'agit maintenant d'exposer l'histoire, on comprendra tout à la fois les écarts et les exagérations où ont pu tomber également les partisans d'une réaction inévitable et les hardis pionniers qui se sont engagés en avant à la vérification des faits anciens et à la découverte de faits nouveaux. Mais cette part faite, il y aurait, comme nous le disions au début de cette série d'articles, injustice à méconnaître non-seulement les progrès de toutes les branches des sciences afférentes à la médecine, mais ceux de la médecine elle-même.

Cela dit, prenons en main le rapport de MM. Béclard et Axenfeld.

MM. Béclard et Axenfeld ne séparent pas l'art de la science, la clinique de la pathologie. « En médecine, disent-ils, la science sans l'art n'existe que de nom. Depuis les plus humbles constatations jusqu'aux généralisations les plus osées, tout y converge vers l'application. La recherche du vrai n'y a d'autre but que la réalisation de l'utile, et si l'on y perfectionne les doctrines, c'est afin d'améliorer la pratique. Ce que la science médicale emprunte aux autres sciences, elle le fait aboutir à la thérapeutique. La thérapeutique, voilà le terme à atteindre, la consécration à acquérir. » Mais si la doctrine n'existe qu'à la condition et dans le but de profiter à l'art, elle n'en est pas moins distincte en réalité par son objet immédiat comme par ses procédés, et elle demandait en conséquence à être envisagée à part et dans ses diverses parties. L'histoire du progrès de la médecine est, en conséquence, exposée dans ce rapport dans deux divisions distinctes et sous ce double aspect : progrès de la science médicale, progrès de l'art médical.

Passant en revue les diverses branches de la pathologie, les auteurs examinent successivement : l'anatomie pathologique, la physiologie pathologique, l'étiologie et la nosologie.

Ce que l'anatomie pathologique doit à notre époque, il n'est pas un médecin qui l'ignore, et ce sera, pour les historiens futurs de la médecine, un sujet d'étonnement et d'embarras, tout à la fois, lorsqu'ils auront à faire le recensement des innombrables matériaux accumulés sur cette partie du domaine médical, et à apprécier l'influence qu'a eue cette direction imprimée à nos études sur les doctrines et sur la pratique médicale elle-même, que dans un entraînement excusable à la condition seulement de n'être que passager, on a fait reposer un moment sur la considération de l'élément anatomique comme sur leur base unique.

Mais voyons comment MM. Béclard et Axenfeld ont apprécié les progrès de cette partie importante de la science médicale.

L'un des faits les plus considérables des premières années de cette période a été l'introduction, dans l'anatomie pathologique, de l'hématologie, et, un peu plus tard, celle de l'histologie, qui en ont considérablement agrandi le domaine, comme elles en ont modifié l'esprit et la direction : — l'hématologie, en substituant à l'ancienne notion vague et mal définie des altérations des humeurs, la démonstration des altérations physico-chimiques du sang, et en éclairant d'un jour nouveau l'histoire de deux grands groupes de maladies, le groupe des fièvres et celui des phlegmasies, par la détermination d'un caractère spécial à chacun d'eux; — l'histologie, en reculant les limites de l'anatomie pathologique et en lui ouvrant des horizons nouveaux, mais encore vagues, il est vrai, et imparfaitement déterminés.

En reconnaissant, avec les auteurs du rapport, que l'hématologie pathologique et l'analyse chimique des liquides organiques ont apporté de très-utiles enseignements à la pathologie, nous ne voudrions pas cependant laisser croire que nous considérions les notions qu'elles nous ont fournies comme suffisantes pour constituer une doctrine humorale nouvelle parfaitement constituée. On ne voit guère, en effet, qu'elles aient jeté une lueur bien vive sur la plupart des maladies humorales, et que l'histoire des virus, en particulier, en ait reçu jusqu'ici beaucoup d'éclaircissement.

En ce qui concerne l'histologie, voici en quels termes MM. Béclard et Axenfeld définissent son rôle :

« Pénétrant plus avant dans la substance des organes, à la faveur de procédés qui lui appartiennent en propre, la scrutant plus intimement que l'anatomie pathologique descriptive, l'histologie tend, de plus en plus, à devenir histogénie. Elle ne se borne plus à saisir les lésions organiques dans leurs degrés les plus avancés, sous leur forme la plus frappante; elle veut aller plus loin, remonter à leur origine, aux phases les moins apparentes de leur développement. Son terrain de prédilection est justement cette frontière indécise qui sépare le tissu sain du tissu en voie d'altération, là où l'état normal confine à l'état morbide commençant. On peut prévoir que, pendant longtemps encore, cette anatomie pathologique toute moderne soulèvera d'ardentes discussions, en raison de ses enseignements, ou incomplets ou contradictoires. Mais la voie difficile où elle est engagée n'en est pas moins la bonne, et elle doit nécessairement conduire à une intelligence plus complète de la maladie, et partant à une intervention plus rationnelle de l'art médical. »

Ils n'apprécient pas avec moins de justesse, à notre avis, le rôle général de l'anatomie pathologique, lorsqu'ils disent que ceux-là se trompaient qui voyaient dans la lésion organique le seul élément essentiel de la maladie, et pour lesquels l'organopathologie était équivalente à la médecine même; que la lésion anatomique n'est que l'un des événements que suscite dans l'organisme l'impression de la cause morbifique, et rien de plus; qu'aucune limite précise ne sépare plus l'anatomie de la physiologie morbide, tout état anatomique ou pathologique interne étant la conséquence d'une perturbation physiologique; que l'anatomie et la physiologie morbide, en un mot, expriment le même fait, envisagé seulement sous deux faces différentes, n'étant autre chose que la statique et la dynamique de l'organisme malade.

La physiologie pathologique semblait ouvrir un large champ de considérations neuves et intéressantes. Ce chapitre nous a tout d'abord paru, par son exiguïté relative, un peu hors de proportion avec son importance réelle. Il est vrai de dire que l'esprit physiologique domine en quelque sorte l'œuvre entière, qu'il est un peu partout et que, sous peine de répétitions, les auteurs ne pouvaient entrer ici dans des développements de principes qui se trouvaient déjà ailleurs et que nous retrouverons surtout largement exposés dans la dernière partie de ce rapport.

Sous ce titre de physiologie pathologique, MM. Béclard et Axenfeld ont groupé les travaux qui ont eu plus particulièrement pour objet ou pour résultat de substituer à l'ancienne sémiologie la notion du mécanisme physiologique de la perturbation fonctionnelle constitutive de la maladie, comme l'anatomie pathologique l'avait fait déjà de son côté pour la détermination du lieu affecté. De cet ordre sont les travaux sur les troubles fonctionnels de l'appareil digestif, dans lesquels on s'est efforcé de remplacer la notion vague de dyspepsie par la connaissance des déviations que la maladie imprime aux actes chimiques et vitaux de la digestion, et par l'étude des perturbations secondaires qui en sont la conséquence; les recherches stéthoscopiques qui ont, en quelque sorte, épuisé de nos jours l'analyse de tous les signes et de toutes les modifications que peuvent présenter les organes respiratoires dans toutes les conditions physiologiques et pathologiques connues; les belles études sur les maladies du cœur qui n'ont pas moins contribué que les expérimentations à éclairer le mécanisme physiologique des fonctions cardiaques; les intéressantes et ingénieuses applications de la sphygmographie et de la cardiographie; les recherches cliniques et chimiques sur l'urine, qui ont conduit non-seulement à enrichir la sémiologie de signes précieux, mais encore à éclairer les grandes questions physiologiques des décompositions et des combustions intra-organiques, sur lesquelles repose en partie la statique animale; l'étude des variations de la chaleur dans les diverses conditions physiologiques et pathologiques; enfin les travaux nombreux et divers qui ont été entrepris sur les fonctions et les maladies du système nerveux, et en particulier l'histoire des maladies mentales et les graves questions médico-légales qu'elles entraînent à leur suite.

L'étiologie est l'une des parties de la médecine dont le dogmatisme et la scolastique se sont le plus emparés. Tandis que la prétention du clinicien ne va, en général, guère au delà de la recherche des causes occasionnelles et des causes prochaines les plus saisissables de la maladie, et, à défaut, des conditions de son développement les plus accessibles à l'observation et à l'analyse, la spéculation philosophique tantôt s'élevant d'emblée jusqu'à la considération des causes finales et à la dernière raison des choses, place toute la pathogénie dans le principe même de la vie, ou parcourant dans une subtile analyse toute la série des enchaînements des causes et des effets qui se succèdent dans l'évolution d'un phénomène morbide, se perd dans une classification hiérarchique de causes efficientes, de causes occasionnelles, de causes prédisposantes ou procatarctiques, de causes proégumènes, déterminantes, continentes, matérielles ou formelles, immanentes ou passagères, instrumentales ou actives, prochaines ou éloignées, etc.

On ne s'attendra pas à trouver, dans ce rapport, les divers ouvrages récents relatifs aux divers points d'étiologie, classés d'après un ordre semblable; on ne les trouvera même pas classés du tout. S'il est, en effet, des maladies toutes spontanées dont la cause tout intérieure nous échappe, un grand nombre, du moins, reconnaissent des causes manifestes provenant du milieu extérieur. Qu'elles doivent être considérées comme simplement occasionnelles ou déterminantes, comme produisant directement ou par réaction les phénomènes morbides qu'il leur faut toujours attribuer en définitive, c'est en général à la recherche et à l'étude des causes de cet ordre que se sont attachés la plupart des médecins, cliniciens ou hygiénistes, soit pour en prévenir, soit pour en neutraliser l'action, quand cela est possible, soit pour en combattre, à défaut de mieux, les effets immédiats ou éloignés. Bien que l'hygiène ait à revendiquer pour la plus grande part l'étude de tout ce qui tient aux influences climatériques et géographiques, à l'acclimatation, aux conditions topographiques de certaines endémies, aux prédispositions inhérentes aux races, aux habitudes économiques et sociales, aux âges, à l'action des modificateurs extérieurs, au régime, etc., etc., le médecin clinicien proprement dit n'en a pas moins un intérêt constant à rechercher le rôle que peuvent jouer ces diverses influences sur l'état pathologique qu'il a sous les yeux. Et quand, par le concours de l'analyse des symptômes et de la connaissance des antécédents, il est arrivé à reconnaître : ici l'influence des effluves marémmatiques, là une intoxication saturnine, ailleurs les signes de l'alcoolisme, ou ceux d'une infection syphilitique, plus loin les effets des émanations phosphorées ou les symptômes d'une affection parasitaire, ses indications thérapeutiques sont toutes formulées d'avance dans son esprit. Là où gît le vrai problème pour le pathologiste, c'est dans la détermination précise des signes ou des symptômes pathognomoniques, qui, à défaut de la connaissance des antécédents, portent avec eux le caractère et comme l'empreinte de leur cause et permettent à eux seuls de la reconnaître. C'est

surtout sur des questions de cette nature qu'ont porté la plupart des travaux énumérés dans ce chapitre. Tels sont notamment les travaux sur l'alcoolisme, sur la pellagre, sur les empoisonnements accidentels et sur les intoxications engendrées par certaines manipulations industrielles; sur les maladies virulentes et en particulier les recherches récentes sur le virus vaccin et ses analogues, sur le charbon et la pustule maligne, la morve et le farcin; sur le groupe des maladies parasitaires; sur l'enchaînement pathogénique ou la relation étiologique de certaines affections entre elles, telles que le rhumatisme et la chorée ou divers accidents cérébraux, l'amaurose et l'albuminurie, certaines paralysies et les affections diphthériques ou typhoïdes, le diabète et la gangrène, etc., etc.

Parmi ces travaux, quelques-uns ont eu pour objet la recherche des conditions étiologiques propres à l'organisme lui-même, telles que l'hérédité, la constitution individuelle ou diathésique, l'influence des états pathologiques antécédents, les circonstances qui constituent une sorte d'immunité fondée sur l'antagonisme de certaines affections morbides. D'autres, enfin, ont eu pour but de chercher à simplifier la pathogénie en ramenant une foule d'affections diverses à un petit nombre de types diathésiques qui les tiennent sous leur dépendance.

Il est un ensemble de travaux que nous avons été d'autant plus surpris de ne point trouver dans cette énumération, que s'appliquant à des lésions fixes, permanentes, essentiellement chroniques, ils ont permis mieux que beaucoup d'autres, grâce surtout à l'extrême sagacité de l'observateur, de saisir jusque dans les moindres accidents de forme et dans les circonstances les plus insignifiantes en apparence, l'enchaînement de tous les effets produits, et d'y lire, comme dans autant de caractères précis, leur relation immédiate et directe entre eux et avec leur cause commune première et les causes accessoires ou secondaires qui sont venues plus tard y surajouter leur action. Nous voulons parler des beaux travaux de M. J. Guérin sur l'étiologie des diverses sortes de difformités du système osseux, qui ont été pour lui le point de départ d'une étude générale sur l'étiologie où les auteurs du rapport auraient trouvé plus d'un point de conformité avec les principes qu'ils cherchent à faire prévaloir.

Nous passerons rapidement sur le chapitre de la nosologie, où l'on trouvera énumérées les affections nouvelles ou au moins nouvellement décrites et qui ont trouvé droit de domicile dans le cadre nosologique. Elles sont, pour la plupart, assez présentes au souvenir de nos lecteurs pour que nous puissions nous dispenser de les rappeler. Indépendamment de ces affections, ce chapitre comprend celles dans lesquelles les nouvelles méthodes d'exploration et de recherches ont introduit des simplifications ou des assimilations jusque-là méconnues.

La part faite à la science, voyons celle de l'art.

On a vu comment il ressort de tous les travaux et de toutes les recherches modernes en médecine, le témoignage d'une immixtion de plus en plus intime de la science dans les choses de l'art. De cette sorte de fusion de la science pure et de la science appliquée, il est résulté que la thérapeutique tend manifestement de plus en plus à sortir de l'ornière de l'empirisme où elle s'est si longtemps traînée, pour entrer dans la voie scientifique, c'est-à-dire dans le champ de l'expérimentation et de l'interprétation. On verra que c'est là, en effet, sinon le caractère commun, tout au moins la tendance plus ou moins accusée de tous les travaux de médecine pratique publiés dans ces derniers temps.

Ils nous montrent, à côté de l'expectation dans les affections dont la marche naturelle tend spontanément à la guérison, expectation érigée en principe depuis longtemps, il est vrai, mais dont les motifs ont été mieux déterminés et les indications mieux réglées de nos jours, ils nous montrent, dis-je, cet autre principe, trop méconnu jusqu'ici, de l'abstention dans les cas d'incurabilité avérée où un traitement actif ne ferait qu'aggraver sans aucune compensation la situation des malades. Ils nous montrent, en un mot, la médecine agissant moins, parce qu'elle veut mieux savoir quand et comment il faut qu'elle agisse, mais aussi agissant, dans quelques cas, avec une énergie et une hardiesse d'autant plus grandes qu'elle est plus certaine de ce qu'elle fait, guidée qu'elle est alors par des indications empruntées à l'anatomie et à la physiologie pathologiques et par des données scientifiques et expérimentales substituées à la tradition et à l'empirisme. On y voit, enfin, les agents pharmaceutiques les plus actifs mieux étudiés dans leur double action physiologique et thérapeutique et dans leurs moyens d'introduction et de pénétration jusque dans l'intimité des organes; et, parallèlement à ces agents, l'influence beaucoup mieux comprise et plus intelligemment utilisée des divers éléments de l'hygiène. — A ce sujet, nous réparerons une omission des auteurs du rapport en signalant le traité d'hygiène thérapeutique du regrettable professeur Ribes, de Montpellier, dans lequel la question de l'application des moyens de l'hygiène au traitement des maladies a été largement et savamment développée.

Cette nouvelle manière d'étudier et d'envisager l'action des médicaments a conduit naturellement à réduire de plus en plus et à effacer presque complétement dans les esprits l'idée de la *spécificité* des agents thérapeutiques, pour lui substituer la notion plus rationnelle de leur action physiologique.

Nous approchons du terme de notre tâche, sans l'avoir tout à fait atteint encore. Il nous reste à parler de l'appréciation des auteurs du rapport sur l'ensemble des travaux ainsi passés en revue et sur la méthode qui y a présidé, et à dire quel est, d'après eux, l'avenir de la médecine.

Pour la méthode qui a été suivie dans toutes ces recherches, disent les auteurs du rapport, nous n'avons sans doute aucune véritable réforme à signaler, mais seulement une application de plus en plus sincère de ces principes immuables qui, en eux-mêmes, n'ont jamais été contestés par aucune école médicale. Toutes semblent, en effet, poursuivre le même but et tiennent le même langage; toutes ne veulent-elles pas les faits recueillis avec exactitude, les rapports de ces faits déterminés d'après une sévère analyse, et ne font-elles pas figurer dans leur programme le culte du réel et le dédain des abstractions?

Notre époque ajoutent-ils, ayant commencé par l'écroulement d'un système, semble avoir puisé dans ce spectacle une plus grande patience pour l'investigation, une plus sage lenteur à conclure.

Quant au reproche de manquer de philosophie, d'unité doctrinale, de vues d'ensemble, qui a été fait souvent à notre époque, MM. Béclard et Axenfeld n'en disconviennent pas entièrement; il est très-vrai, disent-ils, qu'elle est plus adonnée à la démonstration qu'à la systématisation, moins préoccupée des grandes lignes du monument à élever que du choix des matériaux dont se composera l'édifice. Ils réclament, en revanche, pour elle la bonne foi, l'impartialité avec laquelle elle sait en toutes choses accueillir le pour et le contre, le stoïcisme dont elle fait preuve envers les entraînements de l'ingénieux et du probable. Sa réserve, en matière de théorie, va jusqu'à la méfiance, tant elle a la mémoire des déceptions passées, et l'hypothèse lui semble toujours plus voisine de l'erreur que de la vérité.

Tout en rendant hommage, plus qu'aucune autre époque peut-être, aux œuvres magistrales de l'antiquité, elle a l'ambition de tout contrôler par elle-même, de tout recommencer sur de nouveaux faits.

C'est cette crainte légitime, parfois excessive, de dépasser les résultats immédiats de l'observation, suivant la remarque judicieuse des auteurs, qui a donné naissance à la méthode numérique, dont ils apprécient le rôle en médecine en ces termes d'une justesse parfaite, à notre avis : « Compter les faits en pathologie comme en thérapeutique, mettre des chiffres à la place d'appréciations où la mémoire peut intervenir avec ses complaisances ou ses lacunes, et qui échappent à toute vérification; de ces faits eux-mêmes compter les éléments, et fixer encore par des chiffres la fréquence ou la rareté des associations de phénomènes; arriver par cette voie aride à discerner ce que ces associations peuvent devoir à une coïncidence fortuite ou à une subordination nécessaire : telle est la tâche que la méthode numérique impose à ses adeptes. Cette introduction de la statistique dans l'étude des maladies et des médications devait soulever des objections sans nombre : on a fait ressortir l'inévitable dissemblance des unités qu'il s'agissait d'additionner; la nécessité d'accumuler des faits en quantité immense avant d'être autorisé à tirer de leur comparaison une conclusion générale; l'impossibilité de faire des découvertes à l'aide d'un procédé qui semble bannir le raisonnement du domaine de la médecine, etc., objections faciles à réfuter, et qui n'expliqueraient pas l'espèce d'abandon où se trouve actuellement la méthode numérique, s'il n'y avait à cela d'autres motifs et plus puissants. Ces motifs, il convient surtout de les chercher dans les progrès de la physiologie pathologique, dans les perspectives nouvelles que l'expérimentation ouvre aux intelligences. L'explication entrevue des phénomènes exerce sur elle d'autres séductions que les procédés lents et souvent ingrats de la statistique qui enregistre laborieusement les faits et s'interdit de pénétrer le mécanisme intime de leur production. Et toutefois la méthode numérique restera, en médecine, comme un moyen de vérification dont on ne se passera plus désormais, et elle aura eu le mérite d'ajouter à ces poids, dont, suivant le précepte baconien, l'esprit doit être muni pour ne pas s'élancer trop rapidement sur l'échelle de l'induction. »

Les considérations sur l'avenir de la médecine qui terminent ce rapport seront l'objet d'un deuxième article.

Dr Brochin.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Demarquay.

Blessure de l'artère intercostale. Hémorrhagie. Mort (1).

Le 3 mars de cette année, un jeune Polonais âgé de 26 ans entrait dans mon service, pour se faire traiter d'un vaste abcès situé sur la partie latérale gauche de la poitrine. L'origine de cet abcès remonte à 1863. A cette époque, ce jeune homme servait comme volontaire dans l'insurrection polonaise. Dans une rencontre, il a reçu des coups de crosse de fusil dans la région thoracique gauche, violence qui a amené une fracture de côtes. Il fut très-bien remis en apparence des accidents graves qu'il avait éprouvés à la suite de ses blessures, quoiqu'il ait conservé une déformation de la poitrine du côté gauche et une gêne plus ou moins grande de la respiration. Il y a six mois, sa santé s'est altérée, et bientôt il vit paraître un abcès sur la partie latérale gauche de la poitrine, au niveau de l'omoplate.

Lorsque je le vis pour la première fois, je constatai : 1° l'abcès que j'ai signalé plus haut, ayant le volume du poing et de forme allongée suivant le sens des côtes; 2° une matité considérable dans le côté gauche de la poitrine, excepté en avant et en haut, où il y avait de la sonorité; 3° enfin un aplatissement du côté inférieur gauche, ce qui amenait une dépression thoracique de ce côté et par conséquent une espèce d'imbrication des côtes.

(1) La pièce est déposée au musée Dupuytren.

Le 4 mars, l'abcès fut ouvert en deux points, et un drain fut passé à travers le foyer de l'abcès. Au bout de quelques jours, je constatai que la septième côte était dénudée dans l'étendue de 2 centimètres environ, et que des esquilles se trouvaient dans le point de la dénudation. J'agrandis l'incision inférieure que j'avais déjà pratiquée, et j'étais en mesure d'enlever les esquilles mobiles, laissant en place celles qui me paraissaient adhérentes, dans la crainte d'ouvrir la cavité thoracique. Tout alla bien jusqu'au 13 mars. Mais au pansement du soir, l'interne constata une plus grande quantité de liquide dans le linge à pansement, qui exhalait une mauvaise odeur.

Le lendemain 14, je fis la même observation, et de plus je constatai que la poitrine était devenue sonore dans toute son étendue; il n'y avait point de doute : la collection purulente intra-pleurale s'était vidée au dehors. Un stylet introduit dans le foyer où existaient encore des esquilles pénétra dans la cavité pleurale. Pour prévenir les accidents d'une infection putride, je me mis en mesure d'agrandir l'ouverture de ce vaste foyer, afin d'y pratiquer des injections détersives. En raison de l'imbrication des côtes, je compris tout de suite la possibilité de la lésion de l'artère intercostale; mais j'espérais l'éviter en ne dépassant point la zone des tissus fibreux indurés par une longue inflammation. La petite incision que je pratiquai et qui n'avait pas plus d'un centimètre était dirigée en bas et en dehors. Il vint, à la suite de cette opération, un peu de sang artériel; ce qui ne m'empêcha pas de faire des injections avec une solution de permanganate de potasse et de teinture d'iode étendue d'eau. Je laissai en place des esquilles dans la crainte d'amener quelque désordre en les arrachant. Une petite toupe de charpie, introduite dans le fond de la plaie, suspendit la petite hémorrhagie qui venait de la partie postérieure de la plaie. J'étais convaincu que je n'avais intéressé qu'une branche minime de l'artère intercostale.

Le samedi soir et le dimanche 15, l'hémorrhagie se reproduisit, peu abondante en apparence; mais le malade, déjà affaibli, succomba le dimanche soir à la suite d'une syncope.

A l'autopsie, nous avons constaté : 1° que le poumon gauche était refoulé en haut et en avant; 2° qu'il existait une grande cavité pleurale tapissée de fausses membranes granuleuses; 3° que cette plèvre et les fausses membranes qui la tapissaient n'étaient point très-épaisses au niveau de la nécrose partielle de la neuvième côte; 4° que les esquilles résultant de la nécrose de la neuvième côte occupaient, dans l'étendue de 1 à 2 centimètres, toute la portion de la côte; 5° enfin que ma petite incision, partant du foyer de la nécrose, avait coupé l'artère intercostale dans le point où elle est abritée par la partie inférieure de la côte. Pouvait-on prévenir un pareil accident? Il est bien évident que si l'hémorrhagie s'était produite au moment de l'opération, je n'aurais pas hésité à aller à la recherche du bout postérieur du vaisseau, le seul qui pût être intéressé, et à en pratiquer la ligature; la chose eût été difficile en raison de l'effacement de l'espace intercostal; mais, dans ce cas, on n'avait rien à craindre de côté de la cavité pleurale, puisqu'elle était ouverte. Toutefois, on comprend que, en présence de cette difficulté opératoire, l'interne du service ait préféré recourir à la compression, laquelle, n'ayant pas lieu du dedans au dehors, devait naturellement favoriser l'hémorrhagie dans la cavité pleurale. Les hémorrhagies par suite de la lésion de l'artère intercostale sont rares. A ce point de vue, mon observation présente quelque intérêt. Je la rapprocherai d'un autre fait du même genre observé par M. Thierry. (*Bulletin de la Société anatomique*, tome III, page 151).

Il s'agit d'un homme qui, voulant se suicider, se donna un coup de serpette au-dessous du mamelon gauche. Il en résulta une plaie transversale irrégulière, d'un pouce et demi, par laquelle s'écoulait une petite quantité de sang. Rien n'annonçait une lésion du tissu pulmonaire. On comprima la poitrine. Deux heures après, le malade était pâle, décoloré, le pouls petit et fréquent, respiration anxieuse, matité du côté gauche de la poitrine. On diagnostiqua une blessure de l'artère intercostale et un épanchement thoracique. La mort et l'autopsie qui fut faite démontrèrent l'exactitude du diagnostic qui avait été porté.

ÉTUDES SUR LES EAUX DE VALS,

Par M. le Dr Clermont, de Lyon.

Coliques et calculs hépatiques.

Nous arrivons à une maladie très-grave, mais qui l'était encore plus avant que l'usage des eaux carbo-sodiques, pour la combattre, ne se fût autant répandu. Sans doute que les anciens avaient déjà quelques données sur l'utilité des alcalins dans ce genre d'affections, car ils en administraient quelques-uns parmi lesquels la poudre d'yeux d'écrevisse et la magnésie n'étaient pas oubliées. Mais aussi, dans ces temps, que de remèdes inutiles donnés avec confiance aux malades; et quelle bonne foi de la part des médecins, même les plus célèbres.

Pour combattre les calculs biliaires, Morgagni prétend qu'à l'exemple de Boerrhaave, de Glisson, de Sylvius et de Van-Swieten, il ne trouve rien de préférable à l'usage des moyens qui lui paraissent les plus innocents, comme le suc de pissenlit ou celui de *gazon frais*, que tout le monde loue, dit-il, contre cette maladie.

Depuis lors, la thérapeutique des maladies du foie a fait un assez grand progrès, et parmi les moyens de traitement préconisés avec raison contre les calculs hépatiques, les eaux alcalines, mais mieux encore les eaux alcalines gazeuses de Vals, sont mises au premier rang.

On sait que les coliques hépatiques sont le résultat de la difficulté éprouvée par les calculs, quand ils s'engagent dans les conduits biliaires ou les traversent. L'étroitesse de ces derniers, et notamment du canal cholédoque, rend les coliques plus fréquentes et plus aiguës, et parfois elles sont si douloureuses, qu'elles arrachent des cris à l'homme le plus insensible; elles

s'accompagnent alors de nausées, de vomissements, de fièvre et d'autres troubles locaux et généraux, puis elles cessent quand le corps étranger est parvenu dans l'intestin.

A partir de ce moment, les symptômes morbides disparaissent peu à peu et complétement, pour revenir lors d'une nouvelle crise. Souvent ils persistent, et le malade éprouve de mauvaises digestions, de la constipation; son teint est ictérique; en un mot, il est sous l'influence d'une mauvaise santé et d'appréhensions continuelles.

L'emploi des alcalins, et surtout des eaux alcalines gazeuses de Vals, précipite cette migration du corps étranger, et rend les crises moins longues, sinon moins douloureuses. L'action résolutive des eaux sur les membranes des conduits hépatiques, dont l'étroitesse tient le plus ordinairement à un état de phlogose et par suite à l'épaississement de leurs parois, est ici très-utile. On considère d'ailleurs comme certain qu'en activant la combustion interstitielle, en rendant la bile alcaline, les eaux sodiques suspendent ou empêchent la formation des calculs du foie.

Les notions sur le mode de formation des calculs eux-mêmes, leur pathogénie en un mot, est encore peu avancée, quoique l'on s'en soit occupé d'une manière sérieuse, comme pour toutes les affections dont l'origine est obscure, et que l'on est, faute de mieux, disposé à rattacher à une prédisposition diathésique : on a invoqué pour celle-ci l'influence héréditaire, ce qui apprend peu de chose; et quant aux causes déterminantes ou occasionnelles, on les a cherchées tour à tour dans les altérations des conduits hépatiques ou de la vésicule biliaire, dans des conditions d'âge, de sexe, de climat et d'alimentation, sans pouvoir s'arrêter à rien de positif à ce sujet.

On sait que les calculs prennent naissance dans toute l'étendue des canaux biliaires, dans la vésicule, et jusqu'aux abords des granulations du foie, tout comme les concrétions uriques dans le rein. Nous chercherions en vain la véritable parmi toutes les hypothèses expliquant la cause originelle des calculs biliaires, et nous ferons mieux de dire comme M. le docteur Chabanne : « Erreur de nutrition ou résultat d'un vice constitutionnel, le calcul hépatique est toujours atteint par les eaux de Vals. » Ajoutons en outre : Par cette médication, sa formation est prévenue, résultat que les malades trouveront encore préférable.

On a conseillé les voyages en prétendant que les secousses imprimées au foie par les mouvements de la voiture aidaient à détacher ces corps étrangers. Quand ce moyen aurait une certaine valeur, il ne donnerait pas cependant la raison des nombreux cas de guérison ou d'amendement observés chaque année à nos thermes et dont nous allons présenter deux exemples.

Observation de coliques et de calculs hépatiques.

Madame A..., de Bresne, près de Soissons, est affectée depuis cinq ans d'un malaise et d'une pesanteur dans la région du foie. Tous les quatre mois, elle y éprouve de violentes douleurs, suivies, un ou deux jours après, de l'émission par les selles de quelques petits calculs d'un brun verdâtre et arrondis. Dans les moments de crise, la peau revêt une couleur jaune pain d'épice très-prononcée. Ce symptôme disparaît ensuite peu à peu, pour se montrer derechef, à l'occasion d'une nouvelle crise hépatique.

La malade a 56 ans. Elle a reçu les soins assidus de M. le docteur Hutin, de Bresne. A Paris, elle a consulté M. le professeur Piorry et y a été traitée avec beaucoup de zèle par un de ses parents, M. le docteur Grimault, qui l'envoie à Vals avec une note très-détaillée sur les antécédents et sur la médication qui a été suivie.

Le 7 juin, madame A..., autrefois très-grosse et très-forte, offre un état d'amaigrissement considérable. Son teint est chlorotique; son pouls a 75 et s'accélère après les repas, car si l'appétit existe, la digestion est lente et difficile. La langue est blanche, le ventre souple, mais sensible au toucher dans l'hypocondre droit, où cependant le foie ne paraît pas volumineux; l'estomac est rénitent.

Déjà la malade était allée deux années à Vichy, et dans l'intervalle des saisons thermales, elle faisait usage de l'eau minérale de cette station. Elle n'avait pas guéri, et avait suivi plus tard un traitement à Soultzmatt, où M. le docteur Grimault lui avait dit : « Allez à Vals, les eaux sont plus fondantes. » Depuis deux mois, il n'y avait pas eu de crise hépatique, mais la douleur que lui avait fait éprouver la précédente était toujours si présente à sa mémoire, qu'elle frémissait en pensant à la possibilité d'en subir un retour prochain.

De la grande habitude que la malade avait des eaux alcalines, naissait l'indication de lui en donner une des plus minéralisées de Vals; nous lui conseillâmes celle de la source *Magdeleine*, d'abord quatre, puis six verrées par jour ; c'est-à-dire jusqu'à lui faire absorber 16 grammes environ par jour de bi-carbonate de soude. Des bains minéraux quotidiens complétèrent ce traitement, qui fut suivi avec beaucoup de régularité et qui amena la cessation des crises hépatiques et toutes les apparences d'une bonne santé, état qui se maintient encore depuis huit mois.

Lorsque les coliques et les calculs hépatiques surviennent chez un malade préalablement atteint d'un rhumatisme articulaire chronique, mais seulement après la disparition de ce dernier, on est volontiers tenté d'admettre des relations pathogéniques entre ces deux affections. Commençons par constater que dans ces conditions, les eaux alcalines gazeuses, loin de faillir à leur réputation de *cholalogues*, semblent au contraire la mériter davantage, alors même que la fièvre n'est pas encore complétement tombée.

M. le professeur Pétrequin, de Lyon, nous a donné l'occasion d'observer un fait de cette nature. Dans de semblables circonstances, il est bon de le remarquer, on doit éviter d'exciter trop vivement le malade par les bains alcalins, et pour cela ne les prescrire que tous les deux ou trois jours, ou bien employer l'eau ordinaire ou simplement additionnée d'amidon.

Observation de coliques et de calculs hépatiques.

M. C..., âgé de 55 ans, habite Crest (Drôme), où il occupe une position honorable dans l'industrie. D'un tempérament nervoso-sanguin, il est replet, gros et vigoureux; il avait éprouvé, à diverses reprises, des douleurs articulaires rhumatismales qu'il comparait à des accès de goutte. Il fut envoyé, il y a deux ans, à Vichy, par son médecin l'honorable docteur Briquet, et ne s'en était pas mal trouvé. A la seconde année, il en fut autrement, et il ressentit à Vichy même une colique hépatique, qui, depuis lors, s'est renouvelée cinq à six fois.

Au printemps dernier, il se décide à aller à Lyon, consulter une de nos célébrités médicales. M. le docteur Pétrequin, après lui avoir fait suivre un traitement régulier et énergique, l'envoie à Vals, où il arrive le 20 juillet.

Dans l'étude étiologique de cette affection, au sujet de ce malade, nous ne trouvons pas les troubles de l'âme dont parle Morgagni, et nous cherchons en vain les causes perturbatrices signalées par d'autres auteurs, car cet homme mène une vie sobre, régulière et heureuse. Acceptons, faute de mieux, comme point de départ, un processus morbide rhumatismal, car M. C... aime à s'occuper et ne ménage guère ses pas, dit-il. Il est souvent exposé à des refroidissements subits qui donnent l'éveil au rhumatisme, dont la manifestation est aujourd'hui sur la glande hépatique.

Quelle qu'en soit la cause, la maladie est facile à reconnaître, puisque nous avons dans le commémoratif cinq à six crises hépatiques violentes, et que de petits graviers biliaires ont été retrouvés dans les matières fécales un ou deux jours après les coliques. Ajoutons que la sclérotique est jaune, et que toute la peau, celle de la face surtout, est couleur pain d'épice, en même temps qu'elle est le siége d'une démangeaison incommode et plus vive quand le malade a chaud. La langue est blanche, la bouche amère, le pouls donne 80, l'appétit est nul, quoique la digestion soit facile. Enfin les urines sont noires, les selles rares, difficiles et blanchâtres. En examinant le ventre, nous le trouvons un peu gros, mais indolore, égal et souple. Le rebord antérieur du foie est un peu dur et abaissé de deux ou trois travers de doigt au-dessous de sa position ordinaire.

L'état de constipation habituelle du malade indiquait l'emploi de l'eau sodo-magnésienne de la source *Désirée*. Le malade en prit deux, puis trois verrées matin et soir, tout le temps de son traitement, et l'effet laxatif ne commença à se produire qu'après une semaine par des selles plus faciles, plus régulières et moins blanches.

Le 12 du mois d'août, après vingt-quatre jours de traitement dont il est inutile de rappeler ici toutes les péripéties, le malade prit la route de Crest dans un état d'amélioration remarquable; il avait retrouvé de la force, la figure n'avait plus sa teinte jaune-olive, et la sclérotique était presque blanche. Le rebord antérieur du foie semblait avoir repris sa place ordinaire, et les fonctions se faisaient régulièrement. Seule, la démangeaison à la peau persistait, comme cela a presque toujours lieu à la fin des maladies du foie. Nous avons appris depuis que les crises n'avaient pas reparu.

CHROMATOSCOPIE RÉTINIENNE

Par M. le docteur A. Galezowski (1).

§ 1. — Nécessité d'examiner les yeux par la chromatoscopie rétinienne.

Il est aujourd'hui bien démontré que les couleurs n'existent pour nous que comme des sensations subjectives, produites par une excitation de notre organe visuel.

La rétine est le seul et l'unique organe qui soit pourvu de la faculté de percevoir des sensations lumineuses. Elle peut, en outre, distinguer les différents degrés d'intensité lumineuse ainsi que les différentes couleurs et nuances de cette même lumière. Les nerfs optiques ainsi que ses fibres, qui sont épanouis dans la rétine, sont des organes de transmission de cette sensation au cerveau, qui est le seul juge et l'appréciateur de ces impressions. Mais cette faculté de discerner les couleurs et d'en apprécier l'harmonie n'est pas développée au même degré chez tous les individus. Pour un œil bien conformé, il y a des conditions d'organisation toutes spéciales qui permettent à un peintre et au grand artiste de saisir avec ce sens exquis les plus faibles nuances des couleurs. D'autres yeux sont loin d'avoir ce degré de sensibilité. La vue, de même que l'œil, présente sous ce rapport des gradations et des variétés considérables.

On sait que certains individus n'ont d'aptitude à percevoir que des sons d'une certaine acuité, et d'autres ne jugent pas exactement, comme dit M. Longet, leurs rapports musicaux et ne peuvent en sentir l'harmonie ou la dissonnance. La même chose a lieu pour la vue. Tel homme qui a une vue excellente, sous tous les rapports, ne sait pas discerner des nuances délicates entre les différents tons d'une seule et même couleur; tel autre reconnaît bien les couleurs principales, mais il a beaucoup de peine à distinguer les nuances secondaires des couleurs ; verte, jaune, bleu, etc., soit le soir, soit à la lumière du jour; tel autre, enfin, n'a aucune notion d'une ou de plusieurs couleurs principales du spectre. Ces imperfections du sens chromatique peuvent même être portées à un tel degré, que les individus n'auront aucune notion des couleurs, et ne verront par conséquent dans toute la nature que du noir et du blanc.

Depuis Huddart et surtout depuis l'époque où le célèbre physicien Dalton a communiqué ses propres impressions sur la cécité des couleurs dont il fut atteint, l'attention des physiologistes et des pathologistes se porta sur ce sujet, et la science s'est enrichie de faits nombreux et très-intéressants à ce sujet.

Les observations abondent dans la science sur la cécité complète des couleurs ou sur la dyschromatopsie. Wardrop, Herschell, Wilson, Brewster, Thomas Young, en Angleterre; Gœthe, Seebeck, Kelland, Dove, en Allemagne; Cunier, Szokalski, Sous et Goubert, en France, se sont occupés de recherches sur cette anomalie, et ils ont apporté des faits intéressants dont on pourra trouver des détails, si on consulte leurs travaux originaux, dont on trouvera l'énumération complète dans un chapitre spécial de bibliographie.

Toutes ces investigations n'ont porté jusqu'à présent que sur les anomalies congénitales; quant aux faits pathologiques, ils n'ont été signalés qu'exceptionnellement dans l'intoxication par la santonine ou dans la jaunisse.

Mais ce même phénomène peut se développer pendant la vie et constituer un des symptômes de certaines affections oculaires, et notamment de la rétine et du nerf optique.

Dans un autre travail (1), nous avons démontré que la faculté chromatique dépend d'un des éléments de la rétine qui se trouve dans la couche la plus externe, et notamment des *cônes*.

Pour que l'œil puisse bien discerner les différentes couleurs, il faut que ces éléments soient normalement constitués, et qu'ils ne soient atteints par aucune altération morbide. Or, il arrive très-souvent que les affections de la rétine sont concentrées dans la couche externe des bâtonnets et des cônes; cela arrive surtout dans la macula elle-même, qui n'est en grande partie constituée que par des cônes.

Dans l'un comme dans l'autre cas, ces éléments subissent des infiltrations et des altérations de toute sorte : ils gonflent, s'hypertrophient, ou bien s'atrophient, se ratatinent, changent de position et de direction, etc.

Comme conséquence naturelle de pareils désordres, il y a affaiblissement de la sensibilité visuelle ou de l'acuité de la vision, et perversion plus ou moins grande du sens chromatique.

Deux autres circonstances peuvent contribuer au développement de la cécité des couleurs : ou bien les fibres du nerf optique sont altérées et ne peuvent transmettre exactement leurs impressions au cerveau, ou bien le centre visuel lui-même a subi une modification plus ou moins grande par suite des maladies cérébrales, d'intoxication, etc.

L'étude de ces diverses altérations au moyen d'une échelle de couleurs, doit être appelé *chromatoscopie rétinienne*. Elle doit donc comprendre les altérations de la rétine et du nerf optique, de même que de certaines affections cérébrales, qui peuvent avoir une influence directe ou indirecte sur la vision.

On pourra facilement se convaincre quelle importance peut acquérir ce genre d'investigation, surtout pour certains cas exceptionnels, dans lesquels, ni les signes ophthalmoscopiques, ni les symptômes fonctionnels connus jusqu'à présent ne pouvaient nous fixer sur le diagnostic.

Telles sont, notamment, les atrophies du nerf optique, au début, les amblyopies alcooliques et certaines formes des amblyopies syphilitiques. Dans les deux premiers cas, les signes ophthalmoscopiques sont ordinairement négatifs et les symptômes fonctionnels donnent des indications tellement incertaines, que le médecin est souvent très-embarrassé pour formuler son diagnostic, et ne peut faire qu'un pronostic très-douteux.

Au moyen de la chromatoscopie rétinienne, le doute peut être facilement effacé, parce que, comme nous le démontrerons bientôt, il y a des troubles de la faculté chromatique dès le début de la maladie.

Les amblyopies syphilitiques présentent une autre difficulté : les signes ophthalmoscopiques sont assez carastéristiques pour qu'on puisse diagnostiquer le mal; mais il est souvent difficile de reconnaître si la rétine et le nerf optique sont malades, principalement quand le corps vitré est rempli de flocons. La perversion de la faculté chromatique ne pouvant exister que dans les altérations des membranes nerveuses visuelles, on comprendra facilement que le diagnostic peut être complété, dans ces cas, par la chromatoscopie rétinienne.

Toutes ces raisons me permettent d'espérer qu'en poursuivant ces études des maladies oculaires, les médecins pourront trouver des signes nouveaux et précieux pour le diagnostic des maladies des yeux. Je me borne aujourd'hui à dire quelques mots sur

l'Atrophie progressive de la papille du nerf optique.

Le diagnostic des atrophies de la papille ne présente aujourd'hui aucune difficulté, lorsque la maladie est bien accusée ; l'examen ophthalmoscopique ne laisse aucun doute. Mais il n'en est pas de même avec ces affections prises à leur origine : les signes ophthalmoscopiques sont ordinairement négatifs, et il n'y a que les symptômes fonctionnels qui puissent nous donner un moyen de diagnostic plus ou moins précis.

Parmi ces symptômes, les uns sont fournis par l'examen de l'acuité de la vision, et les autres par le degré de perceptivité des couleurs.

La perception des couleurs dépend de trois éléments nerveux, de la couche des cônes, qui sont des organes d'impressions lumineuses; des fibres optiques, qui sont des conducteurs de ces impressions, et ensuite du centre visuel cérébral, ou des tubercules quadrijumeaux. L'altération de chacun de ces éléments doit nécessairement se traduire par l'altération de la faculté chromatique elle-même.

Mais cette altération doit occuper des degrés très-variés selon l'affection de tel ou tel autre élément. Ainsi, dans l'atrophie des fibres nerveuses conductrices du nerf optique, le transport des impressions lumineuses ne peut se faire en général que d'une manière très-vague et très-incomplète; les impressions colorées, dans ce cas, sont transmises au cerveau avec la même incertitude et la même imperfection.

C'est pourquoi tous les malades qui sont atteints d'atrophie de la papille, soit commençante, soit avancée, accusent, avec l'affaiblissement de l'acuité visuelle, la perversion des facultés chromatiques de l'œil. Cette dyschromatopsie présente des signes assez constants, et qui peuvent être observés chez tous les malades dès l'origine de l'affection. Ainsi, le premier phénomène et le plus constant est caractérisé par la cécité pour les teintes secondaires, et il arrive ordinairement, à l'origine même de l'affection, que les malades distinguent bien les couleurs principales, et même quelques-unes de leurs nuances, mais ils sont embarrassés lorsqu'il faut définir les teintes faibles et les distinguer les unes des autres.

A une période un peu plus avancée de la maladie, la cécité des couleurs s'accentue davantage, surtout pour certaines couleurs principales et qui n'occupent qu'une petite surface, par exemple une bande, un carré ou un rond. On remarque en même temps qu'en plaçant cer-

(1) Diagnostic des maladies des yeux par la chromatoscopie rétinienne, par Galezowski. Baillère et fils (sous presse).

(1) *Annales d'oculiste*, 1868, janv., févr.

taines couleurs les unes à côté des autres on produit dans les yeux des malades la sensation d'une couleur mixte, c'est-à-dire que la couleur bleue, vue isolément, sera perçue avec sa teinte plus ou moins naturelle, à proximité du jaune, elle lui semblera verte, grise ou noire.

Parmi les couleurs principales, la couleur verte est celle qui disparaît la première, et il y a peu de malades atteints d'atrophie des papilles, qui ne commettent d'erreur dans la perception du vert, ainsi que de ses nuances, pendant que la faculté chromatique pour la perception des autres couleurs reste complétement intacte.

Voici quelques observations à l'appui de cette assertion; elles prouvent que, même à différents degrés et sous différentes formes, les atrophies papillaires peuvent présenter cette forme de dyschromatopsie.

Observation XXIII. — M. S..., âgé de soixante-deux ans, vient me consulter en 1866, sur l'état de ses yeux qui s'affaiblissaient depuis deux ans. Il est atteint d'une ataxie locomotrice progressive, et les douleurs lancinantes caractéristiques des jambes se sont montrées il y a une dizaine d'années. Sa vue est sensiblement affaiblie, surtout du côté de l'œil droit, dont il ne peut plus lire. Avec l'œil gauche, il lit le n° 13 de l'échelle typographique, et, ce qui est plus étonnant, c'est qu'il peut lire les caractères même très-fins d'une écriture à la plume, tandis qu'il ne peut lire que le n° 13 de l'imprimé. Le champ périphérique latéral externe de l'œil gauche et interne de l'œil droit sont abolis presque jusqu'à la ligne médiane. Quant à la perception des couleurs, il y a une dyschromatopsie caractérisée par l'impossibilité de distinguer la couleur verte. Mais cet état varie beaucoup ; ainsi il y a des périodes et des crises dans lesquelles il voit plus trouble, et alors non-seulement il ne reconnaît pas la couleur verte, mais le rouge lui semble jaune, tandis que les autres jours, surtout à une forte lumière, il la distingue plus facilement. Aujourd'hui il est devenu complétement aveugle, et il ne distingue pas le jour de la nuit.

Observation XXIV. — Madame O..., Américaine, âgée de trente-six ans, et bien constituée, me fut adressée par M. le professeur Lasègue, au mois d'octobre 1866. Sa vue s'est affaiblie depuis deux ans et demie, après ses deux dernières couches; depuis ce temps là ses règles ne sont point revenues. Il y a un an cette malade a été vue par moi pour la première fois avec M. le docteur Buendia, et alors j'ai pu constater l'atrophie partielle des papilles, avec diminution du champ visuel externe dans les deux yeux (hémiopie croisée). Par moments elle avait des vertiges. Elle lisait à cette époque de son œil gauche, qui est le meilleur, le n° 17 de l'échelle typographique. Quant aux couleurs, elle ne pouvait pas distinguer le vert et toutes ses nuances. A cette époque, nous lui avons conseillé d'appliquer, vers la fin de chaque mois, des sangsues aux parties génitales, de faire usage de lavements, des purgatifs et des bains de pieds. — En la voyant pour la deuxième fois en 1866, j'ai pu constater une amélioration notable; elle pouvait déjà lire le n° 13 de l'œil gauche, et de l'œil droit le n° 17; elle distinguait aussi la couleur verte franche, mais pas les nuances. Ses règles sont revenues; les vertiges et les maux de tête sont complétement dissipés, et la malade affirme que sa santé s'est sensiblement améliorée et que la vue s'est raffermie. A l'ophtalmoscope, j'ai constaté l'atrophie partielle des deux papilles, avec quelques vaisseaux athéromateux au voisinage de l'une d'elles.

A une période plus avancée de l'affection les malades confondent indistinctement toutes les couleurs, et prennent les nuances faibles pour le blanc; le rouge et le violet ne leur offrent pas de différence.

En ce qui concerne la couleur jaune, ainsi que ses nuances, nous devons déclarer qu'elle reste le plus longtemps intacte et que les yeux atteints d'atrophie de la papille la reconnaissent tout le temps que la vision se conserve même à un degré minime. Le bleu est aussi perçu pendant longtemps, surtout dans ses nuances saturées.

Un malade est venu consulter M. le professeur Richet le 31 janvier 1868, à la Pitié, pour une amblyopie très-grave, consécutive à une atrophie de deux papilles. La chromatoscopie rétinienne nous a permis de constater une perversion notable de la faculté de percevoir les couleurs : ainsi le vert lui paraissait gris, le bleu outremer lui semblait grisâtre, mais il distingue bien le jaune et le rouge écarlate.

Il se trouve actuellement dans le service de M. Delpech à l'hôpital Necker un malade atteint d'atrophie commençante des papilles et qui ne reconnaît plus de couleurs.

Conclusion. — Après avoir étudié ces faits, on doit se demander : A quelle altération faut-il rapporter la cécité des couleurs? est-ce à l'atrophie des fibres optiques seuls ou bien à une désorganisation simultanée des cônes et des nerfs optiques?

Il me semble que l'altération de l'un et de l'autre élément nerveux existe simultanément; mais c'est surtout l'atrophie des fibres conductrices qui peut expliquer l'affaiblissement du sens chromatique. Et tandis que pour certaines sensations la vibration lumineuse et colorée doit être plus rapide, pour d'autres, les vibrations se produisent bien plus lentement ; il faut donc que la transmission nerveuse jusqu'au centre nerveux visuel s'opère plus rapidement pour les unes que pour les autres couleurs. Ceci ne peut avoir lieu que d'une manière très-incomplète dans un nerf atrophié.

Il résulte de là que certaines couleurs, qui ont une étendue plus large sur la base du cône, ainsi que sur le spectre solaire, par exemple le *jaune*, impressionnant la rétine plus fortement, et vibrant en même temps plus lentement que les autres couleurs du spectre, se transmettent plus facilement au cerveau. Il y a ainsi une perception plus exacte de ces couleurs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paral èle entre le céphalotribe et le forceps-scie, par le Dr Eugène Verrier. In-18 de 60 pages. Prix: 75 centimes. — Paris, Savy, 24, rue Hautefeuille.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1867 et les formules des médicaments nouveaux, suivi d'un *Mémoire sur le café*, par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris. 28e année. 1 vol. in-18 de 330 pages. Prix : 1 fr. 25. — Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Mécecine.

Traité de physiologie, par F.-A. Longet, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris; tome Ier, avec figures et planches en taille-douce dans le texte; troisième édition, revue, corrigée et augmentée, 1 vol. in-8° de 860 pages. Prix : 10 francs. — Germer-Baillière.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 44. — MARDI 14 AVRIL 1868. 41e ANNÉE. MARDI 14 AVRIL 1868. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 13 avril 1868.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

Académie des sciences. — Parmi les travaux présentés à la dernière séance, nous mentionnerons :

1° Un Mémoire de M. le docteur Richelot, sur la guérison radicale des rétroversions utérines par des adhérences cicatricielles produites artificiellement entre le col de l'utérus et la paroi postérieure du vagin;

2° Une note de M. Bonnafond, sur un cas de surdité produite par une exostose développée dans le conduit auditif externe et guérie par son ablation;

3° Une communication sur la nature et le mode de propagation du choléra, par M. le docteur Shrimpton, dont nos lecteurs connaissent déjà les opinions anti-contagionistes.

Hôpitaux. — M. Voillemier vient de modifier son procédé de cautérisation du varicocelle. Sur un malade de son service, à l'Hôtel-Dieu, au lieu d'appliquer un cautère soit cutellaire, soit en rondache, il a saisi avec une sorte de pince, chauffée au rouge, un repli du scrotum où il avait poussé les veines variqueuses. L'opération lui a semblé ainsi d'une exécution plus facile.

— Jeudi dernier, nous avons vu M. Voillemier divulser un urèthre occupé presque en son entier par un rétrécissement cicatriciel de longue date.

Le malade avait eu des fistules urinaires très-étendues; il avait déjà subi une uréthrotomie interne, douze ans plus tôt, dans le service de Civiale, puis une seconde uréthrotomie et une dilatation forcée suivant la méthode de Pérève. Le canal était induré dans toute sa longueur, et au périnée, on sentait une sorte de tumeur très-résistante, constituée par l'induration des tissus qu'avaient traversés les anciennes fistules. Une petite fistule existait encore.

Eh bien! au milieu de ces tissus, dans cet urèthre qui semblait transformé en une sorte de corde fibreuse, une fois le cathéter conducteur introduit, il fallut à peine un instant pour faire entrer un dilatateur de 7 millimètres et demi.

Le divulseur de M. Voillemier est fort ingénieux. Il se compose : 1° d'un cathéter conducteur en acier, formé de deux valves accolées qui sont unies à leur extrémité sur une certaine longueur; 2° d'un gros cathéter en métal blanc, muni sur les côtés de deux rainures qui reçoivent les deux valves du conducteur.

Le tout forme un ensemble parfaitement cylindrique; et en cela, le divulseur de M. Voillemier est bien supérieur à celui de Holt, qui dilate l'urèthre suivant deux diamètres inégaux.

En outre, le conducteur de M. Voillemier peut se visser au bout d'une bougie élastique introduite préalablement pour ouvrir la voie.

L'opération se divise en trois temps principaux qui se succèdent en quelques minutes :

1° Introduction de la bougie élastique sur laquelle on visse le conducteur;

2° Introduction du conducteur dont on fait ensuite entrer les valves dans les rainures du dilatateur;

3° Introduction subite et rapide du dilatateur. Ici, on doit employer une grande force dans des cas aussi difficiles que celui dont nous rendons compte.

C'est à peine s'il s'est écoulé quelques gouttes de sang, soit chez ce malade, soit chez deux autres qui ont subi récemment la même opération.

Aucun d'entre eux n'a eu d'accident consécutif; l'un est déjà sorti de l'hôpital parfaitement guéri de son rétrécissement. Un autre, opéré depuis trois semaines ou à peu près, était affecté de fistules qui maintenant ne donnent plus d'urine; elles se sont fermées d'elle-même, une fois l'urèthre élargi.

Tous ont déclaré que la douleur éprouvée par eux au moment de la dilatation forcée avait été très-supportable.

Le dilatateur habituel de M. Voillemier est, nous l'avons dit, de 7 millimètres et demi. Lorsqu'on le retire, on introduit une sonde molle un peu plus petite (de 6 à 7 millimètres), et nous avons pu juger par nous-même, le lendemain d'une opération, avec quelle facilité cette sonde glissait dans l'urèthre élargi.

La très-légère sécrétion purulente qui se fait d'abord est bientôt tarie. Deux ou trois jours peuvent suffire pour que le malade, n'éprouvant plus aucun malaise, urinant sans difficulté, se considère comme guéri, bien qu'il ait encore à compléter la dilatation par l'introduction répétée de cathéters dont le volume soit progressivement augmenté.

Ainsi, même dans des cas peu favorables, la divulsion est une opération des plus efficaces et des plus simples. Les effets en sont immédiats en ce qui touche la rétention d'urine; et les malades, sortis d'angoisse, pouvant vider leur vessie sans effort, voyant la grosseur très-satisfaisante du jet qu'ils poussent, supportent très-bien, sans se plaindre, les cathétérismes ultérieurs.

C'est là un des grands avantages de la dilatation forcée, quand on la pratique en une seule fois, comme le font M. Voillemier et M. Holt. Dès le premier jour, on rend au canal un calibre très-suffisant, et on ne revient plus à l'emploi de la force.

Avec la méthode de Pérève, au contraire, on voulait agir progressivement; on introduisait à plusieurs reprises des dilatateurs de plus en plus gros; et comme le montre parfaitement M. Voillemier dans son excellent livre, on augmentait ainsi les chances d'accident dans une proportion très-large. La muqueuse était enflammée par des traumatismes successifs; elle devenait moins souple et moins élastique; l'effort qu'on lui faisait subir la déchirait plus aisément.

Atteindre le but d'un seul coup, comme le fait M. Voillemier, ne cause pas plus de douleur ni de péril que s'en approcher quelque peu, comme le faisait M. Pérève dans chacune de ses séances.

Cette méthode de divulsion, ou de dilatation forcée, pratiquée avec l'instrument de M. Holt, est à présent très à la mode de l'autre côté du détroit. Aujourd'hui encore, l'*Edinburgh medical Journal* publie sur ce sujet un travail qui contient dix observations recueillies récemment par le docteur Miller.

Un des opérés, très-affaibli par la maladie et les excès, atteint d'abcès péri-uréthraux, puis d'abcès prostatique, mourut quatorze jours après la divulsion, qui avait d'abord évidemment amélioré l'état général. Il n'est pas fait mention d'autopsie.

Un autre mourut de phthisie, un an après l'opération, sans avoir éprouvé de nouveau aucun trouble dans la mixtion. Pas d'examen *post mortem*.

Un troisième mourut d'*ileus* le dix-septième jour. A l'autopsie, on trouva l'intestin grêle étranglé, non loin du cœcum, par d'anciennes brides cicatricielles.

Quant aux organes urinaires, la vessie était hypertrophiée et sa muqueuse était épaissie; il existait un petit abcès, lié probablement aux glandes de Cooper, sous la portion membraneuse de l'urèthre; mais l'examen le plus attentif ne révéla pas la moindre trace de déchirure, la moindre cicatrice, sur la membrane muqueuse du canal de l'urèthre, dont le calibre était normal.

Les sept autres malades guérirent; un fut revu deux ans, un autre vingt-deux mois, un autre un an après l'opération. Ils n'avaient pas eu de rechute.

Il y a maintenant plus de six ans que M. Bernard Holt a préconisé sa méthode. Quatre ans plus tard il a publié sous ce titre : *Opinions et Statistiques*, les premiers résultats de sa pratique personnelle, et de celle d'autres chirurgiens, ses compatriotes.

Sur 742 opérations de dilatation forcée, aucune n'aurait été directement fatale; 11 malades seulement auraient succombé, par diverses causes, pendant qu'ils se trouvaient encore en observation. M. Holt a fait quatre autopsies de sujets morts 1 jour, 10 jours, 12 jours, et le quatrième « peu de temps » après la divulsion. Dans aucun cas il n'a noté une rupture du canal, ni rien autre chose qu'un peu de congestion, de rougeur ou d'inflammation vers le point où avait siégé le rétrécissement. Pourtant M. Holt, répétant son opération sur le cadavre, avait produit, sur la ligne médiane et dans les limites du rétrécissement, une rupture longitudinale de l'urèthre.

Cette intégrité absolue de la muqueuse, à la suite d'opérations sur le vivant, également notée par M. Mac Donnel dans un travail que nous avons analysé, il y a quinze jours, n'est pas considérée par M. Voillemier comme étant la règle.

Dans les autopsies qu'il a pratiquées, en pareil cas, chez des malades morts d'affections intercurrentes, le plus souvent il a trouvé des éraillures bien évidentes sur la muqueuse : éraillures semblables à celles qui se forment sur le prépuce, lorsqu'on le dilate dans les cas de paraphimosis, suivant la méthode qu'on emploie depuis un certain temps en Amérique, ou suivant celle de M. Nélaton, que la *Gazette des Hôpitaux* a publiée dernièrement.

Il est certain du reste que la muqueuse uréthrale peut être quelquefois rompue sur le vivant par la dilatation forcée. Un fait de ce genre a été observé par le docteur Watson, qui a modifié l'instrument de M. Holt, de manière à pouvoir d'emblée, sans dilatation préalable par les bougies, divulser des rétrécissements beaucoup plus étroits.

Chez le malade dont il s'agit, le cathéter d'acier qui doit produire la dilatation par l'écartement de ses deux valves, lorsqu'on pousse entre elles le cylindre creux, ce cathéter, bien qu'il fût aminci vers la pointe et généralement beaucoup plus étroit que l'instrument correspondant de M. Holt, ne put pas pénétrer d'abord à travers le rétrécissement. Il fallut introduire la plus fine bougie, puis les deux numéros suivants, pour produire progressivement la dilatation nécessaire. Le malade ne survécut que douze heures à la divulsion.

Quand M. Watson observa ce fait, il en était encore au début de ses études sur la dilatation forcée; il connaissait mal les circonstances qui contre-indiquent cette opération; plus tard, sans doute, il aurait eu recours, en pareil cas, à quelque autre méthode; aussi n'a-t-il plus eu de semblable accident.

Il ne faut pas croire, en effet, que la méthode de divulsion soit également applicable contre les rétrécissements de tous les genres. Dans son traité des maladies de l'urèthre, M. Voillemier consacre un chapitre excellent à bien préciser les circonstances dans lesquelles il faut employer telle ou telle méthode thérapeutique. Ici, la dilatation simple par des bougies; ailleurs, les cautérisations; ailleurs encore, l'uréthrotomie, etc.

En ce moment même, dans les salles de l'Hôtel-Dieu, se trouve un jeune homme que M. Voillemier a opéré tout récemment par l'uréthrotomie interne.

La grande question est de savoir quelle est la nature du rétrécissement et quelles sont les parties malades.

Quarante et une fois sur quarante-cinq, M. Miller a trouvé la muqueuse parfaitement saine sur des urèthres affectés de rétrécissement, et qui sont déposés au musée d'Édimbourg; de son côté, M. Voillemier rapporte dans son livre des exemples semblables.

Il ne faut donc pas exagérer la pensée formulée par M. Desormaux dans son traité de l'*endoscope*, et supposer des granulations, des ulcérations, sinon une transformation, une destruction de la muqueuse uréthrale, dans tous les cas de rétrécissements.

La blennorrhée granuleuse est commune; j'en ai vu de nombreux exemples, et chacun peut en aller voir à l'hôpital Necker, le jeudi, quand M. Desormaux dirige les examens endoscopiques.

Mais cette souffrance de la muqueuse est-elle cause ou effet des rétrécissements? La chose n'est pas toujours bien claire. M. Voillemier a souvent constaté que la muqueuse était parfaitement saine où l'urine ne séjournait pas, en avant du rétrécissement; tandis qu'elle était rouge, enflammée, granuleuse, exulcérée en arrière de ce point, comme si l'urine qui s'y trouvait l'avait irritée par son contact.

Le livre de M. Voillemier (1), que nous avons là devant les yeux, est un des meilleurs traités spéciaux que nous ayons lus depuis longtemps. L'érudition en est de bon aloi, les citations ne sont pas faites de seconde main, les observations personnelles sont très-nombreuses. la méthode d'exposition claire, les appréciations généralement justes et impartiales.

Dans les longs chapitres consacrés aux rétrécissements de l'urèthre, comme l'année dernière M. Ollier dans son ouvrage sur les résections sous-periostées (2), M. Voillemier a su dominer son sujet de manière à voir aussi bien les méthodes des autres que les siennes.

Cependant n'est-il pas sévère envers Mayor, qui, par sa méthode brutale de cathétérisme forcé sans conducteur, a ouvert la voie à la méthode de divulsion?

N'est-il pas un peu oublieux envers M. Holt, qu'il nomme à peine deux ou trois fois?

M. Holt a vulgarisé la divulsion en Angleterre. Il a rassemblé ou fait rassembler des notes médicales sur plus de huit cents faits; et bien que ces notes soient incomplètes pour la

(1) *Traité des maladies des voies urinaires*, par M. Voillemier. Gr. in-8°. Prix : 12 fr. 50. — Paris, 1868. Victor Masson et fils.

(2) *Traité expérimental et clinique de la régénération des os*, par M. Ollier. Gr. in-8°, 2 vol. Prix : 30 fr. — Paris, 1867. Victor Masson et fils.

plupart, bien qu'elles soient comme telles dépourvues de ce caractère vraiment scientifique qui impose la conviction, leur nombre et leurs sources diverses impressionnent favorablement; elles ne sont donc pas inutiles pour le succès de la méthode.

M. Voillemier a posé les règles qui doivent guider les chirurgiens dans les opérations de ce genre. Il a montré pourquoi Pérève réussissait moins bien qu'on ne le fait à présent. Qu'il publie les observations recueillies par lui, exactement, sous le contrôle de tous ceux qui suivent son service, et qu'il fasse entrer sa méthode dans le domaine de la science et dans la pratique générale.

— M. Guéneau de Mussy continue à se bien trouver du phosphure de zinc contre les diverses paralysies dans lesquelles il l'expérimente.

Chez une femme qui depuis près d'un an ne pouvait plus marcher, ni coudre, qui ne pouvait même plus soulever sur son lit les membres inférieurs, dont les muscles étaient en partie atrophiés et répondaient très-peu aux excitations électriques, le traitement phosphoré, suivi depuis quatre jours, a déjà amené une amélioration telle, que cette femme a pu reprendre son aiguille et commence à mouvoir ses jambes.

Un autre malade, pendant le cours d'une phthisie tuberculeuse, était devenu d'une faiblesse extrême; profondément hypocondriaque, il pouvait à peine se tenir debout; le phosphore a produit chez lui des résultats vraiment inattendus. En quatre ou cinq jours il a calmé la toux, remonté le moral, ranimé à la fois l'appétit et les forces.

Un autre, à la suite d'un rhumatisme articulaire, avait présenté une tendance aux congestions encéphaliques, que M. Guéneau de Mussy a attribuée à une disposition athéromateuse des artères. Le fait est que cet homme, qui jusqu'à cette époque supportait parfaitement le vin, devint incapable de boire plus d'un demi-litre sans être ivre.

Un jour, l'ivresse provoqua chez lui des accidents graves : il survint d'abord une résolution générale momentanée de tout le système musculaire, puis une faiblesse des membres qui persistait encore six semaines plus tard, lorsqu'il fut soumis à l'action du phosphure de zinc. Le résultat fut aussi remarquable que chez les malades précédents. Cette espèce de paralysie disparut en moins de huit jours.

Les doses journalières de phosphore n'ont pas dépassé 2 milligrammes de phosphore actif (c'est-à-dire 8 milligrammes de phosphure de zinc). Chez les hommes, dans tous les cas, on a observé le retour des érections quand elles avaient cessé, leur fréquence et leur énergie quand elles existaient précédemment.

— Dans le même service, deux malades témoignent de l'efficacité des cautérisations au nitrate d'argent (solution au 7e) dans les aphonies tuberculeuses. Une jeune fille et un jeune homme, l'un et l'autre phthisiques et complétement aphones, depuis un certain temps, par laryngite tuberculeuse, ont recouvré la voix après un petit nombre de cautérisations de ce genre.

Nous avons déjà dit que, dans les angines varioleuses, M. Guéneau de Mussy employait le même moyen avec un grand succès.

— Chez la jeune fille dont il s'agit, M. Guéneau de Mussy vient aussi de mettre en usage une autre formule qui lui réussit contre un certain genre de toux, et dont nous avons déjà parlé.

Lorsque la toux, soit chez les phthisiques, soit dans toute autre circonstance, est provoquée par une sensation de chatouillement vers la gorge, M. Guéneau la fait cesser en faisant priser au malade une poudre composée de neuf parties de gomme et d'une partie de feuilles de belladone.

Ici, le soulagement éprouvé a été vraiment remarquable.

— La malade chez laquelle M. Richet a employé dernièrement l'acupressure, allait très-bien cinq jours après l'opération. Le fond de la plaie était déjà cicatrisé, et les bords ne présentaient plus la moindre rougeur érythémateuse.

— A propos de la jeune fille atteinte de *pied creux valgus* par contracture du long péronier latéral, M. Richet s'est demandé si chez les jeunes filles chlorotiques, vers l'époque de la puberté, les contractures musculaires n'étaient pas souvent la conséquence d'un relâchement général qui, laissant sans soutien les articulations, produisant une distension des ligaments qui les entourent, y provoquaient d'abord une certaine douleur qui, elle-même, par action réflexe, amenait bientôt la contracture de certains muscles.

M. Richet, du reste, admet plusieurs autres causes de contractures. Celles-ci, par exemple, qui surviennent dans la chorée, lui semblent être évidemment idiopathiques.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Bouchut.

De la Thrombose des sinus de la dure-mère dans les maladies chroniques de l'enfance et du délire ou des convulsions terminales de ces maladies.

Chacun sait combien sont fréquentes et graves les convulsions à la fin des maladies chroniques de l'enfance. Elles sont l'indice d'une mort prochaine. Un grand nombre d'enfants succombe ainsi dans le cours des cachexies qui accompagnent la phthisie pulmonaire, l'entérite chronique simple ou tuberculeuse, la carie vertébrale, les tumeurs blanches, les coqueluches compliquées de broncho-pneumonie et bien d'autres encore, mais le nombre des maladies dans lesquelles se produisent du délire ou des convulsions terminales ne fait rien au phénomène, car il suffit qu'il existe un état cachectique pour qu'il se produise.

Pendant longtemps on a cru et on a professé que le délire et que les convulsions terminales des maladies chroniques de l'enfance étaient le résultat d'un appauvrissement du sang, dont l'insuffisante réaction sur la substance du cerveau en modifiait l'exercice au point d'amener l'état convulsif. Dans la pensée de la plupart des médecins, et dans la mienne aussi, pendant longtemps, c'était à l'inanition et à la chlorose de l'état cachectique, produit par une maladie prolongée, qu'il fallait attribuer cet appauvrissement. Cela est encore vrai, et, chez quelques malades, il n'y a rien à changer à cette manière de voir, car dans quelques autopsies, on ne trouve aucune altération du cerveau ou des méninges qui puisse rendre compte de ces convulsions.

Il n'en est pas toujours ainsi. Si cette explication reste valable dans les cas où l'on ne trouve aucune altération après la mort, il en est d'autres où ces convulsions doivent s'expliquer d'une autre façon, et où elles doivent être rapportées à la présence d'*une thrombose des sinus de la dure-mère*, faisant obstacle à la circulation cérébrale et produisant une *ischémie* dont l'effet est une congestion passive de l'encéphale. En voici la preuve sur le fait que je vais rapporter et dont vous avez les pièces sous les yeux. Ce fait n'est pas le seul que j'aie observé, et d'autres en ont vu de pareils, mais il est assurément l'un des plus remarquables.

Nous avions au n° 44 de la salle Sainte-Catherine une petite fille atteinte de coqueluche depuis plusieurs mois. Vous avez vu qu'après une amélioration notable sous l'influence de l'*électuaire alliacé* et d'une *potion au chloroforme*, elle a été prise de broncho-pneumonie avec anesthésie incomplète, révélant l'asphyxie. Elle était dans cet état, lorsque le dimanche matin 22 mars, elle a été prise de convulsions pendant trois quarts d'heure; ces convulsions se sont reproduites dans la journée, elles ont cessé et sont revenues le soir, et enfin elles ont entraîné la mort.

A l'autopsie, on a constaté une congestion assez grande de l'encéphale, avec légère suffusion séreuse de la pie-mère sous-arachnoïdienne, et en même temps des caillots anciens durs et décolorés des sinus de la dure-mère. L'un de ces caillots, long de 15 centimètres sur 1/2 centimètre de large, occupait le sinus latéral et descendait jusque dans le golfe de la veine jugulaire. L'autre, plus dur et plus complétement décoloré, occupait le sinus longitudinal supérieur, qu'il obstruait dans sa longueur et aux parois duquel il était adhérent.

Voici un second cas non moins curieux, dans lequel une thrombose des sinus, chez une phthisique, a produit un délire final dont la *cérébroscopie* a révélé la cause, en montrant qu'il y avait dans l'œil les signes d'un obstacle à la circulation cérébrale.

Observation. *Phthisie pulmonaire. — Délire. — Thrombose des sinus de la dure-mère. — OEdème de la papille. — Atrophie choroïdienne.* — Le 24 mars 1868, mourait, dans mon service de l'hôpital des Enfants, au numéro 13 de Sainte-Catherine, une fille de 13 ans, atteinte de phthisie pulmonaire très-caractérisée. Elle avait eu, douze jours avant sa mort, un assez violent délire qui s'était un peu amoindri et qui avait recommencé l'avant-veille.

A l'ophthalmoscope, on voyait une papille nébuleuse grisâtre par œdème général; ses contours étaient presque invisibles, et on la devinait par le point d'où s'irradiaient les veines. Les vaisseaux étaient larges et pâles, et la choroïde, également très-pâle, semblait, ainsi que la rétine, couverte d'un sable fin, blanchâtre, confluent, comme un piqueté blanc très-serré.

A la mort, on eut la raison du délire dans les sinus de la dure-mère et de l'atrophie choroïdienne par l'examen histologique.

Lorsqu'on eut constaté le ramollissement tuberculeux et les excavations des poumons, on rechercha, dans les sinus de la dure-mère, la cause du délire, et on la trouva dans une oblitération presque complète par des caillots de deux âges, les uns minces, blanchâtres, décolorés, résistants et adhérents aux parois occupant les sinus longitudinal et transverse, n'obstruant qu'à moitié les sinus, et les autres plus récents, noirâtres, mous, remontant à vingt-quatre ou quarante-huit heures et laissant encore un petit chemin pour le cours du sang. Le cerveau était sain, comme ses membranes.

Quant à l'examen de l'œil, le voici tel que l'a fait M. Ordoñez.

Cette pièce est assez curieuse : la rétine est absolument intacte, au point que la couche des battonets, qui est celle qui s'altère plus promptement, était ici parfaitement nette. La choroïde était le siége de toute l'altération.

En effet, on voyait à travers la rétine, tout autour de la papille, un champ rosé semé d'un pointillé rouge. En soulevant la rétine, il était facile d'apercevoir la lamina fussa ou la choroïde, dont les vaisseaux étaient gorgés de sang. La couche interne de la choroïde avait disparu totalement; on voyait quelques rares cellules de cette couche à l'état de dégénérescence graisseuse. Les cellules pygmentaires de la lamina en avaient presque entièrement disparu, peu atrophiées, de telle sorte qu'il ne restait de cette couche que la membrane hyaloïde, sur laquelle se trouvait appliquée la trame des cellules multipolaires atrophiées et les vaisseaux sanguins fortement injectés.

Le sablé observé par M. Bouchut était, en effet, une illusion d'optique; cet aspect devait dépendre de la dépygmentation de la choroïde qui faisait contraste avec la teinte foncée du réseau capillaire.

Il est impossible de ne pas tenir compte de cette thrombose des sinus et de l'ischémie qui en résulte dans l'étiologie des convulsions et du délire qui ont brusquement terminé la vie de nos deux malades. En présence d'une pareille lésion, la théorie du défaut de réaction d'un sang appauvri sur les fonctions motrices de l'encéphale s'écroule, et si elle reste acceptable pour certains cas, elle ne l'est plus dans celui dont vous venez d'être les témoins ni dans les autres que j'ai observés précédemment.

Sachons donc qu'une lésion des solides, et qu'une coagulation du sang veineux des sinus est dans un certain nombre de cas la cause des convulsions qui terminent souvent la vie des enfants atteints de maladies chroniques.

En est-il ainsi dans la majorité des faits de ce genre? Je ne voudrais pas l'affirmer. C'est là la cause fréquente des convulsions terminales ou du délire des cachexies de l'enfance; mais comme je l'ai dit tout à l'heure, d'autres causes encore peuvent produire ces convulsions.

Quelle est l'origine de ces thromboses? On l'a connaît. Je l'ai indiquée en 1844 dans mes recherches sur la *phlegmatia alba dolens* et sur la *coagulation du sang veineux dans les cachexies et dans les maladies chroniques*. C'est une altération du sang qui favorise la coagulation spontanée de ce liquide dans les veines déclives. Jadis on rapportait ces lésions à la phlébite adhésive, aujourd'hui pour ne point faire d'hypothèse, on les attribue à la coagulation spontanée du sang veineux. Peu importe. Le fait reste tout entier, et on peut en tirer une lumière pour l'explication de celui dont je parle. De même que dans les cachexies, il se produit des caillots dans les veines des membres, de même il s'en produit dans les sinus de l'encéphale. Que l'inclinaison permanente de la tête de l'enfant et que la direction anfractueuse et anguleuse des sinus en favorisent la formation, cela est probable, mais cela est indifférent au fait et à ses conséquences. Pour le moment, je ne m'occupe que de la démonstration du phénomène, et les pièces que vous avez sous les yeux, en vous montrant dans les sinus des caillots assez anciens pour être résistants et décolorés, établissent nettement que c'est à la présence de ces caillots qu'il faut attribuer les convulsions terminales et le délire observés chez nos malades.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 20 mars 1868. — Présidence de M. Chausit.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Forget demande un congé pour cause de santé (accordé).

M. Devilliers demande à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire.

(Une commission, composée de MM. Simonot, Deville et Géry père est nommée pour examiner la demande de M. Devilliers).

M. Voisin lit une note sur la paralysie pseudo-hypertrophique, en réponse à la communication que M. Duchenne (de Boulogne) a faite dans la précédente séance.

Paralysie pseudo-hypertrophique.

M. Aug. Voisin. Je désire adresser à M. Duchenne (de Boulogne) quelques objections sur les conclusions de son mémoire, concernant l'absence des lésions médullaires dans la paralysie pseudo-hypertrophique.

M. Duchenne nous a dit que la contractilité électro-musculaire était le plus souvent normale dans les muscles altérés; il ne l'a trouvée affaiblie que trois fois dans les cas dont il a donné la description dans les *Archives de médecine*.

Comparant cette conservation de la contractilité électro-musculaire avec son absence dans l'atrophie musculaire graisseuse, il en arrive à se fonder sur ce symptôme pour penser que la paralysie pseudo-hypertrophique n'est pas en relation pathogénique avec une lésion de la moelle épinière.

C'est cette conclusion, confirmée par M. Delasiauve, que je veux combattre, en m'appuyant sur deux faits qui me sont personnels et qui m'ont servi à composer un travail sur la myélite par le froid, que j'ai eu l'honneur de vous lire il y a trois ans.

Vous vous souvenez que le premier malade s'était jeté dans la Seine par un froid de 12 degrés, et après y avoir fait, au milieu des glaçons auxquels il se cramponnait, un séjour de trois quarts d'heure, il fut porté à la Charité où, M. Bouillaud et moi, nous constations dès le lendemain matin des troubles de la sensibilité, une paralysie presque complète de la motilité des membres inférieurs, des mouvements réflexes, et la conservation complète de la sensibilité électro-musculaire dans les membres inférieurs.

L'autopsie nous montra un ramollissement absolu et complet de toute la moelle et une congestion intense (vous pouvez en juger par cette aquarelle).

Le second malade était rentré un soir chez lui en état d'ivresse, et resta étendu toute une nuit dans un couloir, exposé à un froid de 10 à 12 degrés. Le lendemain matin, il fut relevé, paralysé des quatre membres, et fut apporté à la Charité quatre jours après.

M. Bouillaud et moi nous constatâmes une paralysie complète, *absolue*, de la motilité des quatre membres, un engourdissement continu, des douleurs fulgurantes dans les membres, le cou et le long des vertèbres dorsales.

La contractilité et la sensibilité électro-musculaires parurent tour à tour amoindries et normales un même jour, puis disparurent aux membres inférieurs dans les huit derniers jours de sa vie.

L'autopsie montra un ramollissement rouge de toute l'épaisseur de la moelle dans sa portion dorsale.

Ainsi ces deux malades ont offert les lésions les plus considérables de la moelle, et pourtant l'un n'a pas cessé de présenter une sensibilité et une contractilité électro-musculaire normale, et l'autre, quoique complétement paralysé, a recouvré momentanément cette sensibilité et cette contractilité dans les parties paralysées.

Il ne faut donc pas, je crois, vouloir fonder absolument sur l'état de la contractilité électro-musculaire le diagnostic des paralysies spinales et des paralysies périphériques, et pour en revenir à la paralysie pseudo-hypertrophique, s'appuyer sur la conservation presque constante de cette contractilité pour déclarer que cet état pathologique n'a pas sa cause dans le cordon médullaire.

J'avoue que, *à priori*, il me paraît bien difficile de croire qu'une

affection purement musculaire et de nature paralytique comme celle-ci puisse envahir une certaine quantité de muscles sans qu'il y ait un lien entre elle et la moelle épinière.

Plusieurs observations de M. Duchenne semblent, du reste, indiquer que cette relation existe réellement; les malades des *obs.* I, III, VI, VIII et X, relatées dans les archives, ont présenté, postérieurement aux phénomènes des membres inférieurs, de la paralysie des supérieurs avec atrophie.

Un (*obs.* VII) a offert la paralysie et l'hypertrophie de ses deltoïdes consécutivement à la paralysie pseudo-hypertrophique des membres inférieurs.

De plus, je ne comprendrais pas, sans l'existence d'une même cause spinale ou cérébro-spinale, la disposition symétrique des lésions musculaires. Je sais bien que la seule autopsie faite, je crois, jusqu'à ce jour, par Eulenburg, n'a rien fait découvrir dans les centres nerveux; mais je voudrais que d'autres vinssent la corroborer avant que l'on pût affirmer que les centres nerveux sont ici hors de cause.

Quant à la fréquence de cette affection, elle me paraît très-minime; je ne l'ai pas rencontrée une seule fois parmi les idiots et enfants infirmes de Bucher. Je viens de la rechercher en vain parmi les idiotes et les jeunes infirmes de la Salpêtrière. C'est sur un total de 350 enfants au moins qu'a porté mon examen.

Cette affection peut, je crois, être considérée comme assez rare.

M. Duchenne (de Boulogne) répond aux objections de M. Voisin. Je n'ai pas, dit-il, insisté sur l'état de la contractilité musculaire, jusqu'en 1851. J'avais, dans tous les cas qui s'étaient offerts à mon observation, rencontré de l'idiotie, et alors j'avais cru pouvoir rattacher la paralysie pseudo-hypertrophique à un état morbide de l'encéphale. Le diagnostic avait été : *paralysie de cause cérébrale*. Par une excitation reflexe, les muscles s'étaient développés, mais plus tard on a trouvé cette altération dans le tissu interstitiel. Griesinger, l'autopsie faite par M. Koning, l'assistant de Wirchow, ont démontré qu'il n'y avait aucune altération encéphalique, et que c'était alors une lésion des nerfs vaso-moteurs. Il faut attendre de nouvelles autopsies.

La contractilité électro-musculaire, ajoute-t-il, n'a aucune valeur diagnostique. Dans les lésions spinales, j'ai toujours trouvé une diminution dans la première période, mais ce sont les muscles innervés qui sont atteints, et je déclare que, lorsque l'on a examiné à la fin du deuxième septenaire, chez l'adulte, on a trouvé une diminution des muscles recevant des nerfs des points ramollis.

M. Duroziez lit un mémoire sur l'électrisation du cœur.

De l'électrisation du cœur.

S.-P..., âgée de 27 ans, née à la Villette, entre dans le service de M. Bouillaud le 24 décembre 1857, et en sort le 1er février 1858.

Dans sa jeunesse, elle courait, elle dansait comme toutes ses compagnes sans avoir jamais de palpitations. Elle a eu quatre enfants. A la suite de son dernier accouchement, c'est-à-dire quatre ans avant que nous la voyions, elle a été prise d'étourdissements, de demi-syncopes pour la première fois. Ces accidents se renouvelaient tous les jours; elle ne perdait pas connaissance, mais elle était obligée de s'asseoir et avait des nausées.

Enfin un matin, le 19 juin 1855, trois heures après s'être levée, elle perd connaissance et tombe, et ne revient à elle que cinq ou six heures plus tard. Elle ne pouvait remuer ni le bras, ni la jambe gauches, elle ne pouvait parler, sachant bien toutefois ce qu'elle voulait dire; elle ne pouvait écrire de la main droite à cause de la faiblesse qui existait aussi pour la jambe droite. La parole était recouvrée six semaines ou deux mois après; la force reparaissait dans la main droite à peu près à la même époque, et la malade pouvait se lever un mois après son accident. Elle était dans le service de notre très-distingué collègue, M. Briquet.

Les règles n'ont reparu que deux ou trois fois, la dernière fois en février 1856.

A cette époque, nouvelle attaque, sans étourdissement préalable; chute, perte de connaissance de durée inconnue, perte de la parole, paralysie complète du bras et de la jambe gauches. Elle aurait pu écrire de la main droite, mais l'intelligence était obtuse. Au bout d'un mois, elle retrouvait la parole. Le bras droit et la jambe droite n'avaient pas été frappés comme la première fois; il y avait seulement un peu de faiblesse.

Au mois de mars, elle perdait la raison; on la mit dans une maison de santé pendant un mois. Elle avait une folie gaie, dont elle ne se rappelle pas les incidents. Jamais elle ne ressent de douleurs de ventre depuis qu'elle n'est pas réglée.

Elle est blanche, potelée, grasse; le pouls est à 72; la chaleur prise à l'aisselle est de 36° 3/4. Le côté droit de la face est paralysé, ainsi que les membres gauches.

4 janvier 1858. Sous le sternum, le premier claquement ne s'entend pas; la compression de la crurale ne produit pas de souffle.

Électrisation de la région précordiale, en plaçant une des éponges à la pointe et l'autre à la base du cœur, au niveau du troisième espace intercostal gauche contre le sternum, à l'endroit où les poumons se séparent pour laisser affleurer les ventricules.

5. Le claquement du premier temps n'existe pas.

La compression ne produit pas de souffle dans la crurale.

Électrisation du cœur.

On entend un souffle au premier temps, au niveau du cœur.

Soir. Le souffle cardiaque persiste.

6. Électrisation.

Pour la première fois, je produis un peu de souffle dans la crurale.

7. Pas d'électrisation.

8. Claquements assez nets à gauche, le premier un peu faible cependant. A droite, le second claquement est éclatant; le premier est étouffé, un peu râpeux.

Électrisation.

Les intermittences éloignées, fortes, ne semblent pas produire un grand effet. L'électrisation à intermittences rapprochées rend les claquements plus nets; il se mêle du souffle et du bruit rotatoire.

Le poumon radial est mou à 60.

On entend assez facilement un souffle par la compression de la crurale, ce que l'on ne faisait pas au début de l'expérience.

10. Électrisation de la jambe et du bras.

11. Premier claquement presque éteint à droite, assez net à gauche. Souffle doux au niveau de l'aorte, souffle carotidien sourd.

Pas de souffle crural par compression.

24. Sous l'influence d'une électrisation assez prolongée et forte, le souffle des crurales devient piaulant; il y a presque du claquement à droite.

La malade marche mieux.

Il était remarquable de voir et le claquement et le souffle nuls avant l'électrisation apparaître, sous son influence, et persister d'autant plus longtemps, que l'électrisation avait été plus prolongée et que l'on avançait dans le nombre des opérations.

De même qu'il ne faut pas appliquer l'électricité à toutes les paralysies, il ne faudrait pas l'employer dans tous les cas de maladie du cœur.

Avec le docteur Bonnefin, qui nous avait aidé déjà dans notre première expérience, et le docteur Potain, alors chef de clinique de M. Bouillaud, nous électrisions le cœur d'un jeune homme chez qui le premier claquement avait disparu, le pouls était filiforme.

L'électrisation rendait le pouls encore plus filiforme, le cœur était, pour ainsi dire, tétanisé : on dut interrompre l'expérience.

Chez notre première malade, au contraire, le cœur n'était sensible qu'à une très-forte stimulation.

Chez un troisième malade, nous trouvâmes à l'autopsie le cœur moyennement hypertrophié, la veine cave supérieure peu développée, l'oreillette et le ventricule droit très-larges et gorgés d'un sang noir caillé, la tricuspide, l'artère pulmonaire intactes, l'oreillette gauche large, distendue par des caillots noirs, le ventricule gauche dilaté, à parois un peu épaissies, mais altérées et devant se contracter incomplétement; la bicuspide inégale, jaune, épaissie, revenue sur elle-même, insuffisante, à orifice nullement rétréci, élargi au contraire; l'aorte presque rétrécie, souple; les sigmoïdes épaissies, souples, garnies de quelques végétations fines sur leur bord libre et sur la face par laquelle elles se touchent, de manière à laisser entre elles une petite lumière.

A cet état du cœur correspondaient un étouffement considérable, des irrégularités nombreuses, la faiblesse des battements du cœur, l'absence des claquements. Le cœur sembla diminuer de volume sous l'influence de 10, puis 15 milligrammes de sulfate de strychnine; mais les étouffements ne diminuaient ni de fréquence, ni d'intensité.

Le pouls était presque régulier, peu fréquent, assez plein, mais mou. Les battements du cœur restaient toujours peu énergiques, les claquements ne reparaissaient pas; on produisait difficilement du souffle dans la crurale gauche et nullement dans la crurale droite; le cœur était toujours très-gros : 15 en hauteur sur 18 en largeur.

Avec le docteur C. Bonnefin, nous électrisâmes la région précordiale. Rien de remarquable ne se passa d'abord; le souffle n'apparut pas dans la crurale; le pouls resta régulier. Le malade ne se plaignit pas. Peut-être la matité précordiale fut-elle un peu diminuée.

Quelques jours plus tard, nous notons :

L'électrisation diminue le volume du cœur d'une manière manifeste; la forme est toujours arrondie, globuleuse; la compression produit un souffle dans la crurale droite, et, de plus, je perçois un double souffle intermittent dans la crurale gauche. Il semble donc qu'une plus large ondée soit lancée dans les artères qui réagissent avec plus de puissance et produisent le second souffle.

Seize jours plus tard, le malade meurt subitement ou du moins sans agonie. Ici la lésion nous paraît différer notablement de celle que nous eussions trouvée chez notre première malade si elle fût morte; mais ce que nous voudrions établir d'abord, c'est l'influence de l'électricité sur le cœur dans les conditions où nous nous plaçons. Pour nous, cette influence n'est pas douteuse, après les expériences que nous venons de rapporter.

Pouvons-nous admettre que l'électricité s'adresse directement au muscle du cœur comme elle le fait pour les autres muscles profonds? Nous le croyons. Le cœur est enveloppé par le péricarde, mais les autres muscles ne sont-ils pas protégés par d'épaisses aponévroses?

Humboldt mettait un cœur entre deux morceaux de substance musculaire et armait ceux-ci; le mouvement éteint se ranimait, ou celui qui persistait encore s'accélérait. Si le cœur était déjà assez affaibli pour ne plus battre qu'une seule fois toutes les quatre minutes, le nombre de ses pulsations s'élevait à trente-cinq par minute, et quand, au bout de cinq minutes, les battements se trouvaient redescendus à trois, une nouvelle application du galvanisme les faisait remonter à vingt-cinq par minute.

Bichat pense que le seul moyen de produire sur le cœur avec efficacité et évidence les phénomènes galvaniques (moyen constaté déjà plusieurs fois, et par Jadelot en particulier), c'est d'arracher le cœur d'un animal à sang rouge et chaud, et de le mettre en contact par deux points différents avec des métaux et d'établir la communication.

Schmuck a reconnu l'excitabilité du cœur par le galvanisme.

On trouve peu de chose dans les auteurs sur la galvanisation du cœur lui-même et en particulier sur la galvanisation à travers la paroi intercostale; or là est le point litigieux, car tout est cause de réveil pour le cœur.

Ligature de l'aorte thoracique, même après avoir pratiqué des sections sur la moelle cervicale et sur le bulbe.

Irritation de la moelle épinière en un endroit quelconque. (Budge et Bezold).

Irritation de la moelle même après la section des nerfs vagues et des lymphatiques. (Moleschott).

Irritation électrique, chimique et mécanique du bulbe, pourvu qu'elle soit légère. (Schiff).

Très-légère excitation du bulbe faite soit avec la pointe d'une aiguille, soit avec une goutte de solution saline.

Destruction de la moelle allongée, pourvu qu'elle soit faite lentement et régulièrement. De même pour le nerf vague et pour l'accessoire de Willis.

Dyspnée un peu intense.

Strangulation, pendaison. (Blake et Reed).

Excision des pneumo gastriques.

Implantation d'aiguilles dans le cœur. (Carrero).

Digitale. (Hannius).

Stimulation galvanique des extrémités cardiaques du pneumo-gastrique et du grand sympathique, mais surtout de ce dernier. (Longet).

Humectation de la moelle épinière avec de l'alcool, avec une dissolution d'opium ou de l'infusion de tabac. (Longet).

Excitation de la peau et des muqueuses.

Galvanisation du diaphragme. (Duchenne, de Boulogne).

Influence morale, etc.

Je ne veux pas pénétrer dans les discussions auxquelles ont pris part tous les physiologistes sur le rôle qui revient à chaque partie du système nerveux dans le mouvement du cœur; toutes les expériences ont été tentées; chacun mutilant à sa façon les animaux et tirant, de l'effet de ces mutilations, des conclusions plus ou moins contradictoires. Le cœur bat toujours, et, coupé en morceaux, il bat encore sur la table où le physiologiste, accoudé, cherche encore le dernier mot qu'il ne doit jamais trouver.

« Quand on veut pénétrer, dit Sénac, dans l'action du cœur, chaque pas qu'on fait tombe, pour ainsi dire, sur de nouvelles difficultés; tous les arts ont leur pierre philosophale; celle de l'anatomie est le mouvement du cœur; les lumières multipliées par les expériences semblent augmenter l'obscurité; ce qu'une découverte nous apprend, l'autre paraît le détruire. Quand on veut chercher dans un corps vivant la cause de ce mouvement merveilleux, on est surpris de la trouver dans un corps mort; le cœur, séparé de toutes les autres parties, est agité par des mouvements alternatifs; après la mort même, le principe du sentiment n'est pas éteint dans cet organe; l'irritation, la chaleur, une impulsion le raniment; ainsi le cœur survit aux autres parties et à lui-même.

« Je ne parlerai pas, dit encore Sénac, de ces explosions ridiculement imaginées par Willis; de cet archée qui, selon Van Helmont, s'irrite, je ne sais comment ni pourquoi; de ces efforts de la nature qui, selon Sydenham, allument la fièvre pour en éteindre la cause; de cette attention de l'âme qui, selon Wepfer et Stahl, son copiste, veille à la conservation de la vie, et qui est aveugle et passive dans les corps qu'elle veut conserver, etc.... »

Sénac admet l'influence du sang en même temps que celle des nerfs : le pneumogastrique, le grand lympathique agissent sur le cœur; Sénac ne cherche pas l'action séparée de ces deux nerfs, il fait la ligature en masse.

Les médecins qui ont laissé un grand nom ont tous largement traité la physiologie du cœur.

Haller avait un ingénieux moyen d'exciter le cœur constamment : il se servait du sang lui-même, tout en acceptant l'intervention du système nerveux, d'où qu'elle vînt.

Bichat élève le cœur jusqu'à la dignité de second cerveau; il en fait un centre nerveux presque indépendant, et s'il fait l'un des deux sujet, c'est le cerveau qui ne sait vivre s'il n'est agité par le cœur. Dans son magnifique livre de la vie et de la mort, Bichat arrive à la physiologie par la philosophie; il montre comment l'imagination peut s'accoupler à la science, et, dans un style merveilleux, il fait marcher côte à côte anatomie, physiologie, morale et philosophie.

L'électrisation du cœur, ainsi que nous l'avons pratiquée, ne présente aucun danger; elle ne peut pas tuer, ainsi que pourrait le faire l'électrisation du pneumo-gastrique pratiquée dans le pharynx; elle peut troubler le cœur, mais le pouls nous fait immédiatement toucher du doigt le danger auquel nous exposons le malade et nous arrête.

L'électrisation du cœur peut être utile dans la syncope, dans la congestion des cavités cardiaques, dans l'asystolie, enfin dans la dégénérescence graisseuse du cœur, dont nous croyons avoir fourni un exemple au commencement de notre travail.

Elle rendrait pour le cœur le même service que pour les muscles, et nous sommes étonné que Stokes ne l'ait pas indiquée dans son *Traitement de la dégénérescence graisseuse du cœur*, dont nous demandons la permission de dire quelques mots en finissant cet article.

La dégénérescence graisseuse du cœur peut exister à tous les degrés et compliquer toutes les autres lésions du cœur; elle peut aussi exister seule, et alors la maladie prend son plus grand développement et revêt sa forme la plus pure. Elle se mêle à tous les états organiques; elle se trouve partout; il faut donc toujours en tenir compte dans le diagnostic, dans le pronostic et dans le traitement. Ne rencontrons-nous pas la stéatose dans les intoxications phosphorique, arsénicale, alcoolique, saturnine; dans l'empoisonnement par les acides sulfurique, nitrique, oxalique, tartrique; dans les maladies septiques, dans la scrofule, la syphilis, le cancer, toutes causes indiquées par M. Blachez dans sa *Thèse d'agrégation sur la stéatose?* On la trouve dans le rhumatisme chronique, dans la goutte, dans la phthisie. Pour Stokes, à qui nous empruntons toute la fin de cette communication, l'angine de poitrine se rattache à la dégénérescence graisseuse du cœur que complique si souvent l'obstruction des artères coronaires. La fièvre typhoïde est peut-être une des causes les plus fréquentes du ramollissement du cœur et de la dégénérescence graisseuse, deux lésions si difficiles à séparer au point de vue de la clinique et de l'anatomie.

L'excès et le manque de nourriture peuvent produire la dégénérescence graisseuse.

Les cas les plus graves appartiennent à des gens très-âgés et alités depuis longtemps; les muscles volontaires sont atteints; les os sont atrophiés et fragiles; une matière huileuse a envahi les cavités du tissu osseux.

La dégénérescence graisseuse est caractérisée par les symptômes que l'on observe du côté du système nerveux, de la respiration et de la circulation.

On note soit de véritables attaques d'apoplexie, soit de la pseudo-apoplexie caractérisée par la répétition des attaques, la rareté de la paralysie consécutive et le succès des stimulants.

Au début de la maladie, c'est plus de la syncope; à la fin, c'est plus de l'apoplexie.

L'attaque peut avoir lieu sans prodrôme et la mort peut être subite, mais c'est rare.

Dans beaucoup de cas, il y a de nombreuses attaques à intervalles irréguliers.

Dans quelques-uns, une sorte d'aura épileptique partant soit de la tête, soit de l'épigastre, avertit le malade.

Tantôt il y a un vertige momentané, tantôt une demi-défaillance; dans les cas plus accusés, le malade tombe subitement dans le coma, qui peut être précédé de perte de la mémoire et d'état léthargique. La durée de l'attaque est généralement courte; la paralysie est rare, et lorsqu'elle se rencontre, paraît dépendre non d'une lésion anatomique du cerveau, mais d'une syncope.

La dégénérescence graisseuse du cœur est souvent compliquée d'une maladie du poumon.

Un symptôme qui ne se rencontre jamais que dans l'affaiblissement du cœur consiste dans des séries d'inspirations qui se précipitent jusqu'à un maximum pour diminuer ensuite de force et de longueur jusqu'à l'apnée.

La mort semble réelle, mais une inspiration faible, suivie d'une autre plus forte, marque le commencement d'une nouvelle période d'inspirations croissantes et décroissantes. Ce symptôme ne se montre que dans les dernières semaines, ou bien le malade fait, à intervalles irréguliers, un profond soupir.

Le pouls n'a pas de caractère particulier dans les cas légers ; tantôt faible, rapide, irrégulier, tantôt parfaitement normal.

Dans les cas graves, le pouls est un peu accéléré et parfois intermittent, d'une force à peu près normale.

Ou bien extrêmement faible, rapide, irrégulier au stingting (tintant).

Ou bien lent, variant entre 30 et 50 et même moins : ce dernier serait le type du pouls de la dégénérescence graisseuse sans autre lésion du cœur.

Si le premier bruit est remplacé, au niveau du ventricule gauche, par un souffle ayant son maximum à la base, et si le second bruit existe, on a affaire soit à une dégénérescence graisseuse du cœur compliquée d'athéromes de l'aorte, soit à une chlorose ; or, le diagnostic est facile entre ces deux maladies.

Quelquefois, le second bruit même disparaît.

L'article de Stokes, que j'ai considérablement abrégé, écrit en 1854, ne me paraît pas avoir beaucoup vieilli et m'a semblé digne d'être rappelé, même après les travaux plus modernes sur la dégénérescence granulo-graisseuse du cœur.

Je n'insiste pas sur les conséquences thérapeutiques tirées par Stokes de cette marche du cœur vers l'adynamie ; j'ajoute un moyen aux moyens indiqués par lui, l'électrisation du cœur.

M. Duchenne (de Boulogne). Le mémoire que vient de nous lire notre collègue est très-intéressant, mais je m'explique difficilement que l'on puisse arriver aussi profondément avec des appareils électriques placés dans les espaces intercostaux, et je voudrais savoir ce qui se passe physiologiquement.

Nous savons l'action du pneumo-gastrique et du grand lympathique sur le cœur.

Le pneumo-gastrique suspend l'action du cœur quand il est excité par l'électricité ; le ganglion cervical, au contraire, excite, sous l'influence électrique, les contractions cardiaques.

Il y a longtemps, j'étudiais avec M. Chomel une paralysie glosso-labio-laryngée, et je croyais avoir affaire à une paralysie pharyngée. J'électrisai le pharynx avec un excitateur olivaire à intermittences rapides ; la jeune fille eut une syncope et manqua de mourir.

Chez Aran, je vis la même chose : une jeune fille, à la suite d'une angine couenneuse, fut électrisée sur le pharynx pour une paralysie ; elle eut aussi une syncope et manqua de succomber.

On électrise probablement, dans ces cas, le nerf dépresseur découvert par M. Siou, nerf qui est situé un peu en dedans du nerf vague, et dont j'ai pu constater la présence avec M. Claude Bernard ; lorsqu'on le coupe et que l'on électrise le bout périphérique, aucun phénomène ne se passe ; si c'est au contraire le bout central qui est électrisé, il y a dépression du cœur.

Mais je ne comprends pas ce que l'on peut faire sur le cœur à travers les parois thoraciques ; le cœur est isolé, a-t-on vu la contraction du cœur ?

M. Duroziez. J'ai énuméré toutes les causes d'excitation du cœur ; il est évident que la question n'est pas jugée et qu'il y a une série d'expériences à faire. Ce que je viens de lire n'est qu'un commencement.

M. Briquet. Il faudrait, pour savoir si le cœur est excité, se servir d'un gros hémo-dynamomètre, en mettant la carotide et le cœur à nu chez un animal, ce qui est facile.

M. Blachez. Mon maître, M. Briquet, croit que c'est facile, mais rien n'est plus difficile que de bien voir après de si grandes mutilations ; il y a un tel désordre, que l'on ne peut juger de rien. Et cela est si vrai, qu'à Alfort, quand on veut étudier le cœur, on coupe le bulbe et que l'on entretient une respiration artificielle.

M. Lunier. Je ne suis pas de l'avis de M. Duchenne (de Boulogne). Je crois que l'on peut agir par l'électricité sur le cœur, à travers les parois intercostales ; il n'y a pas continuité, c'est vrai, mais il y a contiguité.

M. Duroziez. Il est évident que la question n'est pas résolue ; j'ai dit ce que j'avais cru voir, et j'appelle de tous mes vœux de nouvelles expériences.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire annel : Dr A. Charrier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, le Secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine de Paris est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, aux clauses et conditions imposées, le legs particulier à elle fait par le sieur Didier-Balthasar d'Ourches, suivant son testament olographe en date du 6 février 1866, de la somme de 25,000 francs, à décerner, par ses soins, en deux prix, une fois donnés, savoir :

1° Un prix de 20,000 francs pour la découverte d'un moyen simple et vulgaire de reconnaître, d'une manière certaine et indubitable, les signes de la mort réelle ; la condition expresse de ce prix étant que le moyen puisse être sûr et pratique même pour les pauvres villageois sans instruction.

2° Un prix de 5,000 francs pour la découverte d'un moyen de reconnaître, d'une manière certaine et indubitable, les signes de la mort réelle, à l'aide de l'électricité, du galvanisme ou de tout autre procédé exigeant, soit l'intervention d'un homme de l'art, soit l'application de connaissances, l'usage d'instruments ou l'emploi de substances qui ne sont pas à la portée de tout le monde.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Guéneau père, médecin à Luzy (Nièvre).

De l'atomicité, par A. Naquet. Grand in-8° de 23 pages. Prix : 1 fr. — Paris, 1868. F. Savy, 24, rue Hautefeuille.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 15 avril 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été ouverte par une lecture de M. Buignet sur la composition de la manne en larmes. Nous publierons les conclusions de ce travail dans un prochain numéro. M. Hardy a pris ensuite la parole sur la tuberculose. M. Hardy s'est attaché exclusivement à quelques points d'étiologie; il a discuté en particulier les doctrines de M. Pidoux sur les origines diverses et multiples de la phthisie, et sur le rôle prédominant que ce médecin accorde aux diathèses arthritique et herpétique dans l'étiologie de la phthisie. Pour M. Hardy, les affections très-diverses comprises sous ces deux grandes divisions, dont l'une au moins, l'arthritisme, est tout à fait arbitraire à ses yeux, n'agiraient autrement à l'égard de la phthisie que toutes les causes quelconques de débilitation et d'appauvrissement organique, c'est-à-dire en préparant le terrain sur lequel germera plus tard l'élément tuberculeux. C'est là, sans contredit, un des points les plus intéressants de cette discussion, bien qu'il n'ait été soulevé en quelque sorte qu'accessoirement et incidemment. Sans préjuger sur ce que nous pourrons avoir à en dire plus tard, nous croyons cependant pouvoir dire dès à présent que l'opinion exprimée par M. Hardy à cet égard est celle qui répond à la fois aux faits les plus communs et au sentiment le plus général.

M. Robinet qui, en sa qualité de président de la Commission des logements insalubres, se préoccupe très-légitimement et avec le zèle qu'il a l'habitude d'apporter dans tout ce qu'il fait, des améliorations et des perfectionnements à introduire dans l'assainissement des habitations, s'est ému de ce soupçon de contagion de la phthisie qui plane sur toute cette discussion; et se demandant si, du moment où ce soupçon deviendrait une certitude, il n'en ressortirait pas de nouvelles indications et de nouveaux devoirs pour les personnes investies par la confiance de l'administration du soin de veiller à la salubrité des logements, il a adjuré les orateurs qui se proposent de prendre la parole, de traiter spécialement de cette question de la contagion et d'éclairer sur ce point important la religion de l'Académie et la sienne propre. Si nous ne nous abusons, la question de la contagion qui laisse encore dans notre esprit de très-grands doutes, vint-elle à être résolue affirmativement, il en ressortirait certainement la nécessité de prescrire dans les familles des mesures de précaution et de prophylaxie en vue de réduire le plus possible les chances de transmission de la maladie, mais nous ne voyons pas trop en quoi les mesures d'assainissement habituellement prescrites et la manière ordinaire d'agir des membres de la Commission devraient en être modifiés, si ce n'est peut-être en une plus rigoureuse observation des principes qui leur ont servi de guide jusqu'à présent. Nous n'en appuyons pas moins, d'ailleurs, l'appel fait par M. Robinet dans l'intérêt de la solution d'une aussi importante question.

Dr Brochin.

HOPITAL DE STRASBOURG. (Clinique chirurgicale.)

M. SÉDILLOT.

Kyste intra-thyroïdien traité par la cautérisation au chlorure de zinc. — Hémorrhagies graves répétées. — Guérison.

(Observation recueillie par M. le docteur RICHARD, interne du service.)

Les tumeurs du corps thyroïde présentent une telle importance chirurgicale par leurs variétés, leurs difformités et les accidents de congestion cérébrale, de gêne respiratoire et vocale, d'embarras de la déglutition, et par le danger des opérations tentées pour en obtenir la guérison, que nous croyons intéressant d'en publier une nouvelle observation. Les habitants de l'Alsace, où le goître est endémique dans certains endroits, sont souvent atteints de pareilles tumeurs, et les cliniques de Strasbourg en offrent de nombreux exemples. M. Sédillot s'est beaucoup occupé de ce sujet, et M. le professeur Bach a été couronné par l'Académie de médecine pour un travail sur le bronchocèle, dont on doit espérer la prochaine publication.

M. Sédillot a introduit dans l'histoire chirurgicale du goître plusieurs distinctions d'une grande valeur opératoire. Pour ce professeur, les goîtres hypertrophiques simples, dont la masse seule est gênante, doivent être complétement abandonnés à eux-mêmes : aucune opération ne leur est applicable, et la ligature en masse, celle des quatre artères thyroïdiennes, l'extirpation, la cautérisation, ne comptent aucun succès bien avéré et ont malheureusement été suivies, dans la plupart des cas, des plus graves accidents.

L'art n'intervient, dans ces conditions, que pour remédier à des complications urgentes du côté du larynx, de la trachée artère ou de l'œsophage. Les goîtres concentriques compresseurs, qui menacent la vie par suffocation ou aphagie, méritent d'être rangés dans cette catégorie, et M. Sédillot a publié des faits de cette nature et en particulier celui d'un malade qui avait eu la trachée et l'œsophage successivement rétrécis et fermés par un double anneau de tissu thyroïdien. (V. Comptes rendus de la Société de médecine de Strasbourg.)

Certains kystes développés dans l'épaisseur du corps thyroïde, et qui ne sont que l'exagération des lacunes qu'on y rencontre, ont été justement nommés hémorrhagiques, parce que le sang coule abondamment de leurs parois antérieures dès que la tumeur a été ouverte. Ces hémorrhagies sont très-dangereuses en raison de la difficulté de les arrêter, parce qu'elles proviennent de surfaces étendues, molles et d'une grande vascularité dont les rapports avec le larynx, la trachée, rendent la cautérisation, la compression et l'extirpation très-délicates.

Les conditions opératoires changent et deviennent très-favorables si le chirurgien a devant les yeux des tumeurs accidentelles plus ou moins indépendantes de la masse du tissu thyroïdien, quoique nées dans son épaisseur, à sa surface ou provenant de quelque altération de la trachée. Ainsi les tumeurs hypertrophiques partielles, pédiculées, fibreuses, enkystées, uniques ou multiples, remplies des produits les plus variés, les hydrocèles du cou, comme les avait dénommées Maunoir, sont opérées avec succès. Ces distinctions permettent dès lors de porter un diagnostic et un pronostic plus sûrs et indiquent clairement au chirurgien dans quel cas il doit s'abstenir, agir ou rester dans le doute en invoquant d'autres éléments de jugement. Voici l'observation que nous avons recueillie.

Ephraïm D..., âgé de 21 ans, de Strasbourg, entre à la clinique de M. le professeur Sédillot, le 6 juin 1867.

Jeune homme pâle, d'un tempérament lymphatique, assez bien constitué. Depuis huit ans, il porte à la région sous-hyoïdienne une tumeur qui s'est développée lentement et qui a actuellement le volume d'une grosse pomme. Elle est ronde, se déplace sous la peau, n'est pas fixée aux parties sous-jacentes, et est plus mobile à gauche qu'à droite. Elle refoule, en arrière et de chaque côté, les muscles sterno-mastoïdiens qui la recouvrent en partie. En bas, elle s'engage derrière la clavicule et la fourchette sternale. Sa consistance est ferme sur les côtés, molle et fluctuante au centre; cette fluctuation, quoique très-manifeste, est un peu profonde et ne se perçoit qu'à travers une couche assez épaisse de parties solides.

Diagnostic : hypertrophie du corps thyroïde, avec kyste volumineux, à parois assez épaisses formées par le tissu même de la glande. La respiration est sifflante, la voix altérée; le bol alimentaire produit souvent au passage une sensation d'étranglement. Quand le malade est tranquille, il sent dans la tumeur des battements isochrones avec le pouls. Parfois il a des éblouissements, des étouffements; en outre, son moral est affecté, et il demande à tout prix à être débarrassé de cette difformité. Il s'est déjà adressé à un médecin de la ville qui a enfoncé dans le kyste un trocart par lequel s'est écoulé un demi-vase de sang mêlé à des flocons blanchâtres. Une seconde ponction, faite cinq jours après la première, le 3 juin courant, a été suivie d'une injection iodée. Depuis ce moment, la tumeur a grossi et est devenue rouge et douloureuse.

Le 14 juin, toute trace d'inflammation a disparu, sous l'influence d'applications de compresses trempées dans une solution de sel ammoniaque : l'injection iodée n'a eu aucun résultat avantageux. M. Sédillot propose au malade de le débarrasser de sa tumeur kystique, mais il refuse d'entreprendre l'extirpation, dont les dangers lui paraissent constituer une contre-indication absolue. L'ouverture du kyste, par destruction de l'épaisse couche thyroïdienne qui en forme la paroi, est déjà fort périlleuse, mais M. le professeur croit pouvoir l'entreprendre au moyen de la pâte de Canquoin, et en surveillant avec la plus grande attention les accidents hémorrhagiques auxquels le malade sera exposé. En conséquence, il place une traînée de pâte de Vienne sur la ligne médiane du cou, fend l'escarre produite au bout de dix minutes et y engage une languette de pâte de Canquoin.

16 juin. La tumeur est rouge; le malade éprouve dans le cou une sensation de pesanteur et de tension. Malaise général; face rouge, congestionnée. Céphalalgie occipitale et frontale; insomnie.

18 juin. Plus de fièvre du tout; les autres symptômes persistent. L'escarre commence à se détacher sur une partie de son pourtour. Cataplasmes émollients.

27 juin. Les amygdales sont tuméfiées, avec gêne considérable de la déglutition. L'escarre tombe; M. Sédillot la remplace par une autre lanière de pâte de Canquoin qui, au bout de trente-six heures, a produit une nouvelle escarre sèche et dure. Dans la journée, petite hémorrhagie s'arrêtant spontanément. Pouls entre 120 et 130 pulsations; la face est vultueuse.

3 juillet. Dans la nuit, hémorrhagie assez abondante suspendue par le perchlorure de fer; un sang rutilant, lancé par saccades isochrones au pouls, s'échappe à gauche entre l'escarre et la plaie.

Le 5 juillet, dans la nuit, l'hémorrhagie reparaît au même point. Une application de pâte de Canquoin en triomphe immédiatement.

Le 6, au matin, nouvelle hémorrhagie; le sang coule de tous côtés au-dessous de l'escarre; la pâte de Canquoin, noyée dans le sang, reste sans action. On recourt au tamponnement, au perchlorure de fer, et ce n'est qu'avec peine qu'on parvient à arrêter l'hémorrhagie. En ces deux dernières fois, le malade a bien perdu 600 grammes de sang. Il est très-faible, la face est pâle; le pouls, encore assez plein, bat 130 fois. Courte syncope.

Dans la nuit du 8 se déclarent coup sur coup, et chaque fois à deux heures d'intervalle, trois nouvelles hémorrhagies. On se rend maître des deux premières avec la pâte de Canquoin; pour la dernière, on est obligé d'employer le perchlorure. La perte de sang peut être évaluée à 700 grammes au minimum. Le malade est très-affaibli; néanmoins, il ne perd ni le sommeil, ni l'appétit, ni le courage. Pouls à 130; céphalalgie; bourdonnements dans la tête.

Le 13 juillet, dans la nuit, le sang recommence à couler sur un point de la plaie où l'on distingue très-bien un jet assez fort. La désorganisation des tissus par le caustique ne permet pas de lier cette artériole; on se contente de la comprimer avec le doigt. Tamponnement avec le perchlorure; quantité de sang perdu : un verre.

Le 14 juillet : céphalalgie intense; anorexie; pouls à 144 le soir, 116 le matin; bouche sèche. L'escarre est tombée, et on est arrivé dans le kyste; la plaie est profonde et remplie par une masse noirâtre. A dater de ce moment, plus d'hémorrhagie : la tumeur diminue graduellement de volume; sur les bords de la plaie se développent des bourgeons pâles, volumineux, que l'on réprime par la cautérisation. On passe le crayon de nitrate dans le fond du kyste. La plaie se rétrécit peu à peu, et elle est complétement fermée deux mois plus tard, en laissant une dépression à la place du kyste. Le goître persiste, comme on en avait prévenu le malade.

Cette opération a réussi, mais M. Sédillot fait remarquer que les hémorrhagies répétées qui ont mis la vie du malade en danger, doivent inspirer de grandes craintes et une sage réserve; que la chirurgie ne possède pas encore de moyens opératoires capables d'inspirer la sécurité et la confiance pour le traitement de ce genre de tumeurs thyroïdiennes autogénésiques, c'est-à-dire formées par le corps thyroïde lui-même, et rentrant par conséquent dans les conditions de goître hypertrophique. Donc le changement de climat, de profession, de régime et les préparations iodées sont encore les moyens de traitement les plus efficaces.

La justesse de ces considérations nous a été confirmée par une observation de tentative d'extirpation totale d'un goître hypertrophique, sur une jeune fille de 18 ans, dont nous avons été témoin. La tumeur avait été disséquée, isolée et liée à sa base par un chirurgien des plus distingués, et quoique la malade eût très-bien supporté l'opération, elle succomba cependant quatre heures plus tard, presque subitement, à des accidents de suffocation.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 14 avril 1868. — Présidence de M. RICORD.

Il n'y a point de correspondance officielle.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. H. Roger, secrétaire de la Commission de la statue de Laennec, qui informe l'Académie que l'inauguration de la statue de Laennec à Quimper aura lieu samedi 9 mai, à trois heures, pendant les fêtes du concours régional agricole des départements de la Bretagne. La Commission, dit M. Roger, serait heureuse et fière de voir une députation de l'Académie de médecine assister à cette cérémonie.

MM. de Kergaradec, Devilliers, Rufz et H. Roger, sont invités à représenter l'Académie à cette cérémonie;

2° Une lettre de M. le docteur Gellé, relative aux réclamations de priorité auxquelles a donné lieu sa présentation d'un manomètre pour

l'oreille. M. Gellé revendique pour lui l'indication de la mobilité du tympan comme pouvant servir de moyen de diagnostic et de guide pour les manœuvres opératoires;

3° Un mémoire de M. le docteur Martenot de Cordoux, destiné au concours du prix d'Ourches;

4° Une lettre de M. le docteur Loret, médecin de la république de Venezuela, offrant d'envoyer à l'Académie les échantillons des plantes avec lesquelles les indigènes traitent leurs maladies;

5° Deux mémoires de M. le docteur Ch. Jules Doquin, de Saint-Preux, sur le système nerveux. (Comm., MM. Cl. Bernard, Chauffard et Cerise);

6° Un travail de M. le docteur Cazenave, de Bordeaux, correspondant de l'Académie, intitulé : Ébauche médicale rétrospective sur Broussais;

7° Une lettre de M. le docteur S. Duplay, accompagnant l'envoi d'un nouveau spéculum-nasi, fabriqué d'après ses indications par MM. Robert et Collin.

Cet instrument est composé de deux valves, l'une aplatie et immobile à son extrémité doit répondre à la cloison des fosses nasales, l'autre est convexe et peut s'écarter de la première par une légère pression exercée sur son extrémité au moyen de l'index; cette dernière correspond à la partie externe de la narine. L'instrument étant introduit jusqu'à l'ouverture supérieure de la narine, on dilate celle-ci au degré convenable par l'écartement de la valve externe. Un curseur maintient les valves écartées au degré voulu, de telle sorte que la narine reste dilatée, et que l'instrument demeure fixé sans le secours



de la main. En projetant un faisceau lumineux dans l'intérieur de l'instrument, il est possible d'examiner la cavité des fosses nasales à une assez grande profondeur. Les avantages de ce nouveau spéculum-nasi sont, d'une part, d'assurer le diagnostic d'un certain nombre d'affections des fosses nasales, et, d'autre part, de rendre plus facile et plus efficace la thérapeutique de ces affections. Ces avantages nous paraissent surtout considérables au point de vue du traitement des polypes.

On pourra substituer à la pratique généralement aveugle et presque barbare de l'arrachement, une opération plus sûre et plus méthodique, puisque le spéculum-nasi permettra le plus souvent de voir le siége exact des polypes et d'aller les saisir directement sans intéresser les parties voisines.

— M. Bouley demande la parole à l'occasion de la correspondance.

On n'a pas oublié, dit-il, l'histoire de ce loup enragé rapportée dans un petit journal et que M. Auzias-Turenne a communiquée à l'Académie. On se souvient que ce fait avait soulevé l'incrédulité de M. Depaul, qui ne pouvait pas admettre qu'un loup eût avalé tout d'une pièce une mâchoire de brebis. Moi-même, j'en conviens, j'ai eu des doutes. Mais M. Auzias-Turenne, avec cette ténacité qu'engendrent les vigoureuses convictions, s'est livré à une enquête de laquelle, avec la réalité du fait annoncé, il est ressorti de nouveaux renseignements intéressants sur l'existence des lysses comme caractère de la rage.

M. Bouley, après ce court préambule, donne lecture du document suivant, qui est l'analyse de deux lettres de deux confrères qui complètent ou rectifient les renseignements fournis par le *Petit Moniteur*.

1° Docteur Fargeix, *Saint-Etienne-aux-Clos* (Corrèze), 26 mars.

M. Fargeix s'est trouvé le 29 mars et le 1er février dans les deux villages qui ont été le principal théâtre des exploits du loup enragé. Il a vu quatre blessés, dont une petite fille de dix ans, horriblement dévorée, a succombé quelques heures après. Des trois autres, une jeune femme a été seulement égratignée, probablement par la patte de la bête, au nez et à la lèvre. Les deux autres, enfants d'une douzaine d'années, ont été profondément mordus aux bras. M. Fargeix a lavé toutes les plaies à l'eau salée, et les a cautérisées aussi complétement que possible. Depuis lors il n'a plus vu aucune de ces personnes qui ont eu recours « *à un empirique fameux qui possède un spécifique infaillible* ». Mais s'il leur était arrivé quelque chose, M. Fargeix l'aurait su.

2° Docteur Clédat de Lavigerie, *Ussel* (Corrèze), 2 avril.

L'autopsie du loup a été faite sous ses yeux le 5 mars dernier par deux vétérinaires requis à cet effet par M. le sous-préfet d'Ussel, MM. Plane, de Bort (Corrèze), et Rigaud, de Tulle.

Il a vu et examiné attentivement les lysses situées sous la base de la langue du loup. Il leur a trouvé le volume et la forme des vésicules d'herpès. Il a pu constater plusieurs fois à l'œil nu que c'étaient autant de petites collections séro-sanguinolentes retenues par l'épithélium soulevé.

C'est à tort que le *Petit Moniteur* n'a pas prononcé le mot *lysse*, car il est écrit plusieurs fois dans le rapport. Les communications faites par M. *Auzias-Turenne*, à l'Académie de médecine, ayant éveillé l'attention des médecins, ils ont exploré la langue avec soin.

La portion du crâne de chien trouvée dans l'estomac de l'animal a environ la largeur de la main.

Les bergères mordues à la figure sont mortes, l'une quelques heures après, l'autre le lendemain.

Suivent les passages essentiels du rapport :

« On nous a montré un loup mâle, âgé de cinq ans environ et d'assez forte taille, qui nous a paru d'une maigreur extrême.....

« L'estomac contenait une immense quantité de poils agglutinés ensemble et formant un tout inextricable. Au milieu de cette masse informe, on remarque une certaine quantité de feuilles mortes enchevêtrées ensemble à travers les poils; d'autres feuilles se trouvent également répandues çà et là dans l'estomac. A côté de ces poils se trouvent quatre doigts parfaitement intacts paraissant appartenir à un adulte. Puis viennent plusieurs lambeaux de peau de vache, de chien; plus loin la mâchoire supérieure à peu près intacte d'une brebis, et enfin une portion de crâne avec la peau et les poils paraissant appartenir à un chien. Au milieu de ces débris nous remarquons un bon nombre d'os plus ou moins broyés, et ce qui est essentiel à relater pas ou presque point de substances alimentaires. Dans l'œsophage, nous trouvons un doigt assez volumineux, paraissant être un pouce d'adulte, entouré de feuilles mortes, de débris de peau, le tout enchevêtré au milieu de poils de différente nature.

« *Il existe sur le frein de la langue, un peu à gauche, des lysses : ce sont quatre petites vésicules de la dimension d'une lentille, d'un aspect rougeâtre, fluctuantes, et contenant une matière séro-sanguinolente.*

« Ce loup a dévoré deux petites bergères à côté de leur troupeau, mordu ces malheureuses au point de leur enlever le crâne et plusieurs doigts, qu'il déglutit sans les broyer; a fait des blessures profondes à cinq autres personnes. En présence de ces faits; des matières contenues dans l'œsophage, qui commençait probablement à se paralyser et dont les contractions n'étaient plus assez fortes pour conduire les substances jusque dans l'estomac; *des lysses rabiques, vésicules constatées au frein de la langue*, nous pensons que le loup confié à notre examen était atteint de la rage. »

M. Depaul explique les motifs très-naturels des doutes qu'il a émis lors de la première relation de ce fait, qui ne lui paraissait pas présenter des garanties d'authenticité suffisantes. Devant les nouvelles explications qui viennent d'être données, il n'a plus aucun motif d'opposition, il accepte le fait.

— M. Gaultier de Claubry présente, de la part de M. Bergot, médecin colonial à Athmenia, dans la province de Constantine, une note sur l'hygiène des condamnés au pénitencier de Lambessa, au service duquel il a été attaché pendant dix mois.

M. Devergie dépose sur le bureau les statuts de la Société de médecine légale, qui vient d'être tout récemment fondée. M. Devergie, en indiquant le but de cette Société, signale, en particulier, une innovation, qui consiste dans la formation d'une commission permanente chargée de donner journellement son avis à tous les médecins qui sont appelés comme experts devant la justice, et qui se trouvent en présence de questions difficiles.

— M. le Président fait hommage à l'Académie, de la part de M. Larrey, d'un médaillon de l'ancien secrétaire perpétuel Pariset. Ce médaillon, dit M. le président, est frappant, je regrette de ne pouvoir dire parlant.

LECTURE.

M. Buignet donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Recherches sur la constitution chimique de la manne en larmes*.

(Les conclusions de ce mémoire seront publiées dans l'un des prochains numéros.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la tuberculose. La parole est à M. Hardy.

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE.

M. Hardy n'a pas l'intention d'entrer dans le fond du débat, qui lui semble d'ailleurs à peu près épuisé, et il n'aurait même pas songé à prendre la parole, s'il n'avait su que M. Colin, à qui revient le droit de résumer la discussion, avait demandé un délai, afin de pouvoir apporter de nouveaux faits pour compléter son savant rapport. Son but, en montant à la tribune, est seulement d'examiner la question au point de vue de l'étiologie. Mais il importe auparavant de bien préciser le point de départ. En présence des expériences de M. Villemin, confirmées depuis par celles de MM. Hérard et Cornil, de M. Lebert, de MM. Constantin Paul et Pidoux, on est obligé de concéder le fait de la transmission de la tuberculose par voie d'inoculation de l'homme aux animaux et particulièrement au lapin. Il ne comprend pas, dit-il, à cet égard la résistance de M. Béhier, qui ne veut point croire parce qu'il n'a pas vu par lui-même. Mais je lui demanderai s'il ne croit pas aux expériences de M. Cl. Bernard sur l'influence du grand sympathique sur la circulation, parce qu'il n'a probablement pas répété ces expériences ou qu'il n'en a pas été directement témoin. Pour moi, quand une expérience est faite par un homme connu, je l'accepte. C'est ici le cas, et il n'y a pas moyen de nier. Mais si j'accepte le fait établi par M. Villemin, irai-je aussi loin que lui dans les déductions et me rangerai-je à son opinion sur la virulence et sur la spécificité de la tuberculose. Il y a là matière à discussion. Qu'est-ce qu'une maladie virulente, une maladie spécifique? — Les maladies spécifiques ont une cause unique, toujours la même, laquelle produit toujours invariablement les mêmes phénomènes morbides et jamais d'autres. C'est la spécificité de leur cause qui constitue les maladies spécifiques. Je sais bien que l'on a prétendu que plusieurs maladies virulentes, comme la morve par exemple, pouvaient naître spontanément. Mais cette spontanéité n'a pas été prouvée; pour moi je la récuse; je ne crois pas à la naissance spontanée des maladies spécifiques virulentes.

Appliquons ces données de pathologie générale à la tuberculose. Ici, M. Hardy examine une à une les diverses objections qui peuvent être faites et qui ont été faites déjà, pour la plupart, à l'opinion de la virulence et de la spécificité de la tuberculose.

Quoi qu'il en soit, ajoute-t-il, je n'hésite pas à me ranger, au sujet de la contagion de la tuberculose, à l'opinion de MM. Guéneau de Mussy, Hérard et Gubler. J'incline à croire à la contagion. Et il cite, à l'appui, l'exemple du fils d'un confrère célèbre, qui contracta l'affection tuberculeuse dans un pays lointain où il se trouvait avec sa femme. Celle-ci, qui avait été jusque-là parfaitement bien portante, à son retour en France, fut prise de la même maladie, à laquelle elle succomba au bout de quelques années. Or, il n'y avait jamais eu de phthisiques dans sa famille, et rien dans sa constitution n'était de nature à faire soupçonner qu'elle pût le devenir jamais. M. Béhier opposera à cela les fatigues, les veilles, les émotions pénibles, le chagrin (M. Briquet : et les refroidissements); et les refroidissements, ajoute M. Briquet. Mais ces mêmes conditions ne se retrouvent-elles pas toutes pour les autres maladies chroniques, et voit-on jamais que ces maladies se transmettent à celui des deux époux survivant. Sans doute, les faits authentiques de contagion de la tuberculose ne sont pas bien nombreux. Cependant, il est peu d'entre nous qui n'en ait vu quelques exemples; et si on les réunissait tous, cela ferait encore un chiffre assez respectable.

La contagion m'amène naturellement à dire un mot de l'hérédité.

Nous ne pensons pas, quoi qu'on en ait dit, qu'on puisse nier l'hérédité. On peut varier sur la proportion; ainsi, tandis que M. Louis ne l'a admise que dans le dixième des cas, MM. Hérard et Cornil l'admettent pour un tiers; mais son influence est incontestable. L'action de l'hérédité ne serait pas, d'ailleurs, un argument contre la contagion. La syphilis ne présente-t-elle pas un exemple remarquable de ces deux modes de transmission. Je crois donc que M. Villemin a eu tort de chercher à nier l'hérédité.

Je pourrais m'arrêter ici, et je n'aurais plus, en ce cas, qu'à joindre mes éloges à tous ceux qui ont été si justement donnés déjà à M. Villemin; mais, je demande la permission à l'Académie de revenir encore sur la question d'étiologie.

Suivant notre savant collègue, M. Pidoux, la tuberculose ne serait pas seulement une maladie qui se développe sous l'influence de conditions héréditaires; elle serait le plus souvent, pour lui, l'aboutissant ordinaire d'un grand nombre d'autres maladies. C'est, dit-il, dans l'évolution de la plupart des maladies diathésiques, dont elle serait le dernier terme, qu'il faut chercher son origine. Si M. Pidoux s'était borné à signaler la dépression organique commune à toutes les maladies chroniques, comme constituant une préparation, une sorte de prédisposition au développement de la tuberculose, il ne trouverait ici qu'une adhésion unanime. Mais il voit une filiation directe entre la phthisie tuberculeuse et les diverses affections, qu'il groupe sous les noms d'arthritisme et d'herpétisme. C'est là ce que, pour ma part, je ne puis admettre.

Et d'abord, qu'est-ce que l'arthritisme? Pour M. Pidoux, c'est tout; pour moi, ce n'est rien. La théorie de l'arthritisme est une vieille opinion qui a été rajeunie dans ces derniers temps par M. Bazin, à qui M. Pidoux l'a empruntée. Sous ce nom, M. Pidoux confond des manifestations morbides qui appartiennent à deux maladies essentiellement différentes, la goutte et le rhumatisme. Je suis sûr d'être l'écho fidèle de l'opinion de la plupart d'entre vous en protestant contre l'assimilation de la goutte et du rhumatisme, dont les caractères différentiels sont très-accusés. Ici M. Hardy fait un parallèle des caractères principaux de ces deux affections, et il résume ce parallèle en disant que ces deux maladies ne sont pas même deux branches du même arbre, mais bien deux arbres distincts, différant également et par leurs racines et par leurs branches. Mais, ajoute-t-il, je suis loin de la tuberculose. Il s'agirait maintenant d'apprécier l'influence de la goutte et du rhumatisme sur la tuberculose. Je ne crains d'être démenti par personne en disant que la phthisie tuberculeuse est rare chez les goutteux. Il y a à cela une première raison toute naturelle, c'est que la phthisie est principalement une maladie du jeune âge, tandis que la goutte ne se manifeste généralement qu'à un âge avancé. Cependant il est des cas où la phthisie se manifeste tardivement, et dans ces cas on ne trouve encore que très-peu de goutteux. Si bien que j'inclinerais plutôt vers l'opinion de ceux qui croient à un antagonisme entre la goutte et la phthisie. La proposition de M. Pidoux est donc tout à fait contradictoire avec celle de la plupart des praticiens. Enfin, dans les circonstances rares où ces deux diathèses peuvent se trouver accidentellement coïncidentes, ont-elles une influence réciproque l'une sur l'autre? Je suis disposé à le croire pour ma part; j'ai vu quelques faits dans lesquels il m'a paru que la goutte avait une influence sur la marche de la phthisie.

J'arrive à l'herpétisme. M. Béhier nie l'herpétisme. Pour moi, je l'admets. Il y a certainement un lien commun qui rattache entre elles diverses affections cutanées superficielles et qui en constitue un groupe naturel. Mais tout ne se borne pas encore là. On observe souvent chez ces mêmes sujets, qui sont atteints de l'une de ces formes diverses des affections eczémateuses, des névralgies, des angines, des bronchites, de l'asthme. On peut se demander encore si ces accidents morbides ne se rattachent pas eux-mêmes par un lien diathésique avec la maladie principale. Sans doute je conviens que ce n'est là qu'une hypothèse; mais elle me semble n'être pas dénuée de quelque fondement. On me dira que personne n'a vu l'herpétisme; mais qui a vu le scrofulisme? et cependant l'admet-on moins pour cela? Je crois donc à l'herpétisme, mais j'ajouterai que je ne vois aucun lien entre lui et la tuberculose. Sauf le pemphigus peut-être qui, par l'énorme quantité de produit excrétoire qu'il porte à la peau, peut jusqu'à un certain point épuiser l'organisme à la manière des diarrhées et des sueurs colliquatives, je ne vois aucune affection cutanée qui puisse être considérée comme ayant un rapport direct ou un lien quelconque avec la phthisie.

M. Béhier. J'ai été mal compris sans doute par mon collègue et ami M. Hardy. J'ai dit et je répète que M. Villemin ne nous a pas montré que l'inoculation seule de la matière tuberculeuse eût la propriété de provoquer le développement de la tuberculose. Je tiens à ce qu'il soit bien établi qu'il ne fallait pas seulement, pour étayer la théorie de M. Villemin, prouver que l'inoculation du tubercule produit la tuberculose, mais qu'il fallait encore prouver qu'elle ne peut pas être produite par autre chose. Or je le maintiens et je le répète, c'est cette preuve qui n'est pas faite. Il y a donc de ma part, non pas présomption, comme l'a dit M. Hardy, mais difficulté à me laisser convaincre. Il y a si peu présomption, que si on me fournissait cette preuve que je demande, je l'accepterais aussitôt.

Je n'accepte pas la manière de voir de M. Hardy sur l'herpétisme. Donnez-moi donc des caractères différentiels qui me permettent de distinguer l'eczéma simple de l'eczéma herpétique ou dartreux. Je ne crois pas davantage à la nature herpétique de l'angine, de la bronchite et de l'asthme, car je ne vois rien dans tout ce qu'on en a dit qui ait l'ombre d'un caractère caractérisant.

M. Robinet. On ne s'attendra pas, en me voyant prendre la parole, à m'entendre disserter sur la tuberculose. Je n'ai aucune compétence à cet égard. Mais j'ai une responsabilité sur la portée de laquelle je tiens à être éclairé. Je suis membre de la commission des logements insalubres; or, il nous arrive souvent, en visitant les logements de pauvres ouvriers, de trouver dans des locaux étroits et essentiellement insalubres des personnes malades. Quand ces malades sont des phthisiques, s'il est vrai, comme on paraît incliner à le croire, que la phthisie soit contagieuse, que devons-nous faire en présence d'un pareil danger? C'a été pour nous l'objet d'une très-grande préoccupation. Nous avons sans doute, dans le sein de la commission, des médecins très-éclairés, mais j'avoue qu'en face d'une pareille difficulté je tiendrais beaucoup à avoir sur ce sujet l'avis de l'Académie. Je voudrais que l'un des orateurs qui se proposent encore de prendre la parole dans cette discussion voulût bien résumer tout ce qui a été dit sur la contagion de la phthisie, afin de savoir ce qu'il peut y avoir de vrai dans cette opinion qui plane comme une menace au-dessus de nous. Je prie les futurs orateurs de vouloir bien prendre ma demande en considération, de ne pas négliger cette grosse question et de nous éclairer sur ce que nous devons faire lorsque nous nous trouvons dans un lieu étroit et malsain habité par plusieurs personnes au nombre desquelles se trouve un phthisique.

Autre question, qui m'a préoccupé aussi dans ce que je viens d'entendre dire à propos des maladies herpétiques. Il n'y a donc dans la thérapeutique et dans l'emploi des agents pharmaceutiques aucun

moyen de reconnaître les affections cutanées de nature différente. Il me semble, permettez-moi cette observation, que depuis quelque temps on s'occupe beaucoup plus de la nature des maladies que de leur traitement.

M. Bouley. Je ne comprends pas bien la portée de la question de M. Robinet, ni le rapport qu'elle a avec le sujet actuel du débat. S'il ressortait de cette discussion que la phthisie est contagieuse, faudrait-il en conclure que toutes les fois qu'on trouvera une personne phthisique dans une chambre étroite et malsaine, on devra l'en chasser, à moins qu'on n'aime mieux avoir recours au procédé expéditif des vétérinaires...?

M. Ricord dit à ce sujet quelques mots qui n'arrivent pas jusqu'à nous.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 25 mars 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS.

M. Panas communique l'observation suivante :

Fracture du crâne. — Compression cérébrale. — Contusion par contre-coup. — Mort en douze heures.

Homme, pharmacien, âgé de 35 ans. Le 30 août 1863, au soir, étant ivre, il tombe de sa hauteur sur le pavé au milieu de la chaussée. Perte immédiate de connaissance. Est relevé et apporté, à onze heures du soir, à l'hôpital, où l'interne, M. Saurel, constate l'abolition complète du sentiment et du mouvement volontaire avec résolution générale, coma profond, respiration stertoreuse et lente, pouls ralenti à 48, faible. Refroidissement de tout le corps, écoulement sanguin peu abondant par l'oreille droite. Potion avec 6 grammes d'acétate d'ammoniaque. Mort à dix heures du matin. Au moment d'expirer, la peau, livide partout, offre une chaleur brûlante. Pupilles largement dilatées. Cornées insensibles, battements du cœur accélérés et faibles. Inspiration toutes les deux minutes. Bientôt arrêt du cœur, refroidissement subit et mort *définitive*.

Autopsie le 1er septembre, vingt-quatre heures après la mort. — Téguments du crâne intacts, pas d'épanchement sous-cutané. On scie la calotte crânienne circulairement et on l'enlève, ce qui permet de constater une fracture de l'écaille temporale avec décollement de la dure-mère dans toute l'étendue du plan latéral droit du crâne. Tout cet espace est rempli par un caillot noir, dense, ayant la forme d'une brioche, c'est-à-dire un côté convexe en rapport avec les os du crâne, et un côté aplati reposant sur la dure-mère décollée. Extrait de sa place, il pèse 140 grammes. Toute la portion temporale de l'hémisphère est tellement aplatie, qu'au lieu d'être convexe, elle offre une surface plane taillée à pic avec un bord ou circonférence tranchante, exactement comme si l'on avait enlevé un segment du sphéroïde cérébral.

La source de cet écoulement est l'artère temporale moyenne, qui est ouverte. Le cerveau extrait, et les os débarrassés de la dure-mère, on constate à la partie supérieure de la fosse temporale, vers le milieu de la suture écailleuse, une fracture étoilée avec quatre prolongements, un supérieur et un autre antérieur ayant chacun de 3 à 4 centimètres de long, et deux félures inférieures. De ces dernières, l'une, postérieure, coupe en long la face antérieure du rocher par son milieu et aboutit au trou déchiré antérieur; l'autre, plus antérieure, parallèle à la précédente, sépare le rocher de la portion écailleuse du temporal, passe par le trou sphéno-épineux et le trou déchiré antérieur, détache complétement la lame carrée que surmontent les apophyses clinoïdes postérieures, et aboutit au trou déchiré antérieur du côté opposé. Ajoutons que des esquilles nombreuses s'étaient détachées du canal carotidien, et qu'une ou deux petites esquilles étaient comme fichées dans les parois de l'artère carotide interne. Outre son aplatissement, le cerveau ne présentait pas de lésions à droite, tandis qu'à gauche, sur le point diamétralement opposé, c'est-à-dire sur la face inférieure du lobe sphénoïdal gauche, on constatait l'existence d'un épanchement sanguin coagulé, noir, dans l'espace sous-arachnoïdien, pouvant peser 4 à 5 grammes, et une contusion du cerveau caractérisée par différents foyers apoplectiques de la substance grise dans l'étendue d'une pièce de cent sous environ, ne dépassant pas toutefois, en profondeur, la couche grise. Nulle autre lésion de la masse encéphalique. Ventricules parfaitement vides. Aucune autre lésion viscérale.

Réflexions. La compression cérébrale par épanchement sanguin traumatique a joué, comme on le sait, un grand rôle dans la pratique du trépan, alors qu'on faisait un véritable abus de cette opération.

Malgaigne, en s'élevant contre le trépan, se fondait non-seulement sur l'examen des faits cliniques, mais aussi sur des expériences qui lui avaient appris que, pour tuer un animal par des injections successives d'eau dans le crâne, il fallait employer une quantité d'eau telle, que supposer qu'une ou deux cuillerées de sang extravasé à la surface du cerveau pouvaient entraîner chez l'homme la mort par compression, ce serait une véritable absurdité, et c'est pourtant là ce qui a été fait par tous les auteurs partisans de la théorie de la compression, et surtout de l'emploi du trépan en pareille occurrence.

Malgaigne fait une seule réserve : c'est pour le cas où l'artère méningée moyenne se trouve ouverte, et cite à l'appui une observation de J. Cloquet où la mort survient de cette façon. A ce point de vue, les deux faits de M. Tillaux, auxquels j'ajoute celui que je viens de rapporter, viennent confirmer l'exception établie par Malgaigne.

Quant à la règle elle-même, j'ai pensé que les expériences de Malgaigne étaient passibles de certaines objections, en même temps qu'il y avait lieu d'indiquer certaines conditions spéciales qui rendent la compression plus efficace.

Malgaigne, en injectant de l'eau pure dans le crâne, ne pouvait pas arriver à préciser au juste la quantité qui est nécessaire pour amener les signes de la compression, puisque ce liquide est repris au fur et à mesure par l'absorption avec une très-grande rapidité.

Voici quatre expériences faites sur des chiens, où j'ai injecté trois fois de l'huile (liquide inabsorbable) et une fois du sang défibriné. Dans ce dernier cas, il a fallu employer, en effet, une plus grande quantité de liquide pour provoquer des accidents.

1re observ. (huile). Dure-mère.

Encéphale pesant 99 grammes; injection de 5 grammes d'huile; dure-mère intacte, 1/20me............ } Mort le lendemain matin, dans la stupeur.

2e observ. (huile). Arachnoïde.

	c^3	
Capacité crânienne..................	184	Meurt le troisième jour, 60 heures après, avec des transes de méningite.
Inject.............. 40 gouttes.		
— Une heure après. 30 —		
70		
Dure-mère ouverte....................		

3e observ.

Injection de 34 grammes de sang de bœuf défibriné en deux reprises dans l'espace d'une heure et demie; mort dans la soirée. La capacité crânienne est évaluée à 68 grammes de sang. Dure-mère intacte.

4e observ. (huile). Perforation de la dure-mère. Arachnoïde.

1re injection..........	40 gouttes.	Accidents fébriles, frissons.....	Mort le troisième jour.
2e —	30 —		
3e —	30 —		
4e — le lendemain.	25 —		
Dure-mère ouverte..........................			

Conclusions.

Huile sous arachnoïde. — Obs. 2 et 4, mort lente;
Huile sous les os. — Obs. 1, mort le lendemain avec 5 grammes;
Sang sous les os. 34 sur 68, = 1/2 de la capacité.

Une question plus importante que la nature du liquide, c'est celle du lieu de l'injection. Il est en effet évident que, lorsqu'on injecte du liquide, supposons du sang, dans la cavité arachnoïdienne, non seulement le liquide est repris plus vite par absorption, grâce à l'étendue de la surface absorbante, mais que, de plus, exerçant une compression uniforme sur tout l'encéphale, l'organe n'éprouve pas les troubles qui dérivent d'une forte compression exercée sur un point limité du centre encéphalique. En effet, Messieurs, dans les seuls cas où la compression cérébrale est évidente pour tout le monde comme ceux de J. Cloquet, de M. Tillaux et le mien, nous voyons le sang en grande quantité s'amasser non dans la cavité arachnoïdienne, mais entre les os et la dure-mère décollés, au point d'aplatir l'hémisphère cérébral correspondant.

Les expériences que j'ai faites prouvent aussi ce fait, que lorsque l'injection est pratiquée entre la dure-mère et les os, on détermine plus tôt des accidents, et que la mort est plus rapide que lorsque le liquide est injecté dans la cavité arachnoïdienne.

Je ne prétends pas, Messieurs, avec le petit nombre d'expériences que je vous apporte, trancher en dernier ressort une question complexe de pathologie comme l'est celle de la compression cérébrale, mais j'ai cru faire chose utile en cherchant à compléter ce qui a été dit par Malgaigne à cet égard, et en montrant aux futurs expérimentateurs la voie dans laquelle ils doivent, je crois, persévérer.

M. Labbé. J'ai actuellement, dans mon service, un homme qui offre un exemple très-évident de lésion cérébrale traumatique par contre-coup. Cet individu a reçu, il y a dix-huit mois environ, un coup très-violent sur le pariétal du côté droit, il est survenu une hémiplégie du même côté. Dans ce cas, comme dans ceux que l'on nous a cités, la contusion cérébrale a vraisemblablement eu lieu dans le point diamétralement opposé à celui qui a reçu le choc.

Chez cet homme, on peut observer une des suites éloignées et assez rares des lésions traumatiques de l'encéphale, je veux parler des accès d'épilepsie.

M. Trélat. Les lésions cérébrales par contre-coup ne sont pas très-rares; on peut même dire que ces faits sont assez communs.

M. Perrin. Les observations de M. Panas confirment ce que j'ai dit bien des fois en ce qui concerne le contre-coup dans la masse encéphalique. Le mécanisme du contre-coup dans la production des lésions cérébrales est aussi rigoureux que celui des fractures par contre-coup telles qu'on les décrivait au siècle dernier.

M. Trélat. Il s'agirait de prouver que les vraies fractures par contre-coup sont fréquentes.

M. Perrin. En dehors des vues théoriques, il me paraît certain que ces faits sont réels, cliniquement parlant.

M. Chassaignac. Dans un certain nombre de cas on croit à un contre-coup, et l'on commet une erreur, parce qu'il y a eu véritablement deux coups donnés en même temps. Très-souvent, il arrive que la tête, recevant un choc très-violent, est en même temps portée contre un plan résistant et reçoit un second coup dans le point diamétralement opposé. C'est là un cas de lésion double par choc direct.

DÉCLARATION DE VACANCE D'UNE PLACE DE MEMBRE TITULAIRE.

M. le Président déclare vacante une place de membre titulaire et rappelle aux candidats à cette place, qu'à chaque nouvelle déclaration de vacance, ils doivent faire un nouvel acte de candidature. S'ils négligeaient de remplir cette formalité, ils ne pourraient figurer sur la liste de candidature.

LECTURE.

M. Bailly, candidat à la place de membre titulaire, lit un mémoire ayant pour titre : *Mémoire sur la rotation artificielle du fœtus dans les positions occipito-postérieures.*

L'examen de ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Tarnier, Depaul, Guéniot.

COMMUNICATIONS.

M. Panas communique l'observation suivante :

Observation de fracture du bassin.

Vous connaissez la double fracture verticale du bassin décrite par Malgaigne, fracture qui, ayant pour effet de permettre l'ascension du fragment détaché et avec lui de tout le membre inférieur, a pu donner parfois le change et faire croire à l'existence d'une luxation du membre pelvien, au détriment de la fracture du bassin qui restait méconnue. Ici, Messieurs, il s'agit de ce genre de fracture diagnostiquée pendant la vie et avec cette particularité qu'elle existe des deux côtés, en sorte que nous avons affaire à une quadruple fracture verticale du bassin. Ajoutons qu'une cinquième fracture séparait la quatrième pièce du sacrum d'avec la cinquième; en même temps qu'il y avait une rupture de la vessie, sur laquelle je reviendrai après avoir parlé de la fracture.

Le sujet était un homme de 35 ans, charretier, qui, conduisant sa charrette assis sur son cheval, se laissa choir, et la roue lui passa en travers sur le bassin, en décrivant d'arrière en avant une demi-circonférence entière sur la moitié droite du bassin. Cet homme, qui était du reste à moitié ivre, fut relevé et conduit de suite à l'hôpital, où il expira trente-six heures après son entrée, dans l'état suivant :

Facies pâle, hippocratique; extrémités froides; pouls accéléré, 130, presque imperceptible. Plaintes continuelles, agitation, langue sèche. Ni selles, ni urines. Larges ecchymoses sur l'abdomen, le bassin et les fesses, surtout à droite. Ventre extrêmement ballonné, douloureux et sonore à la percussion sur tous les points de son étendue. Vomissements bilieux. En pressant latéralement sur les deux crêtes iliaques à la fois, on perçoit une crépitation évidente à droite, mais non à gauche. Du reste, aucune déformation appréciable du pelvis. Les mouvements de flexion et d'extension du membre inférieur droit provoquent aussi la crépitation du même côté. On s'assure, du reste, ainsi, que les fémurs sont en place et ne présentent aucune solution de continuité ni au corps, ni au col de ces os. Le cathétérisme n'a pas amené une seule goutte d'urine, et le malade n'a pas uriné pendant tout son séjour à l'hôpital.

Voici maintenant ce que nous a révélé l'autopsie.

A droite, il y a deux fractures : une *postérieure* verticale, commence à 2 centimètres de l'épine iliaque postérieure, se dirige en bas vers le sommet de la grande échancrure sciatique et aboutit dans la symphyse sacro-iliaque postérieure qui se trouve ainsi diastasée dans son quart inférieur. La deuxième fracture droite est antérieure, elle siége près de la symphyse pubienne, divisant le pubis au niveau de ces branches horizontale et descendante sur le côté interne du trou ovale.

A gauche, les deux fractures sont plus postérieures qu'à droite; ainsi la fracture pubienne divise les deux branches de l'os vers le côté externe du trou sous-pubien et la fracture iliaque intéresse en haut la base du sacrum pour se diriger ensuite au bas de la symphyse sacro-iliaque gauche et le sommet de la grande échancrure sciatique.

Une grande quantité de sang infiltrait le tissu cellulaire sous-péritonéal, surtout dans la fosse iliaque droite.

La vessie était rompue, et la perforation qui occupait le haut de la face postérieure ou péritonéale de l'organe pris de son sommet, avait l'étendue d'une pièce de deux francs. Dans la vessie, il n'y avait ni urine ni sang, pas plus que dans la cavité péritonéale, dont les parois étaient lisses et dépourvues de fausses membranes.

Il est certain, d'après la disposition des fragments, qui n'étaient pas pour ainsi dire déplacés du côté du bassin, que la perforation vésicale ne peut être expliquée par un traumatisme qu'aurait produit un fragment osseux.

Reste l'hypothèse de la rupture par éclatement du réservoir urinaire en supposant la vessie pleine d'urine et serrée de toutes parts par suite de l'aplatissement de l'hypogastre par la roue. Ce mécanisme me paraît le plus probable, mais, dans ce cas, il faut admettre que l'urine épanchée dans le péritoine a dû se résorber pendant la vie sans déterminer la production de fausses membranes, ce qui ne manque pas que d'étonner un peu.

Pour ce qui est de l'*anurie* qui a existé pendant tout le temps que le malade a survécu, elle peut s'expliquer par le mauvais état général qui faisait de lui presque un cadavre.

M. Larrey. Dans le cas observé par M. Panas, n'existait-il pas en même temps que la fracture une disjonction, même partielle, des symphyses, soit sacro-iliaques, soit pubiennes?

M. Panas. A gauche, il n'existait aucune disjonction au niveau de la symphyse sacro-iliaque. A droite, la fracture tombait dans la symphyse, et il y avait disjonction de la partie inférieure de cette dernière, mais pas d'écartement.

M. Chassaignac. M. Panas a-t-il pu avoir quelques détails sur l'état dans lequel était la vessie avant l'accident? Dans la plupart des cas, pour que la rupture ait lieu, il faut que la vessie soit distendue.

M. Panas. Le malade était ivre lorsqu'il a été transporté à l'hôpital, et je pense que la vessie était alors distendue par l'urine. Lorsque j'ai examiné ce blessé, le ventre était distendu; j'ai pratiqué le cathétérisme, et je n'ai pas fait sortir une seule goutte d'urine.

M. Depaul. Quelle est l'explication que propose M. Panas pour rendre compte de la production de cette fracture? Cet homme était couché; une voiture lui a passé sur le corps, et la ceinture représentée par le bassin, fortement pressée, a éclaté en deux points. C'est là le seul mécanisme auquel on puisse songer, et j'ajoute que c'est d'après ce mécanisme que se produisent habituellement ces fractures.

M. Panas. Je n'ai pas voulu dire que ce fût là un fait exceptionnel. Il rentre dans la règle; mais ces faits sont encore assez rares pour qu'il soit bon de les décrire.

M. Larrey. Des fractures du bassin qui sont communes et qu'il ne faut pas oublier, ce sont celles qui sont dues à des coups de feu.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Demarquay présente une pièce relative à une blessure de l'artère intercostale et l'accompagne de la note suivante :

Blessure de l'artère intercostale. Hémorrhagie. Mort (1).

(Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 14 avril.)

M. Desprès. Dans ce cas, il s'agissait d'une fistule thoracique. On a voulu agrandir la fistule avec le bistouri, et on a eu un accident

(1) La pièce est déposée au musée Dupuytren.

très-grave. Je crois qu'en pareil cas il serait préférable d'employer des corps dilatants.

M. Legouest. Je ne m'associe pas à la manière de voir de M. Després. Il est des cas, et celui-ci était de ce nombre, dans lesquels il faut faire un large débridement; mais il doit arriver très-rarement de léser l'artère intercostale. Je pense qu'en pareille circonstance il serait préférable de faire un débridement suivant le sens des côtes.

M. Després. Dans le cas actuel, il était impossible de faire une incision suivant les règles, parce qu'il y avait une inflexion des côtes qui avait changé tous les rapports. Les rapports étant changés, on peut toujours blesser l'artère dans cette région. J'insiste sur l'utilité de la dilatation. Il n'y a pas de fistule qui résiste à l'emploi de ce moyen pendant vingt-quatre heures.

M. Larrey. Je suis porté à croire qu'il y a eu ou une anomalie, ou une déviation pathologique qui a été cause de l'accident. La disposition normale de l'artère intercostale la met presque à l'abri des blessures, et dans les ouvrages de chirurgie, l'on trouve un plus grand nombre de moyens proposés pour remédier à ces hémorrhagies, qu'il n'y a d'observations nettement avérées de cet accident. Un ancien élève du Val-de-Grâce, M. Charles Martin, a soutenu une excellente thèse sur *les lésions traumatiques des artères intercostales*. Dans ce travail, on peut trouver la plupart des documents relatifs à cette question.

M. Demarquay. Ce fait est très-étonnant. Il existait une grande déformation de la poitrine et un aplatissement des côtes. J'ai été frappé de la difficulté qu'il y avait à donner écoulement au liquide contenu dans la poitrine. Je n'ai pas voulu enlever les esquilles, de peur de déchirer l'artère, et j'ai fait un très-petit débridement, tout en étant très-préoccupé de la blessure possible du vaisseau.

La dilatation n'était pas possible, en raison de la déformation de la poitrine; pour la pratiquer, il eût fallu préalablement faire une résection des deux extrémités de la côte.

M. Panas. En 1858, alors que j'étais interne dans le service de M. le professeur Laugier, j'ai observé un cas très-extraordinaire de lésion traumatique de l'artère intercostale.

Il s'agit d'une hémorrhagie mortelle ayant succédé à la blessure d'une artère intercostale par suite d'une fracture de côte. Lorsque le malade fut apporté à l'hôpital, il respirait très-difficilement et présentait une pâleur excessive. Il y avait de l'emphysème sous-cutané et une matité assez étendue. On pensa que le malade avait une pleurésie, et l'on ordonna une saignée. Le malade mourut au bout de six à sept jours, et à l'autopsie, on trouva une artère intercostale déchirée par un fragment de côte et du sang pur accumulé en grande abondance dans la plèvre.

Chez le malade de M. Demarquay, un morceau de la côte supérieure manquait. C'est là que l'incision a porté, et l'on comprend que l'instrument ait facilement atteint l'artère.

M. Chassaignac. La blessure d'une artère intercostale est une des lésions les plus graves que la chirurgie puisse présenter, et c'est là ce qui explique combien sont nombreux les moyens proposés pour y remédier. Sur le cadavre, quand on veut chercher à lier l'artère, on peut à peine y arriver.

Depuis quelque temps, en Angleterre, on traite les fistules pleurales par l'introduction d'un tube à drainage, et l'on obtient des résultats très-remarquables. L'emploi du tube, substitué à l'empyème, constitue une bonne opération. Dans le cas actuel, on eût pu faire entrer un tube par l'orifice de la fistule, et le faire sortir dans un point plus ou moins éloigné.

L'opération de l'empyème n'avait jamais donné de succès à Astley Cooper, et Dupuytren, sur cinquante-deux cas, avait eu cinquante et une morts.

M. Demarquay. La dilatation, je l'ai déjà dit, était impossible. Quant à introduire un drain, je n'y pouvais songer, parce que les côtes étaient imbriquées. La seule chose à faire était de donner cours, à l'aide du bistouri, au liquide contenu dans la cavité pleurale.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Léon Labbé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Castan, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé provisoirement du cours de pathologie et thérapeutique générale à ladite Faculté, en remplacement de M. Jaumes, décédé.

M. Bérard, ancien doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé doyen honoraire de ladite Faculté.

— M. Ranvier, docteur en médecine, est nommé préparateur de médecine au Collége impérial de France, en remplacement de M. Grehant, démissionnaire.

— La onzième séance publique annuelle de la *Société de secours des Amis des sciences*, fondée par Thénard, aura lieu sous la présidence du maréchal Vaillant, membre de l'Institut, le jeudi 16 avril, à huit heures précises du soir, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Cette séance sera consacrée :

1° A la lecture du compte rendu de la gestion du Conseil d'administration;

2° A l'éloge de J. Pelouze, de l'Institut, président de la Commission des monnaies, etc.;

Par M. Cahours, examinateur à l'École polytechnique, vérificateur des monnaies.

3° A une conférence sur la diffusion des corps;

Par M. Victor de Luynes, professeur suppléant à la Faculté des sciences de Paris.

Le siége de la Société est place Saint-Sulpice, n° 6.

— M. Chauffart, médecin de l'hôpital Cochin, commencera des conférences cliniques à cet hôpital le vendredi 17 avril et les continuera les vendredis suivants, à 9 heures du matin.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 46. — SAMEDI 18 AVRIL 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 18 AVRIL 1868. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : Rapport sur les progrès de la médecine en France, par MM. Béclard et Axenfeld. — De la médication emménagogue, par M. le docteur Raciborski. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

Paris, 17 avril 1868.

Rapport sur les progrès de la médecine en France,

Par MM. BÉCLARD et AXENFELD (1).

« De l'avenir de la médecine, » tel est le titre du dernier chapitre du rapport de MM. Béclard et Axenfeld. — L'avenir de la médecine! Voilà un bien gros mot. Il me rappelle involontairement un livre aussi profond qu'original, écrit dans un esprit bien différent de celui qui a inspiré les auteurs du rapport. Son titre était : « De la perpétuité de la médecine ou de l'identité des principes fondamentaux de cette science depuis son établissement jusqu'à présent. » Il avait pour objet, comme ce titre l'indiquait, de démontrer la pérennité des principes fondamentaux de la médecine, qui, suivant l'auteur, l'illustre professeur Lordat de Montpellier, se retrouvaient tous, sinon dans leur développement intégral, du moins en germe, dans l'œuvre d'Hippocrate. Ce rappel de principes un peu trop oubliés à cette époque, était motivé par les prétentions quelque peu exagérées de l'Ecole qui représentait alors ce que l'on était convenu d'appeler le mouvement, prétentions qui ne tendaient pas à moins qu'à faire table rase pour reconstituer la médecine de fond en comble, *ab imis fundamentis*, sur une base nouvelle. Le représentant de l'ancienne Ecole vitaliste de Montpellier, fondée sur la tradition hippocratique, le commentateur et le continuateur de Barthez, ne pouvait laisser passer sans protestation des paroles comme celles-ci, très à la mode à ce moment : « ... La médecine n'était plus qu'un vieil édifice vermoulu, qu'un grand réformateur venait de démolir complétement par une révolution aussi juste et légitime que nécessaire... Il n'en restait plus pierre sur pierre... Ses anciens défenseurs, foudroyés par le feu croisé de la méthode expérimentale et de la méthode logique combinées, cédaient sur tous les points; leurs lignes étaient enfoncées et leurs rangs dispersés de toutes parts;... et sur les ruines de cette antique institution renversée d'un coup de main avant qu'on eût eu le temps d'en mettre une autre à sa place, il s'agissait de planter les étendards du progrès..., ce qui voulait dire de jeter les fondements d'une médecine nouvelle, jusqu'à ce qu'une nouvelle révolution, probablement tout aussi juste, légitime et nécessaire que la première, vînt la ruiner à son tour, pour lui en substituer une autre... » — Ce langage tout empreint d'idées belliqueuses et révolutionnaires, cette menace de réformes successives et de révolutions incessantes, coupées par des intervalles de trêve durant lesquels une science toujours provisoire ne laissait à l'esprit aucune perspective de persistance et de durée, se conciliaient mal avec l'esprit platonique, la nature toute méditative et contemplative d'un homme qui avait voué un culte à la tradition grecque et qui aimait à dire à ses élèves que lorsqu'il était au milieu d'eux, « il croyait être au Lycée ou à l'Académie d'Athènes, assis dans un exèdre où chacun présente ses idées avec clarté et avec calme, s'adressant aux intelligences et jamais aux passions ni à l'imagination. »

Si j'évoque, avec quelque complaisance peut-être, ce souvenir qui remonte à plus de trente ans, ce n'est pas seulement parce qu'il me reporte à l'époque de mes débuts dans la presse médicale et qu'il me rappelle que ce fut à l'analyse de cet ouvrage que furent consacrées mes premières lignes; mais c'est parce qu'il me donne l'occasion de faire remarquer combien, à beaucoup d'égards, sont changées depuis cette époque non-seulement les conditions d'antagonisme qui semblaient rendre toute tentative de conciliation et d'accord impossible, mais encore jusqu'au langage même et aux formes sous lesquelles se trouve engagée aujourd'hui la discussion. Nous parlons, du moins, pour les auteurs du rapport sur les progrès de la médecine, auquel il nous faut maintenant revenir.

Quel est pour MM. Béclard et Axenfeld l'avenir de la médecine? L'exposé de son état présent a répondu d'avance, sans doute. Il ne sera pas superflu d'y revenir.

Deux circonstances, suivant les rapporteurs, se sont opposées jusqu'ici aux progrès de la médecine : la première, c'est que la médecine, ou plutôt la science des êtres vivants — pour généraliser davantage la question — n'a pas encore rompu tous les liens qui la tiennent attachée à la métaphysique, comme l'ont fait depuis longtemps les autres sciences; la seconde, c'est que trop souvent une vérité nouvelle a servi à l'édification d'un corps de doctrine. Et, à ce sujet, ils considèrent comme le service le plus signalé qu'ait rendu à la médecine le dernier réformateur d'avoir ruiné les systèmes de ses devanciers. D'accord pour les systèmes, nous n'en avons nul regret, mais on sait que la ruine était allée plus loin. Continuons. Le rapport exprime cette pensée qu'avec le prompt échange des idées, la rapidité des communications, les publications quotidiennes, la critique immédiate, on peut affirmer que les systèmes sont à jamais condamnés, et que le fait dominant aujourd'hui est le discrédit des doctrines et des systèmes. « C'est parce que la médecine a renoncé aux conceptions systématiques et prématurées, y est-il dit, qu'elle entrevoit plus clairement chaque jour son objet et détermine et limite mieux le champ de ses recherches. »

Quelles sont, d'après ces vues nouvelles, les limites du domaine de la médecine?

Une première difficulté se présente : Est-il possible d'aborder l'étude des phénomènes de la vie à l'aide de la méthode en usage dans l'étude des autres sciences, c'est-à-dire à l'aide de la méthode expérimentale? Pour ces messieurs la réponse n'est pas douteuse. La biologie a un sujet que l'on peut observer, toucher, interroger, analyser; elle est une science objective (en même temps que subjective); ses limites s'arrêtent là où commence la métaphysique, c'est-à-dire devant la question de la nature même de la vie et de son principe. « Le médecin et le physiologiste, qui croient pouvoir saisir ce que c'est que la vie, ce que c'est que l'essence des maladies, ne s'épuisent pas seulement en vains efforts, cette étude présente encore des dangers sérieux. Échappant à toute définition précise, ces fantômes que le médecin poursuit le conduisent à se contenter d'explications spécieuses, que le temps consacre et qui tiennent la place de la vérité. Circonscrire les phénomènes, chercher à saisir les conditions de leur manifestation, afin de pouvoir les reproduire en réalisant ces conditions; en un mot, tenter de fixer les lois de la vie dans l'état de santé et de maladie, l'un et l'autre de ces états n'étant que les expressions variées du problème biologique, voilà tout ce qu'il peut faire. Il ne s'agit point pour le médecin de la recherche des causes finales ou de la dernière raison des choses, mais de la recherche des causes prochaines..... L'un des grands mérites de la médecine, de nos jours, c'est précisément d'avoir abandonné la poursuite des causes finales et de l'essence et du pourquoi des choses, pour se renfermer sur le terrain du comment, c'est-à-dire de l'étude des conditions d'existence et de manifestation des phénomènes. »

La recherche des causes, telle est donc, pour eux, toute la médecine. Mais il s'agit de s'entendre sur la signification de ce mot *cause*. Dans la sphère des êtres vivants, tout aussi bien que dans le monde physique, on ne saisit que des propriétés. Rattacher, à l'aide de l'expérience et du raisonnement, le fait qu'il observe à ses conditions d'existences, c'est-à-dire au fait qui l'engendre; saisir le lien direct qui unit le phénomène qu'il observe à celui qui le précède, c'est-à-dire à la cause prochaine, tel est le rôle du savant. Chercher le rapport de subordination des effets, ou, en d'autres termes, la condition d'existence des phénomènes, tel est le cercle fatal qu'il ne saurait franchir.

« Lorsque, fidèle aux procédés de la recherche scientifique, l'expérimentateur a pénétré la cause prochaine d'un phénomène, il a fait en avant un pas décisif et irrévocable. Pouvant reproduire à son gré les conditions qui en règlent la manifestation, il en devient pour ainsi dire le maître, car il peut le faire apparaître, le prévoir et le diriger. Il est alors en possession du fait qu'il étudie, il le connaît dans l'ordre étiologique de son évolution, c'est-à-dire qu'il est en possession de la loi des phénomènes. Tel est le seul champ ouvert aux efforts de l'expérimentateur, en médecine comme en toute autre science. »

La médecine doit-elle rester une science d'observation? Ce serait la ranger au nombre des sciences dont l'objet est en dehors de notre sphère d'action. On a vu qu'en physiologie, l'être vivant est accessible à tous nos moyens directs d'étude; il en est de même en pathologie. La maladie est également accessible à nos moyens d'analyse, et comme les phénomènes physiologiques, les phénomènes morbides une fois connus dans les conditions de leur production et dans les lois naturelles qui les régissent, peuvent, en se conformant à ces lois, être dirigés dans le sens de la prévention ou de la curation, et même dans une certaine limite être artificiellement reproduits. En un mot, la pathologie peut et doit devenir une science expérimentale.

Ici les auteurs du rapport se trouvent en face des oppositions, des objections et des nombreuses raisons de fin de non-recevoir qui se sont dressées devant l'introduction de la méthode expérimentale en médecine. Ce qui, de leur aveu, a suscité peut-être la plus grande résistance vient, non de la méthode, mais de ses partisans qui, dans leur dédaigneux oubli des enseignements de la tradition et leur excès de zèle pour la nouveauté, l'ont plus d'une fois compromise par une précipitation inopportune dans les applications qu'ils en ont faites. De là ces incertitudes, ces hésitations, ces contradictions qui accusent encore plus l'inexpérience de l'expérimentateur que les difficultés mêmes de l'expérimentation; de là surtout ces conclusions prématurées qui jettent dans la science des erreurs d'autant plus regrettables qu'elles ont pour elles toutes les apparences de la précision et de la rigueur scientifique. Est-ce une raison pour contester la légitimité des applications de la physiologie à la médecine? Non, assurément; mais c'en est une pour se tenir en garde contre leurs fausses interprétations et pour ne les accepter que sous le bénéfice d'un contrôle rigoureux et d'une sévère critique.

Une autre fin de non-recevoir a sa source dans une certaine vue des choses que MM. Béclard et Axenfeld ont appréciée, à notre sens, avec une parfaite justesse. Nous ne saurions mieux faire que de les laisser parler eux-mêmes :

« Ce qu'on tient pour incontestable lorsqu'il s'agit des phénomènes de la matière brute, on croit pouvoir le mettre en doute lorsqu'il s'agit de la matière vivante, comme si les phénomènes du monde physique étaient seuls assujettis à des lois fixes, tandis que ceux du monde organique y seraient soustraits. En biologie, pas plus que dans les autres sciences naturelles, il n'y a rien de variable et d'indéterminé. Les actes vitaux, il est vrai, présentent une grande complexité; ils ne peuvent être abordés qu'avec une extrême réserve, car il n'est pas donné à tout le monde de les interpréter; mais leur langage ne saurait être contradictoire.

« Dans l'état présent de la science physiologique, il est un petit nombre d'actes dont les conditions sont bien déterminées; il en est un plus grand nombre que nous ne connaissons encore que par certains côtés : quoi de surprenant qu'ils aient parfois donné des résultats différents aux expérimentateurs, alors que ceux-ci ont pu se croire dans des conditions identiques?

« Ce qui est vrai en physiologie ne peut pas ne pas être vrai en pathologie. De deux individus du même âge, atteints d'une même maladie et soumis au même traitement, l'un guérit et l'autre succombe. Invoquer la vie pour expliquer la différence du résultat, c'est appeler à son aide une inconnue qui n'explique rien. Ce qui est démontré par l'événement, c'est que les conditions organiques n'étaient pas identiques.

« Les fonctions des organes vivants s'accomplissent conformément aux propriétés de leurs tissus et à l'influence des circonstances extérieures. De ces deux termes, dans lesquels se résume la biologie normale et pathologique, le premier, bien qu'incomplétement connu, l'est mieux cependant que le second. Les formules thérapeutiques auxquelles viennent aboutir la science du pathologiste et l'art du praticien ne sont trop souvent encore que des moyens empiriques dont le mode d'action nous échappe. Quant aux états organiques auxquels il les applique, s'il les connaît mieux, le médecin les connaît-il entièrement?

... « La connaissance des effets produits par les modificateurs, que ces modificateurs agissent immédiatement, ou que leur action, pour ainsi dire secondaire, ne se produise en quelque sorte qu'à long terme et par l'intermédiaire du milieu organique, cette connaissance offre aux recherches de la pathologie expérimentale le champ le plus vaste et le plus fécond. Découvrir dans l'organe troublé dans ses fonctions, altéré dans ses propriétés, les nouveaux rapports qu'il entretient avec les agents modificateurs, ne serait-ce pas trouver du même coup les moyens d'agir rationnellement et de rétablir ces rapports dans leur état normal? »

Nous nous retrouvons encore ici en présence de l'un des problèmes les plus complexes, qui a de tout temps donné lieu aux controverses et aux objections les plus vives de la part des scolastiques. Nous en avons déjà touché quelque chose dans notre précédent article et même dans celui-ci, mais il y faut revenir encore.

On a vu que les auteurs du rapport, en cela l'écho de l'esprit qui domine aujourd'hui en médecine comme dans toutes les sciences, ne veulent pas que l'on aille en étiologie au delà des causes prochaines. A cela on leur oppose le caractère contingent de ces causes et la nécessité, pour que le problème soit

(1) Suite. — Voir le numéro de samedi dernier.

complet, de remonter à la cause réelle, la cause efficace, la vie avec son caractère de spontanéité. D'après cette doctrine étiologique, tout se tient, tout s'enchaîne. La maladie elle-même est un fait vital, une affection propre de la vie, elle est une manifestation de la spontanéité vivante, s'engendrant en quelque sorte d'elle-même.

Comme preuve de cette spontanéité, on invoque le fait d'une même maladie pouvant être déterminée par une multitude de causes, même les plus diverses, tandis que d'autre part on voit surgir des maladies différentes sous l'influence d'une même cause morbide. Puisque l'être vivant, dit-on, répond à sa manière à une même sollicitation, n'est-ce pas la preuve la plus éclatante de sa spontanéité d'action? Donc ce qui détermine la maladie, ce qui l'engendre, c'est la vie elle-même, ce n'est point l'agression extérieure.

A cela les auteurs répondent : que rechercher dans le principe de causalité autre chose qu'un rapport de succession, c'est reléguer à tout jamais le problème scientifique dans le domaine des questions insolubles, c'est affirmer la négation absolue de la science, la détruire, en un mot, dans sa base même.

La spontanéité de l'être vivant (en tant qu'être organique s'entend, l'être moral réservé) n'est à leurs yeux qu'une illusion. « Dans tous les corps de la nature, disent-ils, aussi bien dans les êtres organisés que dans les corps bruts, tout phénomène se montre sous un double aspect. Il présente à considérer, d'une part, le corps qui subit la modification, qui réalise l'acte ou le mouvement; et, d'autre part, le milieu, l'agent ou la circonstance qui sollicitent cette modification, cet acte ou ce mouvement. On peut même affirmer, à bien considérer les choses, que l'action est réciproque, un corps n'en pouvant modifier un autre sans être modifié lui-même. Dans les organismes inférieurs, ces faits sont d'une évidence palpable. Lorsqu'on s'élève dans la série des êtres vivants, le nombre et la variété toujours croissante des organes et des appareils, la complexité de plus en plus grande des fonctions de l'animal, masquent plus ou moins complétement le phénomène; ces êtres semblent, au premier abord, soustraits aux influences qui les entourent. Mais à mesure que la science biologique se développe, à mesure que les obscurités qui l'entourent se dissipent, cette vérité, encore contestée, devient de plus en plus claire, savoir : que tous les phénomènes dont les êtres vivants sont le théâtre résultent du conflit réciproque du corps qui reçoit l'action et du milieu qui l'imprime; ce qui revient à dire qu'aucun corps ne peut se donner le mouvement, et toute action ou tout mouvement suppose l'intervention d'une relation nouvelle. »

Quant à ce fait qu'une maladie peut être déterminée par des causes diverses, tandis que des maladies différentes surgissent sous l'influence d'une même cause, sans doute, disent-ils, personne ne songerait aujourd'hui à dire que la sollicitation extérieure puisse suffire à elle seule à déterminer la nature du trouble morbide. Mais cela ne prouve autre chose, sinon que dans ce conflit dont l'issue est la maladie, la cause occasionnelle seule nous est parfois connue, tandis que l'état organique auquel elle s'applique nous échappe trop souvent encore.

La conclusion générale de tout ce qui précède, le sens et les limites de l'étiologie étant bien établis, c'est que la médecine doit désormais devenir franchement étiologique; qu'en pathologie comme en physiologie, l'objet de l'étude étant le même, les méthodes d'investigation ne doivent pas différer.

Que si la pathologie a été considérée jusqu'ici, et à juste titre puisqu'elle a précédé de longtemps la physiologie, comme une science distincte, ayant non-seulement son autonomie, mais encore ses principes, ses lois et ses méthodes; s'il est vrai que la pathologie constitue par elle-même un vaste champ d'expériences, en quelque sorte toutes préparées, dans lequel la physiologie a déjà fait et doit faire encore d'abondantes moissons, c'est précisément le but et en même temps le caractère de la période scientifique actuelle de faire cesser une séparation que rien ne justifierait plus aujourd'hui. La physiologie et la pathologie procèdent en réalité par des méthodes semblables, s'appliquent à des éléments qui sont les mêmes et poursuivent le même but, qui est la recherche des lois de la vie sous des formes multiples, c'est-à-dire à l'état normal comme à l'état anomal, et cherchent enfin, à l'aide de l'investigation anatomique et de l'analyse physiologique, à pénétrer de plus en plus dans les phénomènes intimes de la maladie et à asseoir la thérapeutique sur des bases rationnelles.

Si les réformateurs dont nous parlions tout à l'heure n'avaient jamais tenu un autre langage, on aurait pu s'entendre, et l'on n'aurait probablement pas vu les partisans des anciennes doctrines obligés de se mettre sur la défensive et se replier en quelque sorte dans la tradition comme sous une carapace protectrice, pour se soustraire au flot montant des idées nouvelles. — La résistance était juste, légitime et nécessaire aussi, à son tour, comme prétendait l'être la révolution médicale; et l'on nous a vu dans le camp de la résistance tant qu'on ne nous a présenté comme l'expression du progrès que des hypothèses insoutenables promptement dissipées au vent de la discussion, que des doctrines incomplètes, étroites ou prématurées, fondées sur un anatomisme exclusif ou sur la prétention non mieux justifiée de réduire tous les phénomènes physiologiques et pathologiques aux lois générales de la physique. Mais en présence du programme formulé dans les rapports de M. Cl. Bernard et de MM. Béclard et Axenfeld, — bien que nous devions reconnaître qu'il n'embrasse pas encore le problème anthropologique dans son entier, l'homme n'y étant considéré à l'égal de tous les êtres vivants que dans ses éléments et dans ses conditions d'être purement organiques, — toute opposition deviendrait désormais inopportune, et pour notre part nous serions heureux de pouvoir concourir, pour si faible part que ce fût, à sa réalisation.

D[r] Brochin.

DE LA MÉDICATION EMMÉNAGOGUE (1).

Par M. le docteur Raciborski.

La médication emménagogue est d'une date bien ancienne. Comme la plupart des méthodes thérapeutiques, elle repose sur les données de la physiologie et de la pathologie générale qui dominaient à l'époque où elle avait pris naissance. La science étant restée stationnaire sous ce double rapport jusqu'à la moitié de ce siècle, la médication emménagogue a pu demeurer intacte dans toute sa simplicité primitive. Sans doute il s'était produit quelques doutes, quelques incertitudes à son égard, à cause des insuccès et des déceptions que l'on rencontrait à chaque pas, en suivant son programme; mais pour ébranler tout à fait la confiance en elle, il fallait qu'il s'opérât une révolution complète dans la physiologie de la menstruation, et dans la manière d'envisager son rôle en pathologie générale.

Au point de vue physiologique, la menstruation était considérée, comme nous l'avons exposé en son temps et lieu, comme une espèce d'hémorrhagie critique, destinée à débarrasser l'économie du trop plein de sang. Toutes les fois, par conséquent, que ce débouché était supprimé, il semblait nécessaire de chercher à rétablir le flux menstruel. On ne se préoccupait pas beaucoup, alors, s'il y avait ou non quelques états morbides qui eussent pu occasionner l'aménorrhée; n'importe dans quelles conditions elle se présentait, on n'avait en vue que d'exciter l'utérus, et de le congestionner, pour rétablir le flux sanguin. On croyait d'ailleurs généralement, à cette époque, que la suppression des règles était plutôt la cause que l'effet de différents états morbides. C'est de là que datent encore toutes ces croyances populaires, quant aux vertus curatives des règles, ces espérances, que bien des malades atteintes d'affections chroniques arrivées à une période avancée, fondent encore sur le retour prochain de leurs règles.

Il n'est pas étonnant non plus que, s'étant placé à ce point de vue, on ait attaché toujours une si grande importance en médecine, et qu'on en attache encore tant jusqu'à présent, dans les familles, à la première éruption des règles. Comment ne pas se préoccuper de cet acte physiologique, comment ne pas s'efforcer de hâter l'exercice de la menstruation, quand elle était considérée comme une crise favorable, capable d'emporter bien des dispositions morbides antérieures?

Telle est l'origine, telle est la philosophie de la médication emménagogue qui a régné longtemps dans les écoles.

Pour tous ceux qui n'ont pas suivi les progrès de la science en physiologie et en pathologie générales, la médication emménagogue a encore aujourd'hui toute sa force d'autrefois. Provoquer le flux menstruel peut, en effet, paraître une chose facile, lorsqu'on suppose que tout se borne dans ce fait à congestionner l'utérus, et à faire couler ainsi le sang. Arranger une combinaison de médicaments excitants, agissant sur la circulation générale, et sur les organes sexuels, voilà le secret de la médication, et c'est précisément ce qu'on faisait pendant longtemps.

Cependant, il y avait déjà des esprits d'élite qui, frappés surtout de nombreux succès de la médication emménagogue, assise sur de pareilles bases, trouvaient qu'on avait eu tort de vouloir assimiler l'hémorrhagie menstruelle à une hémorrhagie accidentelle. Ces observateurs prétendaient que le flux menstruel, en sa qualité de fonction de l'économie, devait exiger certaines conditions physiologiques préalables, que la nature prenait soin de préparer, et qui seules pouvaient décider du succès.

« Remarquons, dit Barbier, qu'en recourant à un agent nommé emménagogue, on veut obtenir un effet qui exige, comme condition indispensable, que l'organe utérin soit actuellement dans une disposition particulière; or, *l'action de ce médicament ne peut point toujours faire naître cette disposition* (2). »

Qu'aurait dit ce judicieux observateur, des prétentions extravagantes des anciens thérapeutistes, à l'endroit des emménagogues, s'il avait su, comme nous le savons aujourd'hui, que la congestion utérine qui précède l'hémorrhagie menstruelle, n'est elle-même que la conséquence de l'ovulation, qu'elle se rattache intimement à sa phase la plus avancée!

Sans doute, on peut favoriser le développement des vésicules de Graaf; on peut même hâter, plus ou moins, le moment de la déhiscence spontanée, quand l'ovulation se trouve déjà dans de bonnes conditions pour cela; mais vouloir lui commander à volonté, prétendre pouvoir provoquer le flux menstruel de toutes pièces, à l'aide de quelques médicaments, c'est trop présumer de la thérapeutique, c'est méconnaître complétement la nature réelle de la menstruation.

Schevilgué, ayant tenté quelques expériences sur les prétendus emménagogues, a vu de suite que souvent les femmes qui en faisaient l'usage ne revoyaient pas leurs règles, tandis qu'elles reparaissaient spontanément chez d'autres femmes. « Tous les auteurs conviendraient, dit Barbier, que de tous les médicaments évacuants, il n'en est pas dont l'effet soit moins sûr, moins constant que celui des emménagogues. »

D'un autre côté, nous avons vu, dans le chapitre précédent, qu'il n'y avait pas à compter sur les effets salutaires des règles, dans les états morbides antérieurs à la première éruption des règles. Nous avons vu également que, dans la plupart des affections chroniques, il était à peu près indifférent que les règles continuent ou qu'elles soient supprimées; que la marche de ces affections ne s'en ressentait pas du tout pour cela. Nous avons vu même que les accidents consécutifs à une suppression brusque des règles, restaient la plupart du temps indépendants du flux menstruel, et qu'ils persistaient souvent encore après la réapparition des règles.

Ainsi, de quel côté que l'on envisage la médication emménagogue, telle qu'on la comprenait autrefois, elle ne peut plus avoir sa raison d'être. Sa base physiologique était entièrement fausse, ses moyens d'action n'avaient aucune communauté thérapeutique entre eux; on la faisait intervenir à tort et à travers, souvent dans des circonstances où il n'y avait absolument rien à en espérer; presque toujours même, le but qu'on se proposait ainsi d'atteindre, ne pouvait être d'aucune utilité. Il est bien entendu que nous ne devons pas suivre ces errements.

Faut-il conclure de tout cela qu'il n'y a plus du tout de place en thérapeutique pour la médication emménagogue? qu'il n'y a plus d'occasion, en pathologie, pour une indication rationnelle, d'un traitement dirigé en vue de provoquer les règles? Hâtons-nous de répondre que ce n'est pas notre manière de voir.

Il est bien entendu que toutes les fois que l'aménorrhée est consécutive à une telle altération des follicules de Graaf, qu'elle annihile la fonction de l'ovulation, il faut laisser la médication emménagogue de côté : elle serait alors sans but et sans résultat. Mais il peut arriver aussi que les vésicules de Graaf n'aient été que suspendues dans leur développement physiologique, et que ce soit la seule raison de l'aménorrhée. Une suspension plus ou moins longue d'une fonction de cette importance ne peut pas être indifférente à l'économie; elle doit être nécessaire à l'équilibre des autres fonctions, puisque les organes dévolus à son exercice persistent toujours.

Deux cas, surtout, se présentent dans la pratique où l'intervention de l'art, pour le rétablissement de la menstruation, semble être indiquée. Le premier correspond à ce que Kiwisch avait désigné sous le nom de *torpeur* des organes sexuels, ou à ce qu'Aran désignait sous le nom d'aménorrhée par l'*asthénie*. Ces mots *torpeur* et *asthénie*, dépeignent très-bien l'état dont nous parlons; seulement, nous voulons qu'il soit bien entendu qu'ils s'appliquent à l'ovulation, et pas à tous les organes sexuels en général. L'aménorrhée chlorotique présente souvent ce caractère, quoique la plupart du temps, du moins, elle paraisse être l'effet et non la cause, ou du moins la complication d'un état général particulier. Il y a aussi des asthénies idiopathiques sans complication chlorotique. La plupart des *retards* ne sont que l'effet d'une torpeur momentanée, qui frappe l'ovulation au moment d'une phase très-avancée de son exercice, et qu'on peut secouer assez facilement.

Un autre état auquel on peut encore appliquer rationnellement la médication emménagogue, est celui que nous avons désigné sous le nom d'*ataxie menstruelle*. On voit alors s'opérer anormalement des congestions vers les différents organes, et celui qui devait être le seul congestionné, ne l'est presque plus du tout ou fort peu. Il sera utile d'avoir à sa disposition, dans ce cas, des moyens capables d'exciter particulièrement l'utérus; car, à part le traitement général par des calmants, des toniques et des antispasmodiques, il faudra chercher à congestionner davantage cet organe.

Le champ de la médication emménagogue se trouve, par conséquent, sensiblement rétréci de nos jours, par le changement de nos idées sur la nature de la menstruation, et sur ses rapports avec les états morbides.

A part quelques cas exceptionnels, où il n'y a qu'un retard dans l'accomplissement de la fonction, et où il est possible de produire assez promptement l'apparition du flux menstruel, les médicaments les mieux choisis ne produisent des effets emménagogues qu'à la longue, après avoir modifié les conditions actuelles de l'ovulation. On ne peut plus admettre aujourd'hui qu'on puisse, dans le cours d'une ancienne aménorrhée, faire venir brutalement les règles, après l'administration de quelques agents énergiques.

(1) Extrait d'un ouvrage qui vient de paraître sous le titre : *Traité de la menstruation ; ses rapports avec l'ovulation, la fécondation, l'hygiène de la puberté et de l'âge critique, son rôle dans les différentes maladies, ses troubles et leur traitement*, par le docteur A. Raciborski. 1 vol. in-8° de 648 pages, avec deux planches chromo-lithographiées. Chez J.-B. Baillière, libraire-éditeur.

(2) Barbier, *Dictionnaire des sciences médicales* en 60 volumes, t. XI, p. 594.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 1[er] avril 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Demarquay présente de la part de M. Augé, médecin à Pithiviers, une observation de rupture centrale du périnée pendant l'accouchement. Cette observation vient à l'appui des idées défendues par M. Depaul.

Rupture centrale du périnée pendant l'accouchement, sortie de l'enfant par cette perforation.

Madame X... est une femme forte, sanguine, vigoureuse. Mariée depuis un an, elle est accouchée, le 29 septembre 1851, par une sage-femme, et met au monde une fille bien constituée, d'un volume et d'un poids ordinaires. Pendant le travail, les douleurs avaient bien marché; elles étaient fréquentes et aiguës. Cependant la sage-femme lui administre du seigle ergoté; puis elle s'endort auprès de sa malade. Une douleur subite, bien plus violente que les précédentes, arrache un grand cri à la patiente. L'enfant venait d'être expulsé brusquement.

L'accouchée ressentant une douleur au périnée et une cuisson pénible, qui persistent le lendemain et le surlendemain, me fait appeler. Je constate, entre la vulve et l'anus, une large plaie verticale, à bords déchiquetés, saignants, se rapprochant à leurs extrémités, mais écartés au centre, et s'étendant de l'une à l'autre commissure, vulvaire et anale, sans les intéresser. Une injection, poussée dans cette plaie, reflue par le vagin; le doigt, introduit dans le vagin, rencontre sur la paroi postérieure de ce canal l'orifice supérieur de la déchirure. La vulve est étroite, et n'a subi aucune dilatation pendant le travail de l'accouchement. L'enfant était passé au travers du plancher périnéal, expulsé violemment par une contraction énergique de l'utérus.

Je m'empressai de rassurer la malade sur les suites de cet accident; en effet, il suffit d'injections, de pansements à plat et de lavages, pour amener l'occlusion de cette large plaie. Cependant la guérison ne fut complète qu'au bout de quatre mois et demi; et il resta dans le vagin, sur sa paroi postérieure, une induration longitudinale, formée par la cicatrice.

Il est certain que l'administration intempestive du seigle ergoté chez cette dame, qui est forte, d'un tempérament sanguin, bien mus-

clée, et dont les douleurs étaient régulières, a été la cause de la rupture du périnée. Les circonstances anatomiques qui m'ont paru l'avoir favorisée, sont une ampleur anormale du périnée, et la direction particulière de la vulve, qui, chez elle, se trouve tout à fait portée en avant. Ce sont du reste les dispositions que MM. Depaul et Blot viennent de signaler à la Société impériale de chirurgie.

Depuis cet accident, madame X... a mis au monde trois enfants. Je l'ai accouchée, et chaque fois, le travail de l'accouchement a été régulier, et n'a même pas été ralenti par l'induration cicatricielle du vagin.

RAPPORT.

Rapport sur le mémoire de M. Paulet, intitulé : *Étude sur les suites immédiates ou éloignées des lésions traumatiques des nerfs*.

M. Tillaux lit le rapport suivant :

Messieurs, dans une de vos dernières séances, M. le docteur Paulet vous a lu un mémoire intitulé : *Étude sur les suites immédiates ou éloignées des lésions traumatiques des nerfs.* Vous l'avez tous écouté avec un si vif intérêt que je suis certain de vous être agréable en vous entretenant de ce très-intéressant travail.

Permettez-moi de retracer rapidement l'historique de la question si complexe des lésions traumatiques des nerfs. Il me sera plus facile ensuite d'exposer le problème qu'a posé devant vous M. Paulet.

Pendant une longue suite de siècles, on a professé que la régénération des nerfs était impossible ; il ne venait même pas à l'esprit que le contraire pût exister ; aussi ne cherchait-on pas à résoudre cette question, et c'est le hasard seul qui, en 1776, mit Cruikshank, le collaborateur de John Hunter, sur la voie de la vérité.

Faisant les expériences sur l'action des nerfs intercostaux, il remarqua qu'une substance analogue au tissu nerveux réunissait les deux bouts d'un ces nerfs qu'il avait coupé. Frappé de ce fait, il répéta souvent ses expériences et put déposer dans le musée de Hunter un pneumo-gastrique régénéré.

Si Cruikshank avait donné la preuve anatomique de la régénération des nerfs, Haishton en fournit la preuve physiologique. Sur un chien, il coupe un pneumo-gastrique, l'animal continue à vivre; six semaines après, il coupe le pneumo-gastrique de l'autre côté et l'animal se rétablit. Il coupe plus tard sur le même chien deux pneumo-gastriques en même temps, et l'animal succombe. La démonstration était évidente. Ce n'est cependant qu'en 1838 que le mode de régénération des nerfs fut définitivement établi par Steinrneck. Depuis cette époque, on a pu suivre pas à pas la reproduction de tubes nerveux nouveaux entre les deux bouts d'un nerf divisé.

Mais la question était loin d'être épuisée. Un physiologiste anglais, Waller, fit en 1850, à l'Académie des sciences, cette surprenante révélation : Toutes les fois qu'un nerf a été coupé, le bout périphérique, celui qui n'a plus de rapports avec son centre trophique, subit une dégénération complète. La substance médullaire se fragmente, se dissocie et ne tarde pas à se réduire en granulations d'une extrême ténuité; la membrane de Schwann se plisse, se ratatine sur le cylindre axe qui disparaîtrait lui-même suivant Waller. Plus tard, après un temps variable, lorsque la continuité des deux bouts est rétablie, un travail réparateur se produit, la myéline reparaît dans la gaîne du cylindre axe et le nerf recouvre toutes ses propriétés physiologiques.

Cette découverte inattendue a jeté une vive lumière sur certains faits cliniques jusqu'alors inexplicables. Pour n'en citer qu'un exemple, M. Duchenne (de Boulogne) avait constaté ce fait en apparence paradoxal, qu'une paralysie traumatique guérissait d'autant mieux sous l'influence de l'électricité qu'un certain temps s'était écoulé depuis le moment de l'accident. Il est facile de comprendre et d'expliquer aujourd'hui ce résultat singulier.

C'est là, messieurs, qu'en est actuellement la science.

1° Lorsqu'un nerf a éprouvé une solution de continuité simple ou une perte de substance peu étendue, des tubes nerveux de formation nouvelle, s'interposant entre les deux bouts les réunissent;

2° Le bout périphérique d'un nerf sectionné subit nécessairement une dégénération complète et se régénère ensuite, si l'on observe les conditions nécessaires à cette régénération.

La physiologie nous enseigne que le bout périphérique d'un nerf sectionné a perdu toutes ses propriétés conductrices, et qu'en conséquence les parties auxquelles il se distribue sont privées et de sentiment et de mouvement jusqu'à ce que les deux bouts soient réunis. C'est ici qu'intervient le travail dont j'ai l'honneur de vous rendre compte.

Vous vous rappelez, messieurs, l'observation lue par M. Laugier à l'Académie des sciences le 13 juin 1864. M. Laugier suturait les deux bouts d'un nerf médian divisé la veille, et dès le soir même la sensibilité avait reparu dans les points paralysés. Ce résultat extraordinaire fut attribuée à la réunion immediate, et M. Laugier crut pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° Après la suture d'un nerf coupé, la sensibilité et les mouvements des parties auxquelles il se distribue peuvent se rétablir d'une manière très-notable en un petit nombre d'heures ;

2° Le retour des fonctions est rapidement progressif;

3° Il est successif, c'est-à-dire que la sensation tactile et les mouvements sont obtenus avant certaines sensations, par exemple, celle de douleur et de température.

M. Houel vous faisait bientôt connaître un fait tiré de la pratique de M. Nélaton, présentant avec le précédent une analogie marquée; malgré les raisons qu'invoque M. Paulet, je persiste à croire que l'interprétation donnée à ces deux cas est passible d'une sérieuse critique. S'ils étaient les seuls qu'eût rapportés M. Paulet, j'essayerais de vous démontrer qu'ils ne s'éloignent pas absolument de la règle générale. Mais, messieurs, admettons dans les deux faits précédents un rétablissement fonctionnel d'une rapidité extrême, au moins les deux bouts du nerf divisé avaient-ils été mis et maintenus en contact à l'aide d'une suture, en sorte que la réunion immédiate invoquée par MM. Nélaton et Laugier, aurait pu à la rigueur être obtenue.

Cette réunion immédiate n'a jamais été rencontrée dans les expériences, mais fut-elle constatée chez l'homme, qu'il n'y aurait là rien de contraire aux lois connues de la physiologie et de la pathologie.

Il n'en est plus de même des autres faits contenus dans le travail de M. Paulet. Toutes les fois qu'un nerf périphérique ne communique plus avec les centres nerveux, la partie à laquelle se distribue ce nerf est frappée de paralysie; cette paralysie persiste indéfiniment tant que la continuité n'est pas rétablie. C'est là, dans l'état actuel de la science, une vérité qui paraissait inattaquable. Eh bien ! les observations de M. Paulet sont de nature à ébranler la foi la plus robuste.

Permettez-moi de vous rappeler en quelques mots l'observation que M. Paulet a lue devant vous.

Un Polonais, pendant la dernière guerre contre la Russie, reçut une balle dans le coude gauche. Le nerf cubital fut atteint et toutes les parties auxquelles il se distribue furent privées de mouvement et de sentiment. Quatre mois après, apparut une névralgie d'abord limitée au coude et bientôt étendue à tout le trajet du nerf.

Le blessé entra dans le service de M. Paulet le 6 octobre 1864, quinze mois et demi après la blessure. Pâle, amaigri, profondément découragé, le malade était en proie à des douleurs excessives qui revenaient par accès presque chaque nuit.

Après avoir essayé en vain les calmants ordinaires, M. Paulet se décide à pratiquer la résection du nerf cubital. Deux centimètres de ce nerf furent enlevés au niveau du coude, et immédiatement toute sensibilité disparut sur son trajet; le malade était guéri de ses atroces douleurs. Mais quel ne fut pas l'étonnement de M. Paulet quand, le quatrième jour de l'opération, il constata que la névralgie était revenue aussi violente qu'auparavant. Cet état a persisté depuis.

Il est évident, messieurs, que ce fait extraordinaire est en opposition avec les données physiologiques. La continuité du courant nerveux s'est rétablie en quatre jours entre les branches terminales du nerf cubital et le centre nerveux. Or, il n'est pas possible que la transmission ait eu lieu par le tronc du nerf, puisque le bout supérieur était séparé de l'inférieur par un intervalle d'au moins deux centimètres. Il n'y a pas là moyen d'invoquer la réunion immédiate comme dans le cas de MM. Nélaton, Laugier, Paget.

M. Paulet rapporte encore une observation très-concluante due à MM. Leudet et Delabost, publiée en 1864. Il s'agit d'un homme sur lequel on constata, trente-sept ans après l'accident, que les deux bouts du nerf médian, divisés jadis, n'étaient pas réunis et cependant la sensibilité et la motilité n'avaient pas disparu.

Du reste, messieurs, notre collègue M. Verneuil a déjà posé la question devant vous, à propos de faits qui lui sont personnels et dont vous n'avez sans doute pas perdu le souvenir. Le Mémoire de M. Paulet est riche de faits analogues.

Voilà donc, dit l'auteur en terminant son très-instructif travail, dix-huit cas de névratomie avec résection, dans lesquels les fonctions se sont rétablies quelquefois au bout d'un temps très-court, d'autres fois après plusieurs mois il est vrai, mais alors que la perte de substance faite au tronc nerveux égalait trois ou quatre pouces, ce qui exclut toute possibilité de restauration d'après les lois posées par la physiologie. Enfin, dans certains cas, la résection d'un nerf important n'a troublé en rien la sensibilité ni le mouvement volontaire.

Faut-il conclure de ces observations que les données classiques de la physiologie sont inexactes? Que chaque tronc nerveux n'a pas la propriété de distribuer la motilité et la sensibilité à certaines parties du corps bien déterminées? Non, sans doute; tout porte à croire que les faits de M. Paulet et ceux qui lui ressemblent ne sont que des exceptions. Mais enfin ces faits existent et nous pouvons en conséquence émettre, sans craindre un démenti, la proposition suivante :

Une partie du corps peut conserver sa sensibilité, bien que le tronc nerveux qui s'y distribue ne communique plus avec l'encéphale.

C'est à cette conclusion que conduit le mémoire de M. Paulet, c'est là le problème qu'il a posé devant vous.

Pas plus que l'auteur, messieurs, je n'ai la prétention de le résoudre. L'esprit est tout de suite porté à admettre des anastomoses terminales des nerfs; mais, malgré quelques résultats obtenus dans ce sens par M. le professeur Robin, ces anastomoses sont encore à l'état d'hypothèse purement gratuite; et d'ailleurs, fussent-elles démontrées que l'on ne concevrait pas pourquoi la sensibilité tarde plusieurs jours et quelquefois plusieurs mois à se manifester de nouveau.

Je ne ferai que vous rappeler la remarque suivante faite par M. Duchenne (de Boulogne). Les nerfs semblent jouir d'une certaine solidarité; il n'est pas rare de voir à demi paralysés des muscles animés par les nerfs voisins de celui qui a subi une lésion. Il suffit également de signaler cet autre fait. C'est que, quand on ébranle la partie explorée, un filet nerveux du voisinage peut très-aisément percevoir la sensation de contact ou de température, sensation qui sera rapportée à tort au nerf blessé. Je ne crois pas que ces observations suffisent à expliquer les faits que vous a signalés M. Paulet.

J'en dirai autant, messieurs, des expériences si curieuses de MM. Philippeaux et Vulpian. Ces physiologistes ont démontré, contrairement à l'opinion de Waller, que la réunion des deux bouts d'un nerf divisé n'est pas toujours indispensable à la régénération du bout périphérique. Les nerfs sont doués d'une propriété propre, la *neurilité*, d'un pouvoir autogénique qui les fait se régénérer bien que séparés de leur centre trophique. Mais les nerfs n'en sont pas moins impuissants à transmettre les volitions ou les impressions au cerveau puisqu'ils n'y aboutissent plus.

C'est donc là un sujet obscur, difficile, qui mérite d'occuper chirurgiens et physiologistes.

Que vous dirai-je, messieurs, du Mémoire dont j'ai l'honneur de vous rendre compte? Que c'est l'œuvre d'un homme très-érudit, très-consciencieux, observateur rigoureux et intelligent. M. Paulet est professeur agrégé au Val-de-Grâce et connu de vous tous par d'importantes publications, je vous propose donc :

1° Publier dans nos Mémoires le travail de M. Paulet;

2° Inscrire l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de notre société.

DISCUSSION.

M. Liégeois. Mon attention a été appelée sur des faits analogues à ceux qui ont été rapportés dans le Mémoire de M. Paulet, lorsque je faisais des expériences sur les nerfs périphériques, pour démontrer la dégénérescence du bout inférieur, indiquée par Waller. Sur un chien, j'avais coupé le nerf sciatique très-haut, au niveau de sa sortie du bassin. Après un mois, la sensibilité était rétablie; je fis l'autopsie de l'animal, et je constatai que les deux bouts du sciatique étaient écartés de 5 à 6 centimètres. Je ne pus trouver aucune trace d'anastomose, et, je le répète, la sensibilité était parfaite. Les muscles électrisés se contractaient rapidement, et l'examen microscopique démontra l'état d'intégrité complète du tissu musculaire. Le tissu nerveux était également à l'état normal; j'ai voulu répéter cette expérience dans diverses régions, et il m'a été impossible de constater de nouveau ce fait exceptionnel. Dans toutes mes autres tentatives, j'ai observé une paralysie complète et la dégénérescence wallérienne.

Faut-il invoquer dans ces cas l'existence d'anastomoses? Panizza, le premier, avait appelé l'attention sur le retour de l'influx nerveux par les anastomoses. Il avait fait remarquer, pour appuyer son dire, que lorsque l'on coupait l'une ou même deux des trois racines d'origine des nerfs du membre inférieur chez la grenouille, le mouvement persistait dans tout le membre; il ne disparaissait qu'alors que les trois racines avaient été sectionnées.

Assurément, on est étonné en lisant les faits rapportés par M. Paulet. Il n'est pas douteux qu'il y ait des anastomoses, mais il faudrait les trouver. Elles peuvent être nombreuses, et peut-être ne les a-t-on pas assez recherchées.

Il existe certaines anastomoses dont nous ne nous rendons pas bien compte : ce sont celles de la paume de la main. A ce niveau, il existe des filaments nerveux qui se confondent, et l'on comprend, jusqu'à un certain point, que les réseaux périphériques transmettent la sensibilité.

M. Lefort. Dans l'observation qui est personnelle à M. Paulet, l'on nous dit bien que la névralgie a reparu, malgré la résection du nerf, mais qu'était devenue la sensibilité?

M. Tillaux. La sensibilité avait disparu en même temps que la névralgie; elle a reparu alors que la névralgie a été de nouveau observée.

M. Lefort. J'ai observé dernièrement une malade qui a eu, il y a deux ans, une fracture de la clavicule. A la suite de cet accident s'est produite une paralysie de la motilité et de la sensibilité de tout le membre, sauf de la partie qui est animée par le nerf médian. Lorsqu'on voulait faire exécuter des mouvements à la malade (mouvements volontaires ou communiqués), celle-ci éprouvait des douleurs atroces, et cependant il s'agissait de parties paralysées.

M. Demarquay. J'ai pratiqué deux fois la section du nerf sous-orbitaire pour remédier à des douleurs atroces.

Dans le premier cas, j'ai fait l'opération par la méthode sous-cutanée. Immédiatement la douleur a disparu, et la lèvre supérieure est devenue insensible; mais après quelques jours, la douleur et la sensibilité avaient reparu.

La seconde fois, j'ai découvert le nerf sous-orbitaire et j'ai enlevé un tronçon de ce nerf; immédiatement encore la douleur a cessé, et la sensibilité de la lèvre supérieure a disparu. Au bout de quinze jours, trois semaines, quelques douleurs étaient revenues; d'abord peu intenses, elles offrirent bientôt un caractère d'acuité aussi considérable qu'avant l'opération.

M. Legouest. Les faits de la nature de ceux que nous signale M. Demarquay ne sont pas très-rares; M. Gherini, de Milan, dans un Mémoire qu'il a communiqué à la Société de chirurgie, nous a fait connaître un grand nombre d'observations analogues.

MM. Tillaux et Liégeois paraissent disposés à prendre les faits de M. Paulet pour des exceptions. Je pense qu'ils ne sont pas aussi rares qu'ils semblent le croire.

Je prends occasion de cette discussion pour faire connaître un cas intéressant de lésion du nerf médian, que j'ai observé l'année dernière dans ma pratique :

M. X..., s'étant levé la nuit et voulant descendre son escalier sans lumière, fit une chute violente. Il se produisit une fracture de l'avant-bras, une luxation du coude avec issue de l'extrémité inférieure de l'humérus. L'artère humérale et le nerf médian furent rompus. On avait tamponné la plaie et résolu de faire l'amputation.

Appelé auprès du blessé, je me décidai, après mûr examen, à conserver le membre. Je liai l'artère humérale au-dessus et au-dessous de la plaie.

Le nerf médian flottait dans la plaie, déchiré, contus. J'annonçai au malade qu'il perdrait l'usage du pouce, de l'indicateur, du médius et la partie externe de l'annulaire. Cependant, un mois après l'accident, on pouvait constater le retour complet de la sensibilité dans ces parties.

M. Lefort. Dans le fait rapporté par M. Legouest, il y a eu évidemment régénération des nerfs après réunion. Ce qui est extraordinaire, c'est le retour de la sensibilité, alors que la réunion n'a pu avoir lieu.

M. Broca. Lorsqu'on se sert du mot *anastomose*, à propos de filets nerveux, il faudrait bien s'entendre. Ceux qui emploient ce mot veulent sans doute parler d'accollement de filets nerveux, car il n'existe pas d'anastomose bout à bout, d'anastomose analogue à celle des vaisseaux artériels. Il est admis, en effet, que le cylindre axe d'un tube nerveux ne communique jamais avec le cylindre axe d'un autre tube nerveux. Cette hypothèse de la communication des tubes nerveux, à la manière des vaisseaux sanguins, serait sans doute très-commode pour expliquer certains phénomènes de retour de la sensibilité et du mouvement, mais elle est en opposition avec toutes les données actuelles de la science.

M. Liégeois. Je m'étonne d'entendre M. Broca nier les anastomoses par fusion des tubes nerveux. Aujourd'hui, il est établi dans la science que les anastomoses par fusion existent aussi bien dans les centres nerveux que dans les nerfs périphériques. Les fibres nerveuses réduites à leur cylindre axe se divisent et s'anastomosent entre elles. Cette disposition est la seule qui puisse rendre compte de la sensibilité qui existe sur chaque point de la peau.

M. Tillaux. Les anastomoses nerveuses ne sont pas démontrées; si elles existaient, on devrait les trouver toujours. Quand les fonctions nerveuses ne se rétablissent pas après la lésion d'un nerf, faut-il donc en conclure que les anastomoses n'existaient pas? Ce serait absurde. En outre, s'il existe des anastomoses, comment se fait-il que le courant nerveux ne se rétablisse pas immédiatement, mais des jours, des semaines, des mois après l'accident? L'hypothèse des anastomoses laisse la question dans toute son obscurité.

M. Broca. Il ne peut être question ici que des anastomoses produites par des filets qui se détachent d'un tronc pour aller s'accoler à un autre et aller se distribuer avec lui. Ces anastomoses expliquent bien des faits. Ce sont là, en quelque sorte, des filets nerveux aberrants qui ont pris une fausse voie pour se rendre à leur lieu de distribution et qui, plus tard, rentrent dans le chemin normal. Suivant la disposition de ces filets, les résultats que l'on observe à la suite de la section du tronc principal peuvent varier à l'infini.

C'est là la seule manière d'expliquer l'irrégularité des phénomènes observés. C'est une anomalie anatomique qui rend compte d'une anomalie physiologique.

Après cette discussion, les conclusions du rapport de M. Tillaux sont mises aux voix et adoptées.

NOMINATION DE COMMISSION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'une commission destinée à examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Cette commission sera composée de MM. Gueniot, Liégeois, Dolbeau.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École supérieure de pharmacie de Paris. — Par décret, M. Chevalier (Jean-Baptiste), professeur adjoint de pharmacie à l'École supérieure de pharmacie de Paris, est nommé professeur de pharmacie à ladite École.

M. Lecánu, professeur de pharmacie à l'École supérieure de pharmacie de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1867-1868, par M. Baudrimont, agrégé près ladite École.

— *École de médecine et de pharmacie de Besançon.* — M. Saillard, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé, en outre, chef des travaux anatomiques près ladite École, en remplacement de M. Bornier, appelé à d'autres fonctions.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux.* — M. Micé, professeur adjoint d'histoire naturelle médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

M. Dupuy, professeur adjoint de pathologie interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

— M. Labéda, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé suppléant pour les chaires de clinique et de pathologie chirurgicale à ladite École, en remplacement de M. Ripoll, appelé à d'autres fonctions.

— Le concours pour deux places de chirurgien du Bureau central des hôpitaux a été ouvert le 1er avril.

Le sujet de la composition écrite était : *Des rétrécissements au point de vue chirurgical.*

Le jury du concours, par suite de la non-acceptation de MM. Marjolin et Boucher de la Ville-Jossy, est définitivement ainsi constitué : *Juges titulaires*, MM. Dolbeau, Giraldès, Guérin (Alphonse), Huguier et Jaccoud. — *Juges suppléants*, MM. Labbé (Léon) et Woillez.

— *Association générale des Médecins de France.* — MM. les membres de l'Association, ainsi que les confrères qui n'en font pas encore partie, sont invités à assister à l'Assemblée générale de l'Œuvre, qui aura lieu sous la présidence de M. le docteur Cazeneuve, l'un des vice-présidents, président de la Société locale du département du Nord, le dimanche 19 avril prochain, *à deux heures précises*, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour : 1° Allocution de M. le président. — 2° Compte rendu des actes de la *Société centrale*, par M. le docteur Le Roy de Méricourt, secrétaire de cette Société. — 3° Rapport général sur l'ensemble de l'Association pendant l'exercice 1867, par le docteur Gallard, l'un des vice-secrétaires. — 4° Éloge de M. Rayer, par M. le docteur Amédée Latour, secrétaire général.

— Le soir, *à huit heures*, soirée confraternelle offerte à MM. les présidents et délégués des Sociétés locales, au Grand-Hôtel, salon du Zodiaque.

On s'inscrit directement ou par lettre, chez M. le docteur Brun, trésorier général, 23, rue d'Aumale.

— M. le docteur Alquié, inspecteur des eaux de Vichy, ancien membre du Conseil de santé des armées, commandeur de la Légion d'honneur, a succombé, à l'âge de 75 ans, à une apoplexie pulmonaire. M. Alquié, qui jouissait d'une considération et d'une estime générale, laisse d'universels regrets.

— On annonce la mort de l'éminent chirurgien russe M. Pirogoff, et du professeur Ludwig Türck, de Vienne, qui a attaché son nom à la découverte de la laryngoscopie.

— HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. *Conférences cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses.* — M. le docteur Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière, commencera ces conférences le dimanche 19 avril, à neuf heures, et les continuera les dimanches suivants.

— M. Auzias-Turenne commencera un cours public sur la syphilis, le mardi 21 avril, à quatre heures, dans son amphithéâtre, rue des Poitevins, n° 6, et le continuera les mardis, jeudis et samedis.

— *Conférences sur l'ophthalmologie et la chirurgie.* M. le docteur Fano reprendra ses conférences, le mardi 21 avril, à midi, à sa clinique, rue Séguier, 14, et les continuera les jours suivants à la même heure.

— M. le docteur Chassagny, de Lyon, se propose, à l'occasion de la réunion des délégués des Sociétés savantes et des Associations locales, de faire, dimanche 19 avril, une conférence sur divers points d'obstétrique. Une affiche à la faculté indiquera le lieu et l'heure précise de la réunion.

Traité de toxicologie générale, par M. le docteur GALTIER. — Ouvrage résumant les principes fondamentaux de cette science, ceux qui concernent spécialement la physiologie, l'étiologie ou la recherche des poisons, la pathologie, la thérapeutique, les questions et les rapports toxicologiques, etc. — 1 vol. in-8°. Prix : 2 fr. — Librairie Leclerc, 14, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 47. — MARDI 21 AVRIL 1868. 41e ANNÉE. MARDI 21 AVRIL 1868. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Strasbourg, 20 avril 1868.

HOPITAUX ET FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Dès l'abord à Strasbourg, on est frappé de voir combien les cliniques sont multipliées dans cette ville relativement petite. Peu à peu l'hôpital civil a été envahi presque en totalité par les professeurs de la Faculté; et les malades, classés en divers groupes, sont presque tous utilisés pour l'enseignement professionnel.

Cette sage organisation, profitable pour tous, surtout pour les malades, donne à l'École de Strasbourg un caractère essentiellement pratique, caractère encore accentué par l'établissement de laboratoires où les étudiants sont exercés aux manipulations de chimie et de physique.

Pour la plupart, ces manipulations sont obligatoires; comme, du reste, l'assistance aux cliniques, aux cours, aux conférences, car tout est réglé dans les études des futurs médecins militaires, toujours plus nombreux à Strasbourg que les élèves civils, non casernés.

Il paraît que ce régime offre des avantages dans la capitale de l'Alsace, du moins à ce que nous ont dit plusieurs professeurs de l'École.

On prétend qu'ici les distractions sont très-fréquentes et très-peu coûteuses, que l'émulation scientifique, *l'entraînement volontaire*, qui remplissent à Paris les salles d'hôpital et les amphithéâtres, n'ont point ailleurs la même force et la même efficacité. En un mot, on compte assez peu sur le travail libre et beaucoup plus sur les règlements qui régissent l'élève militaire.

Nous ne rappellerons point à ce sujet les discussions qui se continuent entre les professeurs de Londres sur l'utilité des appels, des cours redoublés, etc. Pour une grande École, comme celle de Paris, la solution d'une question pareille ne saurait être mise en doute. Rien ne peut remplacer le travail volontaire; et c'est une science bien imparfaite qui s'acquiert en dehors de lui.

Pour en revenir à l'École de Strasbourg, on commence à y suivre une bonne coutume qui existe depuis longtemps en Angleterre : une partie des cliniques s'y font l'après-midi, afin que l'élève puisse les suivre sans manquer les autres. Signalons encore les conférences où des malades du dehors sont examinés et traités. On ne néglige ici rien de ce qui peut servir à l'observation médicale.

Les élèves de l'École de santé militaire viennent en outre se succéder, par séries de dix, dans les quatre vastes services de l'hôpital militaire; ils y trouvent pour les diriger, comme chefs de service, leurs répétiteurs et professeurs particuliers.

Ainsi l'on supplée autant que possible, pour cette classe d'étudiants, à l'absence d'un enseignement complémentaire non officiel, tel qu'en fournissent à Paris l'École pratique et les hôpitaux. Ils peuvent, dans une certaine mesure, s'habituer à voir par eux-mêmes, à comparer et à juger, car ils peuvent assister à la mise en pratique de plusieurs systèmes différents. Les suppléances par des agrégés, les permutations de services contribuent encore à ce résultat.

Depuis Pâques, la Faculté est en vacances, et les cours ne doivent reprendre que demain lundi.

Aussi toutes les salles sont-elles vides, sauf l'hôpital et l'amphithéâtre de dissection. On nous a dit que les sujets manquaient rarement dans celui-ci, malgré la petitesse relative de l'hôpital qui doit les fournir. Ceux qui y sont morts et qu'on réclame, peuvent être néanmoins conservés par l'École pour une somme déterminée. Seulement alors on ne doit pas déplacer les parties, toucher au visage, aux mains, ni aux pieds.

Dans tous les cas le chef de service peut faire procéder à l'autopsie, que le *directeur des autopsies* doit poursuivre sur sa demande et d'après ses indications. Ainsi ce directeur unique n'est pas, comme dans certaines universités allemandes, un professeur spécial, égal aux autres et contrôlant leur diagnostic, d'une manière indépendante, par un diagnostic *post mortem*. On l'a créé pour ne rien laisser perdre en anatomie pathologique.

En ce moment, le directeur des autopsies, M. Feltz, supplée en outre un des deux professeurs de clinique médicale; ainsi ces fonctions, pour être diverses, ne sont nullement regardées comme incompatibles.

— M. le professeur Sédillot vient de reprendre son service. Il nous a fait voir une malade chez laquelle un abcès profond de la cuisse gauche a été ouvert d'après les principes formulés par lui. Voici ces principes, qu'il a exposés à la Société de chirurgie :

Toutes les fois qu'on constate dans la cuisse la présence d'une suppuration généralisée, on peut être sûr que le pus s'est accumulé vers la gaîne des vaisseaux cruraux; et si on veut le vider d'une manière complète, c'est sur cette gaîne qu'il faut pratiquer l'ouverture. Comme la cuisse, en pareil cas, est toujours à demi-fléchie sur le bassin, c'est la partie de cette gaîne qui se trouve la plus déclive, et il faut l'ouvrir tout près de l'aine, point où elle offre en outre l'avantage d'être tout à fait superficielle.

M. Sédillot rappelle ces préceptes en y attachant une importance considérable.

— Dans les salles de M. Rigaud, nous avons vu plusieurs malades qui ont été traités par l'isolement des veines, pour des varices ou des varicocèles.

Voici en quoi consiste cette méthode :

M. Rigaud incise, sur une longueur de 3 à 4 centimètres, les téguments qui recouvrent la veine dilatée; puis, dénudant et isolant celle-ci avec grand soin, il fait passer sous elle soit un morceau de caoutchouc, soit un ruban de fil ou un tissu quelconque, afin d'empêcher le contact de ses parois avec les parties qui l'avoisinent. Ainsi, la plaie étant maintenue ouverte, la veine est en contact avec l'air extérieur.

Le premier effet de cette opération est de diminuer le calibre de la veine exposée; il y passe moins de sang; au bout de quelques jours, plus ou moins suivant les cas, la circulation se trouve entièrement interrompue. La veine se présente sous l'aspect d'un cordon fibreux aplati. Un peu plus tard, elle commence à s'ulcérer, et bientôt elle se coupe, soit qu'on l'entoure ou non d'une ligature, comme le fait souvent alors M. Rigaud.

39 guérisons de varices, 9 guérisons de varicocèles ont déjà été obtenues par cette méthode. Dans aucun cas on n'a noté de phlébite; aucun des malades n'est mort.

Pourtant une fois, chez un des malades que M. Rigaud nous a montrés, il était survenu autour de l'incision une inflammation phlegmoneuse par suite de laquelle la veine se trouvait baignée dans le pus; ce malade est maintenant en convalescence.

Chez un autre, opéré pour un varicocèle, nous avons vu le testicule à nu par suite d'une gangrène du scrotum autour de la plaie; mais cette gangrène était peu étendue, et quelques points de suture ont suffi pour réduire le testicule; quant au paquet des veines variqueuses, il ne s'est pas non plus enflammé dans ce cas.

— A l'hôpital militaire, M. Papillon essaie de faire résorber le pus des bubons vénériens en produisant rapidement l'iodisme. Chez un malade qui a pris en trois jours 20 grammes d'iodure de potassium, la collection purulente semble avoir déjà très-notablement diminué.

Chez un autre, l'abcès a disparu très-vite; mais ce dernier fait est peu probant, car des applications iodées sur le bubon ont été faites chez ce malade pendant que l'iodure de potassium lui était donné à l'intérieur. On ne peut donc rien affirmer sur l'efficacité de cette médication.

— Demain, nous devons assister à une opération d'ovariotomie pratiquée par un chirurgien dont l'École de Strasbourg s'honore à juste titre, notre cher ami Kœberlé.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GALLARD.

Érysipèle du pharynx propagé à la face par les fosses nasales et les voies lacrymales. — Forme gastrique. — Guérison.

(Observation recueillie par M. Pozzi, interne provisoire des hôpitaux.)

L'existence de l'érysipèle des muqueuses, et sa propagation au tégument externe sont aujourd'hui des points parfaitement établis. Les faits de ce genre empruntent encore, toutefois, quelque intérêt à leur rareté relative. C'est ce qui nous a décidé à publier l'observation suivante :

Céline L..., lingère, âgée de 25 ans, entre, le 21 mars, salle Notre-Dame, pour un érysipèle de la face.

Le 13 mars, huit jours après avoir été visiter une personne affectée d'érysipèle de la face, elle a été prise de frisson, de nausées et de courbature, en même temps que d'un violent mal de gorge. La douleur était caractérisée par une sensation de brûlure et de sécheresse qui rendait très-pénible la déglutition.

L'engorgement des ganglions cervicaux et sous-maxillaires amenait une tuméfaction notable du cou et entraînait sa raideur. Ce gonflement était alors assez prononcé pour que la malade éprouvât quelque souffrance pour écarter les mâchoires et ouvrir la bouche.

Une réaction fébrile marquée accompagnait ces symptômes. La malade dut interrompre ses occupations et garder la chambre. L'appétit était nul, la soif vive, le sommeil difficile.

Pendant quatre jours (du 13 au 17), le mal de gorge demeura très-cuisant, puis son intensité décrut rapidement, pendant que la muqueuse nasale devenait le siége d'une cuisson très-incommode, sans grande exagération de la sécrétion (17 et 18 mars).

Dans la nuit du 18, la malade ressentit une cuisson à l'angle interne de l'œil droit, et, y ayant porté la main, s'aperçut que la paupière inférieure était gonflée. Cet œdème, ainsi qu'elle put bientôt après le constater, était accompagné de rougeur. L'érysipèle de la face débutait.

D'abord limité à l'angle interne de l'œil et à la paupière inférieure, il prit une extension rapide, et à la fin de la journée, il avait déjà envahi la presque totalité de la joue gauche.

En même temps, les symptômes généraux redoublaient d'intensité. La fièvre s'allumait plus vive, et il y avait des vomissements répétés.

Le lendemain (20 mars), l'érysipèle apparaissait également à l'angle interne de l'œil gauche et s'étendait sur la joue correspondante.

Le 21, la malade entre à l'hôpital. Pouls fréquent et développé; peau sudorale; langue blanche; anorexie; constipation. Il y a un engorgement notable des ganglions cervicaux et sous-maxillaires, moindre cependant, à ce qu'assure la malade, qu'il ne l'a été au début.

L'inspection de la gorge ne révèle qu'une injection et une arborisation vasculaire assez prononcées du pharynx et du voile du palais. Il n'est pas inutile de rappeler que l'angine a complétement disparu depuis trois jours.

L'érysipèle s'étend sur les deux joues, mais tandis qu'il est à peine prononcé à gauche, la joue droite est complétement envahie. Là, la rougeur forme une plaque très-nettement délimitée dont le contour, commençant à l'angle interne de l'œil, suit le sillon naso-labial, puis va rejoindre l'angle externe par une ligne courbe qui part de la commissure labiale et longe la branche montante du maxillaire inférieur. L'œil droit est à demi recouvert par ses paupières œdématiées.

A gauche, la rougeur érysipélateuse est moins étendue et moins prononcée : elle semble avoir été tracée par un coup de pinceau qui, parti par un trait délié de l'angle interne de l'œil, serait venu s'étaler et se perdre sur la pommette en une teinte diffuse.

La paupière inférieure est seule notablement œdématiée. Comme à droite, il y a du larmoiement.

22 mars. L'érysipèle a envahi la totalité de la joue gauche et s'est étendu au front, que couvrait déjà, la veille, une légère teinte rosée. Par là se trouvent réunies les deux plaques érysipélateuses qui, dans tout le reste de la face, restent séparées par le nez et le menton, que l'éruption a respectés.

On administre 30 grammes de sulfate de soude.

23 mars. L'érysipèle poursuit, vers le cuir chevelu, sa marche envahissante. La rougeur et la tension diminuent sur le côté gauche de la face, qui a été le premier envahi, et se prononcent davantage à droite, où se montrent quelques phlyctènes. Pouls plein et fréquent; céphalalgie, nausées, quelques vomissements (pédiluves sinapisés).

24. Mieux sensible; le pouls est calme; la rougeur érysipélateuse a presque abandonné la face encore tuméfiée, et où la desquammation commence.

25. La fièvre a complétement disparu; l'appétit se réveille. C'est à peine si la pression provoque encore une légère douleur dans la moitié antérieure du cuir chevelu qui a été seule atteinte.

L'engorgement des ganglions sous-maxillaires persiste, quoiqu'à un moindre degré; il est tout à fait indolent.

La malade sort guérie le 29 mars.

Remarques. — Chez cette malade, l'érysipèle du pharynx étant terminé lorsqu'elle est entrée à l'hôpital, n'a pas pu être constaté directement. Mais la netteté et la précision des renseignements fournis par la malade, aussi bien que la marche toute particulière de l'exanthème, ne laissent place à aucun doute. La douleur de gorge cuisante, accompagnée de l'engorgement inflammatoire des ganglions cervicaux et sous-maxillaires, est caractéristique. L'érysipèle a évidemment débuté par la muqueuse pharyngienne, et, après avoir gagné les fosses nasales, est venu faire irruption à la face par les conduits lacrymaux, de chaque côté successivement. Tel n'est pas, comme on le sait, le mode le plus fréquent de propagation à la peau de l'érysipèle du pharynx, et nous rappellerons sommairement qu'on voit plus souvent cette propagation se faire, soit par les lèvres

et la muqueuse buccale, soit par les fosses nasales; dans d'autres cas plus rares, c'est par la trompe d'Eustache, l'oreille moyenne et le conduit auditif; enfin, parfois la phlogose se propage par plusieurs voies.

Le service de M. Gallard possède actuellement un cas de ce genre (salle des hommes). Chez ce second malade, dont l'observation sera publiée ultérieurement, l'érysipèle, après avoir duré trois jours à la gorge, a passé à la face d'abord par les fosses nasales et les narines, d'où il s'est étendu aux paupières et aux joues, puis, un jour après, par la trompe d'Eustache et le conduit auditif, a envahi le pavillon de l'oreille.

Nous ferons remarquer, en terminant, que l'exanthème pharyngien s'est déclaré chez notre malade huit jours après une visite qu'elle fit à une amie atteinte d'érysipèle de la face. Ce fait, qui semblerait déposer en faveur de la contagion de l'érysipèle, mérite à coup sûr d'être consigné. Il est toutefois une considération qui en atténue considérablement la portée, c'est que, pendant et depuis le séjour de la malade dans la salle Notre-Dame, il ne s'y est pas produit un seul cas d'érysipèle. Notons, d'autre part, que la salle des hommes recevait, à la même époque, un malade atteint d'érysipèle de la face, et que plusieurs étaient couchés dans des services voisins. L'influence d'une constitution médicale particulière que ces faits semblent établir, suffit donc pleinement pour expliquer l'érysipèle de notre malade. On peut ne voir, entre la maladie de son amie et la sienne, qu'un simple rapport de coïncidence, ou plutôt le double effet d'une même cause ayant beaucoup de rapports avec l'influence épidémique.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. TILLAUX.

(Observation lue à la Société de clinique.)

Plaie non pénétrante du cœur; plaie des deux poumons. — Séjour d'une tige métallique longue de 16 centimètres, large de 2 millimètres, pendant treize mois dans la cavité thoracique.

Les observations de plaie du cœur et surtout de plaie non pénétrante avec séjour prolongé du corps vulnérant sont assez rares pour que j'aie cru devoir communiquer le fait suivant; il n'est pas le moins intéressant de ceux qui sont consignés dans les annales de la science, et soulève d'ailleurs un point de pratique d'un haut intérêt sur lequel j'appellerai dans un instant votre attention.

Le 6 février 1867, je trouvais dans mon service à Bicêtre (Infirmerie de la division des aliénés) le nommé R..., âgée de 55 ans, entré le 14 septembre 1866, avec un certificat portant le diagnostic : Paralysie générale. Depuis son entrée il avait une fois attenté à ses jours en pratiquant une incision peu profonde dans la région sus-hyoïdienne.

Sa face pâle portait l'empreinte d'une anxiété extrême. Il était couché sur le côté droit, les deux cuisses fortement fléchies sur le bassin, le tronc courbé en avant de façon à mettre les muscles des parois thoraciques et abdominales dans le plus complet relâchement possible. Il respire avec difficulté et se plaint vaguement de souffrir dans le poitrine.

L'examen du thorax me permit de constater une plaie extrêmement petite, ou plutôt une piqûre située à 5 centimètres au-dessous du mamelon gauche. A 2 centimètres en dehors et un peu au-dessus de cette piqûre existait un soulèvement énergique de la peau, isochrone aux pulsations artérielles; le doigt appliqué en cet endroit percevait manifestement le choc d'un corps étranger, arrondi, repoussé brusquement en dehors à chaque contraction du cœur. Emphysème de la paroi thoracique gauche et large ecchymose dans le point correspondant.

Le malade, qui était à ce moment en pleine possession de sa raison, raconta que la nuit précédente, voulant se donner la mort, il s'était introduit dans la poitrine une longue tige de fer. Il s'était pour cela placé dans la position où nous le trouvions, c'est-à-dire couché sur le côté droit, les cuisses et le tronc fléchis. Après avoir reconnu le point où le cœur battait, il y avait appliqué une tige de fer qu'il maintenait rectiligne de la main gauche en pressant avec la main droite. Rencontrant une résistance assez vive pour traverser la peau, il s'était saisi de sa tabatière et avait pressé vigoureusement avec le couvercle sur le corps étranger. L'empreinte était, en effet, marquée sur la tabatière. La résistance de la peau, une fois vaincue, le malade n'avait ressenti, dit-il, aucune douleur en enfonçant la tige tout entière.

Quant aux symptômes, voici, messieurs, ce que je dictais le jour même à l'interne du service :

L'abdomen est souple, non douloureux à la pression, excepté au voisinage du rebord des fausses côtes; dans toute l'étendue qu'occupe l'emphysème, la moindre pression réveille les plaintes du malade, lesquelles indiquent plutôt une grande anxiété qu'une douleur très-aiguë. Aussi la percussion du thorax est-elle impossible, le malade s'agitant et criant au moindre contact.

La respiration est faible à gauche, ce qui est dû à la douleur qu'éprouve le malade à chaque inspiration.

Les *bruits du cœur sont réguliers et normaux*. On constate que les soulèvements isochrones de la peau par la tige de fer coïncident avec le premier bruit, c'est-à-dire avec la systole ventriculaire. Ces soulèvements sont très-énergiques et très-nets; le corps étranger semble porté, à chaque contraction du ventricule, directement en avant et en dehors, sans oscillation latérale, ni mouvement d'abaissement ou d'élévation; comme si son extrémité profonde reposait directement sur un gros vaisseau, ces mouvements ne paraissent pas modifiés par ceux de la cage thoracique qui, d'ailleurs, sont plus faibles à gauche qu'à droite.

Ajoutons que non-seulement on ne constate la présence d'aucun liquide ou épanchement dans le péricarde, mais que si l'on excepte l'emphysème, qui indique une plaie du poumon, il ne semblerait y avoir de lésion d'aucun organe essentiel. En effet, rien dans le péritoine et les organes abdominaux; aucun signe d'hémorrhagie provenant du foie, ni de la rate, ni de l'estomac; pas de syncope, pas de vomissements, pas de selles sanglantes, pas de toux, ni d'hémoptysie; *enfin le pouls*, bien que peu développé, *est régulier*, et la température de la peau n'est nullement élevée.

Aussi ne reste-t-il à admettre que le contact de l'extrémité profonde du corps étranger avec une grosse artère ou sa pénétration à travers les parois du cœur.

Quelle conduite fallait-il tenir dans ce cas? Je fus, je vous l'avoue, messieurs, fort embarrassé. Il était si facile, à l'aide d'une petite incision, d'extraire le corps étranger que j'avais une grande tendance à le faire. Mais si ce corps étranger traversait le cœur, comme je le pensais, il faisait évidemment l'office d'un bouchon, puisqu'il n'y avait d'hémorrhagie ni dans le thorax ni dans le péricarde. N'étais-je pas exposé à déterminer, par l'extraction, une hémorrhagie foudroyante et à voir le malade mourir dans mes mains? Et d'un autre côté qu'allait devenir cette tige de fer dans le thorax?

Il n'y avait pas d'accident imminent à redouter, je pensai que l'extraction immédiate présentait plus de dangers que l'expectation et j'attendis au lendemain.

Le 7, j'appris que le malade avait éprouvé plusieurs crises horriblement douloureuses avec imminence de syncope; il me sollicitait lui-même vivement pour l'extraction. Je la tentai. Mais les choses avaient déjà bien changé, au lieu de former sous la peau un relief d'au moins un centimètre à chaque systole du cœur comme la veille, la tige de fer était à peine appréciable au doigt, elle avait cheminé à travers les tissus. Je fis néanmoins sur le thorax une petite incision et je me mis à la recherche du corps étranger, mais à peine l'eus-je touché avec la pointe du bistouri que le malade éprouva une anxiété extrême et eut une syncope. Je le trouvai d'ailleurs si profondément situé que je crus devoir m'arrêter.

Le 8 février, l'emphysème et l'ecchymose diminuent. Les bruits du cœur semblent toujours normaux. Le malade souffre et se plaint beaucoup. Pas de fièvre, ni toux, ni expectoration d'aucune sorte. Le corps étranger s'est enfoncé peu à peu : on le sent à peine battre sous le doigt.

Le 9, il a complétement disparu, tout soulèvement de la paroi thoracique a cessé.

Le 10, après une nuit tranquille, le malade est pris de toux et rejette avec effort quelques crachats muco-purulents auxquels sont mêlées quelques stries de sang noirâtre. Fièvre, 104 pulsations.

Le 11, l'expectoration a pris un caractère franchement pneumonique; cependant à l'auscultation, on ne perçoit que des râles bronchiques à gauche; sonorité dans toute l'étendue du poumon.

Le même état continue les jours suivants, l'emphysème disparaît, la douleur persiste, le malade souffre à chaque fois qu'il fait un mouvement. Il continue à rendre des crachats pneumoniques, dans lesquels la proportion de sang augmente.

Le 15, l'application du sphygmographe au pouls de l'artère radiale donne des tracés dont l'un indique un pouls régulier, mais faible et déprimé, et dont les autres démontrent une grande irrégularité de la respiration.

Le 20, le malade signale une douleur vive siégeant vers la huitième vertèbre dorsale. Cette douleur augmente par la pression et le mouvement. L'oppression est plus grande surtout dans le décubitus dorsal. Crachats sanglants, d'un rouge très-vif, en plus grande abondance. L'auscultation ne dénote encore aucun signe de pneumonie.

Quelques troubles apparaissent du côté du cœur, le malade est sujet à des palpitations et à de grandes irrégularités dans les battements. Cependant on ne constate aucun signe de péricardite.

La douleur dorsale persiste, quoique moins fixe qu'au début. Même état du poumon à l'auscultation. Les crachats n'ont pas changé de caractère.

Sur ces entrefaites eut lieu une nouvelle tentative de suicide.

Le 15 mars, le malade se fait à la région sous-hyoïdienne avec une lame de fer, fragment d'un cerceau qui soutient ses couvertures, une plaie de 4 à 5 centimètres, transversale, située entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, dont on voit à découvert tout le bord supérieur. Le travail de cicatrisation suivit un cours normal et cette plaie n'amena aucune complication digne d'être signalée.

Le 26, l'état général semble subir une nouvelle aggravation. Le malade a de la fièvre, la respiration est plus difficile, une douleur très-vive, siégeant à la partie postérieure et inférieure du côté droit, semble avoir remplacé la douleur dorsale. Cette douleur est très-nettement limitée et s'exagère à la pression du doigt. Le malade la compare à un point de côté. La toux n'a pas augmenté, mais elle est plus pénible. L'auscultation, au point douloureux, ne dénote aucun signe de pneumonie : le murmure respiratoire a moins d'intensité au niveau du siége de la douleur que dans le reste du poumon; quelques râles bronchiques. Les crachats sont muco-purulents, sanglants.

Cette douleur à droite persiste d'une façon fixe pendant quinze jours environ. Aucun signe spécial n'est traduit par l'auscultation, les crachats conservent leurs mêmes caractères.

A partir de ce moment, l'observation quotidienne du malade ne présente plus un bien grand intérêt. Les accidents généraux diminuent peu à peu, l'appétit revient, le malade peut se lever dans les premiers jours de mai. Depuis cette époque les forces sont revenues, le malade se promène.

Au 12 août, l'auscultation fait percevoir des râles bronchiques dans toute l'étendue des deux poumons; il n'y a matité en aucun point de la cage thoracique. Les crachats, de moins en moins abondants, ont cependant gardé, depuis le 1er avril, les caractères observés dès le début, c'est-à-dire qu'ils sont alternativement purulents ou sanglants; de temps en temps surviennent des hémoptysies légères.

Toute douleur fixe dans la poitrine a complétement disparu. Cependant le malade se plaint de douleurs vagues, erratiques, dans le dos ou dans les côtés, en même temps que de fatigue et de lassitude continuelles dans les membres. Du reste, l'état général est satisfaisant.

Depuis le mois d'août jusqu'au mois d'octobre, époque à laquelle j'ai quitté Bicêtre, l'état du malade ne présente rien à noter. Il mange, dort, se promène. Rien n'est de nature à faire soupçonner l'accident qu'il a éprouvé.

Ce qui s'est passé depuis mon départ m'est ainsi relaté par M. Langlé, interne de M. Sée.

En janvier 1868, le malade présente une apparence de santé assez satisfaisante et tousse peu, crache de temps en temps un peu de sang, ne se plaint de rien.

A l'auscultation, on entend un bruit de souffle siégeant dans toute l'étendue du cœur, mais ayant son maximum d'intensité *à la base* et se produisant au *premier temps*.

L'auscultation du poumon du côté gauche ne donne rien; du côté droit en arrière, on entend un bruit de souffle. Le malade dit avoir quelquefois des douleurs de ce côté du thorax.

En février, il est plus souffrant, mange peu, tousse et crache de temps en temps du sang et un peu de pus. Il paraît s'affaiblir graduellement.

Les signes physiques que nous avons notés en janvier ne sont pas modifiés.

Mars. La toux est toujours peu considérable, mais le malade a des crachements de sang et de pus qui se répètent. Il est même des jours où il perd une assez grande quantité de sang. Ses muqueuses pâlissent considérablement. La peau est d'un blanc jaunâtre.

Enfin le 20 mars il a des syncopes, qui se répètent jusqu'au 24 mars où il meurt à 8 heures du matin.

J'étais curieux, vous le comprendrez aisément, messieurs, de pratiquer l'autopsie. Aussi je remercie MM. Sée et Legrand du Saulle de m'avoir permis de compléter cette intéressante observation.

L'autopsie faite le 25 mars nous montre les particularités suivantes :

Cicatrice linéaire aux téguments à 5 centimètres au-dessous du mamelon gauche.

Adhérence intime du bord antérieur du poumon gauche à la paroi thoracique.

Adhérence intime de cette même partie du poumon au péricarde.

Adhérence du péricarde à la surface externe du cœur dans toute son étendue.

Sur un point qui correspond précisément à l'entrée de la tige de fer, existe un véritable cordon fibreux reliant le péricarde au cœur. Ce cordon représente évidemment le trajet qu'a suivi le corps étranger en s'enfonçant à travers les organes.

Le cœur, vu en place, ne présente aucune trace de corps étranger à l'œil et au toucher.

J'enlève alors ensemble les deux poumons et le cœur. Le lobe inférieur du poumon droit adhère d'une façon si intime au thorax qu'il se déchire et qu'une partie reste fixée aux côtes.

C'est cette pièce, messieurs, que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux.

Vous pouvez constater que la paroi postérieure du ventricule gauche dans toute son étendue et que tout le lobe inférieur du poumon droit sont traversés d'avant en arrière et de gauche à droite par une tige de fer longue de 5 centimètres et large d'environ 2 millimètres. Cette tige a pénétré dans le bord gauche du cœur vers la partie moyenne et est sortie près du sillon médian postérieur, de sorte que le ventricule droit et les deux oreillettes ne sont nullement intéressés. La tige n'a nulle part pénétré dans la cavité ventriculaire, bien qu'elle soit beaucoup plus rapprochée de la surface interne que de l'externe. Une sorte de pont organisé probablement aux dépens du péricarde relie le cœur au poumon droit.

Ce tissu du cœur n'a pas subi de modification au contact du corps étranger. Il ne présente pas trace d'inflammation; le trajet dans cet organe n'est tapissé par aucune néo-membrane. Dans le poumon, au contraire, la tige de fer est entourée dans toute sa longueur par une membrane qui l'isole du parenchyme pulmonaire hépatisé.

Quant aux rapports avec les autres organes; la tige avait laissé l'aorte à gauche et avait passé entre la colonne vertébrale et l'œsophage placé en avant d'elle.

Je puis donc, messieurs, résumer ainsi cette remarquable observation :

Tige de fer traversant la poitrine diagonalement d'avant en arrière et de gauche à droite, du cinquième espace intercostal gauche au niveau du mamelon, à la huitième côte droite au niveau de son angle.

Après s'être enfoncée spontanément à travers l'espace intercostal, le bord antérieur du poumon gauche, le péricarde et le bord gauche du cœur qui se sont cicatrisés à mesure qu'elle cheminait, cette tige s'est fixée dans la paroi postérieure du ventricule gauche et dans le lobe inférieur du poumon droit où elle a séjourné pendant 13 mois et 18 jours.

Le cœur a très-bien supporté physiquement et physiologiquement la présence du corps étranger; le poumon au contraire s'est enflammé, a fourni des hémoptysies, qui ont peu à peu affaibli le malade et amené la mort.

Cette observation vient à l'appui de celles qui ont démontré l'erreur admise par toute l'antiquité et le moyen âge, à savoir qu'une plaie du cœur était fatalement et promptement mortelle, et cette autre erreur professée par Sénac, que toute plaie du cœur tuait sinon par l'hémorrhagie, au moins par l'inflammation qu'elle déterminait.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE L'ANTHRAX.

Par M. le Dr LETENNEUR,

Professeur de clinique externe à l'École de médecine de Nantes.

Dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 7 avril, j'ai lu avec intérêt le résumé d'une leçon de M. le professeur Richet sur le traitement de l'anthrax.

Il s'agit d'une question pratique de la plus grande importance et qui est loin, cependant, d'être jugée de la même manière par tous les chirurgiens.

Le traitement adopté par M. Richet et conseillé précédemment par Velpeau, c'est-à-dire les incisions multiples en rayons, avec des incisions circonférencielles vers la base des lambeaux, permet d'obtenir un débridement considérable, mais non suffisant dans tous les cas. Ces incisions, représentant des segments de cercle, nuisent à la vitalité, presque toujours affaiblie, des lambeaux, et favorisent la gangrène; de là des cicatrices difformes que M. Richet désire éviter avec tant de raison.

Ces imperfections, que je me permets de signaler dans le traitement préconisé par le savant chirurgien de la Pitié, me paraissent faciles à éviter; c'est pourquoi je crois utile de faire connaître celui que j'ai adopté depuis plusieurs années; il a le mérite de la simplicité et d'une facile et prompte exécution.

Je ne parle pas des anthrax de petit volume qui guérissent, en

général, très-bien sans l'intervention du chirurgien; je n'ai en vue que les anthrax volumineux à marche envahissante, se compliquant souvent de phlegmons diffus; en un mot, de ceux qui nécessitent un traitement prompt et énergique.

Quelles sont alors les indications à remplir? 1° détruire l'étranglement; 2° favoriser l'élimination des tissus gangrenés en prévenant l'intoxication septique qui peut résulter de leur présence.

1° Pour détruire l'étranglement, je commence par une incision cruciale portée jusqu'à la base de la tumeur et, arrivant jusqu'aux parties saines, je dissèque ensuite les quatre lambeaux, en coupant les tissus malades dans le milieu de leur épaisseur, de manière à laisser une partie de ces tissus adhérente à la peau; il importe de porter la dissection jusqu'à la limite de la zone indurée. Cette opération, toujours très-rapide, détruit complétement l'étranglement; elle n'ajoute pas à la douleur, puisque la dissection des lambeaux se fait dans des parties qui ont perdu entièrement ou presque entièrement leur sensibilité; et d'ailleurs il est facile, il est même utile, dans le plus grand nombre des cas, d'avoir recours au chloroforme.

Les quatre lambeaux mobiles peuvent être soulevés dans toute leur étendue; le fond de l'anthrax, ou le plancher de la plaie, présente alors deux incisions se coupant à angle droit et atteignant les parties saines.

Les tissus malades se trouvent donc divisés en huit portions, quatre adhérentes aux lambeaux et quatre adhérentes au fond de la plaie, et chaque portion est isolée, par ses trois bords, des parties malades adjacentes.

Ce procédé est, si l'on veut, le procédé en tulipe de M. Nélaton, mais simplifié et complété. Simplifié, car au lieu des incisions multiples, je me borne à l'incision cruciale; complété, parce que l'étranglement y est détruit dans tous les points.

2° La seconde indication, ai-je dit, est de favoriser l'élimination des parties mortifiées et de prévenir l'empoisonnement pouvant résulter de leur séjour prolongé au fond de la plaie.

Beaucoup de chirurgiens se bornent, après avoir incisé la tumeur, à des applications émollientes et à l'introduction d'une certaine quantité de charpie sèche dans la plaie. Cela suffit dans certains cas; mais ce mode de pansement n'est pas toujours prudent. J'ai employé autrefois le cautère actuel, que je préfère aux caustiques recommandés par Follin; j'ai toujours eu soin de ne faire porter le fer rouge que sur les parties dont je voulais provoquer l'élimination, et je n'ai jamais vu alors les cicatrices difformes dont parle M. Richet. Mais le fer rouge effraye les malades et les personnes qui les entourent, et on n'a pas toujours de cautères sous la main. Il y a, d'ailleurs, des moyens plus faciles et tout aussi efficaces pour les anthrax non charbonneux.

Après avoir fait les incisions décrites plus haut, je soulève les lambeaux et je les isole avec des bourdonnets de charpie imbibés d'eau-de-vie dans laquelle j'ai fait dissoudre du sel marin, ou bien d'un mélange d'alcool camphré et de chlorure d'oxyde de sodium. Une boulette de charpie imbibée du même liquide est placée au centre de la plaie; le pansement extérieur est fait avec de la charpie sèche ou bien avec un cataplasme émollient pendant un ou deux jours.

Lorsque l'anthrax est volumineux, que les couches à éliminer sont très-épaisses, il m'est arrivé quelquefois de les saupoudrer avec du sel marin pulvérisé, avant de faire le pansement précédemment décrit.

Grâce à cette manière d'agir, l'élimination est plus rapide, la désinfection est immédiate; les bourgeons charnus de bonne nature ne tardent pas à paraître, et les symptômes généraux cessent à l'instant.

Quand il s'agit d'une maladie aussi fréquente et aussi grave que l'anthrax, les plus petits détails, pourvu qu'ils soient un perfectionnement au traitement, méritent d'être signalés. C'est ce qui m'a engagé à publier cette note.

OVARIOTOMIE

Obs. XXXIX. — Ovariotomie pratiquée le 14 février 1867. Guérison.

Par E. Kœberlé.

Madame E..., ouvrière, de Buhl (Haut-Rhin), âgée de 31 ans, amaigrie, pâle, mais néanmoins menstruée régulièrement et assez robuste d'ailleurs, s'est aperçue, il y a dix-huit mois, de l'augmentation de volume de son ventre à l'occasion de douleurs qu'elle a éprouvées du côté droit et qui se sont renouvelées depuis à plusieurs reprises; la circonférence du ventre est de 1 m. 20 c.

La tumeur fluctuante contenue dans la cavité abdominale paraissait dépendre d'un kyste sans adhérence à la paroi du ventre, probablement uniloculaire de l'un des deux ovaires : l'état du col utérin qui était abaissé, non dévié, ne pouvait fournir aucune indication pour le côté affecté. Le kyste devait contenir un liquide foncé en raison des hémorrhagies qui ont dû s'y faire lors des douleurs éprouvées par intervalles par la malade, de l'anémie qu'elle présentait et de l'accroissement rapide de la tumeur.

L'ovariotomie eut lieu le 14 février 1867. MM. Herrgott, Simon (de Buhl), Fabbri (de Bologne), et Kien, assistaient à l'opération.

Incision de la peau (15 c.), de la ligne blanche (10 c.), du péritoine (8 c.). La cavité péritonéale contenait environ 150 grammes de sérosité ascitique. La ponction du kyste fournit quatorze litres et demi de liquide épais, d'une couleur brune et sanguinolente.

On fut obligé d'exciser et de lier une petite adhérence à l'épiploon. Les veines et les vaisseaux lymphatiques du kyste, qui provenait de l'ovaire droit, étaient très-dilatés, variqueux. Les vaisseaux du ligament large étaient également variqueux, énormes. Cet état anormal des vaisseaux résultait d'une gêne dans la circulation provoquée par une torsion d'une circonférence et demie que présentait le pédicule, qui fut lié, après avoir été détordu, à 6 centimètres environ de l'utérus, au moyen d'une anse de fil de fer et d'un serre-nœud. L'hémorrhagie a été insignifiante; le sang était très-plastique. En excisant le kyste, il s'écoula environ 100 grammes de lymphe pure qui se coagula très-rapidement et 200 grammes de sang. L'ovaire gauche était sain. Réunion par deux points de suture profonde en fil de soie et par cinq points de suture superficielle. Un tube de verre de 12 centimètres de longueur fut placé dans l'angle inférieur de la plaie. L'opération a duré trois quarts d'heure.

Dans la soirée, à l'aide d'une sonde élastique introduite par l'intermédiaire du tube de verre dans le cul-de-sac recto-vaginal, on opéra l'aspiration et l'extraction de 50 grammes de sérosité sanguinolente. La charpie placée à l'angle inférieur de la plaie était imprégnée de 30 à 40 grammes de sérosité qui s'était écoulée directement par le tube. Le pouls était à 72 à dix heures du soir. L'opérée n'a éprouvé aucune douleur après l'opération et a dormi à plusieurs reprises; elle était réveillée par intervalles par des accès de toux. Dans la nuit, jusqu'à six heures du matin, il y eut quelques vomissements chloroformiques. Des mucosités bronchiques occasionnaient un peu de dyspnée. A quatre heures du matin, il y avait vingt-deux inspirations, et le pouls était à 90. On retira encore 20 grammes de sérosité légèrement rosée, et on enleva le tube de verre devenu inutile.

Le deuxième jour, à huit heures du matin, on fit l'extraction des épingles de la suture superficielle après avoir couvert de collodion le fil qui les reliait. Au moyen d'une sonde glissée le long du pédicule dans le cul-de-sac recto-vaginal, on extraya encore, à huit heures du matin, 12 grammes de sérosité un peu trouble, rougeâtre, et à quatre heures du soir, 5 grammes de sérosité trouble, blanchâtre, épaisse.

Accès de toux par intervalles dans la journée. A dix heures du soir, 30 inspirations; pouls à 120; urines claires et abondantes; langue nette; pas de soif; aucune trace de tympanite; pas de sensibilité abdominale; les bronches sont en grande partie désobstruées; l'opérée avait pris dès le matin du café au lait et, dans le courant de la journée, elle prit à plusieurs reprises des tasses de bouillon et de potage. Vin de Champagne, le soir.

Le troisième jour, on enlève le serre-nœud. Pouls à 120. Respiration à 32 inspirations le matin, à 26 le soir. Ventre indolent, affaissé. Infusion de polygola. Sirop de tolu.

Le quatrième jour, le pouls est à 110; 24 inspirations; appétit; sommeil; état très-satisfaisant; pilules purgatives; lavement; évacuations alvines.

Le cinquième jour, le pouls, qui était à 105 le matin, est tombé à 88 le soir. Miction naturelle sans le secours de la sonde. Les points de suture profonde sont enlevés. Un peu de tympanite intestinale, qui était survenue, se dissipe sous l'influence d'un lavement purgatif.

Le sixième jour, le pouls est à 90. Respiration à 21; les intestins sont un peu distendus par des gaz; lavements. La bronchite est presque entièrement calmée.

Les jours suivants, l'amélioration est devenue très-rapide, et au dixième jour, l'opérée était complétement guérie. Depuis, santé parfaite.

Le kyste était uniloculaire, à parois très-épaisses. Il contenait dans sa cavité de grands amas de caillots anciens et récents, plus ou moins décolorés, jaunâtres, brunâtres, sanguinolents, en partie libres, en partie adhérents. La surface interne était parsemée d'une grande quantité d'éraillures plus ou moins larges, anciennes et récentes, à surface jaunâtre, brunâtre ou saignante; elle était couverte d'innombrables incrustations calcaires. Deux artères, qui avaient la grosseur des artères du poignet chez l'adulte, pénétraient dans le kyste; les veines étaient extrêmement dilatées; mais ce sont surtout les vaisseaux lymphatiques qui avaient un volume extraordinaire; le pédicule en contenait deux qui avaient la grosseur d'un doigt et plusieurs autres moins volumineux. Au moment de l'excision du kyste, je fis remarquer aux assistants le volume anormal de ces vaisseaux qui formaient, entre la trompe et le kyste, de gros paquets variqueux. Les artères, les veines et les vaisseaux lymphatiques ont été injectés avec de la cire de trois couleurs différentes, ce qui permet d'examiner parfaitement leur disposition sur la pièce pathologique.

Remarques. — La disposition à l'hémorrhagie des vaisseaux du kyste et leur état variqueux ont été consécutifs à la torsion du pédicule.

La malade n'avait pas été ponctionnée. Il est probable que la ponction eût été dans ce cas suivie d'un très-mauvais résultat. On ne devrait jamais recourir à la ponction que dans les cas de nécessité absolue, si l'on a en vue l'extirpation de la tumeur. En ponctionnant un kyste de l'ovaire, surtout lorsque le liquide est brunâtre, hématique, on assume une très-grande responsabilité; car on expose très-gravement et très-inutilement les malades à des suites très-hasardeuses. J'ai vu bon nombre de malades, qui étaient dans les meilleures conditions possibles pour une extirpation du kyste, devenir inopérables et mourir misérablement, même après la première ponction.

Malgré l'introduction réitérée d'une sonde dans l'excavation pelvienne pour y aspirer les liquides péritonéaux, et le séjour d'un tube de verre pendant 14 heures dans la cavité péritonéale, il n'y a pas eu de péritonite notable. L'accélération du pouls et de la respiration dépendait presque exclusivement d'une bronchite dont la malade avait été atteinte pendant son voyage. Cette bronchite était guérie au moment de l'ovariotomie; mais elle s'était ravivée pendant le refroidissement à peu près inévitable qui accompagne l'opération.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 1er avril 1868. — Présidence de M. Legouest (1).

—

PRÉSENTATION DE MALADE.

Enfant affecté de bec-de-lièvre double compliqué.

M. Demarquay présente une jeune fille de 5 à 6 ans, affectée d'un bec-de-lièvre double dont l'opération présente des difficultés très-sérieuses, sur lesquelles il appelle l'attention de ses collègues. 1° L'écartement entre les deux maxillaires est considérable et de plus ces deux derniers sont atrophiés; 2° L'os intermaxillaire, surmonté de deux dents, présente une saillie considérable et de plus il est fortement incliné à droite, ce qui tient à une fracture du vomer qui a eu lieu l'année dernière à la suite d'une chute de l'enfant; 3° le lobule médian est très-petit, il est tout à fait adhérent à l'extrémité du nez; il est petit, ratatiné. L'enfant est d'ailleurs délicate, et, ajoute M. Demarquay, quel que soit le procédé que l'on adopte, il y a des craintes sérieuses à avoir quant à l'hémorragie, et voilà pourquoi il demande l'avis de ses collègues.

Suit la discussion à laquelle prennent part MM. Broca, Giraldès, Guersant, Depaul. Après la discussion, M. Demarquay ajoute : L'intérêt que présente cet enfant ne dépend pas seulement du mal qu'il présente, mais bien plus encore de son origine. Il appartient à une famille dont l'histoire sera faite par un de mes anciens élèves, M. le docteur Cyr. En attendant, je mets sous les yeux de mes collègues l'arbre généalogique de cette famille fait par un des internes distingués, M. Bourdillat. Le père et la mère de cet enfant se portent bien, ils ont eu trois enfants, et deux de ces enfants sont nés avec un bec-de-lièvre; le troisième n'a point de bec-de lièvre, mais il présente le vice de conformation de la lèvre inférieure que j'ai décrit en 1845 (*Gazette médicale* et article *Bec-de-lièvre* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*). Ce vice de conformation consiste surtout dans une forme de la lèvre inférieure et dans la présence de deux petites ouvertures situées sur chaque côté de la ligne médiane, et dans lesquelles pénètre facilement un stylet, qui arrive ainsi jusque sous la muqueuse labiale et vient faire saillie au niveau du front. J'ajouterai, dit M. Demarquay, que la mère de cet enfant est née d'un père et d'une mère bien portants, qui ont eu huit enfants. Sur les huit enfants, deux sont nés avec des becs-de-lièvre, à savoir un garçon et une fille. Celle-ci est morte à huit mois. Le fils vit, s'est marié, et il a eu deux enfants sains. Sur les six enfants restant, deux ne sont pas mariés. Parmi les quatre mariés, deux ont eu des enfants sains; les deux autres, qui sont deux femmes, se sont mariées : l'une est la mère de l'enfant que je viens de vous présenter, et l'autre en a eu huit. Eh bien, ces huit enfants joints aux trois de sa sœur forment le chiffre de onze enfants qui tous sont nés, soit avec un bec-de-lièvre, soit avec le vice de conformation de la lèvre inférieure, sur lequel j'ai appelé votre attention. Quelquefois, les deux vices de conformation sont réunis sur le même sujet. Cet enfant est le quatrième que je vois opérer de la même famille. J'ai poussé plus loin mes investigations, et j'ai appris que du côté du grand-père de ces enfants, il y avait déjà des antécédents sur lesquels je ne puis donner des détails circonstanciés; ce que fera mon jeune confrère Cyr. J'ajouterai en terminant que le vice de conformation que j'ai décrit en 1845, je l'avais également trouvé dans une famille où le bec-de-lièvre est héréditaire. Ces faits prouvent évidemment ce que j'ai cherché à démontrer en 1845, et récemment dans mon article *Bec-de-lièvre*, que dans certaines circonstances ce vice de conformation naît sous l'influence de l'hérédité.

DISCUSSION.

M. Broca. M. Demarquay a-t-il l'intention d'enlever le tubercule osseux médian?

M. Demarquay. Non.

M. Broca. J'ai, l'année dernière, conservé un tubercule osseux assez volumineux, dans un cas de bec-de-lièvre compliqué, et j'ai obtenu un succès très-complet chez un enfant de deux mois et demi.

Dans le cas actuel, le volume des dents rend le succès problématique, car il sera peut-être impossible d'aviver le tubercule osseux.

Je ferais une tentative qui consisterait à enlever une portion de la cloison, et je repousserais le tubercule en arrière.

Dans le cas dont je viens de parler, après avoir ainsi refoulé en arrière le tubercule osseux, j'ai avivé ses bords et j'ai fait la suture métallique des os. L'os a repris. Il y a quelques jours, le père de l'enfant, qui est médecin, m'a fait savoir que la soudure était véritablement osseuse. L'opération a été faite à la fin d'avril 1867.

Le seul inconvénient qu'il y ait à agir ainsi, c'est que le tubercule cutané forme un saillie sous le nez.

M. Chassaignac. Je crois qu'en tentant la conservation de cette partie osseuse qui me paraît mobile, on se créera des difficultés. Je préférerais avoir recours à une pièce artificielle pour combler a lacune qui persisterait derrière la lèvre dans le cas où l'on obtiendrait une réunion solide des parties molles.

Pour pouvoir réunir dans ce cas, il faudra décoller les parties molles au niveau des os maxillaires; or, chez cette enfant, il existe une tache érectile considérable du côté gauche de la face, aussi doit-on être préoccupé de la possibilité d'une hémorrhagie.

M. Giraldès. Il existe là, comme dans tous les cas de cette nature : atrophie des os maxillaires supérieurs et hypertrophie de l'os intermaxillaire. Si on laisse le tubercule en place, quelque procédé que l'on emploie, on aura toujours une difformité produite par la saillie de l'os intermaxillaire, en avant des maxillaires. Je commencerais par exciser le tubercule osseux, puis j'utiliserais le tubercule médian cutané.

Je ne voudrais pas faire de décollements, comme l'a indiqué M. Chassaignac. Lorsqu'on pratique ces décollements, on est exposé à voir la cicatrice déchirée par suite de l'action des muscles.

M. Guersant. J'ai opéré un cas de ce genre avec succès. J'ai enlevé l'os intermaxillaire, et j'ai eu soin de réséquer une partie de la cloison. Cette précaution est très-importante, parce qu'on peut alors baisser la pointe du nez et utiliser le petit lobule cutané pour faire la cloison.

M. Giraldès. Le tubercule médian reste toujours mobile, et je le répète, il y a grand inconvénient à le conserver.

M. Demarquay. Chez les malades opérés par Blandin, il n'y avait pas eu de réunion. M. Debrou, dans un cas, avait avivé les os et n'avait pas non plus obtenu de réunion.

J'ai déjà opéré deux parents de cet enfant; j'ai enlevé l'os intermaxillaire et j'ai bien réussi.

J'avais eu la pensée de faire l'opération en deux temps, à cause de la présence des artères qui viennent alimenter ce lobule et qui sont très-volumineuses.

M. Depaul. Je me rangerais volontiers à l'opinion de M. Giraldès et de ceux de nos collègues qui veulent que le tubercule osseux soit enlevé.

Je prie bien mes collègues de constater à quel degré de déformation est arrivée la bouche de cette enfant. Je soutiens que si on l'avait opérée quelques jours après sa naissance, l'opération eût été très-simple.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

On aurait pu conserver le tubercule médian. Aujourd'hui, la difformité qui succédera à l'opération sera presque aussi grande que celle qui existe actuellement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire : Léon Labbé.

L'Assemblée générale de la Société de Prévoyance des Pharmaciens de la Seine a eu lieu le 8 avril dernier, à l'École de pharmacie, sous la présidence de M. Amédée Vée.

Le compte rendu des travaux du Conseil d'administration a été présenté par le secrétaire, M. Jules Caroz.

Le nombre des sociétaires est de 495, indépendamment de 24 membres correspondants. L'avoir de la Société s'élève à la somme de 70,669 fr. 80 cent.; 2,856 fr. 85 cent. ont été distribués à plusieurs veuves et orphelins.

Les élections ont terminé la séance. Ont été nommés à la presque unanimité :

Vice-président, M. Boucher; secrétaire-adjoint, M. Ferrand; conseillers, MM. A. Vée, Julliard, Crinon et Jolly.

Le Conseil est ainsi composé pour 1868-1869 :

MM. Lebrou, *président*; Boucher, *vice-président*; Caroz, *secrétaire général*; Ferrand, *secrétaire adjoint*; Buirat, *trésorier*; Massignon, Berthiot, Ch. Maître, Cavaillès, Micard, Pennès, Am. Vée, Julliard, Crinon, Jolly, *conseillers*.

Dans la première partie de la séance, la distribution annuelle des prix aux élèves stagiaires a eu lieu, dans l'ordre ci-dessous, à la suite du rapport présenté par M. Surun.

Première division. — Premier prix, *ex æquo*, MM. Baylé, né à Périgueux (Dordogne), élève chez M. Eyguières; — Martin, né à Baume-la-Rolande (Loiret), élève chez M. Taffoureau. — Mention honorable (avec livres), M. Aubert, né à Choisy-le-Roi (Seine), élève chez M. Gessard.

Deuxième division. — Premier prix, M. Bécamel, né à Banne (Ardèche), élève chez M. Chollet. — Deuxième prix, M. Vinel, né à Limagne (Lot), élève chez M. Boille. — Mention honorable (avec livres), M. Bon, né à Saulieu (Côte-d'Or), élève chez M. Moutardier.

Troisième division. — Premier prix, *ex æquo*, M. Bachimont, né à Courcelles-sous-Magencourt (Somme), élève chez M. Comar; M. Lévêque, né à Bonnieux (Vaucluse), élève chez M. Gardy. — Deuxième prix, *ex æquo*, M. Agar, né à Nontron (Dordogne), élève chez M. Lecaillier; M. Mange, né à Champagny (Haute-Saône), élève chez M. Caroz. — Troisième prix, M. Barbara, né à Sermaize (Marne), élève chez M. Esménard. — Mention honorable (avec livres), M. Millant, né à Péronne (Somme), élève chez M. Chanteaud.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Nous apprenons la mort de M. Petitier, docteur en médecine à Matour (Saône-et-Loire), chef-lieu de canton, de 2,500 habitants.

— Nous apprenons, par des nouvelles de Toulon, la mort de M. le docteur Sabatier, médecin principal de la marine, chef du service médical de la division navale du Brésil et de la Plata. M. Sabatier a succombé à une attaque de choléra à bord de la frégate amirale la *Magicienne*, sur rade de Montevideo, au moment où elle se disposait à rentrer en France. La médecine navale perd en M. Sabatier un de ses membres les plus distingués.

— M. Léon Le Fort, chirurgien de l'hôpital Cochin, commencera des conférences cliniques à cet hôpital le jeudi 23 avril et les continuera dans l'ordre suivant :

Le mardi, exercices cliniques au lit du malade;
Le mercredi, exercices pratiques de micrographie;
Le jeudi, conférence à l'amphithéâtre;
Le samedi, conférence et exercices pratiques d'ophthalmologie.

— M. Daremberg reprendra son cours au collége de France le vendredi 24, à midi, et le continuera les mardis et vendredis à la même heure; il traitera de l'histoire générale de la médecine au dix-huitième siècle.

— *École pratique.* — M. le docteur E. Verrier commencera un cours public d'opérations et manœuvres obstétricales le mardi 5 mai 1868, à 8 heures du soir, à l'amphithéâtre n° 2 de l'École-pratique.

Il le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

—

A céder très-belle POSITION MÉDICALE, quartier le plus beau et le plus riche de Paris.

S'adresser à M. A. Z..., poste restante, Paris.

POSTE MÉDICAL très-avantageux (pas de pharmacien), à prendre dans un bourg de Seine-et-Marne.

S'adresser à M. le docteur Allaire, rue Saint-Jacques, n° 187, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de toxicologie générale, par M. le docteur Galtier. — Ouvrage résumant les principes fondamentaux de cette science, ceux qui concernent spécialement la physiologie, l'étiologie ou la recherche des poisons, la pathologie, la thérapeutique, les questions et les rapports toxicologiques, etc. — 1 vol. in-8°. Prix : 2 fr. — Librairie Leclerc, 14, rue de l'École-de-Médecine.

Dictionnaire annuel des progrès, des sciences et des institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires, par M. P. Garnier, médecin de l'Asile de Bon-Secours, précédé d'une introduction de M. le docteur Amédée Latour. 1 vol. in-12 de 600 pages. Prix : 6 fr. — Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 48. — JEUDI 23 AVRIL 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 23 AVRIL 1868. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 22 avril 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance d'hier s'est passée en grande partie en pourparlers au sujet d'une communication de M. Broca, sur deux cas de pustule maligne qu'il a observés récemment dans son service de la Pitié. On se rappelle la discussion à laquelle a donné lieu, il y a quatre ans environ, le rapport de M. Gosselin sur un mémoire de M. Gallard, relatif à la spontanéité de la pustule maligne. Loin que cette opinion de la spontanéité de la pustule maligne ait été accréditée auprès de l'Académie, on pourra voir, par le compte rendu de la petite discussion qui a été soulevée incidemment à cette occasion, qu'elle est très-fortement contestée.

M. Pidoux, en montant à la tribune, non pour rentrer dans la discussion, mais pour y déclarer, au contraire, son dessein formel d'ajourner tout débat sur les questions importantes de pathogénie soulevées à l'occasion de la tuberculose, a saisi cette occasion pour relever quelques erreurs qui lui ont été attribuées et pour formuler le programme de la question générale qu'il désire soumettre plus tard à la discussion.

L'Académie s'est formée ensuite en comité secret pour entendre le rapport de la section de pathologie chirurgicale sur les candidats à la place déclarée vacante dans cette section. Il paraît que l'Académie n'a pu s'entendre sur la formation de la liste et que la discussion est renvoyée à la séance prochaine, ce qui reculera d'une semaine l'élection. Encore un comité secret pour la séance prochaine, et probablement un nouvel ajournement de la discussion sur la tuberculose.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

Étude physiologique et thérapeutique sur le tremblement mercuriel.

(Leçon clinique, faite à l'Hôtel-Dieu de Paris)

Au n° 1 de la salle Sainte-Agnès est un homme qui ne semble pas, au premier abord, pouvoir vous offrir un sujet d'études bien intéressant, car il est presque entièrement guéri de l'affection qui l'a amené dans nos salles; mais c'est précisément de cette guérison et du traitement à l'aide duquel elle a été obtenue que je veux vous entretenir.

Quand il arriva dans notre service, cet homme était affecté d'un tremblement général. Presque tout l'appareil locomoteur était agité par des oscillations régulières et spasmodiques qui semblaient dues à des alternatives de relâchement et de contractions des muscles. Ce tremblement était plus prononcé dans les membres supérieurs que dans les membres inférieurs, dans le côté gauche que dans le côté droit. Il augmentait quand le malade essayait d'exécuter quelques mouvements, surtout des mouvements toniques, et ces mouvements devenaient d'autant plus désordonnés, qu'ils exigeaient plus de précision et plus d'efforts de la volonté.

La marche était difficile, hésitante; le malade était dans l'impossibilité de manger seul, de s'habiller et à plus forte raison d'écrire. Les caractères qu'il s'efforçait de tracer étaient complétement illisibles. Ce désordre de l'action musculaire s'étendait aux organes de la parole. Au lieu d'articuler les mots avec la netteté qu'il leur donne aujourd'hui, il faisait entendre une sorte de bredouillement qui n'était pas cependant du bégayement. Les muscles qui servent à cette fonction n'obéissaient pas avec leur précision habituelle à l'impulsion de la volonté.

La sensibilité tactile, mesurée à l'aide d'un esthiomètre, ne nous a présenté aucune modification appréciable.

La nutrition avait profondément souffert; cet homme était maigre, son teint présentait une teinte cachectique, son visage était sillonné de rides; il avait l'aspect sénile, bien qu'il ne fût âgé que de 37 ans! Et cependant, jusqu'à l'invasion de la maladie actuelle, sa santé avait été généralement bonne; il se rappelle avoir eu une pneumonie en 1862, et en 1863 il contracta la syphilis.

Depuis deux ans, cet homme travaillait à l'étamage des glaces; il avait supporté, sans en souffrir notablement, l'action des vapeurs mercurielles; sa bouche seule avait été affectée à plusieurs reprises, lorsqu'au mois de novembre dernier, il s'aperçut que les membres supérieurs commençaient à trembler.

Le 20 du même mois, à la suite d'une vive altercation, et sans doute sous l'influence de l'émotion qu'il en ressentit, ce tremblement acquit des proportions considérables.

Il avait augmenté depuis cette époque d'une manière continue; puis il fut de nouveau atteint de stomatite avec une salivation abondante. Quand il vint à l'Hôtel-Dieu, sa bouche exhalait une odeur fétide; les gencives étaient fongueuses et recouvertes d'un exsudat pultacé; des ulcérations allongées, blafardes, bordaient les deux côtés de la langue près de sa pointe. L'appétit était nul, les digestions pénibles, la soif vive; les facultés génésiques étaient complétement abolies.

En présence de ces phénomènes, le diagnostic était facile; mais il ne suffit pas de plaquer sur un malade le nom d'une maladie, comme une étiquette que l'on placerait sur un objet d'histoire naturelle; il faut étudier les modalités de l'état morbide dans ses conditions individuelles; il faut connaître le terrain au milieu duquel la maladie évolue; il faut encore, en s'éclairant des lumières de la physiologie, chercher à connaître la nature des troubles fonctionnels qui la manifestent; et c'est en réunissant toutes ces données qu'on arrive à déterminer les indications qui doivent diriger l'action du médecin.

Je vous ai indiqué sommairement l'état constitutionnel de cet homme, ses antécédents pathologiques, il nous faut étudier maintenant le mode morbide par lequel se révélait l'action du mercure sur l'organisme. Qu'est-ce donc que le tremblement? C'est une alternative de contractions et de relâchements bornés quelquefois à un groupe de muscles, quelquefois se manifestant dans une grande partie de l'appareil locomoteur. « Cette névrose de la motilité qu'on appelle tremblement, semble être, dit Romberg, une transition entre la paralysie et la convulsion. »

Henlé a exprimé l'opinion que la contraction tonique des muscles doit être attribuée à une incitation continue et modérée de ces organes, que cette incitation doit dépendre d'une succession de stimulations assez rapide pour que l'action de l'une ne soit pas épuisée avant que l'autre commence.

« Cette théorie semblerait prouvée, dit Romberg, par ce fait, qu'un courant électro-magnétique faible, mais à intermittences très-courtes, peut déterminer la contraction continue d'un muscle après la section du nerf qui l'anime. » Il ajoute que, si les incitations émanées du centre nerveux viennent à s'espacer davantage, il y aura des alternatives de contractions et de relâchements.

Telle lui paraît être l'explication du tremblement sénile qu'on peut imiter, mais en ralentissant le mouvement giratoire de l'appareil électro-magnétique dans l'expérience indiquée plus haut.

Cette explication de Henlé est très-ingénieuse, et elle n'est pas dénuée de vraisemblance.

L'intermittence, en effet, est un caractère que l'on observe dans presque tous les actes vitaux, dans ceux surtout qui sont sous la dépendance plus immédiate du système nerveux. Les oscillations qu'on observe dans les muscles en contraction semblent témoigner en faveur de cette théorie qui suppose derrière ce phénomène des incitations intermittentes. De tous ces faits, cependant, on obtiendra, par induction, une grande somme de probabilités plutôt qu'une démonstration rigoureuse. Quant à la place qu'il faut assigner au tremblement *en nosologie*, elle me paraît bien déterminée par Romberg, si on envisage le tremblement d'une manière générale; mais nous verrons que suivant les espèces, il penche davantage tantôt du côté de la paralysie, tantôt du côté du spasme.

Ainsi, le tremblement sénile doit être attribué à un affaiblissement de l'innervation, que cet affaiblissement tienne ou non à un ralentissement d'incitations nerveuses successives, comme le veut Henlé.

Nous rangerons à côté le tremblement qui succède aux maladies graves, à celles qui dépriment profondément l'organisme, qui épuisent les forces ou qui entraînent des déperditions abondantes, comme la fièvre typhoïde à forme adynamique, les hémorrhagies, le choléra, les excès vénériens.....

Nous en rapprocherons encore ce tremblement que l'on peut appeler physiologique, et qui se manifeste quand on a tenu longtemps un membre dans la même attitude ou quand on a fait un exercice forcé; là, bien évidemment, il y a épuisement de l'innervation.

Mais l'élément spasmodique se mêle à l'élément paralytique dans cette forme de tremblement qui est un des symptômes de la maladie désignée sous le nom de *paralysis agitans*, maladie dans laquelle notre savant collègue, M. Charcot, a constaté dernièrement une sclérose de la moelle, et dans laquelle Packinson, cité par Romberg, avait déjà trouvé une induration du pont de Varole, de la moelle allongée et de la moelle cervicale. La preuve, c'est que dans la position horizontale, alors que toutes les parties du corps sont soutenues par le plan sur lequel il repose, alors que la volonté n'ordonne aucun mouvement, le tremblement persiste, assez violent quelquefois pour que les genoux s'entrechoquent et pour entretenir une insomnie opiniâtre et cruelle, qui ne permet pas au malade de se soustraire à la conscience de sa situation.

D'ailleurs, dans cette affection des contractures des extrémités, des douleurs aiguës surviennent à une période avancée. Ces symptômes notent le caractère de la maladie et prouvent qu'à côté de l'affaiblissement de l'innervation, il y a dans les centres nerveux une stimulation, une incitation anomales.

Romberg, dans son excellent livre, semble subordonner toutes les variétés du tremblement à une même théorie pathogénique que je ne crois pas applicable à tous les cas.

On peut dire d'une manière générale que l'intervention d'un élément spasmodique paraît se révéler par la persistance des mouvements oscillatoires quand les muscles sont dans la position du repos, qu'ils sont soutenus et qu'ils ne sont pas incités par la volonté.

Après être arrivé, par l'analyse de ce phénomène morbide, à distinguer ces deux variétés de tremblements, j'ai été heureux de trouver, dans les commentaires de Van Swieten, cette distinction que les auteurs modernes n'ont pas indiquée. — Il y a, dit l'illustre élève de Boheraave, deux sortes de tremblement, l'un qui se développe dans le lit et pendant le repos, malgré la volonté; l'autre qui ne se manifeste que dans le mouvement : *Duplex tremor ; homini quiescenti et jacenti in lecto, quem compescere nequit, licet velit; ... Tantum oritur dum corpus movere vult.*

Ce qu'il y a de plus curieux, c'est que Galien avait déjà établi cette division; il avait même attribué à ces deux espèces de tremblement des noms différents; il appelait le premier palpitation, παλμος, le second était le tremblement proprement dit τροπος.

Ce n'est pas là une de ces distinctions scolastiques dont les nosologistes ont tant abusé. Cette distinction a pour fondement la notion des conditions physiologiques du tremblement, et elle en éclaire les indications. Ces indications ne seront certainement pas les mêmes dans les cas où le tremblement pourra être expliqué par un affaiblissement de l'influx nerveux, où on aura affaire à cette semi-paralysie qui, pour Juncker et pour Henlé, expliquerait tous les tremblements, et dans ceux, au contraire, où l'élément spasmodique domine, qu'on pourrait regarder comme une variété de convulsion chronique, définition attribuée au tremblement en général, par MM. Monneret et Fleury, dans le *Compendium de médecine pratique*.

Chez notre malade, nous trouvons les deux éléments, mais en proportion très-inégale : l'affaiblissement de l'innervation est le caractère principal de la maladie; dans la position récumbente c'était à peine si les doigts, les pouces surtout étaient agités d'un mouvement oscillatoire; c'était dans l'accomplissement des mouvements volontaires que se produisaient ces contractions désordonnées qui rendaient la marche très-difficile et qui, plus prononcées dans les membres supérieurs, ôtaient presque entièrement au malade la faculté de s'en servir.

C'était de même lorsque le malade voulait mettre en jeu les organes de la phonation, que l'incoordination de leurs mouvements produisait et l'hésitation de la parole et une sorte de bégayement. L'affaiblissement de l'innervation se manifestait en outre pour le sentiment même du malade et pour l'abolition des facultés génésiques; les fonctions nutritives participaient à cette déchéance de l'énergie vitale. Le malade avait maigri, et sa peau présentait cette teinte pâle qu'on rencontre avec des nuances variables dans toutes les cachexies. Les indications thérapeutiques m'ont paru ressortir de cet état anémique et de l'interprétation physiologique du tremblement, en tenant compte des conditions étiologiques au milieu desquelles la maladie s'est développée.

Je devais chercher à favoriser l'élimination de l'agent to-

nique, à relever l'énergie de la fonction nutritive, à restaurer surtout l'action nerveuse, et enfin, comme indication importante, quoiqu'elle puisse paraître secondaire au premier abord, je devais guérir l'affection buccale qui rendait la mastication douloureuse, imparfaite, et s'opposait à l'accomplissement régulier de ce premier acte du travail digestif qui a souvent une si grande influence sur les autres.

Je prescrivis les bains sulfureux, qui stimulent les fonctions de la peau, exercent une action tonique très-puissante sur l'ensemble du système, et qui semblent également, sinon neutraliser, du moins modérer l'action du mercure sur l'organisme. Ainsi, c'est un fait d'expérience dans les stations sulfuro-thermales, que certains malades affectés de syphilis, qui n'avaient jamais pu supporter les mercuriaux, en ont fait usage non-seulement sans inconvénient, mais avec avantage pendant qu'ils étaient soumis à la cure sulfureuse. Pour relever la nutrition, je fis prendre en même temps des amers et du quinquina. La stomatite, qui après avoir diminué avait subi une recrudescence, fut combattue par l'emploi d'un gargarisme avec la décoction de pavots et le chlorate de soude; l'opium, associé au modificateur de la muqueuse buccale, avait le double avantage de modérer la douleur dont elle était le siége et de diminuer l'hypersécrétion salivaire.

Pour en finir avec cette complication, je dirai qu'après avoir trouvé la maladie rebelle à cette médication topique employée en collutoire, je recommandai au malade de maintenir, entre les joues et les arcades dentaires, des bourdonnets de charpie trempés dans cette solution; il prit à l'intérieur, chaque jour, plusieurs grammes de chlorate de soude. L'état des gencives se modifia très-rapidement, mais les ulcérations de la langue résistant, je les fis toucher avec de la teinture d'iode, ce qui en compléta la guérison.

Cependant la santé générale s'était améliorée; le tremblement avait diminué d'une manière sensible, quoiqu'il restât encore très-prononcé. Le malade pouvait manger seul, mais les mouvements des mains étaient encore très-oscillants; il marchait difficilement; son écriture était tremblée, peu lisible; le sens génital ne s'était pas réveillé. Cet état demeura stationnaire, malgré la persévérance dans l'emploi des moyens indiqués plus haut. Se sentant incapable de se livrer à aucun travail, le malade tomba dans le découragement et essaya d'attenter à ses jours. Dans ces conditions, convaincu que l'affaiblissement de l'innervation dominait l'état morbide, j'eus l'idée de recourir à un médicament qui a été préconisé, il y a longtemps déjà, dans les affections paralytiques et dans toutes les maladies qui débilitent profondément le système nerveux, et qui, après avoir été abandonné, a été essayé de nouveau dans ces derniers temps; je veux parler du phosphore.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MÉTRITE CHRONIQUE

avec engorgement du tissu cellulaire péri-utérin et des ligaments larges, durant la grossesse. — Applications réitérées de sangsues sur le col. — Guérison.

Par M. le Dr Clément Ollivier (de Tours.)

Il y a une dizaine d'années, je crois, M. le docteur Bardinet, de Limoges, publia plusieurs faits tendant à prouver l'opportunité des cautérisations du col de l'utérus dans les commencements de grossesse, alors que cet organe offrait des ulcérations, et l'innocuité de ces cautérisations.

Mais bien avant cette époque, et dès 1840, j'avais été à même de constater l'innocuité des émissions sanguines elles-mêmes sur le col de l'utérus lors de l'engorgement de cet organe, et dans une brochure publiée en 1847, je rapportais comment j'avais été amené à constater cette innocuité. (*Supériorité des émissions sanguines directes dans le traitement des affections utérines.* 6e observation.)

Depuis cette époque, j'ai l'intime conviction et la satisfaction d'avoir empêché bien des fausses couches par cette méthode qui détruisait l'état inflammatoire de l'utérus tendant à se débarrasser du produit de la conception.

C'est donc guidé par l'expérience de près de trente années, après trente-trois d'exercice, que j'ai été amené à agir comme je l'ai fait dans l'observation suivante :

Vers la fin d'avril dernier, je fus demandé chez un de mes voisins, mécanicien, à Tours, pour y donner des soins à une jeune femme qui, depuis plusieurs années, malade à la suite d'une couche, avait été engagée à réclamer mes soins.

Je trouvai cette malade jaune, débilitée par la longueur de la maladie, ayant des nausées, avec absence des règles depuis six semaines et des ténesmes utérins très-douloureux.

Le ventre, très-distendu, était douloureux au toucher; le palper hypogastrique, très-douloureux, offrait un engorgement formant une tumeur remplissant tout le bassin. Le côté gauche, plus volumineux, était aussi plus douloureux, ce que j'attribuai à l'arrêt des matières fécales dans l'S iliaque du colon, la malade étant habituellement constipée.

Le toucher vaginal m'offrit un engorgement dur, bosselé, du col utérin et de l'utérus lui-même, formant une seule masse avec les parties engorgées du bassin, le tout très-douloureux à la pression digitale et hypogastrique, mais la douleur se manifestant surtout à gauche.

Je diagnostiquai une métrite chronique avec engorgement du tissu cellulaire péri-utérin et des ligaments larges. Mais j'annonçai comme probable une grossesse menaçant de se terminer par une fausse couche.

J'ordonnai donc des lavements (quart de lavement laudanisé), mais le lendemain la malade n'ayant éprouvé aucun soulagement, je proposai l'application de deux sangsues sur le col utérin.

Cette application de sangsues a donné un peu de calme à la malade, et le tube intestinal ayant été débarrassé au moyen d'un laxatif, je procédai à un nouvel examen après lequel j'annonçai positivement la possibilité d'une grossesse, en raison de ce que si le col utérin était dur, enflammé et douloureux, ainsi que le tissu cellulaire péri-utérin et les ligaments larges, le corps de l'utérus ne partageait ni cette densité des tissus qui caractérise l'inflammation chronique ou l'engorgement, ni la sensibilité de ses annexes.

Il fut donc convenu que l'on suspendrait les applications de sangsues en continuant les bains de siége, les calmants, les cataplasmes sur le ventre, et que l'on attendrait la prochaine époque menstruelle, la malade se refusant à se croire enceinte, et disant qu'elle était souvent trois mois sans rien voir, ce que son teint, sa complexion débile permettaient de croire.

Enfin, vers le 18 novembre, les règles n'étant point revenues et les douleurs utérines devenant intolérables, il fut convenu que les émissions sanguines seraient reprises; et après six semaines de traitement, pendant lesquelles neuf applications de deux petites sangsues furent faites, tantôt sur un point douloureux perçu à travers le cul-de-sac vaginal, tantôt sur un autre, la malade se trouva débarrassée de toute sensation douloureuse par les touchers vaginal et hypogastrique, et resta persuadée de sa grossesse.

A dater de cette époque, je cessai de voir la malade comme médecin, l'apercevant chaque jour vaquer à ses petites occupations du ménage. Elle est aujourd'hui sur le huitième mois de sa grossesse, qui se serait très-probablement terminée par un avortement sans mon intervention.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 21 avril 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Delongeon sur une épidémie de scarlatine et de suette à Savonnière (Indre-et-Loire).

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1867, dans les départements de la Meurthe, de la Haute-Saône, du Gard, de la Côte-d'Or, des Alpes-Maritimes et des arrondissements de Châteaulin, de Quimper, de Quimperlé (Comm. des épidémies).

3° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Vichy, par M. le docteur Alquié; de Forgès (Seine-Inférieure), par M. le docteur Caulet; d'Alet (Aude), par M. le docteur Rouget-Rieutord. (Com. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le professeur Piorry, qui offre de se joindre à la députation chargée d'assister à l'inauguration de la statue de Laënnec.

2° Une note supplémentaire de M. le docteur Bergot sur l'état sanitaire de la maison centrale de Lambessa (Algérie).

3° Un mémoire sur les eaux de Rochefort, par M. le docteur Roux, professeur à l'École de médecine navale.

4° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Tavignot (accepté).

M. le Président annonce que MM. Bardinet (de Limoges) et Lecadre (du Havre) assistent à la séance.

M. le Président annonce, en outre, la mort de MM. Oudet et Girardin, deux des doyens d'âge de l'Académie.

M. le Secrétaire annuel ajoute qu'une députation de l'Académie assistait aux obsèques de M. Oudet, mais que, conformément à ses dernières volontés, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe. Quant à M. Girardin, il est mort âgé de 79 ans à Mardière, près Pont-à-Mousson, où il vivait retiré depuis longtemps.

Communication sur la pustule maligne.

M. Broca, qui a pris le service chirurgical de la Pitié depuis quelques mois, a eu l'occasion d'observer deux cas de pustules malignes qui lui paraissent offrir un certain intérêt au point de vue de la contagion. Les deux pustules étaient situées sur l'apophyse mastoïde et affectaient deux ouvriers employés à la Halle aux cuirs. Dans les deux cas, le diagnostic a été porté par M. Broca au moment de l'entrée des malades à l'hôpital. Des cautérisations ont été pratiquées à plusieurs reprises par M. Broca et les internes de service. Des deux malades, l'un est mort, et l'autre est guéri.

Frappé de l'identité du siége de la maladie, M. Broca a voulu se rendre compte de la façon dont les ouvriers portent les peaux; il a vu qu'ils jettent d'abord une des peaux sur l'épaule gauche, puis une autre sur l'épaule droite et ainsi de suite, de manière que les extrémités de ces peaux se croisent par derrière et que les bords viennent appuyer sur le cou de l'ouvrier. Ce sont ces bords, quelquefois tranchants qui, entamant le tégument cutané, produisent l'inoculation. Le directeur de l'hôpital, consulté par M. Broca, lui a affirmé qu'il avait fréquemment vu des pustules à cette place; en conséquence, M. Broca demande s'il ne serait pas convenable, par une circulaire distribuée dans les ateliers de mégisserie, d'indiquer aux patrons et aux ouvriers quelques mesures de précautions contre ces accidents possibles, telles qu'une sorte de collier contre lequel viendraient appuyer les peaux que l'on transporte. On jugera de l'importance de ces mesures quand on saura qu'il s'agit ici d'une population spéciale qui s'élève à près de 6,000 individus.

M. Gosselin a passé cinq années à la Pitié; il considère les deux faits de M. Broca comme tout à fait exceptionnels. Ceux qu'il a observés siégeaient, un au bras, un autre à la face dorsale du pied, deux à la région temporale et le cinquième sur la main. M. Gosselin rappelle que, dans le rapport qu'il a présenté sur un travail de M. Gallard, il a admis la possibilité de la pustule maligne spontanée, et il regrette que M. Broca ne puisse pas donner de renseignements précis sur les peaux maniées par ces malades. En conséquence, il ne voit pas la nécessité du collier proposé par son collègue.

M. Vernois fait observer que tous les cas de pustules malignes observés à Paris sont renvoyés au Conseil de salubrité, et depuis quinze ans qu'il fait partie de ce Conseil, il a observé que aucune pustule ne siégeait dans la région indiquée par M. Broca. Toutes étaient placées sur les mains, la poitrine, les bras ou les pieds.

M. Larrey propose d'adresser la demande de M. Broca à M. le Préfet de police, pour la communiquer officiellement au Conseil d'hygiène publique.

M. Cloquet ne croit pas à la spontanéité de la pustule maligne, et il appuie son opinion sur un assez grand nombre de faits observés par lui durant sa longue pratique et dans lesquels la maladie siégeait toujours sur les parties du corps exposées.

M. Reynal n'a pas pu prendre part à la discussion soulevée, il y a deux ans, par le rapport de M. Gosselin. Il tient à dire qu'il a été établi par MM. les docteurs Guipon et Raimbert que la pustule maligne n'était jamais observée chez l'homme que dans les localités où règne la fièvre charbonneuse chez les animaux.

M. Gallard croyait que la pustule avait été observée dans les localités où ne régnait pas le charbon. C'était une erreur. Les vétérinaires de ces localités, déclarées indemnes par M. Gallard, avaient, au contraire, constaté d'assez nombreuses fièvres charbonneuses chez les animaux. M. Reynal ajoute que la thèse de la spontanéité de la pustule maligne ne lui paraît pas soutenable, non plus que la proposition relative à la parenté de cette affection avec l'anthrax et l'érysipèle phlycténoïde. Les liquides de l'anthrax, inoculés, n'ont rien produit. M. Reynal voudrait que, à l'avenir, on examinât au microscope le sang des individus atteints de pustules afin de voir, d'après l'existence ou la non-existence de bactéries dans ce liquide, si l'on a affaire à des pustules malignes vraies ou fausses.

M. Depaul s'étonne que M. Gosselin se soit laissé aller à soutenir une opinion aussi contestable que celle de la spontanéité de la pustule maligne. Ils ont été, l'un et l'autre, internes de Lisfranc, et le chirurgien de la Pitié faisait chaque année des leçons dans lesquelles il insistait tout particulièrement sur ce fait que la pustule maligne siégeait toujours sur les parties découvertes, telles que les mains, les pieds nus ou dans des sabots qui les blessent, sur la poitrine, sur le visage et sur les paupières. Les vétérinaires, les bouchers, tous les hommes qui approchent des animaux et qui en manient les dépouilles sont unanimes à reconnaître la nature contagieuse de la maladie. Les mouches, dont on s'est tant moqué, exercent une influence malheureusement très-réelle sur le transport de la maladie. M. Depaul croit que M. Gosselin sera seul de son avis parmi les chirurgiens, et il regarde la croyance à la spontanéité de la pustule maligne comme une hérésie chirurgicale.

M. Chauffard déclare qu'il n'est pas possible que la pustule maligne soit spontanée, puisque les récentes recherches de M. Davaine l'ont rangée parmi les maladies parasitaires.

M. Broca répond à M. Vernois qu'il n'a jamais prétendu imposer le carcan aux ouvriers mégissiers. Les vieux ouvriers ne négligent jamais la précaution de recouvrir leur tête et leurs épaules avec un sac. Il répond à M. Gosselin qu'à l'inspection des peaux on ne pourrait pas reconnaître si les animaux étaient ou non charbonneux. Un des arguments les plus convainquants, c'est qu'à Paris où il n'y a pas de taons, on n'observe ces pustules que chez des individus qui touchent directement à des peaux d'animaux. M. Broca termine en appuyant la proposition de M. Larrey.

M. Gosselin dit qu'il n'a jamais nié la contagion de la pustule maligne. Un grand nombre d'observations prises par M. Gallard tendent à démontrer qu'à côté de la pustule maligne vraie, provenant de l'inoculation du charbon, il se développe quelquefois chez l'homme, d'une manière spontanée, des pustules malignes fausses, dans lesquelles on ne trouverait probablement pas de bactéries.

M. Ricord constate d'abord avec plaisir que, depuis la dernière discussion, M. Gosselin avait fait de grandes concessions, et qu'à l'époque de son rapport, il était plus absolu dans son opinion, puis il rappelle l'exemple qu'il a cité, il y a deux ans, de deux malades.

Il s'agissait d'un corroyeur entré à l'hôpital avec une pustule maligne du scrotum; il fut placé un jour dans le lit de son voisin pendant qu'on faisait le sien, et le voisin eut à son tour une pustule maligne au scrotum. M. Gosselin se montre trop exigeant quand il demande toujours les preuves de la contagion. Il en est de même pour les pustules malignes que pour la syphilis, où on conclut toujours à la contagion sans pour cela pouvoir remonter à la source de cette contagion.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE.

M. Pidoux. Ce n'est pas pour rentrer dans la discussion que j'ai demandé la parole, au contraire, car c'est pour persister dans mon dessein formel de porter devant l'Académie une discussion aussi approfondie que possible sur la question des phthisies modifiées par d'autres maladies générales, question que M. Hardy a reprise dans le discours important que j'ai été involontairement privé d'entendre.

Cette discussion est devenue nécessaire, j'y tiens plus que jamais, et je la provoquerai spontanément plus tard comme je l'ai déjà fait ici il y a deux mois. Si j'ajourne, c'est que, pour plusieurs raisons, la discussion dont il s'agit est vraiment impossible en ce moment.

D'abord, les débats sur la question principale qui occupe l'Académie depuis près de six mois, la question de l'inoculabilité du tubercule aux animaux, ne sont pas encore terminés. De plus, la question des variétés de la phthisie, selon ses origines et ses associations, question que j'ai soulevée ici le premier, a elle-même la valeur d'une question principale; et il est impossible qu'on la traite sans toucher à toute la pathologie des maladies chroniques. M. Hardy lui-même vous l'a bien prouvé en évoquant à son occasion l'éternel parallèle de la goutte et du rhumatisme, et le sujet, plus important qu'on ne croit, de l'herpétisme considéré non-seulement en lui-même, mais dans ses rapports, d'une part avec la scrofule, d'autre part avec les maladies chroniques, ultimes ou organiques.

Je me serais donc entièrement abstenu jusqu'au jour de cette grave discussion, si je n'avais craint qu'elle ne s'ouvrît plus tard, sur un préjugé de mes adversaires et sur une fausse impression du public et de l'Académie.

Je m'explique.

On m'attribue beaucoup trop généralement l'opinion que les maladies chroniques que j'appelle capitales ou initiales, l'arthritisme, la scrofule, la syphilis, puis l'herpétisme engendrent directement et né-

cessairement la tuberculose, et que celle-ci n'est par exemple que la dernière période de la goutte, à peu près comme les accidents tertiaires de la syphilis dérivent, avec ou sans intermédiaire, des accidents primitifs; et qu'il y a, par conséquent, une tuberculose goutteuse, une phthisie herpétique dans le sens où il y a une périostose syphilitique, un engorgement splénique paludéen, une cachexie saturnine. Ce serait absurde; mais permettez-moi d'ajouter qu'il ne l'est pas moins de me prêter une pareille pensée.

Ma pensée réelle, la voici :

1° Lorsque certaines maladies constitutionnelles s'affaiblissent, perdent la vigueur de leurs caractères natifs et dégénèrent chez les individus qui en sont affectés et surtout chez leurs descendants, cette usure et cette dégénération préparent le terrain aux maladies organiques et en particulier à la phthisie tuberculeuse.

2° Lorsque la tuberculose pulmonaire se développe dans des organismes spécialement préparés par ces maladies et surtout en présence de leurs reliquats, je veux dire de leurs manifestations encore plus ou moins vivaces, elle rencontre une résistance ou antagonisme qui en modifient singulièrement la marche, les formes, le pronostic et la cure, et qui produisent en définitive les variétés les plus intéressantes et les moins incurables de la phthisie.

Voilà pourquoi dans le traitement de ces variétés de phthisie j'évite de traiter les maladies antagonistes concomitantes et de les atténuer. Bien au contraire, je les excite dans un but thérapeutique. Il en résulte que quand je dis phthisie arthéritique, phthisie herpétique, phthisie scrofuleuse, etc., cela signifie si peu que ces phthisies sont à mes yeux spécifiquement issues de la goutte, de l'herpétisme, qu'au contraire, je regarde ces dernières maladies comme exclusives de la tuberculose; mais quand elles sont dans toute la vigueur et toute la franchise de leur nature. Seulement j'ajoute que quand elles dégénèrent et se transforment, elles laissent trop souvent derrière elles une faiblesse et une perversion de la nutrition, qui favorisent la pullulation du tubercule, et qu'il résulte de cette combinaison des phthisies différentes, à plusieurs égards, de celles qui sont le produit ou d'une diathèse tuberculeuse évidente, ou d'une hérédité positive, ou de la misère, ou de toutes les influences externes dépressives et épuisantes qui déterminent les phthisies vulgaires et sans contrepoids.

M. Guéneau de Mussy et M. Hardy lui-même ne nient pas le fait, ils l'expliquent autrement. Ceci est à revoir. Mais je m'étonne que M. Hardy, qui admet l'antagonisme entre la goutte et la phthisie, ne l'admette pas également entre l'herpétisme et la phthisie. Ces cas sont pourtant très-nombreux, surtout lorsque l'herpétisme se manifeste sous ses formes viscérales si multiples. Je ne désespère pas d'amener M. Hardy à mon opinion sur ce point. En reconnaissant que l'herpétisme n'a pas la peau pour limites, il a fait un grand pas dont je le félicite. Cela devrait l'acheminer vers le grand principe des métamorphoses ou des modifications que les maladies chroniques subissent à travers les âges et dans les générations.

M. Pidoux termine en disant un mot d'une autre erreur qu'on se plaît à lui imputer. Il s'agit de l'identité ou de la différence de la goutte et du rhumatisme. Je me suis toujours tenu, dit-il, également éloigné de ceux qui confondent ces deux maladies et de ceux qui les séparent spécifiquement et radicalement. Les caractères différentiels de la goutte et du rhumatisme sautent aux yeux. Les caractères sur lesquels repose la parenté de ces deux maladies sont moins extérieurs, plus profonds, plus intimes, ne se laissent pas voir si facilement; mais ils n'en sont pas moins réels. J'essayerai de le démontrer lorsque le moment sera venu de reprendre ici ces belles études.

Quoi qu'il en soit, tous ces sujets collatéraux qui se lèvent à l'occasion de la phthisie prouvent que cette grande maladie a des rapports avec beaucoup d'autres affections chroniques, constitutionnelles, héréditaires. Je crois que cela sera prouvé de plus en plus, et que ce fait nuira beaucoup à l'idée de virulence et de spécificité de la tuberculose.

M. Bouillaud demande à être inscrit pour prendre la parole sur la question dans l'une des prochaines séances.

PRÉSENTATION.

M. Denonvilliers présente à l'Académie un malade adulte sur lequel il a pratiqué l'opération du phimosis d'après le procédé que M. Nélaton a exposé récemment dans la *Gazette des Hôpitaux*. (Nous reviendrons incessamment sur ce fait.)

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Demarquay au nom de la section de pathologie chirurgicale sur les candidats à la place vacante dans cette section.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 8 avril 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— M. Verneuil présente de la part de M. le docteur Hurel, des Andelys (Eure), le complément d'une observation présentée autrefois à la Société par notre regrettable confrère Laborie, dans la séance du 29 août 1866.

Il s'agissait d'une tumeur du testicule, que M. Verneuil avait refusé d'opérer, croyant avoir affaire à un sarcocèle incurable. M. Laborie fit l'opération, et, d'après l'examen microscopique, pensa qu'il ne s'agissait pas d'un cancer, mais bien de tubercules.

M. Verneuil demanda que le malade fût suivi : il l'a été en effet. Opéré au mois de juillet 1866 et sorti guéri en apparence, il rentra à l'asile le 14 décembre et mourut le 27 février 1867, avec des masses cancéreuses dans le foie.

— M. Verneuil offre à la Société de chirurgie, de la part de M. Giambatista Borelli, un volume intitulé : *Raccolta di osservazioni clinico-pathologice*, vol. II, 1854-1867.

Ce volume traite des matières les plus variées : il renferme, entre autres, la série des mémoires manuscrits présentés à la Société de chirurgie en décembre 1867, par M. Verneuil, sur la *Taille médiane*, la *Dilatation de l'urèthre*, l'*Extraction des calculs chez la femme, sans opération sanglante;* l'*Amputation de la jambe*, la *Section sous-cutanée du muscle carré pronateur*, la *Cure radicale des hernies*, l'*Extraction des polypes naso-pharyngiens*, et les *Moyens propres à dominer la mortalité après les grandes opérations chirurgicales.*

On y trouve une observation intéressante de *ténotomie sous-cutanée de l'anneau inguinal, pour la cure radicale de la hernie du même nom.*

Les faits contenus dans ce second volume soutiennent dignement la réputation que s'est faite M. Borelli comme chirurgien habile et instruit; ils témoignent également de l'ingéniosité de son esprit.

M. Verneuil communique, de la part de M. Louis Thomas (de Tours), une observation intitulée :

Fracture du tibia chez un sujet syphilitique. — Apparition de tumeurs gommeuses autour de la fracture. — Traitement ioduré. — Guérison.

M. Legouest communique une observation de *luxation du tendon du biceps brachial*, adressée par M. Fleury (de Clermont), membre correspondant.

Déplacement du tendon de la longue portion du biceps brachial provoqué par une extension brusque du bras,

Par M. Fleury, *chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont.*

Un officier, âgé de cinquante-huit ans, grand et fortement constitué, montait un cheval ombrageux qui eut peur et s'emporta.

La bride se casse et, dans un bond que fait l'animal, la fausse rêne est portée sur sa tête.

M. X... allonge fortement le bras et parvient à la saisir; il peut ainsi maîtriser son cheval et l'arrêter.

L'engourdissement qu'il éprouve dans tout le membre le force bientôt à mettre pied à terre. Il veut regagner son domicile à pied, mais les douleurs qu'il ressent sont tellement vives qu'il est forcé de monter en voiture pour rentrer chez lui.

Je trouve le malade au lit; la pâleur de son visage indique une souffrance extrême. Les douleurs, me dit-il, ne sont cependant pas très-vives, mais elles lui *portent au cœur* et lui font craindre à chaque instant une syncope.

Dans les mouvements qu'il exécute pour changer de position, la main gauche soutient le coude, et ce n'est qu'avec la plus grande peine qu'il parvient à s'asseoir sur le bord de son matelas.

La pression exercée sur le membre est peu douloureuse; la saillie de l'épaule, la position du bras, la facilité avec laquelle on le rapproche du tronc, ne me laissent aucun doute sur l'état de l'articulation; il n'y a pas de luxation.

J'imprime à l'extrémité inférieure du bras un mouvement de rotation qui se transmet avec facilité à la main qui appuie sur le deltoïde. L'élévation et l'abaissement de l'humérus peuvent être exécutés sans douleur; cet os n'est donc pas brisé, mais un craquement se fait entendre autour de l'articulation, il est sec, rude et analogue à la crépitation que l'on perçoit lorsque l'on frotte deux surfaces osseuses.

Je crus à une fracture en un point quelconque, mais en soulevant le bras pour mettre le deltoïde dans le relâchement, le malade éprouve un soulagement instantané; toute trace de crépitation a disparu, les mouvements s'exécutent sans douleur, l'avant-bras qui était fléchi sur le bras peut être allongé; la guérison paraît complète.

Un changement aussi prompt ne se manifeste, en général, qu'après la réduction d'une luxation. Dans une fracture, si on met les deux fragments en contact, la douleur diminue mais ne disparaît pas aussi complétement. Évidemment un organe a repris sa place, je suppose que ce ne peut être que le tendon de la longue portion du biceps, sorti de sa gaîne ostéo-fibreuse dans le mouvement exagéré d'extension qu'a fait le blessé pour saisir la bride de son cheval. La douleur est en effet localisée maintenant à la partie supérieure et antérieure du bras.

Je conseille l'application de compresses imbibées d'un liquide résolutif et l'immobilité du membre.

Le lendemain l'amélioration persistait, les mouvements avaient repris toute leur étendue.

Que serait-il arrivé si le tendon n'eût pas repris sa place? Encore quelques heures, et du gonflement serait survenu, les douleurs auraient augmenté, les mouvements seraient devenus plus difficiles et on eut pu s'arrêter à l'idée d'une fracture de l'omoplate puisque la clavicule et l'humérus avaient conservé leur intégrité.

Probablement, à la longue, le tendon du biceps se serait creusé une nouvelle cavité et les mouvements auraient fini par s'exécuter; mais au bout de combien de temps? Peut-être même les mouvements ne se seraient-ils jamais rétablis complétement si le tendon eût adhéré à l'humérus. Les auteurs que j'ai consultés parlent bien de la rupture du biceps, mais ils ne disent rien de son déplacement.

M. Legouest, à la prière de M. Fleury, invite ses collègues à rapporter les faits analogues qu'ils auraient observés. Pour lui, sans affirmer l'existence de la luxation du tendon de la longue portion du biceps dans le cas précédent, il est porté à l'admettre. Il a vu, en effet, dans le cours de sa pratique, quelques luxations des tendons : notamment une luxation du tendon de l'un des péroniers sur la malléole externe, et une luxation de l'extenseur propre de l'indicateur en dedans de la tête du deuxième métacarpien.

Dans le premier cas, la luxation consécutive à une entorse du pied se produisait et se réduisait à volonté, en donnant lieu à un craquement très-manifeste. Dans le second, survenu à la suite d'une coupure, la luxation permanente dans l'extension du doigt se réduisait spontanément dans la flexion.

M. Cloquet. Ces accidents sont rares. J'ai connu un individu qui pouvait, à volonté, produire la luxation en dedans ou en dehors du tendon du biceps.

M. Chassaignac. Il est assez difficile d'admettre un déplacement de la longue portion du biceps sans déplacement de la tête de l'humérus. Ce tendon n'est jamais luxé que lorsqu'il y a en même temps une luxation de l'os.

COMMUNICATION.

M. Tillaux communique l'observation suivante :

Plaie non pénétrante du cœur; plaie des deux poumons. — Séjour d'une tige métallique longue de 16 centimètres, large de 2 millimètres, pendant treize mois dans la cavité thoracique.

(Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 21 avril.)

DISCUSSION.

M. Dolbeau. On ne peut appeler le corps étranger, que nous présente M. Tillaux, une tige de fer : c'est une aiguille. Dans la thèse de Jamain, sont rapportés plusieurs faits analogues.

Je pense que l'on aurait dû extraire le corps étranger, car il y avait tout lieu de supposer qu'il était dans les parois du cœur.

M. Després. Il y a huit jours, on a présenté à la Société anatomique un cœur recueilli sur une vieille femme de la Salpêtrière. La paroi antérieure du cœur et l'un des ventricules étaient traversés par une grosse aiguille à repriser. La malade n'avait jamais ressenti de symptômes susceptibles de faire soupçonner la présence de ce corps étranger.

M. Chassaignac. On ne peut formuler une opinion générale sur la conduite à tenir dans les cas du genre de celui qui nous est présenté par M. Tillaux. Cependant, dans un cas semblable, je serais porté à me rallier à l'opinion des chirurgiens qui veulent qu'on enlève le corps étranger.

Autrefois, j'ai fait de nombreuses expériences sur les chiens, pour étudier les plaies du cœur. Pour produire ces plaies, je me servais d'une sonde cannelée aiguisée. Une partie des animaux périssait rapidement; les autres se rétablissaient. Quand les animaux périssaient rapidement, ce n'était pas parce que l'instrument avait pénétré dans l'intérieur des ventricules, mais parce qu'il y avait eu une piqûre, quelquefois très-petite, qui avait intéressé l'aorte.

Dans le cas très-intéressant qui vient de nous être présenté, je crois que l'on aurait évité les accidents si l'on avait retiré la tige métallique.

M. Cloquet. Ce qu'il faut remarquer dans ce fait, c'est l'absence de tout phénomène inflammatoire. Les corps métalliques ont peu la propriété de déterminer l'inflammation dans les tissus où ils sont placés. Lorsque j'étais chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, j'ai fait des milliers d'acupunctures et je n'ai jamais observé d'accidents. Je laissais les aiguilles en place pendant douze et quinze jours.

J'ai pu observer, dans le cours de ces expériences, un phénomène très-singulier : il se produisait, dans tous les cas d'acupuncture sur le vivant, une oxydation, d'aspect variable d'ailleurs, du corps métallique. Après la mort, ayant placé les membres dans un bain à 37 degrés, je n'ai jamais observé l'oxydation de l'aiguille que j'enfonçais dans les tissus et que je laissais en place pendant deux et trois jours.

La présence des corps métalliques est parfaitement supportée par presque tous les tissus. Des aiguilles assez volumineuses peuvent être enfoncées dans les vaisseaux sans déterminer d'hémorrhagie; elles ne font qu'écarter les tissus.

M. Liégeois. Les corps métalliques ne sont pas, pour les muscles, des excitants directs, même pour les muscles à type rythmique. Quelquefois, on voit des spasmes survenir à la suite de l'irritation d'un muscle à l'aide d'un corps métallique, mais c'est en vertu d'une action réflexe. Dans les expériences sur le cœur, lorsqu'on enfonce une aiguille dans l'épaisseur de cet organe pour étudier ses battements, ceux-ci ne sont ni interrompus, ni irréguliers.

M. Tillaux. Je reconnais volontiers que le malade aurait pu vivre, si la tige métallique qui traversait le cœur avait été enlevée; mais je n'avais aucune notion précise sur le volume et la longueur de ce corps étranger, parce que son extrémité externe était cachée dans l'épaisseur des tissus.

M. Broca. On trouve dans les *Bulletins de la Société anatomique* une observation analogue, mais plus remarquable encore que celle-ci. Ce fait joue un rôle important dans l'histoire des embolies.

Un individu entra dans le service de M. Laugier, pour se faire traiter d'une gangrène sénile. Au bout de six mois le malade mourut, et à l'autopsie on trouva une grande aiguille à matelas qui traversait le ventricule gauche, tout près de l'orifice auriculo-ventriculaire. Elle était là depuis un temps plus long que six mois, mais que l'on ne pouvait déterminer. La gangrène qui avait emporté le malade était la conséquence du déplacement de caillots qui se formaient autour de l'aiguille. M. Pierre, aujourd'hui chirurgien à Autun, présenta la pièce à la Société anatomique et fit voir que l'on pouvait mettre en rapport les deux bouts d'un caillot fracturé (l'un des bouts siégeant dans le cœur, l'autre bout dans l'artère du membre gangrené).

Je ne puis complétement accepter les idées de M. Cloquet relatives à l'innocuité des corps métalliques. On introduit généralement, sans produire d'accidents, des aiguilles à acupuncture dans des anévrismes; cependant on peut, dans ces cas, voir survenir des hémorrhagies. On les observe bien plus fréquemment encore à la suite de la galvano-puncture. En 1837, un chirurgien introduisit dans une tumeur anévrismale énorme cinquante aiguilles à acupuncture; quand on les retira, il y eut cinquante hémorrhagies.

Les faits de ce genre prouvent qu'il ne faut pas être aussi explicite que M. Cloquet.

M. Cloquet a dit que les corps métalliques présentaient une innocuité particulière. Cela est vrai, mais les autres corps étrangers peuvent aussi être très-innocents. J'ai vu sortir de la cuisse d'un de mes camarades de collége une écharde de bois d'au moins 4 centimètres de long. Comment avait-elle été introduite dans l'épaisseur des tissus? Le patient ne pouvait donner sur ce point aucun renseignement. Un petit bouton apparut sur la cuisse, fut incisé, et à l'aide d'une pince, on put extraire le corps étranger.

M. Cloquet. Je répondrai à M. Broca que l'introduction d'aiguilles dans les tissus est très-différente, suivant que l'on a affaire à des parties saines ou malades. Dans le cas de galvano-puncture, les conditions sont encore singulièrement modifiées par suite de l'intervention d'un courant électrique.

M. Lefort. J'ai lu, dans un journal anglais, que l'on avait proposé l'acupuncture pour guérir les anévrismes de la crosse de l'aorte. Dans deux cas, on a introduit douze à quinze aiguilles. La mort est survenue rapidement. Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie, mais il s'était formé, autour des aiguilles, des caillots qui s'étaient déplacés avec une très-grande facilité.

A quatre heures trois quarts, la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire : Dr Léon Labbé.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

77. Piquand (Théodore). Influence de la syphilis des générateurs sur la grossesse. Traitement par les injections hypodermiques.

78. Mossel (André). Essai sur la Vératrine.
79. Français (Élysée). Du Frisson dans l'état puerpéral.
80. De Minteguiaga. Essai sur la Séméiologie des crachats, considérée surtout au point de vue microscopique.
81. Marchesi (Jean). Étude sur les plaies pénétrantes des articulations.
82. Combes (Émile). Considérations contre l'Hérédité des maladies.
83. Lemaire (Alphonse). De la Pleurésie aiguë dans l'enfance.
84. Carit (Adolphe). Aperçu de l'Ovariotomie.
85. Ancel (Louis). Des Ongles au point de vue anatomique, physiologique et pathologique.
86. Rousseau (Georges). Essai sur le Glaucome.
87. Vignes-Villars (Louis). Étude sur les bruits musicaux perçus à l'auscultation de la région cardiaque.
88. Brémard (Paul). Étude sur les tumeurs adénoïdes de la mamelle.
89. Lemoisne (Paul). Notes sur l'étiologie, la prophylaxie et l'hygiène de la Dysentérie des pays chauds.
90. Suquet (Eugène). De la Blennorrhagie dans ses rapports avec les accidents rhumatismaux.
91. Chambay (Albert). Du Sarcocèle syphilitique.
92. Renault (Charles). La Syphilis au quinzième siècle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous nous sommes abstenus, jusqu'ici, d'entretenir nos lecteurs de tout le bruit qui s'est fait, depuis quelque temps, autour de l'École de médecine de Paris, cela pour plusieurs raisons : la première, — qui pourrait nous dispenser de toute autre, — parce que nous n'aurions pu en parler sans faire intervenir un des grands corps de l'État et sans toucher à des questions que la loi nous interdit d'aborder; la seconde, parce que tout ce bruit nous a paru, en réalité, assez inopportun. Cependant les choses ont été assez loin pour que la Faculté de médecine ait dû s'en émouvoir. Nous apprenons aujourd'hui que son organe naturel, M. le Doyen, a adressé au Ministre de l'Instruction publique une lettre qui a pour objet d'exposer, dans toute leur vérité, les faits qui se sont passés à la Faculté, et de défendre, contre d'injustes imputations, l'enseignement qui y est donné en son nom. Nous espérons que cette lettre recevra la publicité qui lui est due, et qu'il nous sera permis, après qu'elle aura eu son cours administratif régulier, de la mettre sous les yeux de nos lecteurs.

— Samedi dernier a eu lieu à la Sorbonne, sous la présidence de M. le ministre de l'instruction publique, la distribution des récompenses aux Sociétés savantes des départements. Dans le discours qui a ouvert la séance, le ministre a donné l'assurance qu'un nouvel essor allait être donné à l'enseignement supérieur, que le budget de la science serait augmenté, que des laboratoires de recherches et des laboratoires d'enseignement seraient créés, des missions instituées pour les jeunes savants, enfin que la position des professeurs du haut enseignement serait améliorée. La lecture des rapports sur les mémoires et les travaux envoyés au concours de 1867 a été suivie de la proclamation des noms des lauréats. Voici les noms de ceux de nos confrères qui ont obtenu des médailles pour des travaux relatifs aux sciences médicales et physiologiques ou aux sciences naturelles :

Médaille d'or : M. Martins, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, pour ses travaux relatifs à la physique du globe. — M. Chauveau, de Lyon, pour ses recherches expérimentales sur la vaccine et la variole.

Médailles d'argent : MM. Estor et Saint-Pierre, agrégés de la Faculté de Montpellier, pour leurs travaux de physiologie sur le sang.

— Dimanche a eu lieu, sous la présidence de M. le docteur Cazeneuve, de Lille, l'assemblée générale des délégués de l'Association générale des médecins de France et des membres de la Société centrale. La réunion était très-nombreuse. On y a entendu, conformément au programme, les rapports de MM. Leroy de Méricourt et Gallard, et l'éloge de M. Rayer, par M. A. Latour. Nous ferons connaître plus tard, par des extraits des rapports, la situation de l'Association générale et de la Société centrale. Lundi a eu lieu la séance dans laquelle les membres de la Commission centrale et les délégués ont eu à procéder à l'élection des trois candidats à la présidence, qui devront être soumis au choix de l'Empereur. Voici quel a été le résultat du scrutin. Ont été désignés : en première ligne, M. Tardieu; en deuxième ligne, M. Larrey; en troisième ligne, M. Cazeneuve. Les personnes qui ont eu le plus de voix, sans obtenir la majorité, sont MM. Ricord, Mabit et Barrier.

— On nous écrit de Suez, à la date du 7 avril, que le pèlerinage de la Mecque coïncidant cette année-ci avec l'expédition anglaise en Abyssinie, le conseil supérieur de santé de Constantinople, ayant vu dans ce double courant une mauvaise chance de plus d'importation des maladies contagieuses, et nommément du choléra indien, vient de charger M. le docteur Pasqua de l'importante mission d'inspecter, à Suez, les provenances des deux rives de la mer Rouge. — Nous ne pouvons qu'applaudir à cette sage mesure du Conseil supérieur de santé de l'Empire ottoman, et féliciter MM. Marchand et Bartoletti, intendants sanitaires, du choix qu'ils viennent de faire pour occuper ce poste, d'un ancien élève des hôpitaux de Paris. On nous apprend, en outre, que d'ici à une quinzaine de jours, commencera le retour de la caravane de la Mecque, dont l'état sanitaire est, à l'heure qu'il est, très-satisfaisant.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Costes, professeur honoraire à l'École de médecine de Bordeaux, ancien médecin de l'hôpital Saint-André, ex-rédacteur en chef du journal de médecine de cette ville. M. Henri Gintrac, au nom de l'École de médecine et de la société médico-chirurgicale des hôpitaux, M. le docteur Levieux, au nom de l'association médicale de la Gironde, M. Lacolonge, au nom de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts, ont successivement pris la parole sur la tombe de cet honorable et distingué confrère.

— M. le docteur Ferdut commencera son cours d'anatomie lundi prochain, 27 avril, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera tous les jours.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 49. — SAMEDI 25 AVRIL 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 25 AVRIL 1868. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

CONSTITUTION MÉDICALE

Maladies régnantes du mois de mars. — Varioles et érysipèles.

Dans l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, M. le docteur Besnier a fait, au nom de la Commission des maladies régnantes, son rapport mensuel ordinaire sur les maladies du mois de mars. Pendant ce mois de mars, les maladies ont été les mêmes, quant à leur fréquence relative et leurs caractères communs, que pour les mois de janvier et de février. Ce sont toujours, d'après leur ordre de fréquence et de gravité, la phthisie pulmonaire, les pneumonies, les bronchites, la variole, la fièvre typhoïde, le croup, les érysipèles, les entérites et les pleurésies. Les bronchites épidémiques paraissent même avoir été plus fréquentes en mars qu'en février. En somme, la constitution de mars, d'après le rapport, pourrait être prise comme le type de la constitution médicale de l'hiver.

Nous ne reproduirons pas ici les détails dans lesquels entre le rapport sur chacune des catégories de maladie; nous n'indiquerons seulement que quelques-unes des particularités les plus dignes d'attention de ce rapport, relatives à deux groupes de maladies : les varioles et les érysipèles.

A l'hôpital Cochin, d'après M. Chauffard, les varioles et les varioloïdes ont conservé la même fréquence que pendant le mois de février. Parmi les cas de varioles, M. Chauffard a signalé particulièrement un cas qui s'est présenté dans des circonstances qui lui ont paru propres à préciser la durée probable de la période d'incubation. — Il s'agit d'un jeune homme de 18 à 19 ans non vacciné, qui était dans les salles en convalescence d'un épanchement pleurétique et sur le point de quitter l'hôpital, quand, la veille de sa sortie, un malade entre avec la variole en pleine éruption et est placé à côté du convalescent. Le lendemain, ce dernier sort de l'hôpital (c'était le 3 mars); il revient à la consultation le 17 du même mois, avec tous les symptômes d'un état général grave, et est de nouveau admis dans le service. Le lendemain, 18, il offre les premiers indices d'une éruption variolique. Il est bon de noter cette circonstance, que depuis sa première sortie de l'hôpital, ce jeune homme n'avait été en rapport avec aucun varioleux. Ce serait donc pendant la journée du 2 et la nuit du 2 au 3 mars, passées à côté d'un varioleux, qu'il aurait, selon toutes les apparences, contracté la variole; — à moins que l'on aime mieux admettre qu'elle se soit développée spontanément, et qu'il n'y ait eu dans ce fait du rapprochement des deux varioleux qu'une simple coïncidence. Adoptant l'hypothèse, beaucoup plus probable, de la contagion, M. Chauffard en conclut que la période d'incubation, l'éruption ayant eu lieu du 15, jour de l'invasion, au 18, a été dans ce cas de douze jours. Or, c'est là précisément la durée commune de cette période, celle qui est consacrée par l'observation clinique la plus générale. C'est déjà là une forte présomption en faveur de la contagion.

Il y avait quelque intérêt à rapprocher ce fait de celui dont il a été question dans le précédent rapport sur les maladies régnantes des mois de janvier et février. Nous voulons parler du fait signalé par M. Després.

D'après la relation de ce chirurgien, une malade, entrée à l'hôpital de Lourcine atteinte d'une variole hémorrhagique, aurait donné naissance à une petite épidémie dont le premier cas se serait manifesté au bout de 48 heures. L'incubation, dans cette circonstance, n'aurait donc été que de deux jours; et encore la période prodromique supprimée, car c'est l'éruption variolique qui a eu lieu deux jours après la communication ou contagion présumée. Deux jours! cela est bien peu, faisait remarquer M. Besnier dans son rapport; « mais je ne crois pas, ajoutait-il, que personne soit autorisé à déclarer la chose impossible. » A quoi M. Chauffard répondait qu'il ne pouvait admettre ce fait, même à titre exceptionnel, et qu'il était plus logique et plus conforme à ce qu'enseigne l'observation journalière, de supposer ou une source de contagion qui est restée inconnue, ou une variole spontanée et dont l'apparition avait coïncidé avec l'entrée de la malade affectée de variole. Mais cette objection de la spontanéité possible ne pourrait-elle pas s'appliquer aussi, comme nous venons de le dire, au fait précédemment cité par M. Chauffard lui-même? Tout cela montre l'extrême difficulté qu'il y a à apprécier rigoureusement tous ces faits de contagion et à fixer les limites de durée de l'incubation. M. Besnier l'a dit d'ailleurs en excellents termes, à cette occasion, dans son précédent rapport : « Les modes de transmission des maladies contagieuses sont multiples, la réceptivité individuelle variable presque à l'infini. Qu'y a-t-il alors d'étonnant à ce que la durée de cette période d'incubation ne soit pas la même dans tous les cas, et pourquoi cette prétention de vouloir une incubation d'une durée mathématiquement fixée? Si cette durée est variable, la science ne peut faire autre chose que d'enregistrer ses variations, en faisant tous ses efforts pour en donner, le plus exactement possible, non-seulement la moyenne, mais encore (et surtout) les *minima* et *maxima*. » C'est affaire à l'observation clinique.

Un autre fait important, et celui-ci plus précis et beaucoup moins sujet à controverse, ressort de cette relation de l'épidémie de Lourcine, c'est celui qui est relatif à une malade qui prend, pendant la période de suppuration d'une deuxième vaccine animale régulière, une varioloïde confluente. Nouvel exemple à ajouter à beaucoup d'autres qui tendent à établir de plus en plus manifestement que la vaccine ne paraît pas, pendant sa propre période d'évolution, capable d'influencer une variole concomitante. Le rapport ajoute : « Et bien moins encore de préserver le sujet vacciné ». — Ceci est moins évident pour nous. — Quel est le degré d'immunité fourni par les revaccinations animales? Quand commence-t-elle et quand finit-elle? Quelle est la valeur réelle des revaccinations négatives ou sans succès? Ce sont là tout autant de points qui restent encore à l'étude.

Disons toutefois que, dans la relation de l'épidémie de Lourcine, M. Després signale plusieurs cas de variole survenue sur des personnes revaccinées sans succès, ce qui tend à diminuer considérablement la confiance que l'on avait cru pouvoir fonder jusqu'à présent sur cette résistance à la revaccination.

— On se rappelle les propositions émises par la Société médicale des hôpitaux, à la suite d'une longue discussion, relativement à l'utilité d'isoler les varioleux dans les hôpitaux. Conformément à l'esprit de ces propositions, un service spécial de varioleux a été créé récemment à l'hôpital Lariboisière.

Voici les renseignements qu'a donnés sur l'application de cette nouvelle mesure M. le docteur Cadet de Gassicourt, chargé de ce service pendant la durée du mois de mars.

« Deux salles de 10 lits chacune ont été ouvertes pour les hommes dans les galeries du rez-de-chaussée, réalisant l'isolement aussi complet que possible dans le système actuel des hôpitaux. La salle des femmes, de 2 lits seulement, était au bout de la grande salle. Les deux salles d'hommes sont hautes, bien aérées par cinq larges ouvertures de chaque côté. M. Cadet de Gassicourt n'y a jamais accepté de brancard supplémentaire : 30 hommes et 2 femmes ont été reçus dans son service; 5 hommes n'étaient pas vaccinés. Parmi ceux-ci, il y eut une variole *très-discrète* et très-bénigne, avec fièvre de suppuration à peine appréciable. Les quatre autres ont été atteints de variole plus ou moins intense; un, âgé de 25 ans, a succombé le dix-huitième jour à une variole *confluente*. Un second, âgé de 35 ans, est mort le huitième jour de *variole hémorrhagique*, avec pustulation très-discrète, quelques heures après son entrée à l'hôpital. Un troisième, aujourd'hui encore dans les salles, au vingtième jour présente des *abcès multiples* à la face, aux bras, aux cuisses, aux jambes. Tous ces abcès sont superficiels. Mais deux autres abcès, l'un au coude droit, l'autre au coude gauche, s'accompagnent tous deux de vastes décollements sous-cutanés qui s'étendent à 15 et même 20 centimètres dans certaines directions. L'abcès du coude gauche s'est compliqué un moment d'érysipèle diffus, aujourd'hui disparu. Ce malade, longtemps en proie à une fièvre intense, est aujourd'hui dans un état de grande amélioration. Les bains prolongés d'abord, plus tard l'alcool et l'alimentation paraissent avoir produit de bons résultats. Chez le quatrième malade, la variole, confluente seulement à la face, a suivi une marche régulière et favorable.

« Sur les 27 malades vaccinés, 2 ont été atteints de variole discrète avec fièvre de suppuration; il y avait une semi-confluence à la face. L'un de ces malades a présenté une *épididymite* légère du côté droit. Tous les autres, affectés de varioloïde franche, n'ont offert aucun symptôme particulier digne d'être noté, si ce n'est l'un deux qui, reçu à la consultation par M. Hérard, semblait, par l'intensité de la fièvre et l'abondance de l'éruption faciale, menacé de variole confluente; quatre à cinq jours plus tard, la plupart des pustules avortaient par larges surfaces, et cet homme n'a pas eu même la plus légère fièvre de suppuration.

« M. Cadet de Gassicourt signale aussi un phthisique, arrivé à une période avancée, qui avait été *revacciné*, et chez lequel s'est développée une varioloïde très-discrète dans sa troisième salle où se trouvaient les maladies communes.

« Chez deux malades seulement, dit M. Cadet de Gassicourt, « nous n'avons pu remonter jusqu'à la cause contaminante; « tous les autres nous ont parfaitement indiqué la source où « ils avaient puisé la maladie. *Dans la moitié des cas à peu « près, c'est-à-dire chez 16 malades, la variole s'est développée « douze à quinze jours après une visite faite par eux à des parents ou à des amis atteints de variole dans les hôpitaux.*

« On voit, en résumé, dit M. Cadet de Gassicourt, que la « maladie s'est présentée avec des caractères assez bénins, « puisque sur 32 varioleux, nous avons eu seulement 7 va- « rioles, dont 2 chez des individus vaccinés et 2 morts : une « variole confluente et une variole hémorrhagique anomale. »

— Les érysipèles, qui ont été signalés comme assez fréquents en janvier et février, ont continué à se montrer, dans quelques services, avec le même caractère de gravité pendant le mois de mars. A l'hôpital Cochin, notamment, M. Chauffard a noté dans son service, pendant le mois de mars, quatre cas d'érysipèle graves qui lui ont paru devoir être attribués à la contagion. Ils ont tous présenté l'allure typhique, ataxo-adynamique des fièvres graves et contagieuses; tous ont éclaté chez des individus débilités par des maladies antérieures; deux se sont terminés par la mort; l'un chez une femme jeune, profondément anémique, en proie depuis plusieurs années à un rhumatisme chronique, diathésique, asthénique, à forme dite goutteuse; rhumatisme noueux généralisé; cette fille n'avait pas quitté le lit depuis plusieurs mois; l'érysipèle de la face a gagné promptement le cou et le dos; la malade a succombé après quelques jours de délire typhique, et dans un état de prostration extrême.

Le second cas mortel s'est présenté sur un convalescent de pneumonie lobaire du poumon droit; il a été pris tout à coup de frisson, et d'altération profonde des traits, survenu au milieu de la plus franche convalescence; le lendemain, le bras gauche était œdématié dans toute son étendue, et une large plaque érysipélateuse l'enveloppait dans sa moitié supérieure; l'œdème devint excessif et avait gagné tout le membre et la main dès le lendemain; il ne dépassa jamais l'épaule, et n'envahit ni la région axillaire, ni la région scapulaire. Des phlyctènes parurent en même temps sur la surface érysipélateuse, et dès le troisième jour des plaques étendues de sphacèle se dessinèrent sur le membre; malgré de nombreuses, profondes et larges incisions, la gangrène frappa à la fois tout le tissu cellulaire, et bientôt toute la peau du ventre; une immense suppuration s'établit; vers le dixième jour de cet état, M. Chauffard pria son collègue, M. Léon Le Fort, de voir ce malade pour décider si une amputation dans l'article de l'épaule ne serait pas indiquée, l'état général du malade paraissant se relever et étant aussi satisfaisant que possible; la pneumonie guérie n'avait pas récidivé. M. Le Fort se décida le lendemain à désarticuler le membre; le malade n'a survécu que huit jours à l'opération. — Le second malade, affecté d'érysipèle contagieux, était aussi un convalescent de pneumonie; il a été pris d'un érysipèle ambulant qui a parcouru tout le tronc, et s'est terminé au-dessus de la région lombaire par un vaste abcès qui offrait une disposition rare en ce qu'il occupait la partie médiane, débordant également à droite et à gauche de la colonne vertébrale. Ce malade, quoique gravement atteint, a parfaitement guéri.

— Nous ne terminerons pas ce rapide aperçu sur les maladies de mars sans signaler l'amélioration manifeste survenue dans l'état général des services d'accouchement, d'où les affections puerpérales tendent de plus en plus à disparaître. La gangrène et les diverses affections infectieuses qu'on y avait constatées dans les mois précédents ont cessé de s'y montrer.

Enquête clinique sur les effets de la méthode hypodermique.

Un comité a été institué par la Société médico-chirurgicale de Londres, pour étudier les effets de la méthode hypodermique. Le comité s'est proposé d'étudier à la fois les effets physiologiques et les effets thérapeutiques des agents introduits

dans l'économie par la voie d'injections sous-cutanées. Nous ne nous occuperons ici que de la partie thérapeutique.

Les expériences ont eu pour but de comparer la valeur de ce mode d'administration des médicaments avec leur emploi ordinaire par la bouche ou par le rectum. La comparaison a porté spécialement sur la rapidité de l'absorption, l'intensité des effets et leur durée. Les substances qui ont été particulièrement étudiés au point de vue de thérapeutique, sont : l'aconitine, l'atropine, la morphine, la sthrycnine, la quinine et la podophylline (plante américaine qui jouit de propriétés purgatives). Le procédé d'injection suivi dans ces expériences a consité à saisir un pli de la peau entre les doigts, et à introduire la solution dans le tissu cellulaire sous-cutané à l'aide de l'une des petites seringues à piston et à vis destinées à cet usage.

Voici d'après une traduction du rapport du comité, publiée par M. le professeur Fonssagrives dans le *Bulletin général de thérapeutique*, les principaux résultats constatés au point de vue thérapeutique :

Aconitine. — Ce médicament a été essayé dans trois cas de névralgie; mais l'irritation locale qui suivit l'injection fut si forte qu'on dut considérer ce médicament comme impropre à l'usage hypodermique. Dans un cas de névralgie hystérique, la douleur fut soulagée; dans deux autres cas, on n'obtint rien. La première fois, on employa un centième de grain ; les autres fois, un trois cent vingtième et un deux cent seizième.

Atropine. — Dans les cas de névralgie simple, l'atropine administrée de cette façon s'est montrée très-puissante, et, dans quelques cas où la morphine n'avait produit qu'un soulagement momentané, l'atropine a enlevé définitivement la douleur. Sous l'influence de très-légères doses, les résultats étaient très-accentués. Les cas dans lesquels elle a été employée avec avantage sont ceux de névralgie localisée, de lumbago et de sciatique.

Les doses initiales sont d'un huitième de grain pour une femme et d'un sixième pour un homme; mais, s'il s'agit d'une névralgie très-douloureuse, on peut, sans inconvénient, exagérer ces doses. La dose la plus forte dont on ait entretenu le comité est d'un dixième de grain.

Morphine. — La puissance de cet alcaloïde est accrue par ce mode d'administration; et son action n'est pas seulement plus rapide et plus sûre par cette voie, mais ses effets sont aussi plus durables et quelques malades le tolèrent mieux que quand il est administré par la bouche ou par le rectum.

L'action de la morphine ne paraît pas s'affaiblir par l'usage réitéré qu'on en fait, et le comité a eu connaissance de faits dans lesquels ces injections ont été répétées tous les jours pendant plusieurs années, sans qu'on ait été obligé d'élever les doses.

Les cancéreux ont éprouvé beaucoup de soulagement de ces injections. M. Reeves rapporte que, dans un de ces cas, on injecta de 6 à 8 grains de morphine par jour (0 gr., 36 à 0 gr., 48) et cela pendant un temps assez long.

L'injection exalte évidemment les propriétés anesthésiques de la morphine, mais ces effets ne sont pas permanents.

Dans les cas de *delirium tremens*, cette méthode est souvent extrêmement utile, et dans quelques-uns on l'a vue réussir là où l'absorption buccale avait échoué; quelquefois cependant, elle n'a eu que des résultats négatifs.

D'après les résultats obtenus des injections de morphine chez quelques aliénés, il semblerait que cette méthode n'est pas dépourvue de danger. Un maniaque succomba à la suite de l'injection d'un demi-grain de morphine, et la même dose produisit un narcotisme qui ne se dissipa qu'au bout de quatre jours.

La dose initiale ordinaire pour un adulte est d'un sixième à un quart de grain; elle doit être moindre pour une femme, c'est-à-dire d'un huitième à un sixième.

Dans un certain nombre de cas, des accidents graves ont suivi l'usage des injections de morphine; on peut les résumer ainsi :

Chez un homme, un quart de grain a produit la mort;

Une petite dose d'une liqueur d'acétate de morphine, équivalant à cinq douzièmes de grain de morphine, a amené, chez un homme, un narcotisme auquel il a échappé;

Il en a été de même d'un quart de grain chez une jeune femme de vingt-cinq ans;

Dans les cas de manie dont il vient d'être parlé :

Un demi-grain, chez une jeune femme atteinte de manie aiguë, a produit des accidents graves, mais non mortels.

Dans un autre cas analogue, la même dose a amené la mort.

Dans quelques hôpitaux, on a pris l'habitude d'injecter de petites doses de morphine à la suite d'opérations pour lesquelles le chloroforme a été employé et avant que l'action de l'anesthésique ait complétement cessé. Il a été constaté que ce moyen prolonge le sommeil et prévient les effets consécutifs dus au chloroforme; mais le comité a reconnu que si cette pratique retarde les vomissements qui suivent quelquefois l'usage des inhalations, elle ne les prévient pas toujours.

Quinine. — La supériorité des injections sur les autres modes d'emploi de la quinine dans le traitement des maladies intermittentes est ressortie de ces essais. Le remède peut couper un accès et de la façon la plus complète, alors même que la période œstueuse a commencé, ce qui n'est pas le cas lorsque la quinine est donnée par la bouche. Dans un cas, on injecta cinq grains (0 gr. 30) de quinine sans accidents locaux; mais, dans un autre cas où on s'était servi d'une plus grande quantité de liquide, il y eut un abcès; la solution avait peut-être été poussée trop rapidement.

Strychnine. — On a injecté ce médicament dans un petit nombre de cas de paralysies; mais l'injection n'a paru avoir aucun avantage réel sur les autres modes d'administration.

Le docteur Beigel a cité devant le comité un cas de réussite par ce moyen, et M. Ch. Hunter a aussi émis sur ce point une opinion favorable.

Dans ces cas, la dose initiale pour les deux sexes a été d'un quatre-vingtième du grain, et elle fut élevée progressivement à un quarantième.

Les conclusions auxquelles le comité a été conduit sont les suivantes :

1° En règle générale, il ne faut employer que des solutions neutres et limpides pour éviter les accidents d'irritation locale;

2° Les effets physiologiques et thérapeutiques essentiels des médicaments sont les mêmes, sauf l'intensité, qu'on les injecte sous la peau ou qu'on les donne par la peau ou le rectum;

3° On constate par l'injection des sypmtômes qui sont étrangers aux autres voies d'introduction; mais aussi certains effets désagréables de médicaments sont évités par cette méthode;

4° En général et sous toutes réserves, on peut dire que les solutions claires et neutres, introduites par la voie hypodermique, sont plns rapidement absorbées et plus énergiques que quand on donne les mêmes substances par la bouche ou le rectum;

5° On n'a observé aucune différence dans les effets des médicaments, suivant qu'ils étaient injectés dans un point rapproché ou éloigné des organes malades;

6° Les avantages qui peuvent être attribués à cette méthode sont : la rapidité de l'action; — l'intensité des effets; — l'économie de la substance; — la certitude de l'action; — la facilité de l'introduction dans certaines circonstances; — l'absence, dans quelques cas, des symptômes désagréables qui se produisent quand le médicament est administré d'une manière différente.

HOPITAL BEAUJON. — M. Dolbeau.

Luxation traumatique de tous les os du bassin.

(Observation recueillie par M. E. Raillard.)

C..., François, 28 ans, charretier, entre le 3 avril 1868 à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Denis, 47, service de M. Dolbeau.

Cet homme est vigoureux, parfaitement musclé. Renversé par son cheval à trois heures et demie de l'après-midi, en conduisant une voiture chargée de pierres, il est tombé à plat ventre et la roue lui a passé sur la face postérieure du corps, en travers de gauche à droite et de haut en bas, suivant une ligne passant le coude gauche et l'articulation coxofémorale droite.

On l'amène à l'hôpital à quatre heures et demie; il n'est point en état d'ivresse. Il dit avoir pissé environ une heure avant l'accident. A la visite du soir, l'interne du service le sonde et ne retire de la vessie que quelques gouttes d'urine teinte de sang. Une injection d'eau tiède poussée graduellement et avec précaution est rejetée avec force en même temps que quelques caillots.

Le 4 au matin, voici dans quel état se trouve le malade :

Au-dessus et dans la direction de la branche horizontale du pubis droit, on remarque une ecchymose bleuâtre. La hanche droite est également recouverte d'une large ecchymose et est le siége d'un gonflement qui s'étend à toute la partie antérieure et inférieure droite de l'abdomen, sur le pubis droit et au tiers supérieur de la face antérieure de la cuisse droite. En arrière il y a une ecchymose vers le bas des reins.

En tous ces points, on détermine par la pression une douleur assez vive qui a son maximum sur la branche horizontale du pubis droit et au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite.

Le membre inférieur droit semble notablement raccourci, mais la mensuration comparative montre que la longueur du membre de l'épine iliaque antérieure et supérieure, au sommet de la malléole externe, est la même des deux côtés. Seulement les deux épines iliaques ne se trouvent pas sur le même plan horizontal.

L'épine iliaque antérieure droite est élevée de deux centimètres au-dessus de l'épine iliaque antérieure gauche. Le pied est tourné en dehors, et tout le membre pelvien est dans la rotation en dehors. Le malade peut fléchir légèrement la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin.

Le coude gauche offre une petite plaie contuse avec gonflement très-douloureux autour de l'articulation. Le malade tient son membre dans une demi-flexion.

L'exploration de cette région faite avec soin n'y démontre aucune lésion osseuse, aucun déplacement des surfaces articulaires.

Le malade n'a pas uriné depuis qu'on l'a sondé, la veille au soir; on retire de la vessie, par un nouveau cathéthérisme, quelques gouttes d'urine claire. La sonde pénètre facilement, mais la vessie est très-rétractée et douloureuse.

Il y a eu un vomissement jaunâtre et spumeux le matin.

Langue sèche; soif vive; pouls petit, filiforme; 144 pulsations; dyspnée assez forte; 40 respirations; céphalalgie légère. En présence des signes suivants : 1° raccourcissement apparent du membre droit; 2° rotation externe; 3° douleur vive en avant et en arrière de la ceinture osseuse pelvienne; 4° ecchymose; 5° absence d'urine et sang dans la vessie, M. Dolbeau diagnostique une double fracture verticale du bassin à droite avec rupture de la vessie et anurie.

Pansement à l'eau froide sur la plaie du coude

Cataplasme sur le ventre. Opium, 0,10 cent. Repos absolu. Alimentation liquide.

5 avril. — Le malade a uriné seul à deux reprises dans la journée du 4, et une fois dans la nuit qui a suivi. Il évalue la quantité d'urine rendue chaque fois à deux cuillerées à bouche.

La sonde fait sortir de la vessie la même quantité d'urine que la veille. Cette urine est toujours claire. Le ventre est un peu plus tendu et plus douloureux, surtout au niveau du pubis droit, où la pression légère d'un doigt ne peut être supportée.

Le malade a vomi plusieurs fois depuis la veille; il a rendu ainsi des matières bilieuses ou peu vertes.

La dyspnée a un peu augmenté; le pouls est toujours petit et aussi fréquent.

Mort à trois heures du soir.

Autopsie faite le 8 avril.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les muscles de la paroi infiltrés de sang.

Sous le péritoine de la fosse iliaque interne, des deux côtés, on voit un épanchement considérable de sang. L'infiltration sanguine sous-péritonéale remonte jusques et y compris la région rénale droite; elle est surtout abondante vers la face interne du rein droit.

La fosse iliaque interne droite offre une teinte bleuâtre et est plus saillante que celle du côté opposé.

On remarque dans la gaine du muscle psoas, de chaque côté, un épanchement de sang qui remonte le long du carré des lombes.

Le fibro-cartilage de la symphyse pubienne est complétement détaché de l'os à droite, et il est évident qu'il y a disjonction sans fracture de la symphyse des pubis.

Le bord supérieur du pubis droit s'élève de deux centimètres au-dessus du bord supérieur du pubis gauche. La symphyse restée attachée à cette dernière offre, avec la surface articulaire droite correspondante, un écartement de deux à trois centimètres.

En arrière on constate une disjonction complète de la symphyse sacro-iliaque droite; tous les ligaments sont rompus, même le grand ligament sacro-scyatique. Il faut cependant indiquer que vers la partie inférieure de l'articulation luxée on constate que l'os iliaque a subi une petite fracture, et qu'un fragment de 4 centimètres de long sur 2 d'épaisseur est resté adhérent au sacrum. Cette fracture est du reste insignifiante par rapport à la disjonction; il n'y a pas d'esquilles.

A gauche, le cartilage symphyséen est resté adhérent à l'os; du même côté et en arrière, les deux surfaces articulaires du sacrum et de l'os coxal ne sont plus en rapport que par leur bord postérieur. Il y a luxation ou plutôt disjonction; les deux surfaces articulaires forment un angle très-ouvert en avant.

Les ligaments de la symphyse sacro-iliaque gauche sont tous rompus en avant; en arrière, ils sont conservés en partie. Pas la moindre esquille.

Le grand ligament sacro-sciatique est conservé de ce côté.

L'articulation du sacrum avec le coccyx est également modifiée; les ligaments antérieurs sont rompus: le coccyx est très-reporté en arrière, l'articulation étant largement ouverte. Il est évident que le sacrum a été fortement enfoncé en avant vers le centre de l'excavation.

L'examen des viscères donne le résultat suivant :

Les reins et les uretères sont intacts. La moitié de la face postérieure du gros intestin est le siége d'une ecchymose violacée sous-péritonéale.

Au-devant de la vessie, derrière le pubis, se trouve une poche remplie d'un liquide trouble, roussâtre. Cette poche peut avoir le volume d'un œuf de pigeon; elle communique avec la vessie par un trou de la largeur d'un gros pois et qui est situé à la face antérieure de la vessie. Point d'ecchymose de la vessie. Celle-ci est très-petite; elle contient quelques gouttes d'un liquide brun. Pas de sang dans la cavité des voies urinaires. L'urèthre est intact.

Pas de traces de péritonite. Pas d'infiltration urineuse. Il est évident, car les reins sont petits, que la grande perturbation éprouvée par le blessé a suspendu chez lui la sécrétion de l'urine.

ASCITE DOUBLE, QUARANTE-SIX PONCTIONS.

Par G. A. Delattre, *ancien chirurgien-major de la marine.*

Madame P..., âgée de 65 ans, veuve, n'ayant point eu d'enfants, s'aperçut, en 1860, de l'existence d'une tumeur siégeant dans la fosse iliaque gauche.

Ses progrès, lents d'abord, devinrent assez grands ensuite, et, au bout de deux ans, marqués par de la gêne plutôt que par une souffrance prononcée, le ventre se remplit d'eau, les membres inférieurs s'œdématièrent, et la dyspnée, bientôt, commanda la paracentèse.

Nous priâmes M. Cerf, chirurgien de la marine, d'exécuter l'opération. Il la fit à gauche : le liquide était clair, mais rouge, sans le moindre flocon. Après l'écoulement de trois litres environ, l'évacuation cessa. Le ventre s'aplatit à gauche et resta très-bombé à droite. Le bout de la canule n'était pressé par rien, et l'introduction d'un stylet prouva qu'aucun corps ne l'obstruait.

Le volume du ventre faisant penser qu'il y avait encore beaucoup d'eau, nous percutâmes, puis une deuxième ponction eut lieu à droite : elle donna sept litres de sérosité citrine pure, et toutes les fois, depuis lors, la qualité est restée la même. Il n'en a pas été ainsi à gauche : dix fois la sérosité a été rouge; les dix subséquentes, elle a été jaune, et, les deux dernières, leur teinte a été brune. Quant à la quantité, elle a diminué graduellement des deux côtés, jusqu'à se réduire d'un tiers, ce qui a tenu à l'accroissement de la tumeur.

Ces ponctions, espacées d'abord de six mois, se sont rapprochées à deux; la malade les réclame pour obtenir un soulagement, qui n'est que de courte durée.

C'est l'ovaire gauche qui forme la tumeur. Mesurée dans sa partie tangible, elle offre 22 centimètres de haut en bas, 18 de gauche à droite, 10 d'avant en arrière. Il n'est pas douteux qu'inférieurement, elle descende dans l'excavation, ce qui pourrait se vérifier par le toucher vaginal et anal, s'il y avait profit pour la thérapeutique. En arrière, il est indubitable qu'elle se prolonge dans la fosse costale gauche.

Cette tumeur présente, à gauche, un creux régnant du haut jusqu'en bas, limité en avant par un bord formant un croissant inégal.

Elle s'étend de plus en plus vers la droite; son tissu est ferme, induré; sa surface est égale; on ne sent aucune bosselure. Il n'y a pas à croire que la dégénération cancéreuse s'y soit établie, du moins dans une grande étendue, l'état général n'indiquant pas la diathèse aboutissant au marasme.

Le visage, depuis un an, a un peu d'œdème; les membres supé-

rieurs en sont exempts; les jambes, parfois ulcérées, se cicatrisent après plus ou moins de temps; l'appétit est faible, le sommeil court, la constipation habituelle. La malade ne sort que rarement.

Je n'ai pas songé au traitement curatif, les conditions n'étant pas favorables. Je crois que les ovariotomistes, que le succès a couronnés et enhardis, ne penseraient pas que, dans l'espèce, il y a indication. Je me borne donc à la paracentèse. Elle a été double 23 fois, total 46 ponctions.

La singularité de ce cas est la séparation du ventre en deux chambres sans communication. La tumeur est donc adhérente en avant et en arrière, car bien que l'hydropisie de gauche soit propre à l'ovaire, le liquide passerait à droite, sans cela, et une seule piqûre évacuerait le tout. De plus, pour le dénoncer, la couleur des liquides a été souvent différente. C'est une deuxième étrangeté.

Quelle sera, désormais, la durée d'existence de cette malade? Je ne saurais le préciser : j'estime qu'il y aura encore à grossir le nombre des ponctions.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 15 avril 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Ricord, à l'occasion du procès-verbal, fait part de quelques observations qui lui sont personnelles et relatives à la migration des corps métalliques dans les tissus. Il y a plusieurs années, il fut appelé par une artiste bien connue, qui avait une aiguille située profondément dans le sein. On avait diagnostiqué une tumeur du sein, et on hésitait entre un cancer et une tumeur adénoïde. M. Ricord examina la malade avec soin, reconnut la présence d'une aiguille, et en pratiqua l'extraction. Dès lors, l'exsudat considérable qui s'était formé autour du corps étranger et qui avait donné le change sur l'existence d'une tumeur, disparut rapidement.

Chez un parent d'un directeur de l'hôpital du Midi, M. Ricord observa une tumeur assez volumineuse du triangle de scarpa, due également à une exsudation de lymphe plastique autour d'une aiguille qui avait pénétré dans cette région. L'aiguille enlevée, le malade guérit en quelques jours.

COMMUNICATION.

Luxation ou disjonction de toutes les articulations du bassin.

M. Dolbeau. Messieurs, je n'ai pas cru qu'il me fût permis de laisser dans l'oubli un fait rare que j'ai eu l'occasion d'observer dans mon service à l'hôpital Beaujon. Je sais combien vos moments sont précieux, je n'en abuserai pas.

Il y a bien peu de temps, notre collègue, M. Panas, mentionnait ici une observation de quadruple fracture verticale des os du bassin. A cette occasion, M. Larrey rappelait que, dans les fractures du bassin, il est rare que les symphyses du pelvis ne soient pas plus ou moins disjointes. Pour ma part, j'ai observé quatre fois les fractures doubles verticales du bassin, et j'ai remarqué trois fois que la fracture postérieure intéressait l'articulation sacro-iliaque.

La fracture double verticale du bassin est une lésion bien positive; elle se produit suivant un mécanisme toujours le même, elle donne lieu à des symptômes qui, réunis aux commémoratifs, autorisent le plus souvent à porter un diagnostic. La première fois que j'ai observé la fracture double verticale du bassin, j'ai méconnu une partie de la lésion; mais dans les trois autres circonstances, j'ai pu vérifier mon diagnostic, qui avait été très-complet.

Je me croyais désormais à l'abri de l'erreur, et voilà que, dans une des semaines qui viennent de passer, j'ai confondu la fracture double verticale du bassin avec la luxation complète ou double de l'os iliaque.

Un blessé est amené dans mon service : une lourde voiture a pesé fortement sur la partie postérieure de la ceinture pelvienne, le blessé étant à plat-ventre. Ces renseignements devaient faire songer à la possibilité d'une fracture double verticale; les symptômes venaient corroborer cette hypothèse. Voici, en quelques mots, l'exposé des symptômes présentés par le blessé :

Décubitus dorsal, face anxieuse, respiration fréquente, pouls filiforme à 150; ecchymose en avant du bassin; rotation externe du membre abdominal droit, ascension de ce membre; raccourcissement apparent. Douleur au niveau du pubis et marbrure vers l'articulation sacro-iliaque. Absence d'urine.

Convaincu du diagnostic et sans fatiguer en rien ce pauvre homme, je diagnostiquai une fracture double verticale du bassin, à droite, avec rupture de la vessie. Sa mort, disais-je, viendrait bientôt confirmer une lésion que j'indiquais, engageant les élèves à faire profit, pour leur instruction, de cette blessure qui, par sa nature, est presque au-dessus des ressources de l'art.

Quarante-huit heures après l'accident, la mort arrivait.

L'autopsie nous a révélé des lésions rares, une luxation de tous les os du bassin, une disjonction de toutes ces symphyses, qui sont si bien faites pour la résistance. C'est là un fait rare dont je ne connais qu'un seul exemple mentionné par M. Thouvenet dans les bulletins de la Société anatomique pour 1849. Pour le dire en passant, ces deux observations sont tellement identiques, que la mienne paraît copiée sur son aînée. J'aurais probablement laissé passer cette rareté si je n'avais trouvé, dans la circonstance, un enseignement utile pour la clinique. Je m'explique :

A la suite d'un accident grave dans lequel le bassin a subi une violente pression d'arrière en avant, il n'y a qu'une lésion qui puisse permettre le raccourcissement apparent, l'ascension du membre pelvien sans luxation coxo-fémorale. Cette lésion, c'est une fracture double verticale, fracture qui rend libre un fragment moyen du bassin, lequel fragment comprend l'articulation de la bouche. Cette relation entre les symptômes et la lésion a été notée par les divers observateurs. J'ai pu la vérifier trois fois moi-même, comme je vous le disais il n'y a qu'un instant.

Cependant, il est évident qu'une luxation complète en avant et en arrière de l'os iliaque devait permettre, tout comme la fracture double verticale, une ascension du membre abdominal, un raccourcissement apparent. Ce que la théorie aurait pu indiquer, je l'ai observé il y a quelques jours; j'ai pris pour une fracture ce qui n'était qu'une luxation.

A l'avenir, je préciserai davantage le siége exact des points douloureux, je rechercherai la mobilité anormale et je ne laisserai plus échapper, du moins j'en ai la conviction, une luxation de l'os coxal, malgré la rareté extrême de la lésion.

Dans ces blessures graves du bassin, la vessie présente presque toujours une solution de continuité pour ses parois. Cette rupture a été expliquée, mais je crois que la théorie qui a été donnée ne suffit pas à rendre compte de tous les faits.

Dans l'observation que je viens de rapporter, la rupture de la vessie s'est opérée dans l'état de presque vacuité de l'organe, puisque le blessé avait uriné une heure avant l'accident et que, dans l'intervalle, il n'avait point absorbé une grande quantité de boissons.

Dans les cas de rupture de la vessie, on a parlé d'infiltration urineuse, d'épanchement d'urine dans le péritoine. Je n'ai pas observé ces phénomènes, et si j'en crois mon expérience, l'irruption de l'urine serait peu à redouter, sauf les cas de distension du réservoir au moment de l'accident; en général, les blessés sont dans un état de perturbation si grande que, chez eux, la sécrétion rénale paraît supprimée presque complétement.

Il y a là un point sur lequel il serait désirable de voir se fixer l'attention des observateurs.

En terminant, j'ai l'honneur de déposer sur le bureau l'observation de mon malade, telle qu'elle a été recueillie par un des externes, M. Raillard. La pièce anatomique vous sera présentée dans une prochaine séance. (*Voir plus haut.*)

DISCUSSION.

M. Lefort. Aux cas indiqués par M. Dolbeau, on peut en ajouter un, dû à M. Murville, et inséré dans les Bulletins de l'Académie de médecine. Dans ce fait, le bassin fut repoussé en avant, pendant un effort violent que fit le blessé pour se porter en arrière. Le malade guérit.

M. Larrey. La communication de M. Dolbeau, précédée de celle de M. Panas et antérieurement de celle de M. Dubreuil, l'offre que j'avais faite à la Société de lui présenter un bassin démontrant, à la fois, la coïncidence des lésions mécaniques de la continuité et de la contiguïté des os, la rareté enfin des cas observés, ou du moins décrits, tels sont les motifs qui m'engagent à placer aujourd'hui, sous les yeux de mes collègues, une pièce anatomique digne, peut-être, de leur attention.

Ce bassin, que j'ai montré autrefois à l'Académie de médecine, est celui d'un jeune soldat qui, en novembre 1849, rentrant à sa caserne, dans un état d'ivresse, était tombé sur la route et avait été écrasé par la roue d'une voiture de moellons.

Transporté aussitôt à l'hôpital du Gros-Caillou, dont j'étais alors chirurgien en chef, il se trouvait hors d'état de fournir le moindre renseignement sur les causes et les effets de cet accident grave.

Placé dans le décubitus dorsal, avec immobilité du tronc, le blessé offrait une tension considérable des régions sacro-iliaques, de chaque côté, inguino-crurale droite et périnée-scrotale, produite par une infiltration sanguine, masquant tout à fait les saillies osseuses. Nulle déformation apparente du bassin, nulle crépitation appréciable, nulle mobilité même, ni aucune déviation des membres inférieurs, ne nous annonçait de déplacement. Mais la nature de l'accident, son mécanisme probable, l'étendue et les rapports de l'infiltration de sang, l'intensité, enfin, de la douleur provoquée par la pression la plus légère du côté des os iliaques et surtout vers la symphyse pubienne, qui paraissait plus molle ou dépressible que dure ou résistante; toutes ces circonstances me portaient à établir, par induction, le diagnostic de lésions profondes et complexes du bassin, sans me permettre de préciser les fractures ou les luxations présumables. L'ecchymose profonde du périnée, ainsi que l'écoulement de quelques gouttelettes de sang par l'urèthre, indiquaient aussi une rupture de ce canal, sinon de la vessie.

Dans le doute, d'ailleurs, il ne faut pas toujours s'abstenir, et je commençai par introduire une sonde à demeure dans la vessie, qui donna issue à une certaine quantité d'urine mêlée de sang, ce qui me fit supposer qu'elle n'avait pas été lésée. De larges et profondes scarifications de la région périnée-scrotale, des applications émollientes sur le bas ventre et sur les hanches, une potion purgative et un large bandage contentif, pour immobiliser, autant que possible, le bassin, telle fut notre prescription.

Mais le blessé, indocile ou peut-être encore sous l'influence de l'ivresse, enleva la sonde le troisième jour, et s'agita tellement que, pour la réintroduire et la maintenir en place, on dut lui mettre une camisole de force. La fièvre traumatique devint intense, et quoique cette réaction fût combattue énergiquement, le malheureux succomba le septième jour de l'accident, avec des symptômes de péritonite.

L'autopsie nous révéla les lésions graves du bassin, dont voici les caractères anatomiques bien marqués : 1° une disjonction complète de la symphyse pubienne forme un vide ou un écartement de 6 centimètres, bien mesuré au moment même et depuis maintenu en place par l'interposition d'une planchette d'égale largeur. Le cartilage interpubien se trouvait déjà détruit par du pus qui remplissait l'espace libre; 2° une disjonction symétrique des deux symphyses sacro-iliaques, avec écartement antérieur plus prononcé à gauche qu'à droite, mesure 2 centimètres d'un côté et 1 1/2 de l'autre; 3° la dernière vertèbre lombaire semble avoir éprouvé une légère déviation latérale; le sacrum, d'ailleurs, n'a pas été fracturé. Mais les deux os iliaques offrent des ruptures à peu près symétriques : le rebord cotyloïdien antérieur meurtri de chaque côté, une fracture complète à gauche, incomplète à droite, pénétrant l'une et l'autre dans la cavité cotyloïde. Les ligaments postérieurs avaient résisté, mais ils ont été détruits par la macération.

J'ai déposé au musée du Val-de-Grâce la pièce anatomique que je présente à la Société, et qui me semble offrir le type des lésions mécaniques du bassin, comme fractures et luxations simultanées par écrasement.

M. Huguier. Le malade de M. Dolbeau est mort quarante-huit heures après l'accident. Quelle a été la cause du décès? La lésion osseuse ne me paraît pas pouvoir donner une raison suffisante de cette mort rapide.

M. Dolbeau. Nous n'avons rien trouvé dans les organes internes. Il n'y avait pas d'hémorrhagie, pas de blessure du péritoine. Le blessé se présenta à nous dans un état de malaise général très-marqué, de très-grande anxiété.

Je répondrai à M. Lefort que dans le fait de M. Murville, il s'agit d'une luxation du sacrum et non d'une luxation de l'os iliaque.

M. Huguier. Il y a, dans les cas de ce genre, une particularité clinique qui a besoin d'être étudiée. Nous voyons tous les jours des individus qui ont des lésions très-étendues et qui ne meurent pas. Chez d'autres, comme dans le fait actuel, la mort survient à la suite de simples luxations, et il est bien difficile de se rendre compte de cette terminaison fatale.

M. Panas. Dans le cas que j'ai observé, les choses se sont passées exactement comme chez le blessé de M. Dolbeau. Je n'ai pu trouver une cause prochaine de la mort. A partir du moment où cet homme entra à l'hôpital, on pouvait le considérer comme un cadavre. Les douleurs étaient vives. Il n'y eut pas sécrétion d'une cuillerée d'urine jusqu'au moment de la mort.

M. Larrey. Chez le blessé soumis à mon observation, nous avons trouvé une péritonite. La vessie n'avait pas été rompue.

M. Verneuil. Ces malades n'étaient-ils pas des ivrognes? J'ai vu des ivrognes succomber rapidement, souvent dans les 48 heures, à la suite de lésions traumatiques graves. A l'autopsie, on ne trouvait aucune lésion susceptible de rendre compte de la mort.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre titulaire.

La liste de présentation est ainsi composée :

En première ligne, *ex æquo*, MM. Marc Sée, Cruveilhier fils; en deuxième ligne, MM. Duplay, Paulet, Dubrueil.

Sur 30 votants, obtiennent :

MM. Cruveilhier fils	23 voix.
Marc Sée	6 —
Duplay	1 —
Bulletin blanc	1 —

DÉCLARATION DE VACANCE D'UNE PLACE DE MEMBRE TITULAIRE.

M. le Président déclare vacante une place de membre titulaire.

LECTURE.

M. Pétrequin (de Lyon), membre correspondant, fait une lecture ayant pour titre :

Mémoire sur la doctrine des effets croisés dans les lésions traumatiques du crâne, d'après Hippocrate et les médecins de l'antiquité.

La Société vote l'impression de ce travail dans ses Mémoires.

COMMUNICATION.

Injections iodo-tanniques dans les veines.

M. Panas. Je suis peu partisan du traitement curatif des varices, attendu qu'aucun des moyens proposés ne remplit réellement ce but et que tous exposent plus ou moins à des accidents graves et à la mort par infection purulente.

Ayant pour principe invariable en thérapeutique de ne jamais juger un moyen sans l'avoir expérimenté, j'ai cru devoir étudier les effets d'un nouveau liquide à injecter dans les veines, employé avec succès à Lyon, la liqueur iodo-tannique. Les résultats dont je vais avoir l'honneur d'entretenir la Société de chirurgie sont loin de changer ma manière de voir sur les injections coagulantes dans les veines. Je tiens d'autant plus à les communiquer, qu'ils sont en contradiction avec ceux obtenus à Lyon, et qui sont exposés dans la thèse inaugurale d'un des élèves de cette école, M. Petrus Rouby, n° 226, année 1867.

La liqueur iodo-tannique s'obtient en faisant une dissolution de 5 partie d'iode et de 45 parties de tannin dans 1,000 parties d'eau que l'on réduit ensuite à 100 à l'aide d'une évaporation modérée. Le liquide ainsi obtenu est d'une couleur brune, foncée, d'une odeur *sui generis* et d'une consistance sirupeuse. Mêlé avec du sang, ce liquide produit un coagulum chimique, peu consistant comparativement à celui du perchlorure de fer, et qui a la propriété de se redissoudre dans un liquide alcalin, comme le sang; aussi trouve-t-on les éléments constitutifs de cette liqueur (tannin et iode) dans les urines, peu de temps après l'injection.

Le premier sujet de mon observation est une femme de 54 ans, atteinte de varices aux deux jambes, surtout à la droite, qui est en même temps le siége d'une exulcération superficielle, large comme une pièce de 2 francs. On observe sur le côté interne de la jambe plusieurs troncs fluxueux et en particulier celui de la ruphine interne, sur le trajet de laquelle se trouve le petit ulcère. Il y a quelques jours, une hémorrhagie abondante s'est faite par suite de la rupture de cette veine, et c'est cet accident qui amène la malade à l'hôpital.

Le jour décidé pour l'opération, on applique un lien compresseur sur la racine du mollet à l'effet de faire saillir les veines, puis, à l'aide d'une seringue Pravoz, je pratique une injection de liqueur iodo-tannique dans le tronc même de la ruphine, à trois ou quatre travées de doigt au-dessus de la malléole, et deux centimètres loin du bord supérieur de l'ulcère.

La douleur, qui immédiatement n'a pas été très-vive, est allée en augmentant vers le soir, au point de rendre le sommeil impossible jusqu'à minuit passé. Le lendemain, je trouve le membre chaud, et un cordon rouge s'étend depuis le pied jusqu'à la racine du mollet; le pouls est accéléré, et il y a, avec cela, tout le cortége habituel d'un mouvement fébrile modéré. Nulle part on ne sent de caillot veineux solide.

On prescrit à la malade de garder le lit, et l'on couvre le membre avec un cataplasme émollient.

Vers le quatrième jour de l'opération, le cordon de la ruphine devient manifestement induré, et divers rameaux collatéraux sont pris de phlébite à leur tour.

Continuation du mouvement fébrile. On prescrit de l'huile de ricin, des frictions mercurielles belladonées sur le membre, et l'on continue les cataplasmes.

Le huitième jour, on constate des traînées d'angéoleucite, l'engorgement des ganglions de l'aine et un empêchement œdémateux de tout le mollet. La nuit a été mauvaise, et il y a des signes d'embarras gastrique.

Ipéca. Le reste comme précédemment. A partir de ce moment,

l'état de la malade est allé en s'aggravant. Le mollet devient le siége d'une suppuration diffuse qui suit surtout le trajet de la saphène interne, puis se montre au dos du pied et au côté externe du mollet.

Plusieurs abcès sont ouverts à la lancette; la peau se détruit sur plusieurs points, et des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé sont extraits au fur et à mesure qu'ils se détachent. Parmi ceux-là, il en est un constitué par ce que je vous présente ici, et qui n'est autre que le tronc sphacélé de la veine saphène dans l'étendue de dix centimètres environ.

Comme vous pouvez le constater ici, la membrane interne de la veine est dépolie et parsemée de petits caillots adhérents; vers le haut, il y a un caillot brunâtre chimique qui oblitère complétement le calibre du vaisseau dans l'étendue de un centimètre.

Ainsi, Messieurs, le résultat de l'injection a été non-seulement un phlegmon diffus et une périphlébite suppurée, mais en outre une gangrène de la veine qui s'est éliminée. Avec de pareils résultats, je suis d'avis qu'il faut tenir en suspension la prétendue innocuité des injections iodo-tannique dans les veines.

Chez un autre malade où j'avais pratiqué cette injection (il s'agissait ici d'un homme adulte, fort, charretier de profession), quoique plus limités, les accidents phlegmoneux suppuratifs ont été les mêmes, sauf le sphacèle de la veine qui n'a pas eu lieu.

Ainsi, nous voyons la suppuration être la règle, et pourtant je n'ai omis aucune des précautions qui étaient indiquées pour éviter cet accident à la suite de l'injection.

Repos absolu au lit; ne permettant même pas au malade de se lever pour satisfaire à ses besoins naturels; et cela pendant tout le temps du traitement.

Position élevée du membre, cataplasmes, frictions mercurielles, laxatifs légers, en un mot, tous les moyens antiphlogistiques indiqués en pareil cas pour modérer l'inflammation phlébitique.

Dans les deux cas, je n'avais pratiqué qu'une seule injection de 15 gouttes chacune.

Il est vrai de dire que mes malades ont échappé à l'infection purulente et à la mort, mais je pense que des accidents phlegmoneux de cette gravité méritaient d'être signalés, ne fût-ce que comme un contre-poids aux résultats toujours heureux annoncés par nos confrères de Lyon.

Un point qui ressort de mes observations, d'accord en cela avec celles relatées par M. Rouby, c'est que la liqueur iodo-tannique agit moins comme un agent coagulant chimique que comme un liquide irritant, produisant une phlébite étendue. Aussi observe-t-on ce fait, digne de remarque, que le caillot n'est manifeste que le troisième jour de l'opération (caillot consécutif à la phlébite suscité par l'agent chimique), et qu'il disparaît plus tard, au moins en grande partie, au lieu de persister, comme cela arrive pour le perchlorure de fer.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de secours des Amis des Sciences a tenu sa onzième séance publique annuelle le jeudi, 16 avril 1868, dans l'amphithéâtre de la Faculté des lettres, à la Sorbonne, sous la présidence de Son Exc. le maréchal Vaillant, membre de l'Institut.

Après une courte allocution du Président, le Secrétaire, M. Félix Boudet, a présenté le compte rendu de la gestion du Conseil d'administration pendant l'exercice de 1867.

Il résulte de ce compte rendu que, depuis sa fondation en 1857, la Société a reçu 620,910 francs, a distribué en secours à trente-cinq familles 207,718 francs, et a capitalisé 360,000 francs.

M. Cahours, examinateur à l'École polytechnique, vérificateur des monnaies, a lu l'éloge de J. Pelouze, de l'Institut, président de la Commission des monnaies, membre de la Société des Amis des Sciences.

La séance a été terminée par une conférence sur la diffusion des corps, par M. Victor de Luynes, professeur suppléant à la Faculté des Sciences de Paris.

Nota. — La souscription nécessaire pour devenir membre de la Société est de 10 francs. On peut se faire inscrire ou envoyer son adhésion au bureau de la Société, place Saint-Sulpice, nº 6.

— *Cours de médecine opératoire et d'histologie.* Programme des cours de la saison d'été. — MM. les Élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, a commencé le cours de médecine opératoire, le lundi 20 avril 1868, et le terminera le 30 juin. Ce cours sera divisé ainsi qu'il suit :

Les lundis, mercredis et vendredis, à une heure : résections et opérations spéciales, par M. le docteur Tillaux;

Les mardis, jeudis et samedis, à la même heure : ligatures, amputations et désarticulations, par M. le docteur Cocteau, prosecteur.

MM. les Élèves répéteront eux-mêmes chaque jour les opérations sous la surveillance des prosecteurs.

Le cours d'histologie sera fait par M. le docteur Nicaise, prosecteur; il commencera le 20 avril à deux heures et demie, et se continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure. A la suite de chaque leçon, MM. les Élèves feront eux-mêmes des préparations microscopiques sous la direction du prosecteur.

MM. les Élèves devront se munir d'une carte qui leur sera délivrée à l'amphithéâtre.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa séance le vendredi, 1er mai. — Ordre du jour de la séance : Lecture de M. Leudet sur l'influence des Eaux-Bonnes dans la phthisie pulmonaire (2e partie).

— M. le docteur Woillez, médecin de l'hôpital Necker, commencera ses conférences cliniques sur les maladies des organes respiratoires, lundi prochain, 27 avril, et les continuera les lundis suivants.

Visites des malades tous les jours, à huit heures.

—

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Strasbourg, le 27 avril 1868.

HOPITAUX ET FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Nous n'insisterons pas longtemps aujourd'hui sur les mérites de l'École de Strasbourg, car nous devons y revenir. Elle offre trop de bon dans son état actuel, dans ses tendances vers le progrès, comme dans le progrès accompli, pour que son exemple ne soit pas présenté souvent à ceux qui s'occupent de l'enseignement médical.

On se rappelle encore ici l'époque où les cliniques de la Faculté occupaient à peine quelques lits dans un vieux bâtiment étroit, au fond de l'hôpital civil. Presque tous les cours étaient dogmatiques; et les symptômes des maladies, avec leurs nuances si délicates, les lésions intimes qui leur correspondent, les divers modes d'intervention médicale ou chirurgicale, etc.; ce vaste ensemble qui se base sur l'étude de la nature, on n'apprenait guère à le connaître que par *ouï-dire*.

Si maintenant l'École de Strasbourg est devenue essentiellement pratique, cette remarquable transformation est due surtout à l'initiative et au zèle désintéressé des professeurs.

Sans demander une augmentation de personnel, avec le concours empressé de l'administration hospitalière, ils ont multiplié d'abord le nombre des cliniques, joignant volontairement de nouvelles charges non rétribuées aux chaires anciennes qu'ils conservaient.

Ainsi, le cours de pathologie générale et la clinique d'ophthalmologie se trouvent également confiés à M. Stœber; à M. Küss, la physiologie et les maladies syphilitiques et cutanées; à M. Tourdes, la médecine légale et les maladies des enfants; à M. Coze, la thérapeutique et les maladies des vieillards; à M. Stoltz, la théorie et la pratique des accouchements.

En outre, on a voulu associer les élèves, autant que possible, à toutes les recherches, toutes les expériences scientifiques qui peuvent les intéresser et parler vivement à leur esprit.

Ici les expertises demandées par les juges servent à l'enseignement de la médecine légale. Ce sont des occasions précieuses, que M. Tourdes ne laisse pas échapper, d'initier l'élève aux méthodes qu'il devra suivre en pareil cas.

Jeudi dernier, il s'agissait d'une accusation d'infanticide. Dans les fosses d'aisance de la maison que l'accusée habitait, on avait trouvé un placenta et on l'avait remis à l'examen de M. Tourdes. Le professeur, après sa clinique, emmenant avec lui ses auditeurs, les conduisit en présence de cette pièce, et développa devant eux les questions qu'il était appelé à résoudre. Dans une discussion extrêmement lucide, il mit à profit divers indices pour démontrer que ce placenta ne provenait pas de l'accusée, mais d'une autre femme accouchée antérieurement dans la même maison.

Nous avons pu voir combien cette méthode est efficace, car l'attention de toute l'assistance était infiniment plus vive que si les mêmes choses eussent été dites dans une leçon théorique et sans application actuelle.

Le même esprit préside aux conférences qui sont faites, soit par les professeurs, soit par les agrégés.

Ces conférences complémentaires sont très-nombreuses. En ce moment, on en compte dix-sept, qui s'ajoutent aux dix-neuf cliniques ou cours officiels de l'École.

Peut-être la mémoire de l'élève militaire, qui se trouve forcé de les suivre, en est-elle un peu surchargée; mais c'est une première ressource pour les élèves civils qui dirigent leurs études avec intelligence, et ceux-là regrettent sans doute la conférence d'embryologie, supprimée comme moins essentielle.

L'année dernière, M. Herrgott, à l'aide d'incubations artificielles échelonnées et de préparations microscopiques, y faisait voir sur la nature le développement quotidien des organes dans un embryon de poulet; et ce n'étaient point là des notions inutiles à une époque où l'embryologie est continuellement invoquée dans les théories histologiques sur lesquelles repose en partie la pathologie elle-même.

Cette conférence, d'après le plan que M. Herrgott a suivi et qu'il nous a communiqué, était un complément des études médicales; espérons qu'elle sera prochainement rétablie, au moins à titre facultatif, pour les élèves militaires.

La présence de ces derniers a eu pour autre résultat, également regrettable, celui de limiter la durée des cliniques. Celles qui commencent à sept heures doivent être terminées à neuf heures du matin, heure du premier repas, et il en résulte que souvent la leçon doit être tronquée, quand la visite a été longue ou quand il faut faire des opérations.

Par exemple, lundi dernier, dans une bonne leçon sur l'œdème, la leucocythémie, la pyohémie et la résorption purulente, M. Sédillot, entrant en plein cœur de son sujet, a dû s'interrompre, parce que l'heure fatale allait sonner. La clinique chirurgicale ne saurait subir sans préjudice de pareilles entraves, et les professeurs en gémissent plus que personne.

— Dans les salles de M. le professeur Rigaud, on combat toujours les phlegmons diffus, lorsqu'ils débutent, par l'application de vésicatoires couvrant tout le membre affecté. Il y a maintenant 36 ans que M. le professeur Rigaud a préconisé cette méthode, et depuis lors il l'a fréquemment employée, toujours avec grand avantage, notamment chez un homme qui est encore couché dans son service. Sous l'influence des vésicatoires, souvent l'inflammation avorte sans laisser de traces; parfois il se produit quelques petits abcès bien limités qu'il faut ouvrir. Jamais l'absorption des cantharides n'amène d'accidents du côté de la vessie chez les malades atteints de phlegmons, à ce que nous a dit M. Rigaud.

— Le même professeur fait toujours usage, contre les rétrécissements uréthraux, d'un dilatateur dont les valves s'écartent en glissant l'une sur l'autre.

Cet instrument a été appliqué jeudi dernier sur un malade dont le rétrécissement avait été, pendant deux jours, infranchissable, bien que l'urine coulât sans grande difficulté.

M. Rigaud, pendant une longue pratique, n'a jamais eu qu'un seul accident par la dilatation forcée des rétrécissements uréthraux. Il avait employé cette fois le dilatateur de Perreyve et tout s'était fort bien passé pendant quelques jours; mais comme on voulait réintroduire une sonde dilatatrice, retirée depuis un certain temps, on ne put le faire sans blesser l'urèthre; le malade mourut.

Aussi M. Rigaud donne-t-il le même conseil que M. Voillemier : de diminuer le calibre des sondes, lorsqu'on reprend la dilatation lente d'un urèthre irrité déjà par des séances antérieures.

— Dans le service de M. Coze, maladies chroniques, nous avons vu pratiquer une série de scarifications émétisées pour un rhumatisme vertébral.

Placé en poudre sur les petites plaies produites par la pointe d'une lancette rapidement enfoncée dans la peau, l'émétique ne provoque pas de pustules, ni même d'éruption, comme lorsqu'il est incorporé dans une pommade. Il ne provoque pas non plus de vomissements, bien qu'il soit absorbé parfois en quantité considérable, et qu'on le retrouve dans les urines.

Cependant, suivant M. Coze, il aurait des effets thérapeutiques puissants, notamment dans le rhumatisme des méninges médullaires. Chez une malade, paraplégique depuis un certain temps, et qui avait été reçue à l'hospice comme incurable, l'usage des scarifications émétisées, continué pendant quelques mois, aurait été suivi d'une guérison complète.

— Nous avons assisté lundi à la soixante-deuxième ovariotomie de M. Kœberlé.

Le cas était très-simple. Le kyste, formé d'une grande loge, et d'autres plus petites réunies en trois groupes, n'avait contracté aucune adhérence, soit profonde, soit superficielle. Son poids dépassait 9 kilogrammes; mais une fois vidé, il put être extrait par une ouverture abdominale de 6 à 7 centimètres. Le pédicule, étreint dans une anse métallique à l'aide du serre-nœud, fut fixé, après l'ablation de la tumeur, vers la partie inférieure de la plaie. Aucune hémorrhagie n'eut lieu; la malade va bien aujourd'hui.

Dans un cas aussi favorable, tout procédé pouvait réussir, et ce n'est pas au point de vue du résultat probable que cette observation doit être mentionnée.

Mais M. Kœberlé nous a fait sentir chez cette malade un phénomène qui lui permet souvent avant l'opération, comme cette fois, de reconnaître l'absence d'adhérences pariétales sur tel ou tel point de la tumeur.

C'est une sorte de vibration, de *grincement* pour ainsi dire, semblable à ce qu'on obtient en promenant sur une vitre un doigt légèrement mouillé.

Pour percevoir cette sensation sur un kyste non adhérent, et détendu par le liquide qui le remplit, il faut appliquer la main à plat et l'appuyer assez fortement sur les tegments qui le recouvrent; puis les faire glisser dans tous les sens en maintenant la même pression. Les deux parois du péritoine, opposées l'une à l'autre, vibrent alors, mais sans produire de frottement proprement dit, comme on en rencontre dans des cas de légère péritonite.

Si l'ombilic n'est pas mobile, si les tegments le sont peu, si nulle part on ne constate de vibration de cette espèce, on peut en conclure que le kyste doit adhérer à la paroi abdominale. Mais, suivant M. Kœberlé, ce n'est pas toujours une raison pour qu'on trouve des adhérences dans le petit bassin.

Si les adhérences étaient le résultat de véritables péritonites, elles devraient se produire à la région pelvienne plus facilement que partout ailleurs. Mais M. Kœberlé pense qu'une autre cause les provoque le plus souvent.

Par la distension des parois du kyste, il se fait, dit-il, une rupture de petits vaisseaux, qui produit une hémorrhagie interstitielle. Si cette hémorrhagie se fait jour dans la paroi, elle modifiera la couleur et la consistance du liquide qui y est enfermé; si elle se fait jour en dehors, le sang s'organisant, accollera les surfaces sur lesquelles il s'étalera, et les adhérences, en vieillissant, deviendront de plus en plus solides.

M. Kœberlé, en pratiquant l'ovariotomie, est parfois tombé sur des foyers hémorrhagiques récents, enkystés entre la tumeur et les parois abdominales; il y a trouvé, soit quelques gouttes de sang liquide, soit de petits caillots; parfois la rupture vasculaire était plus ancienne, et le travail d'organisation était commencé. Lorsque le suintement est très-minime, les adhérences qui en résultent peuvent être très-limitées, et le petit bassin rester libre.

— Chez une malade que M. Kœberlé doit opérer demain sous nos yeux, il existe des adhérences probablement assez étendues.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY (1).

Étude physiologique et thérapeutique sur le tremblement mercuriel.

(Leçon clinique, faite à l'Hôtel-Dieu de Paris.)

Prunckel et Alphonse Leroy avaient introduit le phosphore dans la thérapeutique; au commencement de ce siècle, Gautier de Claubry en avait vanté les effets. C'était dans les paraplégies, dans certaines hémiplégies, dans le typhus à forme adynamique, dans le rhumatisme chronique que les médecins affirmaient en avoir obtenu des effets avantageux. Ils employaient le phosphore sous la forme d'huile phosphorée et d'éther phosphoré. Leurs succès ne triomphèrent pas des craintes qu'inspirait ce dangereux agent; et ces craintes ne paraissent pas injustifiables quand on se rappelle qu'une malade vint à l'Hôtel-Dieu, il y a deux ou trois ans, après avoir mangé une salade dans laquelle étaient tombées quelques allumettes phosphorées, qu'elle succombait trois jours après l'ingestion du poison; et dans ce court espace de temps, le trouble de la nutrition avait été si profond, que la plupart des muscles offraient déjà des traces de dégénérescence graisseuse.

Cependant l'intolérance de l'organisme n'est le plus souvent que relative; une substance qui tue à une certaine dose, à une dose beaucoup plus petite peut produire des modifications physiologiques dont la thérapeutique fait son profit, de même que l'on voit souvent des médicaments qui, pris aux doses habituelles, n'étaient pas supportés, le devenir quand ils sont administrés en quantités beaucoup plus petites, et produire leurs effets médicateurs à des doses qui, chez la plupart des malades, seraient inefficaces.

Le phosphore ne paraît agir sur l'organisme que quand il est très-divisé. Des morceaux de phosphore en bâtons, introduits sous la peau ou dans le tube digestif, n'ont déterminé aucun accident, tandis qu'en faisant ingérer de petites quantités de cette substance dissoutes dans l'huile ou très-divisées et mêlées à une bouillie, on a vu succomber très-rapidement les animaux soumis à ces expériences.

(1) Voir le numéro du 23 avril.

La médecine vétérinaire a utilisé le phosphore, et M. Trasbaud, après avoir rappelé les faits expérimentaux que je viens de citer, a fait connaître à la Société de thérapeutique les résultats très-remarquables obtenus par l'emploi du phosphore dans une forme de paraplégie très-commune chez les chiens après la maladie à laquelle ils sont sujets. Abandonnée à ses tendances naturelles, cette maladie se terminerait constamment par la mort, et l'autopsie a fait constater une sclérose de la moelle, tandis que plus de la moitié des animaux guérit quand ils sont traités par la médication phosphorée.

Dans le cours de ses belles recherches sur les accidents produits par le sulfure de carbone, mon excellent ami le docteur Delpech avait été conduit à tenter l'emploi du phosphore, et il avait eu à s'en louer; il l'avait étendu aux paraplégies de causes communes et aux ataxies locomotrices, et il avait constaté que les assertions de Leroy, de Gautier de Claubry et autres méritaient plus de créance qu'on ne leur en avait accordé; M. Delpech s'est servi jusqu'ici de l'huile phosphorée.

Dans ces derniers temps, M. le docteur Dujardin-Baumetz a lu à la Société de thérapeutique un Mémoire très-intéressant sur cette médication, et s'est servi du chloroforme phosphoré enfermé dans des capsules, espérant avoir une solution plus stable et moins facilement oxidable que l'huile phosphorée; plus tard il reconnut que cette préparation ne répondait pas complétement à ses espérances.

De son côté, un pharmacien distingué, M. Vigier, connu par ses travaux sur les phosphures métalliques, avait constaté que le phosphure de zinc se décomposait dans le tube digestif en hydrogène phosphoré. Soumettant cette substance à l'expérimentation physiologique, il reconnut que l'hydrogène phosphoré à l'état naissant, produit par la décomposition du phosphure de zinc, agissait exactement comme le phosphore, mais avec une énergie moitié moindre; de sorte qu'il faut deux parties d'hydrogène phosphoré pour produire les effets qu'on obtient avec une partie de phosphore. Et comme d'une autre part le phosphore n'entre que pour un quart dans le phosphure de zinc, d'après M. Vigier, l'action de huit milligrammes de phosphure de zinc équivaudrait à l'action d'un milligramme de phosphore. C'est la dose que nous avons prescrite d'abord à notre malade, et nous l'avons portée progressivement, mais rapidement, au double.

Cette préparation a l'immense avantage de se conserver inaltérée, et de permettre un dosage très-exact et aussi fractionné qu'on peut le désirer. L'absence de saveur lui donne également une grande supériorité sur l'huile phosphorée qui causait souvent aux malades une insurmontable répugnance.

L'administration des premières pilules fut suivie de diarrhée, tellement qu'après en avoir donné cinq du 8 au 10 février, je dus les suspendre. Pour le dire en passant, j'ai, depuis, soumis à cette médication cinq ou six autres malades dont je vous entretiendrai dans quelques jours, et chez lesquels le phosphure de zinc n'a causé aucun trouble notable des fonctions digestives.

Après quelques jours de repos, j'ai repris l'emploi des pilules de phosphore en leur associant des pilules d'un centigramme d'extrait thébaïque.

Dès le second jour le malade avait une érection; trois jours après il tremblait très-peu, marchait beaucoup mieux, et nonseulement se servait de ses mains pour son usage personnel, mais il assistait la religieuse dans les soins donnés aux autres malades, et il leur distribuait la soupe et le bouillon. Son écriture était devenue ferme, nette, et chaque jour il m'en offrait un spécimen.

Les phénomènes observés chez notre malade après l'ingestion des pilules, furent un peu de flatulence manifestée par une sensation de tension abdominale, et des éructations gazeuses. Au bout de très-peu de jours ce symptôme disparut et son appétit se développa; il fallut augmenter sa ration de vivres; son moral, si profondément déprimé, se releva, et comme l'avait noté M. Dujardin-Beaumetz dans son intéressant Mémoire, une expression de gaieté et de satisfaction remplaça l'abattement et le découragement profond dont sa physionomie portait l'empreinte. En même temps que se manifestait l'appétence pour les aliments, l'activité et la régularité du travail nutritif se manifestaient par le retour rapide de l'embonpoint, et la couleur normale des téguments, effaçant les teintes cachectiques, attestait que l'hématopoïèse avait repris toute son énergie.

M. Dujardin-Beaumetz, ayant cru remarquer que le phosphore s'accumulait dans l'économie, a conseillé d'en interrompre l'usage après six ou sept jours, pour y revenir après avoir laissé reposer le malade. Quoique M. Vigier ne partage pas cette manière de voir, j'ai cru que, dans le doute, je devais adopter le parti le plus prudent; j'ai donc suspendu pendant sept jours cette médication pour la reprendre ensuite.

Aujourd'hui, cet homme va bien; quand il étend les mains en écartant les doigts, on observe encore un léger tremblement plus prononcé dans la main gauche. Sa parole est nette; son écriture est excellente; il parle déjà de quitter l'hôpital; j'exige qu'il ait consolidé sa guérison par une troisième cure d'un septénaire avant de signer sa sortie.

Une guérison si rapide peut paraître surprenante, et peut-être en tirera-t-on des arguments contre la part que j'attribue à la médication phosphorée dans le résultat obtenu. Cette objection ne me semble pas fondée : Si le phosphore peut en quelques heures produire un trouble si profond de la nutrition que la trame intime des tissus en soit altérée et que les muscles subissent la dégénérescence graisseuse, pourquoi son action réparatrice, pourquoi la modification thérapeutique qu'il imprime au travail nutritif ne s'accompliraient-elles pas avec une égale rapidité?

Si d'autres faits viennent confirmer les espérances que celui-ci semble justifier, si le phosphore peut être opposé avec succès au tremblement mercuriel, il y aura d'autant plus lieu de s'en féliciter que cette affection est souvent incurable.

Ce tremblement se montre fréquemment chez les doreurs et chez les étameurs de glaces; il était encore plus commun avant l'introduction, dans les ateliers, des appareils ventilateurs imaginés par d'Arcet.

Comme on l'a remarqué, la stomatite mercurielle est rare chez les malades affectés de tremblement mercuriel, quoique leurs gencives soient souvent congestionnées, ou au moins festonnées à leur bord libre par un liséré purpurin. Par contre, les malades qui sont soumis à l'usage des préparations hydrargyriques sont rarement atteints de tremblement.

Une fois guéri, ce tremblement peut-il reparaître sans que le malade soit soumis à une nouvelle intoxication? Mon expérience personnelle ne me permet pas de répondre à cette question. L'analogie porterait à admettre la possibilité de ces rechutes. On voit les coliques de plomb reparaître quelquefois après que le malade a cessé de manipuler les préparations saturnines, ou de vivre dans une atmosphère où elles se trouvent en suspension. Il semble alors, suivant la remarque judicieuse de M. Barth, que le métal, emmagasiné dans quelque organe, puisse en sortir par intervalles pour se répandre dans l'économie et y manifester sa présence par les troubles auxquels il donne naissance.

Cependant la persistance du tremblement n'autorise pas à admettre que le poison minéral demeure indéfiniment dans l'organisme sans être éliminé; il se peut que le trouble fonctionnel survive à l'agent qui l'a provoqué et persiste par une sorte d'habitude morbide.

Van Swieten a rapporté l'observation d'un homme qui, réveillé en sursaut par un violent coup de tonnerre, fut affecté d'un tremblement qui dura pendant vingt ans, conservant d'ailleurs une bonne santé. Cependant le tremblement causé par la frayeur est ordinairement passager (1).

Le tremblement alcoolique, en général, ne se montre d'abord qu'après les excès; mais quand ceux-ci se répètent, il peut devenir permanent et est souvent alors un des symptômes précurseurs de cette paralysie générale qu'on observe chez les ivrognes.

Chez un malade entré ces jours-ci dans nos salles avec un tremblement datant de quatre ans, et qui a été soumis à la double influence des vapeurs mercurielles et des excès alcooliques, je ne serais pas étonné que ces deux conditions fussent intervenues comme coefficients dans la production de ce désordre de l'action musculaire qui offre une physionomie spéciale et une violence insolite.

Dans tous les cas, notre malade devra éviter toutes les causes qui peuvent produire le tremblement, toutes celles qui dépriment le système nerveux, les fatigues, les excès de tout genre. Je lui ai également recommandé de s'abstenir du tabac qui agit dans le même sens : beaucoup de fumeurs tremblent quand ils fument à jeun. J'ai vu ce tremblement devenir permanent.

Un des médecins les plus instruits et les plus spirituels de Paris est affecté d'un tremblement qu'il attribue à l'habitude de priser. Persuadé par les conseils d'un de ses amis, il y renonça pendant un ou deux ans, et le tremblement cessa. Mais l'occasion, l'entraînement des vieilles habitudes, le ramena à l'usage de la tabatière, et depuis lors il recommença à trembler.

Pour relever l'innervation qui a été profondément atteinte, cet homme devra suivre, autant que sa position sociale le lui permettra, les règles d'une bonne hygiène.

Si le phosphore ne m'avait pas donné chez lui de si excellents résultats, j'eusse tenté l'hydrothérapie, qui m'a plusieurs fois réussi dans le tremblement saturnin, beaucoup plus rare, mais peut-être moins rebelle que le tremblement mercuriel.

J'eusse pu encore tenter l'électricité, qui a été préconisée par de Haen et qui semble répondre en effet aux indications de la maladie.

Nous continuerons ces expériences cliniques sur le phosphore avec la prudence qu'elles commandent. Nous profiterons des propriétés névrosthéniques remarquables que ce médicament paraît posséder; pour l'employer dans tous les cas où l'innervation sera trop profondément débilitée pour se relever sous l'action des autres toniques, nous l'essaierons, comme l'ont déjà fait MM. Delpech et Beaumetz, dans d'autres formes de paralysies. Dans certains états adynamiques, dans la phthisie, le phosphore trouvera peut-être son indication. Nous ne saurions trop étudier les médicaments qui nous offrent quelques chances de ressources contre des états morbides trop souvent rebelles à nos efforts. Comme je vous le répète sans cesse, la thérapeutique est le but final de la médecine clinique.

(1) Nous nous rappellerons à cette occasion que, d'après l'observation du malade, son tremblement avait considérablement augmenté à la suite d'une vive émotion, et que c'est à partir de ce moment qu'il a suivi une marche progressive.

ÉTUDES SUR LES EAUX DE VALS,

Par M. le Dr Clermont, de Lyon.

Maladies du foie.

Hypertrophie et tumeurs anomales. — De l'inflammation à l'hypertrophie il n'y a qu'un pas. Dans la première, comme le dit Virchow, il y a une irritation fonctionnelle, c'est-à-dire une augmentation de fonction.

Dans la seconde ou hypertrophie, l'organe soumis à une exagération de fonction et de nutrition se modifie. Le contenu cellulaire augmente au point de déchirer son enveloppe, les noyaux et les granulations des cellules deviennent peu à peu plus nombreux et plus volumineux, de sorte que les premières cellules, perdant leurs formes, disparaissent et font place à une nouvelle série de nombreuses cellules, provenant des noyaux et pouvant subir à leur tour la même transformation.

L'organe a, dès lors, acquis un accroissement qui rend impossibles ou difficiles, suivant le degré d'altération, ses fonctions naturelles, et ne permet guère de le modifier par un traitement; cependant, comme ce n'est pas l'augmentation de volume des éléments cellulaires, mais leur transformation successive qui produit l'hypertrophie, doit-on essayer, par les eaux alcalines, d'empêcher cette prolification des éléments nouveaux.

Comme dans toutes les autres glandes, l'hypertrophie du foie peut se présenter sous deux aspects, et porter, ou sur les cellules, ou sur les éléments du tissu conjonctif qui circonscrivent les cellules hépatiques.

Dans le premier cas, c'est l'hypertrophie ordinaire qui est quelquefois partielle, mais le plus communément étendue à tout l'organe.

L'autre hypertrophie, celle du tissu conjonctif, forme plus spécialement ce que l'on désigne sous les noms de tumeurs fibreuses, tumeurs anomales du foie, se développant lentement, sans grandes douleurs, sans altération fonctionnelle grave, et pouvant stationner ainsi nombre d'années.

On a dû souvent confondre l'hépatite avec l'hypertrophie du foie. Cependant il est très-utile d'en faire la distinction et de revenir, aussi souvent qu'il est nécessaire, à l'examen des antécédents de la maladie, pour comprendre ce que peuvent promettre et tenir les eaux alcalines gazeuses de Vals, dans l'un ou l'autre de ces états morbides.

Ces eaux, toutes-puissantes pour la cure des engorgements du foie (hépatite aiguë ou chronique), n'ont qu'une action bornée dans les hypertrophies générales et les tumeurs anomales. La malade qui a fait le sujet de l'observation suivante, est une preuve que le traitement thermal de Vals est néanmoins utile dans les hypertrohies partielles du foie.

Observation. — Madame G..., de Dijon, est envoyée à Vals, le 26 juin, par M. le docteur Vétu, de Dijon. Elle n'est plus réglée depuis trois ans et en a 51. Elle se plaint d'anorexie, de mauvaises digestions, de constipation et d'autres troubles dyspeptiques. Sa langue est blanche, recouverte d'un enduit saburral; le pouls est lent, régulier. Son teint est terne, tirant sur le jaune, mais l'altération morbide la plus remarquable est constituée par une tumeur dans l'hypocondre droit, ayant 7 centimètres de long sur 2 et demi de large.

Examinée au bain, cette tumeur paraît comme incrustée dans la surface convexe du foie, elle-même inclinée en avant, et cet organe présente un volume plus considérable que dans l'état normal, car il descend au niveau de l'ombilic. Jadis cette hypertrophie partielle a été le siége de souffrances assez vives et l'occasion de symptômes ictériques très-prononcés; aujourd'hui elle est indolore, et si on cherche à la faire mouvoir, on sent qu'elle est adhérente, dure, mais non rénitente.

La nature de cette tumeur est obscure, mais d'après les symptômes qui ont été graves, il y a huit ou dix ans, qui sont peu intenses actuellement, on est autorisé à croire qu'il s'agit ici d'une hypertrophie partielle fibreuse du foie, ayant succédé à une hépatite d'abord aiguë, puis chronique.

Pendant neuf années consécutives, la malade est allée à Vichy, et là, sous l'influence des eaux thermales, écrit l'honorable confrère qui dirigeait son traitement à Vichy, M. le docteur Nicolas, les symptômes s'amendent pour reprendre, au bout de quelques mois, leurs allures habituelles.

Le 26 juin, nous lui prescrivons l'eau de la source *Précieuse*, deux verrées matin et soir, et un bain alcalin d'une heure chaque matin. Au quatrième jour, l'eau de la *Précieuse* a produit de la diarrhée, et, en conséquence, nous faisons alterner l'eau de cette source avec celle de la *Magdeleine*, de manière à avoir des selles régulières. Le 10 juillet, le ventre, examiné au bain, nous semble devenu plus souple; la tumeur elle-même paraît aplatie et comme diminuée, mais toujours incrustée dans la surface convexe du foie. Déjà la malade se trouve plus forte et nous dit que ses fonctions se font mieux.

Le 26 août, elle prend son vingt-septième bain; la tumeur n'offre plus que 5 centimètres sur 2 de surface; on croirait qu'elle marche vers la résolution. Toujours est-il que les symptômes dyspeptiques ont cédé, et qu'en partant, la malade nous exprime le désir et l'espoir de revenir l'an prochain compléter sa guérison.

Cirrhose. — Anatomiquement, cette maladie est en général caractérisée par le dépôt dans un organe (foie, rate, poumon, etc.) de particules spéciales ayant, comme l'amidon végétal, la propriété de donner une belle couleur bleue, si l'on vient à les mêler avec de l'iode. En outre, les tissus frappés de cirrhose deviennent d'un blanc mat, comme transparents, et prennent une consistance dure, lardacée.

Le point de départ de ces modifications, ou tout au moins

leur siége, est dans les artérioles, d'où l'infiltration s'étend au parenchyme, et finit peu à peu par détruire la perméabilité des vaisseaux, de sorte que l'organe, ne recevant plus de sang, se décolore et se ratatine.

La matière, dont les dépôts successifs constituent la cirrhose (dégénérescence amyloïde), apparaît ordinairement dans plusieurs organes en même temps, ce qui a fait penser qu'elle est charriée et déposée par le sang, et tient à un état morbide général. Evidemment, pour qu'un traitement par les eaux alcalines soit utile, il ne faut pas attendre que la matière amyloïde ait obstrué tous les vaisseaux. Dans le principe du mal, et quelle qu'en soit l'origine, les eaux carbo-sodiques de Vals, en fluidifiant le sang, en favorisant la circulation, même peut-être aussi la résorption de la matière déposée, en modifiant surtout la constitution générale, pourront suspendre la marche de la cirrhose, comme nous croyons l'avoir observé dans l'exemple suivant.

Observation. — M. D..., cultivateur à Roybon (Isère), âgé de 56 ans, éprouve dans l'hypocondre droit un malaise, une pesanteur qui durent depuis deux années. Cette douleur obscure parut céder pour quelque temps, dans le commencement de la maladie, à un traitement dont les détails ne peuvent nous être transmis. D... se souvient seulement d'avoir été soulagé par une application de benjoin, qu'il a longtemps portée sur la région du foie.

Ce malade nous est adressé par l'un des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Lyon, M. Ollier, avec cette indication : cirrhose du foie et peut-être aussi lésion organique de l'estomac. La peau offre la teinte jaune-pâle des chlorotiques; un sentiment de pesanteur apparaît toujours vers la glande hépatique, dont le volume nous semble un peu diminué. Les digestions sont mauvaises et l'anorexie est accusée par le malade, qui dit ne trouver rien de bon. La diarrhée est fréquente, le pouls donne 80; enfin, un commencement d'œdème se montre jusqu'au niveau des malléoles. Tout semble ici confirmer le diagnostic de l'éminent chirurgien, mais l'estomac nous paraît exempt de lésion organique.

Notre intention était de renvoyer ce malade, arrivé le 25 août; nous désespérions, en effet, de pouvoir rien obtenir par le traitement thermal contre une altération aussi profonde. Il demanda à rester quelques jours pour se refaire de la fatigue causée par le voyage, et, dans le but de modérer la fréquence des selles diarrhéiques, nous lui laissâmes prendre deux à trois verrées par jour de l'eau de la source *Rigolette*. Dix jours se passent, pendant lesquels le malade a un peu augmenté la dose d'eau minérale prescrite, et à notre grand étonnement, nous le trouvons notablement transformé. Ses pieds ne sont plus enflés, les urines sont devenues abondantes et les selles naturelles. Les jours suivants, le malade continue à aller de mieux en mieux; ses joues se colorent, ses forces reviennent; il prend quelques bains alcalins. Enfin il s'en retourne le 20 septembre, reconstitué et guéri, en apparence du moins, pour un temps indéterminé; mais il est néanmoins permis de conclure que, même dans les affections organiques, les eaux carbo-sodiques de Vals seront quelquefois favorables alors que, *à priori*, on aurait été disposé à les rejeter comme étant contre-indiquées ou tout au moins inutiles.

Foie gras. — On sait qu'à l'état normal les graisses émulsionnées dans l'intestin passent par les rameaux de la veine-porte dans le foie, et de celui-ci dans la bile, pour être conduites ensuite par les vaisseaux lymphatiques dans le torrent circulatoire sanguin.

Si l'on suppose cette migration interrompue par quelque obstacle, les particules graisseuses retenues s'accumuleront dans les cellules hépatiques et y constitueront des gouttes de graisse qui rempliront peu à peu les cellules.

Tel est le mode de formation de la dégénérescence graisseuse, appellation impropre, car les éléments du foie ne sont pas altérés et l'affection peut être guérie si l'on combat les obstacles qui favorisent la rétention des matières graisseuses et si on facilite leur circulation. Les eaux alcalines gazeuses sont dans les conditions les plus convenables pour remplir ce but, tant qu'il ne s'agit pas de l'altération des éléments propres du foie, combinée avec l'état graisseux, ce qui constitue alors une autre affection plus grave, et dont aucune médication n'a pu encore jusqu'ici suspendre les progrès.

L'*Hypocondrie* rapportée, il n'y a pas longtemps encore, par la plupart des nosographes, à une lésion du foie, est presque toujours l'expression d'une névropathie générale et se relie, par voie de sympathie, à divers troubles morbides dont le siége organique est le plus souvent impossible à déterminer. Nous n'en parlerons donc ici que par occasion et pour dire que ces lésions, causes de l'hypocondrie, son fréquemment modifiées très-heureusement à la station thermale de Vals.

Si, comme nous le croyons, il est vraiment établi que l'action spéciale des eaux carbo-sodiques a principalement pour effet la stimulation de l'élément nerveux, les médecins ne manqueront pas d'en tirer, pour les mélancoliques et les hypocondriaques, les conséquences les plus logiques.

N'oublions pas, enfin, de faire remarquer, avec tous les praticiens, l'état d'inertie fonctionnelle de la peau dans la plupart des altérations du foie. Or, pour ne pas voir s'éterniser les maladies de cet organe, il est indispensable de ramener la transpiration, et mieux encore la perspiration cutanée. Dans ce but, les bains alcalins deviennent de précieux auxiliaires pour triompher des engorgements ou des atrophies de la glande hépatique.

De ce qui précède, la conclusion est : que les eaux alcalines gazeuses de notre station thermale ont une utilité incontestable dans un grand nombre d'états morbides du foie. Pour employer ces eaux avec discernement, on fera bien de suivre, pour ces maladies, les mêmes règles déjà données pour les altérations du tube intestinal et de prescrire, quand la douleur est prédominante, l'eau de la source *Saint-Jean*. Si la constipation est un des phénomènes constants, les eaux des sources *Désirée* et *Précieuse* légèrement laxatives seront indiquées, tandis que dans un état contraire, et lorsque l'anémie ou l'affaissement de l'innervation tendent à s'établir, c'est aux sources *Rigolette* et *Magdeleine*, dont les eaux sont toniques et reconstituantes, qu'il convient de s'adresser.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 3 avril 1868. — Présidence de M. Chausit.

La correspondance imprimée comprend :

1° Les travaux imprimés de M. le docteur Bourgogne père;

2° Le deuxième fascicule des maladies chirurgicales des enfants, par M. Giraldès.

A ce propos, M. Giraldès ajoute, en offrant ce deuxième fascicule à la Société :

J'ai eu l'intention d'attirer plus spécialement les regards de mes honorables collègues sur un chapitre très-important de mon livre, c'est-à-dire sur l'anesthésie dans les opérations chez les enfants. J'ai eu même l'intention formelle de protester contre les opinions de M. Bouvier sur l'emploi du chloroforme chez les enfants, opinions qu'il a consignées dans le bulletin de thérapeutique. Les conclusions de M. Bouvier sont dangereuses, en ce qu'il proscrit l'emploi du chloroforme chez les enfants; or, M. Bouvier, ne faisant pas d'opérations, n'a pas toute compétence dans cette question; l'anesthésie est très-rarement mortelle dans l'enfance, et sur les quatre cas de mort qui sont publiés dans les journaux de médecine, deux sont très-contestables, et la mort ne paraît pas du tout avoir été causée par les inhalations chloroformiques.

Le chloroforme, au contraire, a changé la face de la chirurgie infantile, et si le chloroforme devait être banni de la chirurgie, il devrait être conservé pour les enfants; dans les maladies des yeux, dans les contusions du coude, pour savoir s'il y a ou non fracture, comme cela arrive dans les quatre cinquièmes des cas, dans les périostites phlegmoneuses, si l'on veut arriver à un diagnostic certain, il faut anesthésier; car, sans cela, l'enfant étant très-impressionnable, se défend, se débat, et ne peut pas être bien examiné.

Au reste, ce n'est qu'à Paris que l'on emploie le chloroforme; dans certaines villes de province, l'usage de cet anesthésique est inconnu. Ainsi, à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, la chloroformisation n'est pas pratiquée.

M. Richard s'associe entièrement aux conclusions de M. Giraldès.

M. Géry père fait un rapport verbal sur la demande de M. Devilliers d'échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire.

Dans la prochaine séance, suivant le règlement, la Société votera sur la demande de M. Devilliers.

J'ai, ajoute M. Géry père, quelques observations à faire sur les vaccinations hâtives; je les crois dangereuses, surtout lorsqu'elles ont lieu deux ou trois jours après la naissance, et au moyen de six piqûres, trois à chaque bras. L'érysipèle est fort à craindre, et j'ai pu relever douze cas de mort. Dernièrement encore, j'ai vu dans la ville un cas de mort pour vaccination hâtive. L'enfant fut vacciné le troisième jour et est mort le quinzième. On ne devrait faire que deux piqûres à chaque bras.

M. Guibout. Vous savez, Messieurs, que je vous ai, il y a quelque temps, donné l'observation d'un homme qui avait introduit son pénis dans sept anneaux métalliques. Aujourd'hui, c'est une jeune fille de 24 ans qui s'est introduit une canule de seringue en os dans le canal de l'urèthre; comme toujours, le corps étranger s'était placé en travers dans la vessie. J'appelai en consultation notre habile collègue, M. Ad. Richard; il introduisit son index dans le canal, put, avec la phalange inguinale, dépasser le corps étranger, fit la version et, avec une pince à pansement, il fit l'extraction de la canule, l'extrémité en avant.

Les suites de l'opération furent des plus simples.

M. Leudet lit la première partie d'un travail sur les *Effets immédiats et éloignés des Eaux-Bonnes sur la phthisie pulmonaire.*

M. Charrier. Messieurs, je crois intéresser la Société en lui communiquant une observation curieuse de vaginisme. Les cas de ce genre, sans être absolument rares, ne sont pas cependant très-fréquents; et comme les méthodes de traitement sont variées et que les opinions sur la thérapeutique sont contradictoires, il est bon que des observations semblables soient soumises à un débat et à une discussion approfondis.

En septembre 1867, un de mes amis et camarades d'internat, docteur en province, m'envoya une jeune femme, mariée depuis quatre mois, et qui ne pouvait plus supporter les approches de son mari.

Le coït avait été d'abord pratiqué, puis, peu à peu, il était devenu tellement douloureux, que la patiente comparait le mal qu'elle éprouvait à un violent mal de dents, et tellement violent que, s'il persistait, elle tombait en syncope.

Plusieurs moyens avaient été tentés, l'extrait de belladone, l'extrait d'opium, les bains prolongés, etc. Enfin, de guerre lasse, la malade vint à Paris, accompagnée de son mari et de sa mère, me consulter.

Voici le résultat de l'examen :

La malade étant mise sur un fauteuil à spéculum, les cuisses écartées, j'entr'ouvre les grandes lèvres : l'hymen n'existe plus, les caroncules myrtiformes ne sont pas plus saillantes que de coutume, rosées, sans trace d'inflammation aucune, pas de vulvite, pas de vaginite, et cependant ni le vagin ni la vulve ne sont secs.

Le bout d'un stylet, porté sur les caroncules, fait jeter des cris à la malade; le moindre attouchement, soit avec la pulpe du doigt, soit avec les barbes d'une plume, lui produisent le même effet.

Le petit doigt même ne peut pas être introduit, et l'on sent une constriction, une contraction très-grande du constricteur du vagin. Évidemment il y a là une contracture pareille à celle de l'orbiculaire des paupières, à celle du sphincter de l'anus dans les cas de fissure.

La malade était une femme courageuse qui était décidée à tout supporter plutôt que de rester dans un état pareil. Voici alors ce que je fis :

Le jour même, elle prit un bain prolongé de deux heures; le lendemain, étant allé chez elle, je la plaçai en travers du lit, les deux jambes appuyées sur deux chaises, comme pour l'application du spéculum ou du forceps. J'anesthésiai profondément la patiente, puis, quand le sommeil chloroformique fut complet, j'introduisis, en forçant un peu et puis en imprimant un mouvement hélicoïdal à l'instrument, le spéculum bivalve qu'on emploie pour l'extraction des polypes, largement ouvert à la base. Je le retournai en tous sens, comme dans la dilatation forcée de l'anus. Il s'écoula un peu de sang. Après, j'introduisis une très-grosse mèche enduite d'extrait de belladone et de glycérine.

Le soir, le coït fut pratiqué sans douleurs. Pendant quinze jours, matin et soir, il fut répété, puis notre opérée repartit en province. Je viens de recevoir une lettre de son mari, qui m'annonce que le coït s'est toujours effectué sans douleur et que sa femme est enceinte de trois mois.

M. Adolphe Richard. L'observation de M. Charrier est intéressante, et si la malade continue à être suivie, je constaterai avec grand intérêt la guérison d'un cas de vaginisme par la dilatation. Je sais tous ceux qui ont été cités en France, et j'ai le regret de dire que la plupart n'offrent aucun caractère d'authenticité.

La question a été traitée chez nous fort légèrement : on a parlé de névralgie vulvaire, de contracture, de spasme douloureux de la vulve, mais les faits n'étaient nullement comparables, plusieurs sans caractère tranché et presque insignifiants. Je ne tiens pas plus à l'expression de vaginisme qu'à toute autre, mais comme le mot est court et facile à dire, il restera, et M. Marion Sions, qui l'a créé, peut passer pour celui de nos contemporains qui a le mieux fixé la physionomie saisissante de cette curieuse affection et les indications du traitement. Convaincu par mon expérience personnelle, et parce que j'ai vu autour de moi des illusions auxquelles a prêté le traitement du vaginisme par la dilatation graduelle ou immédiate, c'est l'opération de Sions que j'adopte en principe; seulement, et c'est là l'objet de ma communication, je crois être parvenu à lui donner une vigueur et une efficacité nouvelles, et, si je ne me trompe, mon opération de vaginisme constitue un réel progrès; mais il faut s'entendre sur la maladie elle-même.

Le vaginisme est une maladie des nouvelles mariées; elle résulte d'une sensibilité morbide de la vulve avec contraction de l'orifice. Le moindre contact au point douloureux du doigt, même des barbes d'une plume, fait pousser des cris à la malade et la jette en un horrible trouble; le rapprochement conjugal est donc presque toujours impossible, et les relations des époux n'aboutissent qu'à provoquer d'atroces douleurs. L'exaltation nerveuse, ainsi provoquée chez la jeune femme, peut aller jusqu'à un affaiblissement tout à fait inquiétant. A l'examen, malgré toute la résolution possible, la malade ne peut s'empêcher de témoigner, par son agitation, l'effroi que lui cause l'idée du moindre contact. Le chirurgien ne constate que la grande étroitesse de la vulve et l'excessive sensibilité qui commence au canal urinaire. Il s'étend à toute la face externe ou vulvaire de l'hymen. Au contraire, un stylet introduit dans le vagin touche la face profonde ou vaginale de l'hymen sans que la malade en eût presque conscience.

Le doigt, introduit dans le vagin, est serré; si la femme est endormie par le chloroforme, il entre sans résistance. Ainsi donc, hypéresthésie très-limitée ou contracture douloureuse du constricteur cunni, tels sont les deux éléments morbides du vaginisme. Sur eux est fondée l'opération de M. Sions : 1° enlèvement de tout l'hymen; 2° deux larges incisions à la partie inférieure de la vulve, de 2 pouces de long, se réunissant en arrière, au repli du périnée; 3° dilatation consécutive à l'aide d'une grosse bougie en verre ou en gomme, qui sera portée quinze ou vingt jours, plusieurs heures par jour. M. Sions cite de nombreux succès; mais, en imitant sa conduite, tout le monde n'a pas été aussi heureux que lui, et je citerai en particulier M. Nélaton, qui paraît fort désenchanté des résultats que peut espérer, en pareil cas, la médecine opératoire.

Ce complément de dilatation consécutive à l'aide de l'embout en verre dont les opérées doivent rester munies pendant un temps souvent fort long, ébranle singulièrement la confiance.

C'est donc avec ces sentiments sur l'opération de Sims que je fus conduit à la modifier radicalement dans les deux circonstances suivantes :

Une jeune femme, que je vis avec M. le docteur Mallet, était parvenue, par son désir extrême d'avoir un enfant, et malgré le vaginisme le plus prononcé, à subir le rapprochement de son mari. Elle devint enceinte, et accouchant dans ces circonstances, au milieu d'atroces douleurs, elle eut une déchirure du périnée qui, propagée à une partie du sphincter anal, l'empêchait de retenir les matières semi-liquides. Malgré tout, les angoisses du vaginisme étaient restées les mêmes, et comme sa déplorable infirmité exigeait des lavages fréquents, les douleurs étaient presque incessantes et la santé générale profondément détériorée.

L'hypéresthésie était, comme toujours, limitée aux débris de l'hymen, avec caroncules. J'endormis la malade avec M. Mallet, j'enlevai avec le plus grand soin toutes les caroncules, et, après avoir avivé les bords de la déchirure périnéale, je fis de ceux-ci deux parts : la moitié postérieure de ces bords fut réunie avec soin en avant de l'anus par trois sutures métalliques profondément implantées. La moitié antérieure de la plaie périnéale, au contraire, bâillant transversalement, fut suturée au bord antérieur de la muqueuse de la paroi postérieure du vagin isolée par l'enlèvement de l'hymen. Ce bord de muqueuse vaginale avait été, au préalable, disséquée dans l'étendue d'un centimètre et demi.

Au bout de quelques jours, l'opérée avait un périnée court, mais solide, et elle fut désormais débarrassée de toute sensibilité morbide du côté des organes extérieurs de la génération.

L'opération à laquelle j'avais été conduit ici par la disposition même des parties, me parut propre à servir de règle pour les cas ordinaires de vaginisme, et je ne tardai pas à en faire l'application.

Dans le courant de l'été dernier, M. le docteur Fortina me présenta une jeune dame venant de fort loin à Paris, pour chercher la guérison où le soulagement à des maux intolérables. Depuis deux mois elle était mariée, et malgré tous les efforts possibles, l'acte conjugal n'avait pu s'accomplir. Il était résulté de ces essais une douleur inces-

sante, un découragement profond. A notre examen, avec MM. Nélaton et Fortina, tous les caractères du vaginisme étaient portés à un haut degré. Je fis part à M. Nélaton de mon plan opératoire : il l'approuva et voulut bien me prêter son assistance.

La malade, endormie jusqu'à résolution, fut placée sur le bord d'une table, comme pour l'opération de la taille, les mains fixées aux pieds à l'aide des bracelets de Phillips.

1er *temps*. Le doigt gauche étant introduit dans le rectum, incision verticale du périnée depuis le milieu de l'hymen jusqu'au voisinage de l'anus.

Cette incision coupe, couche par couche, l'intersection du constricteur réuni avec les fibres antérieures du sphincter anal.

2e *temps*. Dissection et extirpation minutieuse de tout l'hymen.

3e *temps*. Dissection et séparation, dans l'étendue de 2 centimètres, de la lèvre de muqueuse vaginale mise à nu par l'enlèvement de l'hymen.

4e *temps*. Suture de cette muqueuse vaginale à la lèvre postérieure de la plaie du périnée, qui, d'elle-même, devient transversale.

Malgré un érysipèle et la section prématurée des deux points de suture, le succès fut aussi complet que possible. Toute douleur disparut, et la jeune dame, revenue dans son pays, conçut presque immédiatement; peu de temps la sépare aujourd'hui de son prochain accouchement.

L'avantage de mon opération pour le vaginisme est :

1° De donner à la section sphinctérienne de la vulve toute sa portée en recouvrant et maintenant la plaie à l'aide de téguments adossés;

2° De remplacer la portion hypéresthésiée de la vulve, au lieu d'une cicatrice, par une membrane nouvelle, muqueuse vaginale dans tous les cas de vaginisme, exempte de sensibilité morbide;

3° D'agrandir la vulve en lui évitant toute cicatrice et la nécessité déplorable d'un appareil dilatateur.

M. Giraldès. Les deux faits que vient de nous citer M. Richard sont on ne peut plus intéressants, et je suis loin de vouloir déprécier en quoi que ce soit la valeur de son procédé opératoire; mais, pour le bien juger, il faudrait un certain nombre d'observations.

M. Forget. J'ai écouté avec attention et surprise, je l'avoue, la communication de M. Richard, et la proposition qu'il fait d'un acte opératoire aussi considérable à tous les cas de névralgie de l'anneau, ou vaginisme.

Chez sa première malade, qui avait été soumise infructueusement à toutes les méthodes de traitement, je comprends, à la rigueur, l'opération nouvelle.

Mais je suis ému de l'application qu'il en a faite d'emblée sur sa seconde malade, jeune femme dont les organes génitaux étaient dans un état primitif d'intégrité.

Il y a beaucoup à faire avant d'en venir à un procédé aussi radical qui est loin d'être sans danger, ce que M. Richard a prouvé lui-même en nous disant qu'un érysipèle avait sévi chez son opérée; or, on sait ce que cette complication du traumatisme a de grave lorsqu'il se développe à la vulve et sur la paroi voisine de l'abdomen.

Il y a, d'ailleurs, des causes variées de vaginisme, et, pour ma part, j'aurais grande confiance, pour le guérir, à la dilatation instantanée, comme cela a lieu pour la contracture du sphincter anal, qui a beaucoup d'analogie, suivant moi, avec le spasme rigide et douloureux de celui de la vulve.

En résumé, je considère l'innovation opératoire de M. Richard comme étant pleine de dangers et ne devant être conseillée qu'en désespoir de cause et dans des cas tout à fait exceptionnels.

M. Gallard. La question est multiple : Michon, Debout, qui ont étudié des premiers cette question du vaginisme, avaient quelquefois trouvé des érosions vaginales; quelquefois aussi, il y a contracture sans fissure.

J'ai vu, entre autres, une malade qui a pu arriver jusqu'à la consommation non douloureuse du coït au moyen de la dilatation graduelle par des mèches belladonées progressivement augmentées. Dans deux autres cas, j'ai trouvé un peu de vulvite; j'ai touché avec le nitrate d'argent, et j'ai dilaté graduellement; je n'ai même pas eu besoin d'avoir, comme M. Charrier, recours à la dilatation forcée.

La séance est levée à cinq heures un quart.

La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

Le Secrétaire annuel : Dr A. Charrier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Vendredi dernier, au moment où nous venions de mettre sous presse, nous avons appris la bien triste et bien inattendue nouvelle de la mort de M. le professeur Jarjavay. Nous savions que M. Jarjavay était éloigné depuis quelque temps de son service et de sa clientèle par une douloureuse maladie, mais nous étions loin de nous douter qu'elle devrait avoir une aussi funeste issue. M. Jarjavay est mort mercredi soir, 22 avril, à sa propriété de Lajarthe, près Périgueux, où il s'était retiré depuis deux mois.

Ses dépouilles mortelles seront transportées à Savignac-les-Églises, lieu de sa naissance.

— *Hôpital de la Pitié.* — M. le docteur Empis, médecin de l'hôpital de la Pitié, agrégé de la Faculté de médecine, reprendra ses conférences de clinique médicale le samedi, 2 mai, à huit heures du matin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Aphorismes sur les maladies vénériennes, suivis d'un formulaire raisonné des médicaments employés dans le traitement de ces maladies, par le docteur Langlebert, 1 joli vol. in-32, cartonnage en toile. — Adrien Delahaye, éditeur.

Le Bréviaire du médecin, précis de médecine rurale, d'économie et de philosophie médicales, par le docteur F. Monin, correspondant de la Société impériale de médecine, de l'Académie impériale des sciences, belles-lettres et arts, etc. — Paris, 1868, 1 vol. in-12 de 364 pages. — Prix : 3 fr. 50 c. — J. B. Baillère et fils, rue Hautefeuille, 19.

Commentaires thérapeutiques du codex medicamentarius, ou *Histoire de l'action physiologique et des effets thérapeutiques des médicaments inscrits dans la pharmacopée française*, par Ad. Gubler, médecin de l'hôpital Beaujon, professeur agrégé de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. grand in-8° (format du Codex) de 758 pages. Prix, cartonné : 12 fr. — Paris, 1868. J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 51. — JEUDI 30 AVRIL 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 30 AVRIL 1868. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 28 avril 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance d'hier a été perdue pour la tuberculose. Pourquoi? Nous l'ignorons. Peut-être est-ce à cause de l'incident soulevé à l'occasion de la prochaine élection. Soit. Un comité secret, de très-courte durée d'ailleurs, devait, en effet, permettre de terminer dans cette séance l'opération de la présentation des candidats à la place vacante dans la section de pathologie, restée inachevée dans le comité secret de la dernière séance. Ç'a été le sujet d'une petite discussion sur une interprétation du règlement, qui aurait été violé dans cette circonstance, d'après M. Depaul, tandis qu'il a été respecté dans son esprit comme dans son texte même, comme l'a démontré M. Dubois (d'Amiens). De quoi s'agissait-il, en effet? Le voici. L'article 50 du règlement (titre III, relatif aux élections) dit : « Il est voté sur les candidats dans la séance qui suit celle dans laquelle a été fait le rapport de présentation. » Mais dans l'article qui le précède (49), il est dit que les sections et les commissions présentent trois candidats au moins et six au plus pour chaque place; et que, toutefois, « si dix membres au moins proposent d'autres candidats, l'Académie consultée pourra également en admettre la présentation après discussion. » Or, en considération des titres des nombreux compétiteurs, le rapporteur lui-même avait exprimé, au nom de la section, le désir qu'aux six noms portés sur la liste, l'Académie voulût bien ajouter les noms de quatre autres candidats. Mais quand cette proposition a été faite, l'Académie n'était plus en nombre (il ne restait avec le Bureau et le rapporteur que quatre membres). Que pouvait et que devait faire le Bureau dans cette occurrence, si ce n'est ce qu'il a fait, c'est-à-dire ajourner et renvoyer la délibération à un prochain comité secret? Et de ce que cet incident se présentait peut-être pour la première fois à l'Académie, nous ne voyons pas qu'il y eût lieu à incriminer le Bureau. Mais il ressort de là, toutefois, une petite moralité. Comment se fait-il que lorsqu'il s'agit d'une chose aussi sérieuse qu'une présentation de candidats pour une place de titulaire, il ne reste plus sur les banquettes que quatre membres en face du Bureau?

Quoi qu'il en soit, l'œuvre du comité secret a abouti aujourd'hui. Aux six membres proposés par la section, l'Académie a ajouté quatre autres membres. Voici, d'après ce qui a transpiré à travers les murs, quelle est la liste définitive de présentation : en première ligne, M. Chassaignac; en deuxième ligne, M. A. Guérin; en troisième ligne, M. Verneuil; en quatrième ligne et *ex æquo*, MM. Dolbeau et Perrin; en cinquième ligne, M. Giraldès. Candidats ajoutés à la liste par l'Académie, par ordre alphabétique : MM. Desormeaux, Lefort, Trélat et Voillemier.

L'Académie aura à choisir, comme on le voit. A nos yeux, son choix n'est pas douteux. La majorité est toute acquise d'avance au premier candidat de la liste.

A la reprise de la séance publique, l'Académie a entendu une lecture de M. Bouvier sur un point d'histoire de la médecine. On n'a pas oublié l'intéressante communication de M. Dubois (d'Amiens) sur le degré de certitude de la médecine au dix-neuvième siècle. Dans son introduction, la seule partie publiée jusqu'ici de cet important travail (1), M. Dubois, se trouvant amené par son sujet à juger de l'état de la médecine à l'époque de Pinel, représente le chef de la fameuse Ecole de l'an III, comme il l'appelle, comme un naturaliste bien plus que comme un médecin, plus préoccupé qu'il était des caractères et de la classification des maladies que de leur guérison. C'est contre cette proposition que s'inscrit M. Bouvier dans cette lecture où se trouvent accumulés les témoignages historiques, les textes et citations en faveur de la thèse contraire.

La lecture de M. Bouvier n'ayant pu être terminée dans cette séance, la suite en a été renvoyée à la séance prochaine. Nous verrons, après que le travail de M. Bouvier aura passé tout entier sous nos yeux, s'il y a lieu à intervenir dans le débat historique qui ne manque assurément pas d'intérêt.

— Parmi les présentations faites à la suite du dépouillement de la correspondance, il en est une qui nous a paru mériter ici une mention spéciale à cause de l'importance de son objet, nous voulons parler de la présentation, faite par M. Guérard, d'un travail de M. le docteur de Labordette, de Lisieux, sur l'emploi du spéculum laryngien dans le traitement de l'asphyxie par submersion (1). Dans ce travail, M. de Labordette appelle l'attention sur un phénomène très-important de l'asphyxie par submersion, la contracture des mâchoires. La contracture des mâchoires survenue pendant l'asphyxie, loin d'être un signe de mort, comme on est généralement porté à le croire, serait au contraire, d'après M. de Labordette, en signe de la persistance de la vie, et par conséquent une indication de recourir à l'emploi de toutes les ressources de l'art propres à ranimer l'existence prête à s'éteindre. C'est en se fondant sur une série d'expériences que notre confrère a formulé cette proposition.

« Un animal, plongé sous l'eau et qu'on empêche de venir respirer à la surface, exécute des mouvements d'expiration qui font monter des bulles d'air à la surface du liquide. Tout en tenant la bouche fermée, il nage, va au fond, essaye de remonter à la surface; au bout d'une minute environ, les membres cessent de se mouvoir et semblent se contracter; il retombe au fond, essaye de nouveau de nager, entr'ouvre la bouche et la referme tout aussitôt; ses membres se roidissent, il tombe, pour ne plus se relever, au bout d'une minute et demie.

« L'animal, extrait de l'eau dans les circonstances qu'on vient de faire connaître, présentait une contracture très-forte des mâchoires; c'est avec peine que je les maintenais ouvertes à l'aide d'une pince; les membres étaient roides et les yeux saillants hors des orbites.

« En maintenant la bouche ouverte, et faisant exécuter des mouvements simulant ceux qui se produisent dans l'acte de la respiration, je voyais le sujet renaître à la vie à mesure que l'air pénétrait dans ses poumons.

« Cette expérience, répétée sur *douze* animaux de même âge et de même espèce (*rats*), m'a donné les résultats suivants : *neuf* ont été rappelés à la vie, *trois* sont morts.

« En prolongeant le séjour de l'animal sous l'eau pendant deux ou trois minutes, les membres se détendaient peu à peu, les mâchoires n'étaient plus serrées. Sur *douze* animaux retirés de l'eau après un séjour de deux à trois minutes, j'ai trouvé les mâchoires non serrées, les membres non contractés. Après avoir essayé pendant longtemps de les rappeler à la vie avec les moyens qui m'avaient réussi chez les précédents, je n'ai pu en ranimer que *trois* et non sans peine; les *neuf* autres étaient morts.

« Les animaux morts dans les précédentes expériences, ayant été abandonnés à l'air ou sous l'eau pendant douze heures, j'ai constaté que leurs mâchoires et leurs membre étaient devenus roides. J'exécutai sur eux des tentatives pour les ranimer : elles furent vaines. Cette roideur qui suit la mort ne saurait être confondue avec celle qui se produit chez le sujet dont le séjour sous l'eau n'a duré que quelques instants.

« Dans ce dernier cas, chez les sujets rappelés à la vie, la roideur était le résultat de la contracture des muscles; dans l'autre cas, elle était due à la rigidité cadavérique. »

Après avoir ainsi établi, par ces expériences, la valeur séméiologique du phénomène dont il s'agit, M. de Labordette a voulu savoir si, chez les noyés rappelés à la vie, on avait constaté cette contracture. Il a relevé à cet égard un certain nombre d'observations confirmatives.

De cet accord entre ces observations et ces expériences, il ressort l'indication impérieuse, quand on se trouve en présence d'un noyé, de s'occuper tout d'abord de vaincre l'obstacle qu'oppose à la rentrée de l'air dans les voies aériennes la contracture des mâchoires, et d'opérer la détersion de la bouche et de l'arrière-gorge.

C'était là un précepte important à porter à la connaissance de nos lecteurs.

Dr Brochin.

(1) Cette introduction a été publiée dans la *Revue de Paris* du 10 octobre 1867, n° 35 de la nouvelle série.

(1) *De l'Emploi du spéculum laryngien dans le traitement de l'asphyxie par submersion, etc.*, par M. A. de Labordette, chirurgien de l'hôpital de Lisieux. Brochure in-8°. Paris, 1868, chez J.-B. Baillière et fils.

HOPITAL SAINT-ÉLOI, DE MONTPELLIER.

(Clinique chirurgicale. — M. COURTY.)

Fistule vésico-vaginale profonde.

Destruction presque complète de la lèvre antérieure du col utérin, qui forme le bord postérieur de la fistule. — Réunion par huit points de suture du bord antérieur de la fistule avec la paroi vaginale postérieure, immédiatement au-dessous de ses attaches à l'utérus. — Incarcération du col utérin dans la vessie urinaire. — Succès complet le neuvième jour.

(Observation recueillie par M. CAUVY, chef interne.)

Valentine S..., épouse P..., âgée de 24 ans, journalière à la Salvetat (Hérault), entre à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, le 9 mars 1868. Elle a été réglée à 15 ans, toujours régulièrement jusqu'à l'âge de 20 ans, époque où elle se maria et devint grosse. Au neuvième mois de cette grossesse, elle accoucha d'un enfant mort; la durée de cet accouchement avait été normale. Deux mois après ses couches, elle vit revenir ses menstrues, qui apparurent régulièrement pendant deux mois. Leur suspension fut l'indice d'une seconde grossesse : au mois de novembre 1867, elle accoucha très-malheureusement d'un enfant mort, qu'on fut obligé d'extraire avec le forceps, après six jours de souffrances.

Dès le lendemain de l'accouchement, le 8 novembre, elle perdait ses urines; depuis lors elle a toujours eu cet écoulement d'urine, et aujourd'hui, sur les conseils de M. le docteur Phalipon, de la Salvetat, et d'une de ses compatriotes, la femme L... (1), que M. le professeur Courty a parfaitement guérie, il y a plusieurs années, de la même infirmité, elle vient se confier aux soins du chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi.

La femme P... est petite, d'un tempérament lymphatique, et présente une légère incurvation rachitique des jambes; néanmoins les diamètres du bassin, mesurés, ont des dimensions normales. Elle paraît jouir d'une bonne santé. Depuis son dernier accouchement, c'est-à-dire depuis quatre mois, les menstrues n'ont pas reparu. Le mois dernier seulement, vers le 20, elle eut un léger écoulement sanguinolent qui dura quelques heures et qui s'effectua sans coliques et sans dérangement notable.

Les parties génitales externes et la face interne et supérieure des cuisses présentent un eczéma assez intense. Ces parties sont rouges, humides et exhalent une odeur urineuse caractéristique. La perte de l'urine est continue : on voit sans cesse s'écouler du vagin une certaine quantité de ce liquide, augmentant lorsque la malade tousse ou se livre à des efforts.

Par le toucher, on arrive aisément à sentir le col utérin dévié et porté en avant et à gauche; le cul-de-sac utéro-vaginal antérieur n'existe plus : au devant du col, à un demi-centimètre environ d'une fosse qui paraît en être l'orifice vaginal, sur la paroi antérieure du vagin, le doigt perçoit la dureté et la tension d'un tissu cicatriciel en même temps qu'il apprécie facilement l'existence d'un orifice anormal en ce point. Le vagin est chaud et humide.

L'examen au spéculum permet de constater les faits suivants :

Il s'est établi des adhérences entre les parties latérales du col utérin et la muqueuse vaginale voisine; il existe sur la paroi antérieure du vagin, tout contre la lèvre antérieure du col utérin, amincie et presque totalement détruite, une fistule par laquelle on voit s'écouler de l'urine, et qui permet l'introduction simultanée d'une sonde de femme de la vessie dans le vagin et du cathéter utérin du vagin dans la vessie.

Après cette constatation, M. le professeur Courty, voulant s'assurer de la persistance de l'orifice du col de la matrice, essaye le cathétérisme utérin; mais, malgré toutes les tentatives, il est impossible de pénétrer à plus d'un millimètre dans un infundibulum qui se trouve immédiatement au devant de la partie moyenne de la lèvre postérieure du col et limité en avant par un tissu cicatriciel, mince, tendu, vestiges de la lèvre antérieure.

La malade étant assez éloignée de la période menstruelle et se trouvant dans des conditions de santé satisfaisantes, eu égard aux principales fonctions, l'opération est décidée pour le lendemain. On prescrit pour le soir même un lavement avec 100 grammes de mélasse dans un litre d'eau, et pour le lendemain un second semblable. Il y a eu quatre selles fort copieuses.

Le 10 mars, à neuf heures du matin, l'opération est pratiquée dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, en suivant les règles que M. Courty a tracées dans son ouvrage (2) et en présence de M. le docteur Gayrand, chef de clinique, de MM. Eustache, Serre, Dumas, internes, ainsi que de tous les élèves assistant à la clinique. M. le professeur Courty avive d'abord une portion de la muqueuse vaginale située en arrière du col utérin; l'avivement est ensuite continué sur les côtés et en avant de la fistule urinaire, en coupant, chemin faisant, les

(1) *Six nouvelles opérations de fistule vésico-vaginale*, etc. Observation VIII. Paris et Montpellier, 1867.

(2) *Traité pratique des Maladies de l'utérus et de ses annexes*, etc., p. 1040 et suiv. Paris, 1866.

brides cicatricielles. Avant de réunir les deux lèvres de cette ouverture, il prend le soin de rétablir et d'agrandir, par une incision longitudinale, l'ouverture du col utérin, à travers lequel il peut alors faire pénétrer le cathéter à 7 centimètres jusqu'au fond de l'utérus. Huit points de suture métallique suffisent ensuite pour amener les deux surfaces avivées dans un contact parfait, avec d'autant plus de facilité que le col utérin était naturellement dirigé, par les cicatrices, vers la partie antérieure; le museau de tanche fut ainsi retenu par inclusion dans la cavité vésicale, comme cela a été fait déjà plusieurs fois par M. le professeur Courty, notamment chez la femme G..., de Saint-Pons, du même pays que la malade dont il s'agit (1). Enfin, comme complément de l'opération à cause de la résistance que pouvait présenter l'utérus et de la pression que le col pouvait exercer sur la lèvre postérieure de la plaie, bien qu'il ne parût pas y avoir sur la suture un tiraillement notable, M. Courty a opéré, par une incision libératrice supérieure demi-circulaire, le débridement du méat urinaire pour permettre à l'urèthre de s'abaisser et d'étendre ainsi entièrement la paroi vaginale antérieure.

Après l'opération, on laisse une sonde sigmoïde à demeure dans la vessie. Potion antispasmodique avec 0,05 d'hydrochlorate de morphine et autant d'extrait de belladone. Pendant la journée, un peu de ténesme vésical et un suintement sanguin vaginal.

11 mars. Ténesme vésical, chaleur à la peau, 95 pulsations; douleurs légères à l'hypogastre. Prescription : 0,10 extrait aq. thébaïque en 10 pilules, une toutes les deux heures; cataplasmes sur la région hypogastrique, préalablement couverte d'extrait de belladone, pansement renouvelé trois fois dans la journée. Pendant la journée, l'urine s'écoule très-bien par la sonde, qui est changée le soir seulement.

12 mars. La nuit a été bonne; la malade a dormi quelques heures; à quatre heures, elle a éprouvé des coliques et le retour d'un ténesme vésical aussi intense que la veille : dès ce moment, il est sorti du sang par la sonde. A la visite, sept heures et demie, M. le professeur Courty constate cet écoulement sanguinolent, qui a persisté, et quelques douleurs légères dans la fosse iliaque gauche. La quantité de sang assez abondante qui s'écoule avec l'urine, sa viscosité assez marquée, sa couleur foncée et les phénomènes généraux et locaux concomitants font présumer que nous avons affaire à un véritable écoulement menstruel. Chaleur de la peau élevée, 110 pulsations. Prescription *ut supra* : bouillon. Le soir, céphalalgie assez vive, cessation de l'hémorrhagie, écoulement d'urine limpide par la sonde.

13. Quelques heures de sommeil pendant la nuit; l'urine continue à couler par la sonde; état fébrile marqué; température de la peau élevée, 115 pulsations; douleurs à la région iliaque gauche. Prescription *ut supra*, bouillon. Dans l'après-midi, le suintement sanguinolent par la sonde reparaît. Première lotion vaginale avec de l'eau tiède coaltarisée.

14 et 15. Même état, même traitement.

16. La fièvre cesse; appétit, inquiétude, besoin de mouvement. Potage, œufs frais. Continuation des autres moyens.

17. M. le professeur Courty ôte quatre fils : on éprouve quelque difficulté à les atteindre, car ils sont enfoncés dans des sillons dépendant du gonflement de la muqueuse vaginale autour des fils. Prescription *ut supra*, soupe, œufs, chocolat.

18. Garde-robe peu copieuse de matières dures pendant la nuit; ténesme vésical. M. Courty enlève deux autres fils : l'anse de l'un d'eux reste dans les tissus et ne peut être retrouvée. Potion huileuse dans la journée, pour faciliter les garde-robes. Le soir, potion avec 0,05 d'extrait de belladone. Cataplasmes et onctions *ut supra*, régime *ab libitum*.

19. Deux selles copieuses ont suivi l'administration de l'huile de ricin; le ventre est souple; les douleurs de la fosse iliaque gauche ont disparu. La malade ne peut plus tolérer la sonde. M. Courty enlève les deux derniers fils. Pendant la journée, la malade reste couchée et débarrassée de la sonde; chaque trois heures, le cathétérisme donne une quantité notable d'urine; la malade n'est pas mouillée. Neuf jours seulement se sont écoulés depuis l'opération, et dès ce moment la malade peut être regardée comme guérie.

20. Le ténesme a diminué; on a laissé la sonde à demeure pendant la nuit, on la retire le matin et on permet à la malade de se lever. Dès ce jour-là, la femme P... a uriné toute seule pendant toute la journée; la sonde est remise la nuit, jusqu'au 23. Depuis ce jour, la malade se lève et marche sans perdre une seule goutte d'urine : elle se plaint seulement d'être obligée d'uriner fréquemment.

26. M. Courty fait une injection de lait : la vessie, distendue, ne laisse pas suinter une seule goutte de liquide.

Nous aurions bien désiré constater si la menstruation, que nous croyons s'être produite le 12 mars, le surlendemain de l'opération, ne ferait pas une deuxième apparition au bout d'un mois; mais il nous est impossible de retenir la malade à l'hôpital au delà du 6 avril. Durée totale du traitement : 25 jours.

NÉVRALGIE SUS-ORBITAIRE INTERMITTENTE

guérie par l'emploi de l'acide arsénieux

Par M. le docteur Pancin (d'Aramon).

La Gazette des Hôpitaux a publié dernièrement deux cas de névralgie sus-orbitaire intermittente; l'un a cédé à l'emploi du sulfate de quinine administré par la méthode hypodermique; l'autre, qui avait résisté au sulfate de quinine, à l'arséniate de soude, aux narcotiques, a été rapidement guéri par l'électricité. Il est utile de signaler à l'attention des médecins les différents moyens qui peuvent réussir dans le traitement d'une même maladie; c'est là le motif qui m'engage à faire part de l'observation suivante de névralgie sus-orbitaire intermittente guérie en quelques heures par l'emploi de l'acide arsénieux :

Le nommé Jean-Baptiste V..., cordonnier, âgé de 45 ans, d'un tempérament mou et lymphatique, teint terreux et plombé, visage un peu bouffi, est sujet, depuis l'âge de quinze ans, à des maux de tête rhumatismaux qui se renouvellent et s'aggravent au moindre refroidissement, aux changements de temps et par un travail trop assidu. Dans les derniers jours de décembre 1865, ayant passé plusieurs nuits auprès d'un malade, il eut froid et fut pris d'un coryza très-intense. Dans les premiers jours de janvier, il s'aperçut que, tous les jours, depuis dix heures du matin jusqu'à trois heures du soir, il lui survenait une douleur dans la région sus-orbitaire gauche. Vers les trois heures de l'après-midi, la douleur diminuait rapidement et disparaissait pour reparaître le lendemain à dix heures du matin. Du reste, cette douleur était tolérable et le malade ne s'en préoccupait que fort peu; mais le 13, le 14 et le 15, elle devint d'une violence extrême. Le malade la comparait à une violente odontalgie. Je lui conseillai, comme je l'avais fait jusqu'ici en pareille circonstance, de prendre du sulfate de quinine; mais le malade, ayant une grande prévention contre ce remède, me pria de lui ordonner toute autre chose. Je pensai à l'acide arsénieux pour deux motifs; premièrement, parce que, comme antipériodique, il peut être mis presque sur le même rang que le quinquina, et que, comme antinévralgique, il lui est certainement supérieur; secondement, parce que *une constitution lymphatique, un teint terreux et plombé, un visage bouffi et légèrement œdémateux*, ont été plus d'une fois, pour moi, un indice précieux pour l'administration de ce remède, si souvent héroïque, lorsqu'il est indiqué. J'ordonnai donc à V... $\frac{1}{1000}$ de grain d'acide arsénieux dans 150 grammes d'eau, à prendre une cuillerée à bouche toutes les deux heures. De neuf heures du soir à huit heures du matin, le malade prit six cuillerées de la potion. Le lendemain, 16 janvier, l'accès ne revint pas; la douleur avait complétement disparu pour ne plus revenir. Depuis lors, j'ai rencontré souvent le malade, je lui ai parlé encore plus de quatre mois après sa guérison; la névralgie n'a pas reparu; à part ses maux de tête habituels, V... se porte bien; il me témoigne de nouveau sa reconnaissance pour le service que je lui ai rendu en le débarrassant, d'une manière si prompte et si économique, de ses horribles souffrances.

Ce fait nous prouve que l'acide arsénieux, donné relativement à petite dose, peut, dans certains cas, remplacer avantageusement le sulfate de quinine dans la névralgie sus-orbitaire intermittente.

Le sulfate de quinine aurait-il pu, même administré par la méthode hypodermique, guérir mon malade aussi sûrement, aussi rapidement que l'acide arsénieux? C'est une chose fort douteuse; la rapidité, et la solidité de la guérison et la petite dose du remède, nous prouvent que l'acide arsénieux convenait admirablement bien dans ce cas particulier de névralgie.

Michon disait, il y a quelque temps, du haut de la tribune académique, à propos d'une discussion sur le traitement de l'anthrax : « Il n'y a pas un anthrax, il y a des anthrax; il n'y a pas de maladie qui guérisse toujours par le même remède ».

C'est une vérité incontestable, mais dont on ne fait pas assez de cas dans l'étude et dans le traitement des maladies; une maladie, loin d'être toujours identique à elle-même, nous offre une foule de nuances et de variétés qu'il faudrait étudier avec le plus grand soin, car à ces nuances, à ces variétés pathologiques, il est naturel de penser qu'on devrait opposer des variétés de remèdes. Voilà pourquoi un remède qui a fait merveille pour la cure d'une maladie, si les temps, les lieux, la constitution médicale, etc., etc., viennent à changer, se montre une autre fois, au grand étonnement du médecin, tout à fait impuissant dans la même maladie, tandis qu'un autre remède, tombé dans l'oubli, devient tout à coup d'une incontestable utilité dans des circonstances nouvelles. Voilà pourquoi le sulfate de cuivre a guéri, entre les mains de M. le docteur Lisle, de Marseille, certaines séries de cholériques, tandis que ce même sulfate de cuivre, de l'aveu de M. le professeur Velpeau, n'a rien présenté de merveilleux dans le traitement des cholériques de Paris. Voilà pourquoi le problème, dont la solution a été proposée à la sagacité des médecins par M. Bréant, est mal posé et reste insoluble. « Un problème bien posé, dit l'illustre Ampère, est bien près d'être résolu », tandis que tous les efforts de l'esprit humain échouent devant une question mal posée.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 28 avril 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

1° Les rapports sur les épidémies qui ont régné dans les arrondissements de Brignoles (Var), de Gien (Loiret), et dans les départements de la Drôme, la Sarthe, la Haute-Savoie, le Haut-Rhin, le Loir-et-Cher, la Lozère, le Morbihan.

2° Les rapports de vaccine pour les départements de l'Ariége, l'Aude, la Corrèze, la Charente-Inférieure, la Haute-Vienne, le Jura, la Somme, les Vosges, le Var, le Morbihan et l'Ain.

3° Les rapports sur les eaux minérales de Vals, par M. le docteur Chabannes, et de Saint-Christau, par M. le docteur Tillot :

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

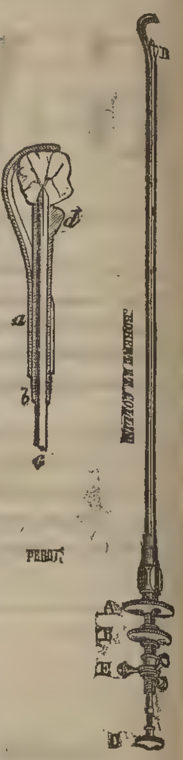
1° Un mémoire de M. le docteur Courtoy sur une nouvelle manière d'administrer l'huile de foie de morue en dragées. (Comm. des remèdes secrets).

2° Une lettre de M. Reliquet, qui soumet à l'examen de l'Académie un brise-pierre uréthral construit, sur ses indications, par MM. Robert et Collin.

Il est ainsi constitué :

1° Une branche A recourbée à son bec comme une curette uréthrale ordinaire, à son extrémité manuelle offre en A une rondelle et au delà un pas de vis sur lequel se meut le volant E;

3° Une branche mâle BD munie en B d'une rondelle manuelle terminée en D par un orifice dentelé offrant latéralement une saillie mousse qui écarte la muqueuse uréthrale des dents;



3° Un perforateur C occupe la cavité de la branche mâle, se termine par une pointe à quatre pans et en C un pas de vis qui répond à celui de l'orifice externe de la branche mâle.

La manœuvre pour prendre le gravier se fait de deux façons : ou bien on manie l'instrument comme le petit brise-pierre uréthral dont se servait Civiale, ou bien on introduit la branche femelle seule, et s'en servant comme de la curette uréthrale ordinaire, on fait passer son bec en arrière du gravier, alors on conduit la branche mâle munie du perforateur, mais dont la pointe ne dépasse pas l'orifice dentelé. La saillie mousse de cette branche mâle qui glisse dans la canelure de la branche femelle empêche d'accrocher la muqueuse.

Le gravier tenu entre la curette et l'orifice dentelé, on le fixe avec le volant.

Pour broyer on comprime les graviers entre la curette et l'extrémité de la branche mâle avec le volant, puis on agit avec le perforateur dont la pointe entre comme une vrille dans le gravier comprimé. Après quelques tours donnés au perforateur, on comprime de nouveau avec le volant et on revient au perforateur. Si on a affaire à un gravier très-dur, chaque fois qu'on aura agi avec le perforateur, on rentrera sa pointe dans le tube de la branche mâle pour ne comprimer qu'avec l'orifice dentelé.

Par cet appareil de broiement, le gravier, si dur qu'il soit, est divisé sur place en fragments multiples, sans qu'on soit exposé à lui imprimer le plus léger mouvement de va-et-vient capable de déchirer l'urèthre. Le broiement fait par l'extrémité de la branche mâle, près de la curette, on peut par sa cavité, le perforateur retiré, faire une injection dont le liquide, frappant contre la curette, déplace les débris du gravier et les chasse en avant; même sans injection, l'instrument retiré, les débris sortent d'eux-mêmes, entraînés par le jet d'urine.

Ce nouveau brise-pierre uréthral, en permettant de broyer sur place les graviers les plus durs, n'oblige plus à les retirer, ce qui produisait souvent, sinon toujours, des éraillures de l'urèthre.

Avec lui on peut fragmenter les graviers arrêtés dans les régions membraneuses et prostatiques, sans pincer les parois de l'urèthre.

3° Une lettre de M. le docteur Gallard conçue en ces termes :

Des doutes s'étant élevés au sein de l'Académie sur l'authenticité, ou tout au moins sur l'exactitude des renseignements d'après lesquels j'ai rédigé mon mémoire de 1864 *sur la pustule maligne spontanée*, j'ai l'honneur de vous adresser un dossier de documents que je vous prie de vouloir bien faire déposer au secrétariat, où chacun pourra en prendre connaissance, jusqu'à mardi prochain, et sans déplacement.

Ce dossier contient, outre un grand nombre de lettres de médecins habitant les départements de la Charente-Inférieure, de la Charente, de la Vendée, des Deux-Sèvres et de la Vienne, quatre attestations émanant des quatre vétérinaires de Saint-Jean-d'Angely. Toutes ces pièces, dont quelques-unes sont publiées dans mon mémoire, ont été communiquées à M. Gosselin, lorsqu'il a présenté son rapport, et elles m'ont servi à dresser une carte qui est, du reste, dans les bureaux de l'Académie.

4° La lettre suivante de M. H. Roger, dont M. le Secrétaire annuel donne lecture :

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous informer que l'inauguration de la statue de Laënnec à Quimper, qui devait avoir lieu le 9 mai prochain, est remise au 15 août.

La Commission regretterait cet ajournement si elle n'était pas sûre que l'époque fixée définitivement permettra à un plus grand nombre de membres de l'Académie d'honorer cette solennité de leur présence.

— M. le Président annonce à l'Académie qu'elle aura à se former en comité secret immédiatement après le dépouillement de la correspondance, pour délibérer sur la proposition qui a été faite dans le comité secret de mardi dernier, d'ajouter les noms de plusieurs candidats à la liste présentée par la section, pour la place vacante en pathologie externe. Le comité sera de courte durée, et la séance publique sera reprise immédiatement après.

M. Depaul demande la parole pour un rappel au règlement.

Il est dit dans le règlement (art. 50) que l'élection aura lieu dans la séance qui suit celle dans laquelle a été fait le rapport de présentation. Le rapport a été fait dans la dernière séance; par conséquent la nomination aurait dû être faite dans la séance actuelle. C'est la première fois depuis qu'il fait partie de l'Académie, et même, croit-il, depuis que l'Académie existe, que cet article du règlement est ainsi violé. Cela est très-regrettable et peut constituer un précédent fâcheux. Le règlement, pour une compagnie telle que l'Académie, doit être sacré. Il proteste contre cette violation.

M. le Secrétaire perpétuel est de l'avis de M. Depaul. Le règlement est impératif, et il doit être rigoureusement observé. Mais il faut tenir compte des conditions dans lesquelles s'est trouvée l'Académie dans le dernier comité secret. Le rapporteur de la section, M. Demarquay, en proposant une liste de six membres, avait exprimé le regret de ne pouvoir ajouter à cette liste les noms d'autres candidats dont les titres lui paraissaient mériter l'honneur de la présentation. Là-dessus, un membre a proposé d'ajouter quatre noms à la liste de la section. Mais que dit l'article 49 du règlement? Il dit : « Les sections présentent trois candidats au moins et six au plus pour chaque place. Mais si dix membres au moins proposent d'autres candidats, l'Académie, consultée, pourra également en admettre la présentation après discussion. » Or, lorsque la proposition d'addition de quatre candidats a été faite dans le comité secret de la dernière séance, il n'y avait plus que quatre membres présents. Il était donc impossible de prendre une décision; il n'y a donc pas eu violation du règlement, il y a eu simplement impossibilité de l'appli-

(1) *Six nouvelles opérations de fistule vésico-vaginale*, etc. Obs. XI.

quer. Il a été convenu alors qu'on reprendrait, dans la séance suivante, la délibération. C'est ce qui va avoir lieu.

M. BOUCHARDAT ne comprend pas la protestation de M. Depaul. Ce qu'il dit n'avoir jamais vu à l'Académie a eu lieu plusieurs fois dans d'autres académies. Il est clair que, du moment où l'on n'était plus en nombre suffisant pour délibérer, il ne restait plus qu'à proroger le comité secret.

M. DEPAUL reconnaît qu'on ne pouvait, en effet, agir autrement dans les circonstances où l'on s'est trouvé; mais il n'en persiste pas moins à considérer le fait comme regrettable et d'un fâcheux précédent.

M. J. CLOQUET exprime le regret qu'il aurait éprouvé de voir des candidats aussi méritants rester en dehors de la liste de présentation, et il approuve la mesure qui a été prise par le bureau et qui permet d'ajouter à la liste de la section des candidats dignes à tous égards de figurer dans la présentation.

Après ces explications, l'Académie se forme en comité secret.

Au bout de vingt minutes environ, le public est rappelé et la séance est reprise à quatre heures environ.

M. BÉHIER présente, de la part de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, chef de clinique de son service, une brochure sur l'emploi du phosphore en médecine et en particulier dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive.

M. CHAUFFARD présente, de la part de M. le docteur Rommelaere, un mémoire sur Van Helmont, mémoire couronné par l'Académie royale de médecine de Belgique.

M. GUÉRARD présente, de la part de M. le docteur Labordette, une brochure intitulée : *De l'Emploi du spéculum laryngien dans le traitement de l'asphyxie par submersion.*

M. LARREY présente :

1° De la part de M. le docteur Spillmann, médecin-major, une brochure intitulée : *Études statistiques sur les résultats de la chirurgie conservatrice, comparés à ceux des résections et des amputations.*

2° De la part de M. le docteur Armieux, un travail sur les eaux de Barèges.

M. JOLLY présente, de la part de M. le docteur Guipon (de Lyon), un travail sur l'étiologie des épidémies de fièvres typhoïdes.

LECTURE.

La parole est à M. Bouvier, pour la lecture d'un travail intitulé : *De l'École de santé et de Pinel*, à propos d'un mémoire de M. Dubois (d'Amiens), sur le degré de certitude de la médecine au dix-neuvième siècle.

La séance est levée à cinq heures.

Addition à une séance précédente.

COMPOSITION CHIMIQUE DE LA MANNE.

Conclusions du travail de M. Buignet.

I. La manne en larmes, dans son état naturel, possède un pouvoir rotatoire très-énergique. Ce pouvoir est dextrogyne; sa valeur, rapportée au plan de polarisation du rayon jaune, est exprimée par [a]; $=+28°40'$.

II. Le pouvoir rotatoire de la manne ne tient pas, comme on pourrait le croire, à la matière sucrée qu'elle renferme; car il se retrouve sensiblement le même dans la manne qui a perdu tout son sucre par fermentation.

III. La substance à laquelle est dû ce pouvoir rotatoire est la *dextrine*, que l'analyse chimique n'avait pas signalée jusqu'ici dans la manne, et qui forme cependant un des principaux éléments de sa composition. Elle entre pour un cinquième environ dans le poids de la manne en larmes, et pour une proportion beaucoup plus grande dans les diverses espèces de manne en sorte. On peut l'extraire très-facilement. Elle offre alors tous les caractères physiques et chimiques qui appartiennent à la dextrine pure.

IV. La matière sucrée contenue dans la manne en larmes est constituée par un mélange de sucre de canne et de sucre interverti. Ces deux sucres se trouvent unis en proportions telles qu'ils neutralisent ou à peu près leur action optique réciproque.

V. Les diverses espèces de manne répandues dans le commerce renferment toutes du sucre et de la dextrine. La quantité absolue de ces deux principes varie considérablement d'une espèce à l'autre; mais leur proportion relative se maintient constante et invariable. Ainsi, dans les divers échantillons de manne en larmes, comme dans les diverses espèces de manne en sorte, on trouve toujours deux équivalents de dextrine en présence d'un seul équivalent de sucre.

VI. Par la nature, comme par la proportion de ses éléments, le mélange de sucre et de dextrine contenu dans la manne se confond avec le produit ordinaire de la saccharification de l'amidon. On peut donc admettre que sa production se rattache à la même cause, et qu'il dérive lui-même de l'amidon qui aurait éprouvé au sein du végétal vivant une transformation analogue à celle qu'il subit par nos moyens artificiels sur l'action combinée de la diastase et d'une chaleur convenable.

Le travail de M. Buignet est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Boudet et Gobley.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 15 avril 1868. — Présidence de M. LEGOUEST (1).

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Fausse membrane provenant d'une hématocèle de la tunique vaginale.

M. PANAS. La deuxième communication dont j'ai l'honneur de vous entretenir est relative aux opérations que l'on peut entreprendre contre l'hématocèle de la tunique vaginale.

Vous connaissez tous la décortication de la tunique vaginale, et un certain nombre de succès obtenus par cette méthode. Ce que l'on connaît moins, ce sont les insuccès auxquels elle expose, et c'est une chose sur laquelle il faut d'autant plus insister qu'on ne l'a pas assez répété.

Étant à l'hôpital du Midi, je fis, en 1864, une décortication suivant les règles chez un homme venu exprès du fond de la Bourgogne pour se faire opérer dans les meilleures conditions de santé. L'opération faite par moi, en présence et avec le concours de notre très-regretté collègue Follin, eut pour résultat la mort du malade, par phlégmon gangreneux, survenue cinq jours après l'opération. Ce fait m'ayant très-péniblement impressionné, je me mis en quête de faits semblables observés de nos collègues dont l'expérience était plus grande que la mienne, et tous ont été en mesure de déclarer la décortication une opération souvent grave et même mortelle. Je puis ici, sans indiscrétion, je crois, citer M. le professeur Denonvilliers, qui, avec la loyauté scientifique qu'on lui connaît, m'a dit avoir perdu deux malades, déclarant que jamais il ne voudrait plus se risquer à exécuter cette opération.

Je sais, messieurs, que l'on peut vous citer des exemples heureux, mais les cas de mort fussent-ils encore plus rares, que je n'hésiterais pas à abandonner la décortication pour quelque chose de moins grave, si nous pouvons obtenir ainsi la guérison.

Pour arriver au résultat désiré, il suffit que, par un moyen ou par un autre, on débarrasse la tunique vaginale de la néomembrane, souvent épaisse, qui la double en cas d'hématocèle ou d'hydrocèle ancienne. Ce que la décortication fait d'un seul coup, mais avec danger de mort, la suppuration de la cavité séreuse le produit un peu plus à la longue, mais aussi avec plus de sécurité pour le malade. C'est pourquoi nous pensons que l'incision simple de la tunique vaginale, suivie de suppuration à l'air libre ou en bourrant légèrement la poche de charpie, constitue le meilleur et le plus simple des traitements en pareils cas.

Chez un malade que j'ai encore dans mes salles à l'hôpital Saint-Antoine (il s'agissait d'un garçon de 19 ans, et qui portait son hématocèle depuis six ans), j'ai tenu cette conduite, et le malade se trouve aujourd'hui radicalement guéri. Un phénomène fort remarquable s'est montré ici, c'est qu'à un moment donné, trente jours après l'établissement de la suppuration du sac, toute la néomembrane s'est détachée d'une seule pièce. Voici cette poche qui offre une paroi externe blanchâtre et lisse, c'est celle qui était en rapport avec la séreuse, et une face interne rougeuse, tapissées de caillots fibrineux comme les parois d'un vieil anévrysme artériel. C'est là une circonstance heureuse qui abrége le traitement, et, tout exceptionnelle qu'elle est, vient en faveur du traitement des hématocèles et des vieilles hydrocèles, avec épaississement considérable des parois de la tunique vaginale par les incisions simples suivies de suppuration, au lieu de l'opération toujours dangereuse de la décortication.

Le but de cette communication n'est pas de fixer définitivement l'opinion sur la décortication, mais de faire appel à de plus expérimentés que moi, en vue de nous aider à résoudre cette question importante de pratique chirurgicale.

M. DESPRÈS. Depuis quelques années, on a remis à l'ordre du jour la question de la décortication de la tunique vaginale, je tiens à dire que la décortication n'est pas ce qu'elle était autrefois; M. Gosselin lui-même a modifié sa méthode de traitement des hématocèles. Il se contente aujourd'hui de faire une incision avec excision de la tunique vaginale, en vue de provoquer une inflammation suppurative et par suite l'oblitération de la cavité.

M. LÉON LABBÉ. Je ne sais sur quel fondement s'appuie M. Desprès pour affirmer que M. Gosselin a abandonné son procédé de décortication de la tunique vaginale. Tout récemment encore, M. Gosselin a employé avec succès, dans un cas d'hématocèle double, sa méthode telle qu'il l'a décrite dans son premier mémoire.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Coup de feu de la face. Restauration par l'autoplastie et la prothèse.

M. TRÉLAT présente un malade qui a subi plusieurs opérations de prothèse et d'anaplastie pour la restauration d'un coup de feu de la face.

M. Trélat. Les ressources combinées des méthodes réparatrices rendent chaque jour de précieux services dans la pratique de notre art; et les guerres de Crimée et d'Italie nous ont permis plus d'une fois de juger de leurs bienfaits.

J'ai eu récemment l'occasion de restaurer, par une série d'opérations et d'appareils prothétiques, la face d'un blessé qui m'était adressé de province par un de mes excellents amis, M. le docteur Dutard, et quoique la régularité primitive des formes n'ait point été entièrement rétablie, les fonctions sont actuellement presque normales, et la forme singulièrement améliorée.

L'accident (coup de fusil tiré sous le menton), avait eu lieu le 27 janvier 1867, et avait produit dans le squelette et les parties molles de la face un délabrement considérable. La bouche tout entière et la fosse nasale gauche formaient un énorme hiatus bordé de lambeaux noirs et déchiquetés. Pendant les premiers temps, l'alimentation présenta des difficultés considérables; enfin, grâce à des pansements convenables et à l'air des champs, la guérison fut achevée au bout de trois mois. Les plaies étaient alors cicatrisées, mais la parole était des plus confuses, la mastication absolument impossible, la déglutition elle-même difficile. Pour se nourrir, le malheureux blessé en était réduit à plonger sa face dans une jatte contenant un aliment liquide, lait, vin ou bouillon, et à humer le breuvage.

C'est dans ces conditions qu'il me fut adressé et que je le reçus dans mon service de Saint-Antoine, le 2 novembre 1867. J... L... est âgé de 37 ans, vigoureux et de taille moyenne. Sur le côté gauche de la face on constate : en bas et à deux centimètres de la ligne médiane du menton une cicatrice verticale profondément déprimée, qui rejoint le bord labial près de la commissure. Ce point de la lèvre, ainsi que la commissure, sont constitués par un tissu cicatriciel épais et résistant. Une autre cicatrice verticale, assez souple, gagne le sillon de l'aile du nez qui est fortement attirée par la ligne cicatricielle; enfin le sillon qui sépare le nez de la joue est le siége d'une longue fistule qui a près de 4 centimètres sur 1 de large. Au fond de cette fistule on voit à nu la muqueuse des fosses nasales.

Le maxillaire inférieur a perdu six dents, les incisives une canine et une petite molaire, et les deux fragments qui le constituent sont restés largement écartés et mobiles l'un sur l'autre. A travers leur écartement, la langue adhère, près de sa pointe, à la cicatrice de la lèvre inférieure. De plus les fragments, n'étant pas soutenus, sont ramenés en dedans et augmentent la difformité extérieure.

Toute la portion gauche de la voûte palatine et du bord alvéolaire correspondant est détruite. La bouche et la fosse nasale communiquent largement. La lèvre ne forme qu'un pont jeté au-dessus de ce cloaque. La portion conservée du bord alvéolaire, qui confine à la perte de substance et qui porte trois incisives, n'est réunie que par un col fibreux et reste mobile sur le maxillaire. Cependant, le voile du palais est conservé dans son intégrité.

La figure suivante donne une idée des lésions.

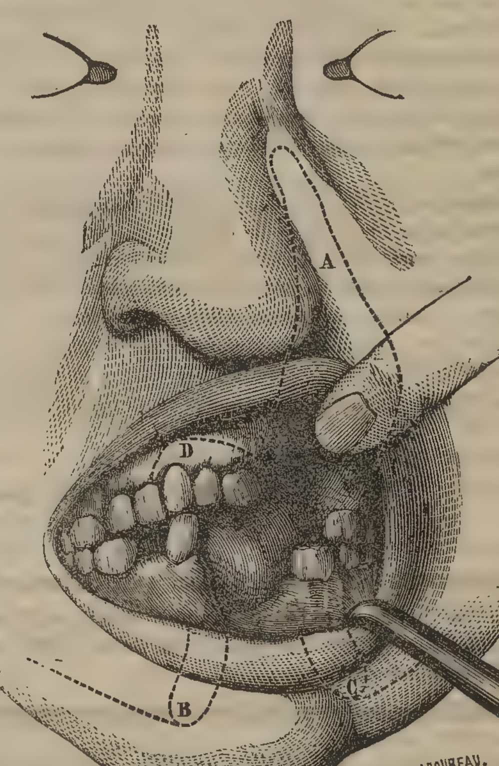


FIG. 1.

Bien que ces désordres, dont je donne une description sommaire, ne fussent pas au-dessus des ressources de l'art, ils étaient cependant assez nombreux et étendus pour nécessiter une série méthodique d'actes opératoires.

Je commençai par fermer la fistule nasale et agrandir l'ouverture de la bouche, bridée par la cicatrice commissurale. Cette opération, pratiquée le 16 novembre, fut facile et eut les suites les plus heureuses. Je réunis les bords de la fistule, après les avoir avivés et décollés, et pour la bouche, je me bornai à fendre la commissure et à suturer la muqueuse de la joue avec la peau correspondante.

Le 12 décembre, je décollai la face interne de la lèvre inférieure des adhérences anormales qu'elle avait contractées avec les fragments du maxillaire, et pour obtenir la persistance de ce décollement, je recouvris toute la surface sanglante par un petit lambeau muqueux emprunté à la partie saine de la lèvre.

Le malade me suivit à l'hôpital Saint-Louis, et je le livrai alors, avec une bouche qui pouvait s'ouvrir et une lèvre inférieure mobile, à M. Dejardin, dentiste habile qui voulut bien me prêter son concours pour cette restauration complexe.

Le 16 janvier, une variole contractée dans les salles, où elle règne pour ainsi dire à l'état endémique, vint interrompre tout traitement.

Dès la fin de mars, M. Dejardin put reprendre son travail et substituer des appareils définitifs à ceux qui avaient été précédemment appliqués et qui avaient pour but d'accoutumer les parties au contact, et, surtout pour la mâchoire inférieure, à produire l'écartement convenable des deux fragments.

A la fin de mars la prothèse était terminée et deux pièces séparées, une pour chaque mâchoire, corrigeaient d'une manière très-convenable les pertes de substance des os et l'absence des dents.

La figure 2 représente la pièce de la mâchoire inférieure; les figures 3 et 4 la pièce de la mâchoire supérieure vue sur ses deux faces.



FIG. 2.



FIG. 3.

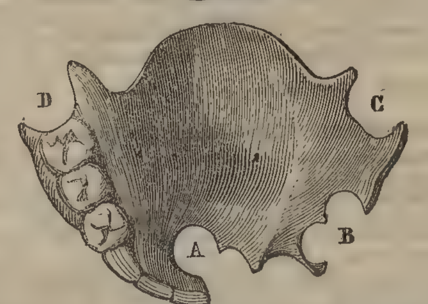


FIG. 4.

Le 29 mars j'exécutai la dernière opération plastique destinée à relever et à soutenir l'extrémité gauche de la lèvre inférieure qui était

(1) Fin. — Voir le numéro de samedi dernier.

encochée et tombante à ce niveau, et qui laissait parfois écouler la salive.

Je taillai, à la partie inférieure de la joue, un lambeau rectangulaire à base inférieure, et dont l'axe longitudinal était dirigé en haut et en dehors. Je détachai le bord muqueux de la lèvre de sa partie cutanée; je détruisis une petite portion triangulaire formée de tissu inodulaire, puis amenant le lambeau disséqué au-dessous de la lèvre par une inclinaison d'un quart de circonférence, de telle sorte que l'axe se dirigeant en dedans au lieu de se diriger en dehors, je réunis le bord supérieur du lambeau avec le bord muqueux de la lèvre, de telle sorte que ce bord était à la fois soulevé, reporté, et légèrement attiré en dehors. Quelques points de suture (métallique), placés sur les côtés du lambeau, lui assurèrent une parfaite immobilité.

La guérison de cette dernière opération était complète au bout de dix jours, et aujourd'hui (16 avril 1868), l'opéré quitte l'hôpital.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, l'amélioration est grande sous tous les rapports. La forme n'a plus rien de choquant; la préhension des aliments est devenue facile à l'aide des procédés habituels, cuiller et fourchette.

La mastication n'est pas encore très-facile, le malade ne portant ses nouveaux appareils que depuis très-peu de temps; mais les progrès qu'il fait permettent d'espérer qu'il arrivera à mâcher des aliments résistants. Enfin la parole a complétement changé de caractère. Toutes les lettres sont régulièremeet prononcées, sauf le C, qui ressemble un peu au CH, et le P, qui tire sur l'F; malgré ces deux incorrections légères, le langage est parfaitement intelligible, surtout depuis la dernière opération, qui a mobilisé et assoupli la lèvre inférieure.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Docteur Léon Labbé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique, M. le docteur Maheut, professeur à l'École de médecine de Caen, a été nommé officier de l'instruction publique.

Par arrêté en date du 23 avril 1868, le Ministre de l'Instruction publique a décidé qu'il sera ouvert :

A la Faculté de médecine de Paris :

1° Le 3 novembre 1868, un concours pour six places d'agrégés stagiaires (section de médecine). Un des agrégés nouvellement nommés devra entrer immédiatement en fonctions pour terminer son exercice le 1er novembre 1871 ;

2° Le 1er mars 1869, un concours pour cinq places d'agrégés stagiaires (section de chirurgie et d'accouchements), savoir : quatre places pour la chirurgie et une pour les accouchements;

3° Le 7 juin 1869, un concours pour trois places d'agrégés stagiaires, savoir : une place (section des sciences anatomiques et physiologiques) pour l'histoire naturelle, et deux places (section des sciences physiques), une pour la physique et une pour la chimie.

A la Faculté de médecine de Montpellier :

1° Le 23 novembre 1868, un concours pour deux places d'agrégés stagiaires (section de médecine);

2° Le 25 janvier 1869, un concours pour une place d'agrégé stagiaire (section de chirurgie et accouchements);

3° Le 15 mars 1869, un concours pour deux places d'agrégés stagiaires, savoir : une place (anatomie et physiologie) et une (histoire naturelle).

A la Faculté de médecine de Strasbourg :

1° Le 23 novembre 1868, un concours pour deux places d'agrégés stagiaires (section de médecine);

2° Le 25 janvier 1869, un concours pour deux places d'agrégés stagiaires (section de chirurgie et accouchements);

3° Le 15 mars 1869, un concours pour deux places d'agrégés stagiaires, savoir : une place (sciences physiques) et une (histoire naturelle).

— Obstétrique. Le docteur Joulin, professeur agrégé de la Faculté, commencera la seconde partie de son cours d'accouchements : *Dystocie et opérations*, le vendredi 1er mai, à quatre heures, École pratique, amphithéâtre n° 3, pour le continuer les lundis, mercredis et vendredis.

— Le docteur Prat commencera le 1er mai, à quatre heures, à l'École pratique, amphithéâtre n° 1, un cours sur les maladies des oreilles, et il le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— MM. Cornil et Ranvier commenceront le 4 mai, à huit heures du soir, dans leur laboratoire, rue Christine, n° 2, un cours d'histologie normale et pathologique. Ce cours sera terminé à la fin de juin.

— M. Regnard, ancien interne des hôpitaux, reprendra ses leçons préparatoires au 2e de doctorat (3e de fin d'année) et au 4e, le lundi 4 mai, à quatre heures, à son domicile, 56, rue des Écoles. On s'inscrit de midi à une heure.

La pathologie sera exposée d'après les principes de la science moderne, qui seront resumés dans la première leçon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le quatorzième demi-volume (le 2e du tome septième) vient de paraître aux libraires Victor Masson et fils et P. Asselin. Il contient les principaux articles suivants : Autoplastie, par M. Verneuil; Autriche, par M. Bertillon; Autopsies, par M. Marc Sée et Tourdes; Avant-bras, par M. Voillemier; Aveugles, par M. Brochin; avortement, par MM. Jacquemier et Tourdes; Axillaires (Vaisseaux), par M. Lefort; divers articles sur les Eaux minérales, par M. Rotureau; de Botanique, par M. Baillon; la Biographie et la Bibliographie, par MM. Beaugrand et Chéreau. Prix du demi-volume : 6 fr. — Paris, 1868.

Choléra épidémique, considéré comme affection morbide, personnelle, physiologique, pathologique et thérapeutique rationnelle, par le docteur Brébant, 1 vol. in-8° de 384 pages. — Prix : 5 francs, franco. — Paris, 1868, Adrien Delahaye, éditeur.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'encéphalocèle consécutive aux abcès du cerveau.

Quelle est la marche ordinaire et quel doit être le traitement de l'encéphalocèle qui complique soit l'ouverture des abcès du cerveau, soit l'application du trépan? En présence d'un de ces abcès circonscrits du cerveau consécutifs à une plaie du crâne, quelle doit être la conduite du chirurgien? En admettant qu'on soit arrivé sur le siége du mal et qu'on ait donné issue à la collection purulente, en présence des diverses éventualités qui peuvent se présenter, telles qu'une hernie d'une portion plus ou moins considérable de l'encéphale à travers un cercle osseux qui étranglera plus ou moins le pédicule de la hernie, que devra faire le chirurgien? Les faits de ce genre n'ont pas été observés assez souvent pour que l'on ait pu établir à cet égard des préceptes précis et fondés sur une suffisante expérience. — C'est dans cette situation que s'est trouvé un de nos confrères distingués de Lille, M. le docteur Houzé de l'Aulnoit, chirurgien de l'hôpital Saint-Sauveur de cette ville. Le fait dont il nous transmet la relation, après l'avoir communiqué à la Société impériale des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille, nous paraît trop intéressant par lui-même et par les questions pratiques qu'il soulève et qu'il tend à résoudre à plusieurs égards, pour que nous ne nous empressions de le mettre sous les yeux de nos lecteurs, avec quelques-unes des réflexions très-instructives dont l'auteur l'a fait suivre. Voici d'abord le fait :

Un jeune garçon de quatre ans, B..., fut renversé par un chariot et eut la tête serrée par une roue de la voiture contre un panneau de la façade d'une maison. La pression fut si énergique que le panneau fut enfoncé. Relevé presque mourant, on l'amena tout couvert de sang à M. Houzé de l'Aulnoit. Il conservait son intelligence, sa sensibilité et sa myotilité. On constata deux plaies contuses des téguments du crâne, avec dénudation complète des os correspondants. Il n'y avait point de traces de fracture du crâne; la solution de continuité fut réunie à l'aide de quelques épingles.

Au bout de trois jours, les parties molles étaient réunies, mais soulevées par un épanchement purulent. Les faibles adhérences du cuir chevelu ayant été détruites, il s'écoula une certaine quantité de pus.

L'état général était satisfaisant, lorsque le 25 juin, au matin, quatorze jours après l'accident, l'enfant tomba dans un état de somnolence qui ne fit que s'aggraver. A une heure, appelé à la hâte, M. Houzé de l'Aulnoit constata qu'il était râlant, la respiration était stercoreuse, la face pâle, le visage couvert d'une sueur froide, le pouls petit et filiforme. Le côté gauche du corps était le siége de mouvements désordonnés et de violentes contractions, simulant le mouvement rapide d'un pendule. — Je pensai, dit notre confrère, à un abcès développé dans le cerveau par suite de la contusion de cet organe. Après avoir enlevé les pièces de pansement, je reconnus une petite fêlure de l'os temporal, arrondie en demi-cercle, ayant sa convexité dirigée en haut et offrant un diamètre de 25 millimètres. Je n'hésitai pas à utiliser cette fêlure pour donner issue au pus que devait contenir l'intérieur du crâne. A cet effet, j'introduisis un levier entre l'os fracturé et les os voisins, et, par un mouvement de bascule, je fis exécuter au fragment osseux une demi-rotation sur lui-même. *Par l'ouverture s'écoulèrent alors soixante à soixante-dix grammes de pus sanguinolent mélangé de matière cérébrale complétement ramollie et désorganisée.* L'enfant sortit immédiatement de son état comateux et fit une profonde inspiration. Je profitai de ce moment pour détacher l'os qui, dans sa demi-rotation, s'était courbé en dedans et s'était ainsi enfoncé dans l'intérieur du cerveau. A l'aide du bouton qui couronne l'extrémité supérieure du porte-mèche, je l'accrochai et parvins à le reporter au dehors. Mais par suite des adhérences qui le fixaient par son extrémité inférieure aux parties molles, il se plaça de champ au milieu de l'ouverture. Le saisissant alors avec une forte pince, je l'enlevai complétement. Pendant ce dernier temps de l'opération, on vit de nouveau s'écouler de la matière cérébrale, de la sanie purulente, ainsi qu'une petite quantité de sang.

Après l'extirpation de cette esquille, la respiration redevint stertoreuse, la face blanchâtre, puis apparurent de fortes convulsions. Tout le côté gauche exécutait des mouvements très-rapides. La moitié gauche de la face était attirée 90 à 100 fois par minute, en haut et en dehors, alors que le bras et la jambe du même côté s'élevaient et s'abaissaient, malgré la résistance qu'on pouvait leur opposer. Tous ces mouvements convulsifs étaient isochrones et avaient une étendue assez considérable; les muscles du côté gauche de la face, agités d'une manière spasmodique, étaient : l'orbiculaire des paupières, les zygomatiques, le buccinateur et la moitié gauche de l'orbiculaire des lèvres. Les doigts étaient fortement fléchis, serrant le pouce dans la paume de la main. Les yeux étaient fixes et, pendant plus d'une heure, les paupières ne s'abaissèrent pas au-devant des globes oculaires. Je ne pouvais obtenir leur occlusion qu'en touchant les cils. La vue était éteinte, car la rétine ne semblait pas impressionnée par l'approche du doigt de la cornée. Le pouls, d'une fréquence excessive, donnait 17 pulsations par 5 secondes, c'est-à-dire 204 pulsations par minute. La rapidité de la respiration était en rapport avec celle des mouvements circulatoires. La perte de l'intelligence et la paralysie des sphincters ajoutaient une nouvelle gravité à cette position déjà si alarmante. De la bouche s'écoulait de la salive, ainsi que des mucosités visqueuses et spumeuses. La dure-mère était décollée, sphacelée et noirâtre dans les points correspondants à la perte de substance pratiquée au crâne, ce qui expliqua pourquoi le pus avait pu s'écouler sans qu'on dût recourir à son incision. Pour tout traitement, on recouvrit la tête de compresses froides qu'on arrosa toutes les dix minutes.

A 6 heures, les mouvements disparurent, et à la scène d'agitation succéda un calme parfait.

A 7 heures, l'enfant parla, reconnut ses parents et but quelques gorgées d'eau sucrée.

A 10 heures du soir, je le vis endormi, reposant sur son ventre et les bras placés autour de la tête. La respiration était aussi calme qu'à l'état normal. La peau était fraîche et le pouls ne donnait plus que 150 pulsations environ à la minute.

Le 26 juin au matin : décubitus latéral droit, visage pâle, 40 respirations par minute, 144 pulsations, langue blanche. Le côté gauche n'offre ni paralysie, ni mouvements convulsifs. Le bras s'élève et se porte facilement au-devant des objets. Persistance de l'écoulement involontaire de l'urine. Les boissons, après avoir déterminé quelques vomissements, sont bien supportées. Après avoir retiré les compresses froides collées contre la plaie, je vois s'écouler une sanie purulente, et à travers l'orifice du crâne proémine la substance cérébrale soulevée par de petits battements en rapport avec la systole ventriculaire. Continuation de compresses froides. Pour boisson, lait et tilleul avec fleurs d'oranger.

Le 27 juin, l'enfant est tranquille. La nuit a été très-bonne. Les urines sont devenues volontaires. 150 pulsations. Parfaite connaissance, sensibilité et motilité normales. Tumeur cérébrale de même aspect que la veille. Soif assez vive. Même pansement et même régime.

Le 28, vers deux heures du matin, le malade fut agité de mouvements convulsifs qui durèrent pendant une heure et qui, comme les précédents, avaient pour siége tout le côté gauche. Il s'est écoulé une quantité assez considérable de pus, et le cerveau, refoulé au dehors, d'un aspect gris noirâtre, exhalant une forte odeur de gangrène, présente le volume d'une noix. Ces modifications dans l'état de la plaie expliquent la cause du retour des mouvements spasmodiques. État général comme la veille.

Le 29 juin, rien de particulier, si ce n'est l'abondance de la suppuration et son odeur *sui generis*. Pansement avec charpie et cérat.

Jusqu'au 22 juillet, l'encéphalocèle fait chaque jour de nouveaux progrès, et l'enfant ne présente rien qui mérite une mention spéciale.

Le 23 juillet, quarante-unième jour après l'accident, vingt-

FEUILLETON

—

Compte rendu de la situation morale et financière de l'Association générale des médecins de France.

« Nous sommes déjà loin de l'époque à laquelle les médecins vivaient complétement étrangers l'un à l'autre et presque dans un état d'antagonisme, alors que tout semble devoir les réunir. Cette situation nuisait autant à la science qu'à la profession. Dans toutes nos Sociétés se manifestent aujourd'hui des efforts communs. Il y a plus d'entente. Les rapports entre médecins sont plus fréquents et empreints de plus de cordialité. Ainsi se constituera une corporation que l'on retrouve partout, sur les mers et sur les champs de bataille, dans les hôpitaux et dans les prisons, et qui, prodiguant partout ses conseils, est partout mêlée aux joies et aux tristesses des familles. » On ne saurait mieux exprimer la situation vraie des choses et l'influence morale qu'a exercée parmi nous l'application du principe d'association que ne l'a fait l'honorable président de l'assemblée générale, M. le docteur Cazeneuve, de Lille, dans ces paroles. Et nous dirons volontiers avec lui, — sans nous dissimuler ce qu'il peut y avoir à désirer encore, mais en faisant également abstraction de tout esprit de coterie comme de toute pensée de dénigrement, — qu'il serait injuste de ne pas reconnaître que l'Association générale des médecins de France a beaucoup contribué à ce résultat.

Ceci dit, exposons sommairement les faits et gestes de l'Association pendant l'exercice de 1867 et sa situation actuelle.

Situation de la Société centrale. — C'est à M. le docteur Le Roy de Méricourt qu'est échue, désormais, la tache de présenter l'état de la Société centrale. L'honorable secrétaire nous a appris que vingt-deux sociétaires nouveaux étaient venus combler les vides, trop nombreux, faits dans la Société pendant l'année échue. Quant à la balance de 1867, elle s'établit comme il suit :

BALANCE DE 1867.

Recettes augmentées de l'encaisse existant au 1er janvier 1867		17,577 15
Emploi et dépenses de 1867	13,949 47	17,577 15
Reste en caisse le 31 décembre 1867.	3,627 68	

L'avoir de la Société centrale se compose au 1er janvier 1868 de :

1° Capital disponible.

Sommes en dépôt à la Caisse des dépôts et consignations	34,800 »
Sommes en caisse de la Société centrale	3,627 68

2° Capital non disponible.

114 francs de rente française 3 pour 100	2,622 »
Une obligation du chemin de fer des Ardennes	300 »
AVOIR total de la Société centrale	41,349 68

Soit une augmentation de 2,000 francs sur l'avoir de l'année dernière.

Il a été dépensé dans l'année, en dons directs, une somme de 5,770 francs. Comme toujours, les veuves des médecins civils et des médecins militaires figurent pour une large part dans cette distribution. La caisse de la Société centrale a versé une somme de 1,000 fr. à la caisse des pensions viagères.

Actes et situation de l'Association générale. — M. A. Latour, à qui incombait un autre devoir, a été remplacé, pour cette fois, dans ses fonctions de secrétaire général, par M. Gallard, qui s'est acquitté avec un grand zèle et un véritable talent de cette lourde charge. Nous allons exposer très-brièvement les faits principaux qui ressortent de son rapport.

Pendant l'année écoulée, aucune société nouvelle ne s'est formée ou agrégée à l'association générale. Le nombre des Sociétés locales reste à 95, y compris la Société centrale. Douze départements sont encore totalement dépourvus de Sociétés locales agrégées.

218 admissions nouvelles ont comblé et un peu au delà les vides faits par la mort ou par quelques rares démissions. Le nombre total des sociétaires se trouve être aujourd'hui de 6,314.

Au 31 mars, la fortune de l'ensemble de l'Œuvre avait dépassé le demi-million; elle s'élevait au total de 535,810 fr. 02 c. ainsi répartis :

Caisse générale	57,560 87
Caisse des pensions viagères d'assistance.	108,367 54
Société centrale	41,349 68
Sociétés locales	329,531 93
Total général	535,810 02

C'est sur l'exercice précédent une augmentation de 64,274 fr. 34 c. Cette augmentation se décompose comme suit :

Caisse générale	4,073 34
Caisse des pensions viagères	14,310 91
Société centrale	2,003 78
Sociétés locales	43,886 31
Total égal	64,274 34

Et cependant, alors que ses finances s'accroissaient ainsi, l'Association a distribué pour 19,159 francs de secours, savoir :

Par la Société centrale	5,770 »
Par les Sociétés locales	13,389 »
Total	19,159 »

Sur les 13,389 francs qui ont été distribués par les Sociétés locales, 4,500 francs leur ont été versés par l'Association générale; ce n'est donc que 8,889 francs qui sont sortis de la caisse de ces Sociétés.

Les Sociétés dont le conseil général a pu ainsi augmenter les ressources épuisées sont au nombre de dix.

Le conseil général n'a, jusqu'à présent, jamais eu occasion de repousser aucune des demandes d'allocations qui lui ont été adressées.

La caisse des pensions viagères d'assistance possède aujourd'hui plus de 108,000 francs, et il y a lieu d'espérer que, dans dix ans,

septième jour après l'opération, le jeune B... est très-faible, mais jouit de toute sa connaissance. Le bras gauche est paralysé. Les membres inférieurs n'offrent aucun trouble dans leur motilité. La sensibilité est si vive que le plus petit mouvement fait pousser des cris au malade. Digestions faciles. Peau fraîche. 108 pulsations. La hernie du cerveau se montre sous la forme d'un champignon grisâtre, du volume d'un œuf de poule, à surface inégale mamelonné. Au niveau de son pédicule, étranglé par le cercle osseux, existe un écoulement purulent qui se complique souvent d'une légère hémorrhagie et se voit un petit soulèvement en rapport avec les pulsations artérielles. Ce petit soulèvement n'est pas exagéré par les mouvements respiratoires. La tumeur augmente un peu de volume sous l'influence des cris et des efforts. La plaie située au niveau de l'occipital est complétement cicatrisée.

L'enfant peut se tenir sur son séant pendant plusieurs heures et se plaint quelquefois d'une vive douleur à la tête.

Pansement avec compresses mouillées entourant comme un turban toute la circonférence du cuir chevelu. Régime tonique. Vin de quinquina.

Le 24 juillet, sur les trois heures du matin, des maux de tête et des vomissements bilieux précédèrent l'issue d'une notable quantité de pus qui se fit jour entre le collet de la hernie et le cercle osseux. Le petit malade est calme, répond avec lucidité à toutes les questions, et ne présente qu'une paralysie du bras gauche.

Le 1er août, la tumeur se recouvre d'une substance noirâtre qui indique la gangrène des couches superficielles.

Le 20 août, l'élimination de la partie gangrénée est complète. La surface de la hernie est granuleuse, a une coloration rougeâtre, et son volume égale celui d'une grosse orange.

La jambe gauche est privée de ses mouvements, mais non de sa sensibilité. Parfaite intégrité de l'intelligence. Pas de fièvre.

Le 20 septembre, l'encéphalocèle qui, un mois auparavant, avait le volume d'une orange, n'a plus que le volume d'une noisette. La substance cérébrale est rouge, granuleuse, et la base de la hernie se confond avec le collet osseux. L'état général est également plus satisfaisant. La paralysie de la jambe gauche a disparu, mais le bras en offre encore quelques traces. Le petit malade peut faire plusieurs fois le tour de la chambre sans claudication.

Le 10 novembre, cinq mois après l'accident, à la place de la hernie, existe un tissu cicatriciel qui recouvre la solution de continuité, et sous elle on remarque que le cercle osseux n'offre plus que l'étendue d'une pièce de 50 centimes.

Le 15 novembre, nous visitons le jeune B... avec M. le docteur Bailly, appelé comme médecin expert pour constater son état au sujet d'une demande en dommages et intérêts faite par la famille devant le tribunal civil de Lille. Ce confrère constate dans un rapport la parfaite cicatrisation de la hernie, la paralysie incomplète du membre inférieur gauche et la simple faiblesse du membre supérieur correspondant. Il constate en outre l'intégrité de l'intelligence et une nutrition en rapport avec celle d'un enfant de 4 ans, bien constitué.

Le 6 décembre, le petit malade quittait Lille pour aller habiter Paris avec ses parents.

— Les points principaux que notre confrère de Lille fait ressortir de ce fait sont : La marche insidieuse de la maladie, les symptômes de l'abcès du cerveau n'apparaissant que quatorze jours après l'accident; la persistance des mouvements convulsifs pendant plusieurs heures, malgré l'écoulement du foyer purulent, et alors que les autres phénomènes avaient en partie disparu; la disparition de l'encéphalocèle, qui soulève elle-même plusieurs questions relativement au travail opéré par la nature, savoir si les tissus cicatriciels ont déterminé par leur rétraction la rentrée de la substance cérébrale dans l'intérieur du crâne, ou si le tissu hernié a subi l'influence de cette absorption qui s'empare de tout tissu placé dans un milieu qui n'est pas le sien.

Dans le fait qui vient d'être rapporté, la couche superficielle de la hernie a bien été détruite par la gangrène; mais après l'élimination des lambeaux gangrenés, la tumeur conserva les trois quarts de son volume primitif et sa surface se recouvrit de bourgeons rougeâtres mamelonnés. Cette dernière partie s'étant affaissée lentement, il eût été difficile de dire si la disparition a été plutôt l'œuvre de la rétraction que de l'absorption.

Un autre point que l'auteur signale à l'attention, c'est l'isochronisme des contractions des membres supérieur et inférieur du côté opposé au siége de la lésion, s'agitant avec la régularité d'un pendule. A quelle cause doit-on l'attribuer? — à l'inflammation des méninges, à la compression ou à l'altération de l'encéphale?

L'hypothèse de la méningite est repoussée ici, en considération de l'époque où est survenu le désordre de la motilité, quatorzième jour après la chute et quelques heures seulement avant l'opération. M. Houzé croit plutôt à l'action exercée par la compression du pus sur la substance encéphalique profondément altérée.

Chez le jeune B..., on a constaté une circonstance déjà signalée par plusieurs auteurs, l'absence presque complète de troubles cérébraux, lorsque l'encéphale n'est pas comprimé et peut se porter librement au dehors. Cette observation s'est vérifiée ici au point de vue de l'intelligence, de la sensibilité et de la motilité pendant les premiers jours seulement qui suivirent l'opération, car avec l'encéphalocèle a coïncidé, pendant plusieurs mois, une paralysie plus ou moins complète de tout le côté gauche.

On a constaté dans ce cas, mais quelquefois seulement, point d'une manière constante, des mouvements pulsatils de la tumeur isochrones aux battements du cœur. Les mouvements d'expansion en rapport avec la respiration, signalés par Magendie, n'ont point été observés.

Nous arrivons aux questions pratiques que soulève ce fait.

Dans les cas d'encéphalocèle, doit-on exciser la susbstance cérébrale, la cautériser ou abandonner à la nature le soin de l'élimination?

L'excision est un moyen justement abandonné. Aussi M. Houzé ne s'est-il même pas posé la question.

La cautérisation n'a guère été employée que dans les cas où avec l'encéphalocèle coïncidait une pourriture d'hôpital. On a rapporté quelques cas dans lesquels l'emploi de l'acide sulfurique a été suivi de guérison. M. Houzé est d'avis qu'à moins d'une complication, il ne serait pas prudent d'avoir recours aux caustiques, la réduction de la hernie pouvant avoir lieu spontanément.

Quant au choix à faire entre les divers topiques proposés, M. Houzé s'est arrêté au plus simple de tous, probablement le meilleur, des compresses froides roulées autour de la tête.

Un dernier point restait à résoudre : la réparation osseuse. Il n'y a pas à compter ici sur le périoste. Chez le jeune blessé, la dure-mère était tombée en gangrène. La régénération devra se faire par la force centripète qui porte les os du crâne à se rapprocher les uns des autres.

Après cette appréciation scientifique, il y en avait une autre à faire au point de vue médico-légal. Il s'agissait de déclarer devant les tribunaux quelles seraient les conséquences probables de cette lésion. On comprend que l'expert a dû tenir compte ici des désordres consécutifs possibles dans les fonctions de l'organe encéphalique, du laps de temps que devait entraîner la régénération osseuse nécessaire pour remplir le vide laissé par l'enlèvement d'une rondelle osseuse, des dangers qui peuvent résulter d'une régénération incomplète, etc.

En résumé : Développement, au quatorzième jour d'une pression violente exercée sur la tête, d'accidents morbides indiquant la formation probable d'un abcès circonscrit du cerveau; d'où indication formelle de l'application du trépan; enlèvement d'une rondelle osseuse livrant issue à 80 grammes environ d'un liquide purulent mélangé à de la substance cérébrale ramollie et désorganisée; hernie consécutive à travers l'ouverture crânienne d'une portion du cerveau dont l'expansion au dehors augmente pendant cinquante-cinq jours; cessation de toute trace d'encéphalocèle cinq mois après l'accident, sans autre traitement local que des applications de compresses froides; et formation au niveau du siége primitif de la tumeur d'un tissu cicatriciel, suivie plus tard du rapprochement des os crâniens tendant à combler la perte de substance; telles sont les particularités principales du fait extrêmement intéressant que nous a communiqué M. le docteur Houzé de l'Aulnoit, fait qui renferme plus d'un enseignement utile à retenir et qui mérite à tous égards d'être consigné dans les annales de l'art.

Un mot à propos de la médication phosphorée sur quelques formules et sur le dosage des préparations de phosphore.

L'importance que tend de plus en plus à prendre la médication phosphorée qui a été tout récemment l'objet d'heureuses applications et de très-intéressantes publications, (notamment la dernière leçon clinique de M. Guéneau de Mussy, publiée dans ce journal, et l'important travail de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, présenté mardi dernier à l'Académie, et sur lequel nous reviendrons incessamment), nous remet en mémoire une étude également très-digne d'intérêt de M. le docteur Tavignot sur ce sujet, publiée il y a quelques années et qui renferme sur la manière de formuler les préparations de phosphore des détails qu'il nous a paru d'autant plus utile de rappeler, que de la manière dont ces préparations sont administrées, dépendent le plus souvent non-seulement l'efficacité du remède, mais surtout la garantie contre les accidents toxiques graves auxquels il pourrait donner lieu.

M. Tavignot prescrit le phosphore en liniment et en pilules; il emploie, simultanément, les pilules et le liniment pour concourir au même but, car le phosphore dissous est absorbé par la peau, comme il l'est par l'estomac, sans altérer la texture des tissus avec lesquels il est mis en contact; on peut donc, dit-il, continuer son emploi, sous ces deux formes, autant de temps que la maladie paraît l'exiger.

A. Le liniment phosphoré se formule ainsi :

Pr. huile d'amandes douces, 100 grammes; naphte 25 grammes; phosphore, 0,25, faites dissoudre au bain-marie à 45 ou 50 degrés.

On l'utilise en frictionnant, à l'aide d'un morceau de flanelle formant une sorte de tampon, la région malade sur laquelle est, ensuite, appliquée cette même flanelle encore imbibée d'huile et que le malade garde toute la nuit.

Au début, et pendant plusieurs années, M. Tavignot a utilisé l'huile phosphorée, tout à la fois, en frictions et à l'intérieur, en ordonnant aux malades d'en prendre tous les jours une dizaine de gouttes dans une cuillerée de potage.

Plus tard, avec cette même huile additionnée de sirop de sucre et de sucre, il a formulé une sorte d'émulsion ou de sirop phosphoré dans lequel le phosphore dissous entrait pour 0,05 sur 125 grammes de véhicule. Le malade en prenait 2, 3, puis 4 cuillerées à café par jour. C'était un remède très-efficace, il est vrai, mais réellement détestable à avaler.

La forme pilulaire, qui n'a pas ce dernier inconvénient et qui permet un dosage plus rigoureux, lui a paru bien préférable; c'est elle qui a été adoptée depuis longtemps.

---

quand elle commencera à fonctionner, elle pourra disposer de revenus suffisants pour satisfaire à toutes les demandes de pensions qui lui seront adressées par les Sociétés agrégées. Plusieurs de ces dernières ont tenu à contribuer directement à sa prospérité, en partageant avec elle une partie des économies qu'elles parviennent à réaliser chaque année.

Voici les dons volontaires qu'elle a reçus cette année :

Don de la Société de Vitry-le-François, 30 fr; — de la Société de Maux, 150 fr.; — de la Société centrale, 1,000 fr.; — de madame veuve Michon, 500 fr.; — de M. Seux, 100 fr.; — de M. Ricord, 500 fr.; — de M. Eyriaud, 40 fr.; — de M. Coquard, 20 fr.; — de M. Horteloup père, 300 fr.; — de M. Guiffard, 200 fr.; — de M. Blatin, 100 fr.; — M. Georges Marjolin, 100 fr.; — M. Demarquay, 200 fr.; — M. Hérard, 200 fr.; — M. Monteils, 100 fr.; — M. Louis Odier, 40 fr.; — M. Bresse, 20 fr.; — M. H. Roger, 100 fr.; — M. Jeannel, 100 fr.; — M. Brun, 100 fr.; — M. Bossu, 20 fr.; — M. Cazeneuve, 200 fr.; — Total : 4,130 fr. A ces sommes il faut ajouter celles qui ont été offertes à l'occasion de la séance annuelle : par M. Halleguen, 200 fr.; — par M. Seux, 100 fr.; — par M. Vernois, 100 fr. Depuis l'Assemblée générale, la Caisse des pensions viagères a reçu de M. Ricord, 500 fr.; de M. Marchal (de Calvi), 100 fr.; de la Société locale du département du Cher, 100 fr.

Don annuel de S. M. l'Empereur, 1,000 fr.; — de M. le docteur Barth, 530 fr.: — de M. le docteur baron Larrey, 100 fr.; — de M. le docteur H. Roger, 100 fr.; — de M. le docteur La Corbière, 100 fr.; — de M. le docteur Brun, 100 fr. — Total : 1,930 fr.

Auxquels dons il convient d'ajouter les 10,000 fr. non encore touchés du legs de M. Serres.

La Société centrale a reçu 120 fr., et elle attend la somme que lui a léguée M. Bréon pour perpétuer sa cotisation.

Enfin, les Sociétés ont reçu des dons et legs pour une somme de 2,309 fr. 64 c. Et l'une d'elles, celle de l'île de la Réunion, ayant décidé qu'elle se chargerait de l'éducation du fils d'un de ses sociétaires décédés, un de ses membres, M. le docteur Milhet Fontarabie, a déclaré que, pour les premières années, il payerait de ses deniers le prix de la pension du jeune collégien.

Les secours qui sont distribués pour subvenir aux dépenses nécessitées par l'éducation des enfants, dit le rapport, sont de ceux que le Conseil général tient le plus à encourager. Il a vu, avec une vive satisfaction, plusieurs Sociétés locales prendre à leur charge les enfants de sociétaires décédés sans fortune, et il a suivi avec intérêt les études de ces jeunes pupilles de l'Association. Mais cela ne lui suffit pas, et il pense qu'il est de son devoir de chercher à venir en aide même à ceux de ces enfants qui ne sont pas orphelins. C'est peut-être un peu pour cela qu'il a si grande hâte de voir fonctionner la *Caisse de retraites pour la vieillesse*, afin de pouvoir consacrer plus tard une partie des ressources dont il dispose à créer une autre institution qui s'appellerait peut-être la *Caisse de la jeunesse*, et qui serait destinée à fournir, suivant les cas, des bourses entières ou des fractions de bourses, aux enfants de nos sociétaires les moins fortunés et le plus chargés de famille.

. . . .

Un des modes d'assistance les plus appréciés est l'assistance devant les tribunaux, laquelle comprend trois choses : la répression de l'exercice illégal, la réclamation des honoraires, et enfin la défense des attaques en responsabilité. Sur bien des points, la jurisprudence s'est profondément modifiée, et dans un sens favorable aux intérêts du médecin, grâce aux efforts combinés des conseils judiciaires. Nombre de fois des honoraires, dont le chiffre était contesté, ont été taxés conformément à l'avis du président et du bureau de nos Sociétés locales. Plusieurs condamnations, dont quelques-unes fort importantes, ont été prononcées contre les charlatans qui exploitent la crédulité publique, etc.

Nous empruntons, enfin, au rapport de M. Gallard le passage suivant qui fait la part des désidérata et de l'avenir de l'Association :

« L'Association générale, qui comprend aujourd'hui près de 7,000 médecins, la moitié environ de ceux qui exercent sur le territoire français, qui se sait destinée à les réunir un jour presque tous dans son sein, est, dès à présent, assez nombreuse et assez puissante pour s'occuper moins de s'accroître que de se fortifier sur le terrain qu'elle occupe. Elle doit savoir reconnaître elle-même ses parties faibles et chercher à modifier ce qui, dans sa constitution, peut nuire à sa prospérité et à l'accroissement de ses forces. Or, Messieurs, nous ne saurions le contester, les statuts qui nous régissent sont loin de nous sembler absolument parfaits, et il est des points sur lesquels nous aimerions à leur voir subir de notables perfectionnements. Mais, est-ce une raison pour nous refuser à profiter du bien qu'ils nous permettent de faire, parce que nous aurions rêvé pouvoir en faire davantage? Bien insensés sont ceux qui raisonnent ainsi. Quant à nous, nous cherchons à profiter du présent, tout en réunissant nos efforts pour tâcher d'améliorer l'avenir. Nous savons que ces statuts, si amèrement critiqués, et qui cependant renferment des dispositions fort sages, ont été édictés dans un temps où la liberté était tenue dans un tel état de suspicion qu'il n'était pas possible de lui donner toute la place à laquelle elle peut avoir légitimement droit. Mais nous sommes prêts à profiter de l'esprit plus libéral des temps actuels, pour essayer de combler cette lacune. Je ne surprendrai aucun de vous, Messieurs, en vous disant que cette question, non pas d'une révision complète des statuts, mais des modifications qu'ils peuvent avantageusement subir, a fait l'objet des préoccupations de votre Conseil général. Des propositions qu'il ne m'appartient pas d'apprécier — et pour cause — lui ont été soumises, et je ne doute pas qu'elles ne soient, dans son sein, l'objet de discussions approfondies et d'une délibération sérieuse. »

L'éloge de M. Rayer, par M. A. Latour, qui a donné à cette assemblée générale un caractère particulier de solennité, est un morceau capital; c'est plus et mieux qu'une biographie : c'est une appréciation des travaux de M. Rayer et du rôle considérable qu'il a joué pendant près de cinquante ans sur la scène médicale française. Il nous faudrait beaucoup plus de temps et d'espace que nous n'en avons en ce moment à notre disposition pour apprécier à notre tour cette appréciation. Nous nous bornerons donc, pour l'instant, à constater l'immense et légitime succès d'applaudissements qui a accueilli cette lecture.

Dr B.....

B. Le mode de préparation des pilules est le suivant : Pr. huile d'amandes douces, 8 gr., phosphore, 0,10, faites dissoudre à 45 ou 50 degrés au bain-marie; ajoutez : beurre de cacao, 8 gr. 40; poudre de guimauve, 18 gr. F. S. A. 100 pilules. Gélatinisez ou dragéifiez à froid.

En ajoutant à la masse pilulaire 5 gr. de sous-carbonate de fer, on a des pilules phospho-ferrugineuses susceptibles de remplir, à l'occasion, une double indication; c'est-à-dire d'agir, tout à la fois, sur le système nerveux et sur le sang plus ou moins appauvri.

Les pilules phosphorées sont faciles à reconnaître à leur odeur alliacée caractéristique; elles sont, en les grattant, lumineuses dans l'obscurité, et elles peuvent se conserver des mois entiers sans altération appréciable; c'est par conséquent du phosphore pur et simplement dissous que l'on administre ainsi sous la forme pilulaire, bien qu'il ne produise ni sentiment d'âcreté, ni sensation de brûlure à l'estomac.

Il résulte d'expériences comparatives, que les pilules phosphorées dans la composition desquelles entrent soit le savon médical, soit de la magnésie, s'altèrent assez promptement par la combinaison lente ou rapide, mais certaine dans tous les cas, du phosphore avec le corps alcalin mis en sa présence. Une substance neutre telle que le beurre de cacao doit donc toujours leur être préférée.

Chez les enfants de trois à sept ans, M. Tavignot prescrit une, puis deux pilules par jour; la dose pour l'adulte est de quatre à six; par conséquent, c'est une quantité qui varie de deux à quatre et de quatre à six milligr. de phosphore, laquelle dose est administrée aux malades en vingt-quatre heures. Ce dosage, comme on le voit, est à peu près celui de l'acide arsénieux.

Enfin, M. Tavignot affirme qu'à une dose moyenne de 4 millig. par jour, la médication phosphorée peut être continuée des mois entiers sans le moindre danger.

Les nouvelles préparations de M. Vigier, adoptées par M. Guéneau de Mussy, devront-elles être préférées à ces formules? C'est à l'expérience ultérieure de prononcer.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

Sur une nouvelle fonction du foie.

M. le docteur Austin Flint fils, professeur au collége de médecine de Bellevue-Hospital à New-York, vient de publier, sous ce titre (1), un ouvrage dont le but est d'établir que la cholestérine, matière excrémentitielle produite par la désassimilation de la substance nerveuse, et absorbée par le sang, est séparée du sang lors de son passage dans le foie et entre dans la composition de la bile à laquelle elle donne son caractère excrémentitiel; et que sa rétention ou son accumulation dans le sang, par suite d'un trouble survenu dans l'organe éliminateur, devient la source ou la cause immédiate d'un état morbide spécial analogue à l'urémie, la cholestérémie.

En attendant que nous examinions en particulier quelques-uns des points cliniques très-intéressants qui se rattachent à cette question de physiologie, nous mettons sous les yeux de nos lecteurs les conclusions de l'important travail de M. Austin Flint.

1° La cholestérine existe dans la bile, le sang, la substance nerveuse, le cristallin et le méconium, mais ne se trouve pas dans les fèces normales. La quantité de cholestérine dans le sang du bras est de cinq à huit fois plus considérable qu'on ne l'avait jusqu'ici calculée.

2° La cholestérine est formée, en grande partie, sinon entièrement, dans la substance nerveuse, où elle est très-abondante, d'où elle est emportée par le sang, et constitue l'un des produits de rebut ou excrémentitiels les plus importants de l'économie. Sa production est constante, car elle existe toujours dans la substance nerveuse et dans le sang.

3° La cholestérine est séparée du sang par le foie, se montre comme un élément constant de la bile et est déversée dans le canal alimentaire. La physiologie de cette substance, dans le sang et dans la bile, la range au nombre des produits qui doivent être expulsés de l'économie, ou au nombre des excrétions. Elle préexiste dans le sang, ne joue aucun rôle utile dans l'économie, est éliminée par le foie et non manufacturée par lui, et si cette élimination est troublée, elle s'accumule dans l'organisme et cause un empoisonnement du sang.

4° La bile a deux fonctions bien distinctes qui dépendent de la présence de deux éléments d'un caractère tout à fait différent. L'une de ses fonctions se rattache à la nutrition. Elle est due à la présence du glyco-cholate et du tauro-cholate de soude. Ceux-ci ne préexistent pas dans le sang, jouent un rôle utile dans l'économie et n'en sont pas expulsés, sont fabriqués par le foie et appartiennent exclusivement à la bile, ne s'accumulent pas dans le sang quand les fonctions du foie sont troublées, et constituent, en un mot, des produits de *sécrétion*. Mais elle a une autre fonction, de nature dépurative, due à la présence de la cholestérine qui est une *excrétion*. L'écoulement de la bile est rémittent; il augmente beaucoup pendant la digestion, mais il a lieu pendant les intervalles, afin de séparer la cholestérine du sang qui la reçoit sans cesse.

5° Les fèces ordinaires et normales ne contiennent pas de cholestérine, mais de la *stercorine* (autrefois appelée séroline, parce que l'on supposait qu'elle n'existait que dans le sérum du sang), produite par une transformation de la cholestérine de la bile pendant l'acte de la digestion.

6° La transformation de cholestérine en stercorine n'a pas lieu quand la digestion est suspendue ou avant qu'elle soit établie; par conséquent, on ne trouve de stercorine ni dans le méconium ni dans les fèces des animaux hibernants pendant leur état de torpeur. Ces matières contiennent de la cholestérine en grande abondance, et on la voit aussi disparaître dans les fèces des animaux après un jeûne prolongé. C'est sous la forme de stercorine que la cholestérine est évacuée.

7° La différence entre les deux variétés de jaunisse avec lesquelles nous sommes familiers, l'une, simplement caractérisée par la couleur jaune de la peau, et comparativement inoffensive, tandis que l'autre, accompagnée de symptômes graves et presque toujours mortelle, dépend, dans un cas, d'un obstacle à l'écoulement de la bile, et dans l'autre, de sa suppression totale. Dans le premier cas, la bile est retenue dans les canaux excréteurs et sa matière colorante est absorbée, tandis que dans le second, la cholestérine est retenue dans le sang et y agit comme un poison.

8° Il existe un état pathologique dans le sang qui dépend de l'accumulation de la cholestérine, et que nous avons nommée *cholestérémie*. Elle ne se produit que dans le cas où un changement organique survenu dans le foie l'empêche d'accomplir ses fonctions d'organe excréteur. Elle est caractérisée par des symptômes graves, que l'on peut rapporter au cerveau, et qui dépendent des effets toxiques, sur cet organe, de la cholestérine accumulée. Elle est accompagnée ou non de jaunisse.

9° La cholestérémie ne survient pas dans tous les cas de maladie affectant la structure du foie. Il faut, pour la produire, que l'altération de la structure de cet organe soit assez étendue pour prévenir une élimination suffisante de cholestérine. Dans les cas où l'organe n'est que modérément attaqué, la partie saine peut remplir la fonction éliminatrice du tout.

10° Dans les cas de jaunisse simple où les fèces sont décolorées et où la bile n'a aucun accès dans l'intestin, on ne trouve pas de stercorine dans les selles. Mais dans les cas de jaunisse avec cholestérine, on peut rencontrer de la cholestérine (quoique toujours en proportion très-réduite), ce qui dénote une élimination insuffisante de la cholestérine du sang : cependant son excrétion n'est pas entièrement suspendue.

(1) *Recherches expérimentales sur une nouvelle fonction du foie consistant dans la séparation de la cholestérine du sang et son élimination sous forme de stercorine*, par M. Austin Flint fils, docteur en médecine. Brochure in-8° de 122 pages. Paris, 1868, chez Germer Baillière.

LÉSION DE LA BOURSE SÉREUSE SOUS-ACROMIALE,

prise pour une luxation du long tendon bicipital,

Par M. le Dr Combeau, de Château-Salins.

Dans la séance du 8 avril, à la Société de chirurgie, M. Legouest a communiqué une observation intitulée : *Luxation du tendon de la longue portion du biceps brachial*, par M. le docteur Fleury, membre correspondant.

Cette observation nous rappelle un malade du service de M. Jarjavay, à l'hôpital Beaujon (mai 1866), une leçon faite à son sujet par le savant professeur, et son mémoire sur la luxation *simple* du biceps, qu'il n'admet pas, et sur la luxation des péroniers latéraux qu'il admet avec la plupart des chirurgiens. Ce mémoire a paru dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie;* voici ses conclusions :

« Tout d'abord, après la discussion des observations connues, et, « en résumé, dit M. Jarjavay, nous voyons, d'une part, des auteurs qui ont admis gratuitement la luxation *simple* du tendon de la longue portion du muscle biceps brachial, pour y rattacher des symptômes qu'ils avaient observés sur le vivant; d'autre part, quelques autres qui, trouvant dans leurs dissections des déplacements de ce tendon sans avoir préalablement observé les malades, ont été trop faciles à l'accepter. »

Ensuite, après avoir exposé ses observations personnelles, M. Jarjavay conclut :

1° Que la luxation simple du long tendon du biceps brachial n'existe pas, ou du moins qu'elle n'est pas démontrée;

2° Que la lésion que l'on a prise pour une luxation de ce tendon, siége dans la bourse séreuse sous-acromiale;

3° Que cette lésion consiste dans un gonflement inflammatoire occasionné par la contusion ou la déchirure de la bourse séreuse, ou, consécutivement à l'inflammation, dans l'hypertrophie, avec induration de ses parois et la transformation fibreuse des lames naturellement celluleuses qui la traversent.

4° Que l'ensemble des symptômes est le suivant : sensation d'un déplacement au moment de l'accident; gonflement dans le moignon de l'épaule; douleur qui empêche les mouvements du bras, principalement dans l'abduction; avant-bras fléchi sur le bras, et, comme conséquence, rigidité du muscle biceps et fatigue au pli du coude; augmentation de la douleur et bruit au-dessous de l'accromion quand on élève le bras du malade dans l'abduction, c'est-à-dire quand on fait glisser au-dessous de cette apophyse le trochiter de l'humérus (ce bruit, espèce de claquement, donne la sensation de la réduction de quelque chose de déplacé, et il se reproduit toutes les fois que l'on fait subir un mouvement de rotation à l'os maintenu dans la poitrine horizontale); disparition de la douleur et retour des mouvements par le repos, etc.; persistance habituelle du claquement, alors même que la douleur ne se fait plus sentir et que les mouvements sont redevenus libres.

Ajoutons que la lésion se produit dans un mouvement d'extension du bras, avec torsion en arrière; que le tout a été contrôlé par des expériences sur le cadavre; et que *les mêmes symptômes ont été tous constatés à la suite d'un hygroma aigu de la bourse séreuse sous-acromiale.* (Observation V du Mémoire.)

— Maintenant, sans autre discussion, il nous semble qu'il suffira de relire l'observation du chirurgien de Clermont (*Gazette des Hôpitaux*, n° 48), pour être convaincu qu'elle rentre dans les cas décrits par M. Jarjavay, et que la luxation simple du long tendon bicipital n'est pas encore démontrée, en l'absence de fracture ou luxation de l'humérus.

— Il nous reste à faire un vœu bien naturel, celui de la publication, depuis longtemps annoncée, de la *Clinique chirurgicale*, par M. le professeur Jarjavay (1).

Différents Mémoires sur des questions originales ont déjà paru, dispersés de tous côtés; ils nous montrent le chirurgien auquel rien n'échappe et qui résout les problèmes avec les lumières de l'analyse anatomique et physiologique. Mais ce sont des feuilles volantes, et il nous faut, paraît-il, à nous autres médecins, de bons et respectables volumes.

(1) Nous n'avions pas encore eu la douleur de perdre M. Jarjavay lorsque nous avons reçu cette lettre de M. Combeau.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 22 avril 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal :

M. Demarquay. La communication de M. Panas relative à l'opération de l'hématocèle de la tunique vaginale, m'a vivement intéressé. J'avais été séduit par les indications fournies dans le travail de M. Gosselin, et j'avais adopté sa pratique de la décortication. J'ai obtenu d'abord de très-beaux succès, mais depuis, j'ai perdu deux malades à la suite de cette opération. J'ai alors incisé la tunique vaginale et fait un pansement avec un digestif, et j'ai encore eu des accidents.

Dans plusieurs cas où je n'ai pu reconnaître la fausse membrane, tout a suppuré, et les malades ont guéri.

En somme, j'ai obtenu de meilleurs résultats depuis que je n'ai plus pratiqué la décortication, et aujourd'hui, je préfère revenir au procédé ancien.

M. Giraldès. La décortication m'a donné de bons résultats; j'ai eu occasion de la pratiquer chez trois individus affectés d'hématocèle vaginale, et tous les trois ont guéri sans accidents.

M. Chassaignac. L'opération de la décortication m'a toujours paru une opération d'une difficulté très-grande.

L'opération de la décortication me paraît être une espèce de castration sans ablation du testicule.

A l'hôpital Lariboisière, j'ai observé plusieurs cas d'hématocèle. Pour guérir les malades, je pratiquais le drainage et je faisais ensuite injecter de la teinture d'iode dans la tunique vaginale; j'ai ainsi obtenu des succès très-satisfaisants.

M. Després. Dans la dernière séance, j'ai affirmé certains faits relatifs à la pratique de M. Gosselin, et M. Labbé les a niés. J'ai fait des recherches qui m'autorisent à affirmer de nouveau que M. Gosselin a modifié son procédé.

Il y a plusieurs années, à la Société de chirurgie, il y a eu ici une discussion sur ce sujet, et il a été convenu que l'on ne devait pas, qu'on ne pouvait pas enlever la fausse membrane qui recouvrait le testicule.

L'anatomie pathologique de ce qu'on appelle l'hématocèle de la tunique vaginale, a fait aujourd'hui des progrès, et on peut dire qu'il y a deux espèces de lésions auxquelles la décortication a été appliquée : une hématocèle et une inflammation chronique de la tunique vaginale. Dans le premier cas, il y a des caillots sanguins et des fausses membranes inflammatoires; dans le second cas, c'est un épaississement de la tunique vaginale. L'opération, alors, consiste à racler la tunique vaginale ou à enlever cette tunique vaginale épaissie. Or, du moment que l'on n'enlève pas la tunique vaginale du testicule même, l'opération reste, dans le second cas, une incision avec excision, avec cette différence que la peau est conservée.

COMMUNICATION.

M. Verneuil annonce à la Société de chirurgie qu'une lettre lui a été adressée par M. le docteur de Laurès, ami et exécuteur testamentaire de notre regretté collègue Laborie, pour faire connaître à la Société de chirurgie une disposition des plus libérales, dont la veuve de notre confrère a pris l'initiative.

Madame Laborie, dans sa générosité, voulant honorer la mémoire de son mari, désire fonder un prix annuel de 1,200 francs pour perpétuer son nom dans la science.

Dès à présent, le capital de cette rente annuelle est mis à la disposition de la Société de chirurgie. Celle-ci arrêtera un programme de prix et le soumettra à l'approbation de la donatrice.

Une lettre de remercîments sera écrite à madame Laborie, et une démarche sera faite auprès d'elle pour lui témoigner toute la reconnaissance de la Société de chirurgie.

LECTURE.

M. Broca lit un travail intitulé : *Sur l'application de la suture osseuse au traitement du bec-de-lièvre double compliqué de saillie de l'os intermaxillaire*, avec deux observations.

Ce travail sera publié prochainement.

DISCUSSION.

M. Giraldès. Desault attribuait à l'opération ce qui était le résultat d'un vice de conformation congénitale.

Je remercie M. Broca de nous avoir fait connaître son observation, mais je pense que son procédé ne pourra être applicable à la généralité des cas. Ce procédé, assurément, est bon à noter, mais il ne sera pas utile quand l'arcade dentaire sera atrophiée et l'os incisif très-développé. J'ajoute qu'il est très-exceptionnel de rencontrer des tubercules incisifs réductibles.

M. Broca. Je suis étonné que M. Giraldès n'ait pas rencontré de tubercules réductibles.

J'ai ajouté, à l'opération de Blandin, l'avivement des bords osseux et la suture osseuse.

Le procédé de Blandin a été employé par un grand nombre de chirurgiens, mais à ce procédé on faisait l'objection suivante :

« Que va devenir le tubercule osseux qui va être mobile? »

Par mon procédé, je réponds à cette objection.

Desault a dit que, lorsqu'on ne mettait pas le tubercule entre les deux maxillaires, ceux-ci se rapprochaient, et le défaut de parallélisme des deux arcades alvéolaires augmentait. L'argument de

Desault conserve toute sa valeur, et il faut obvier au rapprochement des deux os.

Chez un très-jeune enfant, on ne peut pas réussir quand le tubercule fait une saillie de 15 millimètres.

M. DEMARQUAY. J'ai écouté avec grand plaisir la lecture de M. Broca. Ce chirurgien a évidemment complété le procédé de Blandin.

M. GIRALDÈS. L'objection principale que l'on doit faire au procédé de M. Broca est la suivante : Les arcades alvéolaires étant atrophiées, et cela arrivant dix-huit fois sur vingt, le tubercule, alors qu'il sera réduit, dépassera les arcades alvéolaires de presque toute sa hauteur. En somme, le procédé de M. Broca est un procédé exceptionnel applicable seulement à des cas exceptionnels.

M. BROCA. Ce qui est exceptionnel, c'est que le procédé ne soit pas applicable.

PRÉSENTATIONS DE MALADES.

Enchondrôme à marche rapide. — Résection partielle des deux maxillaires supérieures.

M. Tillaux présente un jeune homme, âgé de 29 ans, exerçant à Paris la profession de sergent de ville, auquel il a pratiqué, le 6 février dernier, une résection partielle des deux maxillaires supérieurs.

La guérison est aujourd'hui complète, et grâce à une pièce artificielle très-habilement faite par un jeune dentiste, M. Lanfray, la difformité est à peine appréciable.

Le malade portait à la mâchoire supérieure une tumeur du volume d'un œuf de poule, qui n'avait commencé à apparaître que trois mois auparavant : elle occupait l'espace compris entre la canine droite et la deuxième petite molaire gauche d'une part; le grand angle de l'œil et l'os molaire d'autre part; en arrière, elle s'arrêtait à la partie moyenne de la voûte palatine. La tumeur a été mise à nu par une incision latérale interne partant du grand angle de l'œil gauche et descendant verticalement jusqu'à la lèvre supérieure, qui a été divisée. Les os ont été facilement sectionnés avec la pince de Liston et quelques coups de ciseau. M. Tillaux appelle spécialement l'attention de la Société sur la texture de ce néoplasme. L'examen qu'il en a fait, confirmé par celui de MM. Ranvier et Laboulbène, a montré que c'était du cartilage à différents états de développement. Or, l'enchondrôme a pour caractère clinique habituel de se développer lentement; celui-ci n'a mis que trois mois à acquérir le volume d'un œuf de poule; il s'est comporté comme les tumeurs que nous désignons ordinairement de *mauvaise nature*. C'est à ce titre exceptionnel seulement que le fait a paru digne à M. Tillaux d'être rapporté à la Société de chirurgie.

M. TRÉLAT. L'on doit appeler l'attention sur le développement rapide de cette tumeur, qui était un enchondrôme pur.

Je viens d'observer, chez une jeune femme de 29 ans, un enchondrôme à marche très-rapide. La tumeur, qui occupait d'abord la partie latérale droite du cou, s'est développée en moins de six mois. Ses limites, au moment de l'opération, étaient la plèvre, le pharynx, les gros vaisseaux du cou et les apophyses épineuses des vertèbres cervicales.

Après avis de MM. Guérin et Verneuil, l'opération a été résolue. L'opération a été faite; il n'y a pas eu de complication immédiate; mais bientôt s'est développée une pleurésie purulente. En outre, chez cette malade, on a observé des phénomènes dus évidemment à la contusion de la portion cervicale du grand sympathique.

La tumeur, examinée au microscope, a été classée parmi les enchondrômes muqueux.

M. LÉON LABBÉ présente un malade atteint d'une affection singulière des arcades alvéolo-dentaires, et caractérisée principalement par la destruction lente et successive des rebords alvéolo-dentaires.

Ce travail sera publié prochainement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire : Dr LÉON LABBÉ.

Un concours est ouvert pour l'admission aux emplois d'élève pharmacien à l'École du service de santé militaire de Strasbourg. Les conditions d'admission sont :

1° Être Français;

2° Avoir eu plus de dix-sept ans et moins de vingt et un ans au 1er janvier de l'année courante;

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée;

4° Être pourvu du diplôme de bachelier ès sciences complet ou des deux diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint;

5° Souscrire un engagement de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans, à compter de l'achèvement des études complémentaires.

Le concours s'ouvrira :

A Paris, le 10 septembre 1868;
A Bordeaux, le 15 du même mois;
A Toulouse, le 18 du même mois;
A Montpellier, le 21 du même mois;
A Lyon, le 24 du même mois;
A Strasbourg, le 27 du même mois.

Voici quelles sont les épreuves auxquelles seront soumis les candidats :

1° Composition écrite sur une question de physique et de chimie;

2° Interrogations sur la physique, la chimie et les éléments d'histoire naturelle (botanique, zoologie et minéralogie).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Par arrêté ministériel, M. le docteur Feltz, agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, a été nommé chef du service d'anatomie pathologique et directeur des autopsies, près ladite Faculté, en remplacement de M. Morel, appelé à d'autres fonctions.

Le concours pour deux places de chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. Meunier et Horteloup (Paul).

— Trente-huit candidats sont inscrits pour prendre part au concours qui va s'ouvrir lundi prochain, 4 mai, pour deux places de médecin du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Le jury du concours est constitué de la manière suivante : *Juges titulaires* : MM. Gueneau de Mussy, Matice, Marrotte, H. Roger, Guéniot. — *Juges suppléants* : MM. Cazalis et Tarnier.

— M. le docteur Félix Rochard reprendra son cours sur les maladies de la peau, le jeudi 7 mai, à sept heures du soir, à l'École pratique, amphithéâtre n° 1, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 53. — MARDI 5 MAI 1868. 41e ANNÉE. MARDI 5 MAI 1868. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 4 mai 1868.

HOPITAUX, FACULTÉS, ÉCOLES SECONDAIRES.

Strasbourg n'est pas la seule ville où l'on comprenne la nécessité de subordonner actuellement en médecine les études théoriques aux études pratiques. Dans des écoles secondaires, comme celles de Nancy et de Reims que nous avons vues en passant, on cherche également à donner le plus grand développement possible à l'observation médicale et à la clinique.

A Nancy, déjà par l'alternance des professeurs titulaires et adjoints, on a pour ainsi dire doublé chacune des cliniques. Les élèves suivent successivement deux maîtres dans le même service et ils commencent à pouvoir comparer les résultats de méthodes différentes.

Ainsi se trouve réalisée, du moins en partie, une des conditions les plus essentielles pour former de vrais médecins : la variété dans les impressions qu'ils emporteront de l'école.

Il ne faut pas oublier, en effet, que la médecine se trouve dans une situation toute particulière.

Elle est à la fois science et art.

Comme science, elle repose sur l'observation de phénomènes qui sont de leur nature extrêmement variés.

On est encore loin d'en voir les limites. Les classements sont à peine ébauchés. Le particulier domine encore et dominera longtemps sans doute le général.

Il faut donc à l'esprit une certaine souplesse et une certaine indépendance pour qu'il soit apte à saisir de suite les phases successives et les progrès de cette science qui se forme et se transforme sous nos yeux.

Comme art, la médecine prend un caractère plus personnel en quelque sorte.

On n'a pas toujours la ressource de recourir aux classements établis; on ne peut pas choisir les faits; il faut les accepter comme ils se présentent, fussent-ils non décrits, non prévus.

Il faut prendre une résolution, car le praticien doit avant tout songer à guérir son malade. Lorsque la science reste muette, on se guide par quelque chose qui ressemble à de l'intuition; mais cette intuition, ce coup d'œil que les grands praticiens possèdent, ils l'ont développé par l'habitude d'observer la nature elle-même et par eux-mêmes.

Les descriptions classiques sont toujours incomplètes pour être claires. On prend pour types les formes morbides les plus communes, et l'on en trace le tableau; puis dans le nombre indéfini des variétés qui se présentent, on en choisit plusieurs pour en faire mention.

Tel est un cours purement théorique de pathologie, tel il doit nécessairement être.

L'élève y reçoit des notions précieuses sur les connaissances actuelles, notions qu'il peut retrouver dans les livres et qu'il y cherche à l'occasion. Mais ce n'est pas là qu'il apprend l'art du praticien, ni, disons-le bien haut, la vraie science des maladies.

La pathologie reste lettre morte tant qu'elle n'est pas animée par la clinique; et c'est pourquoi les chaires de clinique sont actuellement si recherchées, comme étant celles du haut enseignement par excellence.

— En outre des deux professeurs qui se partagent chaque clinique à Nancy, un chef de clinique, docteur en médecine, un professeur suppléant, des internes en complètent l'organisation.

Le directeur, M. Simonin, professant lui-même la clinique chirurgicale, en connaît toute l'importance. Il se préoccupe beaucoup des améliorations qu'il convient d'apporter à l'enseignement médical en France, et a publié sur ce sujet plusieurs mémoires.

Espérons qu'un nouveau progrès sera réalisé dans son École sous son impulsion, et que dans le nouvel hôpital Saint-Charles que l'on va construire à Nancy pour remplacer l'ancien devenu trop étroit, un service clinique permanent sera affecté à chacun des professeurs qui maintenant alternent. L'École de Nancy serait alors exceptionnellement bien douée pour une école secondaire.

Déjà les élèves en sont admis dans tous les services des quatre ou cinq hôpitaux et hospices qui se trouvent situés dans la ville; et l'on a fait pour eux, pendant un certain temps, une clinique spéciale à Mariville, dans un hospice qui renferme à peu près 1,500 aliénés.

Tous ces hospices fournissent des sujets à l'amphithéâtre de dissection, où on les injecte avec une solution au dixième ou quinzième d'acide phénique impur. Ce procédé, très-peu coûteux (l'injection d'un cadavre entier ne revient pas à 50 centimes), est employé depuis deux ou trois ans. Non-seulement l'acide phénique retarde la putréfaction par son action antiseptique, mais il semble devoir atténuer le danger des piqûres anatomiques.

La dissection se fait du reste dans des salles bien éclairées, bien aérées.

Il en est de même des études pratiques de chimie médicale, organisées sur un très-grand pied, malgré le voisinage d'une Faculté des sciences, par un chimiste bien connu, M. le docteur Blondlot.

Les sciences accessoires se sont fait large part à Nancy, non moins qu'à Strasbourg. A Strasbourg, elles ont envahi l'ensemble des nouvelles constructions; à Nancy, elles occupent la meilleure partie des bâtiments affectés à l'École dans ce qu'on nomme l'Académie.

— A Reims, l'École est logée petitement dans une dépendance de l'hôpital; mais l'hôpital lui-même est magnifique.

Ancien couvent de bénédictins, entouré d'un jardin très-vaste, il est situé à l'extrémité d'un faubourg, sur un plateau, d'où la vue s'étend au loin vers la campagne. Les salles du bas sont voûtées et très-élevées; dans celles du haut, l'aération se fait de chaque côté par des fenêtres qui se répondent, et il existe en outre un système de ventilation qui fonctionne très-bien, nous a-t-on dit, quand les fenêtres sont fermées.

Aussi l'état sanitaire est-il bon dans cet hôpital. A ce que nous ont rapporté les chirurgiens, MM. Gaillet et Dues, les opérations les plus délicates y réussissent le plus souvent.

Sur plus de quarante opérations de cataractes sans irédectomie, pratiquées dans ces derniers temps, on aurait eu seulement trois insuccès complets. Nous espérons pouvoir bientôt fournir la statistique exacte.

— En médecine, la méthode expectante y réussit bien dans la pneumonie des adultes ou des enfants. Le professeur de clinique médicale, M. Thomas, a vu depuis deux ans la défervescence se faire vers le septième jour dans tous les cas de pneumonies franches qui n'avaient pas été traitées. Chez les vieillards et chez les sujets débilités qui, bien que jeunes, ont aussi peu de résistance vitale que les vieillards, M. Thomas emploie exclusivement l'alcool à la dose de 100 grammes par jour en général. Il en a perdu quelques-uns, mais la guérison est encore la règle.

— M. Thomas nous a parlé d'une observation qu'il a faite chez trois enfants atteints de maningite tuberculeuse. Au début de l'affection la température est restée normale, elle a même plutôt un peu baissé. Pendant plusieurs jours, et chez un des trois, presque jusqu'à la fin, on a pu constater cette absence de chaleur morbide. Ce signe négatif pourrait parfois servir à faire le diagnostic entre une méningite tuberculeuse et une fièvre typhoïde au début.

— La dernière ovariotomie que nous avons vu pratiquer par M. Kœberlé était plus simple qu'on ne l'avait espéré d'abord. Les adhérences constatées vers la paroi abdominale ont pu être détruites assez facilement, bien qu'elles fussent très-vasculaires. On voyait sur ce point, à la surface externe de la tumeur ovarique, les traces manifestes d'un épanchement sanguin et des ruptures qui l'avaient occasionné. Du côté du petit bassin, ou des organes abdominaux, il n'existait pas d'adhérences.

Jusqu'ici la malade va bien. Ce sera donc probablement un nouveau succès. Sur une dernière série de seize ovariotomies, M. Kœberlé n'a eu que trois morts.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. BOUCHUT.

Thérapeutique de la congestion pulmonaire chronique ou atélectasie chronique des poumons.

Parmi les maladies des organes respiratoires il en est une qui, malgré sa fréquence, est encore assez mal connue, sur laquelle on se trompe assez souvent, et dont la thérapeutique mérite d'être étudiée avec soin.

C'est la *congestion pulmonaire chronique*. Il vient d'en arriver un cas dans mes salles, et comme c'est une maladie aussi commune chez l'adulte que chez les enfants, je vais vous en parler avec quelques détails.

L'enfant que je vous ai fait examiner et qui est couchée au n° 20 de la salle Sainte-Catherine, tousse depuis deux mois. Elle a moins d'appétit, a un peu de fièvre et a un peu maigri. La toux est sèche; il y a de la matité dans la fosse sus-épineuse gauche, de l'affaiblissement du murmure vésiculaire et un peu de retentissement de la voix. Partout ailleurs la respiration est normale. De ce côté, il y a de temps en temps une faible douleur au niveau des fausses côtes. Les battements du cœur sont réguliers, un peu éclatants dans les bruits valvulaires, et le premier bruit semble un peu prolongé. Les fonctions digestives se font bien.

Chez cette enfant, j'éloigne l'idée d'une bronchite simple à cause de l'absence de râles humides et de la matité sus-épineuse, et je n'ai songé qu'à un commencement de tuberculose pulmonaire, à une pneumonie chronique ou à une congestion pulmonaire.

La pneumonie chronique est encore une maladie qu'il faut écarter de la discussion, parce que l'enfant n'ayant pas eu les symptômes d'une pneumonie aiguë, il est difficile de lui supposer une pneumonie chronique. Si cette maladie existait, il faudrait supposer qu'elle a commencé sous la forme chronique et qu'elle se serait développée insensiblement, sans obliger la malade à prendre le lit, ce qui me semble peu acceptable.

Reste donc enfin la tuberculose pulmonaire et la congestion pulmonaire.

L'idée d'une tuberculose pulmonaire est celle qui se présente le plus naturellement à l'esprit. C'est la maladie la plus fréquente et c'est ce que, dans les cas de ce genre, la plupart des médecins admettraient, soit qu'ils aient l'idée de granulations entourées d'hypérémie, soit qu'ils pensent à une infiltration tuberculeuse.

Malgré ces probabilités, je ne crois pas à une tuberculose des poumons, parce que j'ai vu beaucoup de cas semblables suivis de guérison dans un temps assez court, et que la tuberculose ne guérit pas de cette facon, surtout ne guérit pas si souvent que cela. Je crois donc à l'existence d'une congestion pulmonaire chronique.

Il y a donc une congestion pulmonaire chronique? Sans doute. Pourquoi, d'ailleurs, cette congestion n'existerait-elle pas au même titre que les congestions du cerveau, du foie, de la rate, de la conjonctive, du nez, etc.? Et quand je dis congestion chronique, je ne veux pas dire inflammation chronique ou induration et altération de la structure des organes par prolifération de tissu conjonctif ou fibro-plastique. Est-ce que la congestion chronique du foie ou de la rate, qui cessent par le sulfate de quinine ou par les douches d'eau froide dans les fièvres, sont des phlegmasies ou des altérations de la substance de la rate et du foie? Non. Il n'y a là qu'hypérémie permanente, et cette hypérémie cesse par des moyens appropriés.

De plus, l'anatomie pathologique démontre ce que l'analogie et la clinique avaient permis d'admettre. — Ce n'est pas qu'on meure de congestion pulmonaire chronique, mais plus d'une fois il m'est arrivé de voir périr accidentellement dans mes salles, par variole, convulsions ou autrement, des sujets atteints de cette maladie, et j'ai pu ainsi étudier les lésions du poumon ainsi affecté. J'ai pu voir alors le tissu pulmonaire noirâtre, résistant sous le doigt, peu crépitant, à demi perméable à l'air, surnageant les liquides et ayant à la coupe un aspect de splénisation bien prononcé.

Comme symptômes, cet état occasionne de la toux sèche plus ou moins fréquente, avec ou sans malaises, sans fièvre ou avec un état fébrile peu appréciable, et avec le temps un peu de pâleur ou d'amaigrissement. Les sujets n'ont pas l'air d'être malades, et ils le sont cependant plus qu'ils ne sauraient le penser. Sans la percussion et sans l'auscultation, on ne peut savoir à quoi s'en tenir; mais avec ces deux procédés d'exploration, on arrive à faire l'appréciation assez exacte des choses. La percussion révèle une diminution plus ou moins considérable de la résonnance thoracique soit au sommet, soit à la base des poumons. En ce point, il y a toujours affaiblissement du murmure respiratoire, qui devient plus rude et qui s'accompagne parfois d'expiration prolongée. Habituellement il n'y a pas de craquements humides, ni de râles; mais si c'est là la règle, j'ai vu des cas de guérison dans lesquels des craquements bien constatés avaient ensuite disparu. Chez les adultes, il y a souvent du retentissement de la voix, mais chez les enfants, le phénomène est plus rare et toujours plus difficile à reconnaître.

Avec de tels signes physiques, l'existence d'une lésion du parenchyme pulmonaire est incontestable; seulement, là où

quelques médecins voient un premier degré de tuberculose ou même le commencement du second, je ne reconnais que de la congestion pulmonaire chronique avec ou sans craquements bronchiques. Ce qui le prouve, c'est que la plupart de ces malades guérissent par un traitement convenable, tel que l'est celui dont je vais vous exposer les bases. Tous les cas de ce genre qui guérissent en un ou deux mois aux eaux minérales salines et sulfureuses, ou seulement par le séjour à la campagne ou au bord de la mer, étaient-ils des cas de tuberculose granulée ou infiltrée? Assurément non. Nous qui savons ce qu'est la tuberculose et le tubercule, nous pouvons admettre sa guérison par pétrification ou par élimination; mais les exemples en sont déjà rares, et la guérison est longue à se produire. Or, dans les cas dont je parle, cette guérison se produit en un ou deux mois, quelquefois trois, et cela seul suffit pour établir qu'il ne s'agissait pas de tuberculose et qu'on s'était mépris sur la nature du mal.

Il ne faudrait pas croire cependant que la congestion pulmonaire chronique soit une maladie sans gravité et qui guérisse toujours. Tant s'en faut qu'il en soit ainsi. Si la guérison est au terme de la congestion pulmonaire chronique, il s'y trouve aussi la tuberculisation pulmonaire et la phthisie, car il y a beaucoup de maladies tuberculeuses du poumon qui commencent par une simple congestion pulmonaire. Il se passe ici ce qui a lieu dans les éléments de tous les organes hypérémiés, indurés et enflammés. Ces éléments pathologiques accumulés ou infiltrés perdent leur activité nutritive et, s'altèrent; ils se remplissent de granulations moléculaires et de graisse. Alors ce sont des tubercules, car ce produit n'est pas formé d'éléments de nouvelle formation; il est le résultat de la *métamorphose granulo-graisseuse* des éléments normaux ou anormaux de l'économie, c'est, pour reproduire le langage germanique, une *régression graisseuse*, ou, pour parler encore plus mal au mépris de toutes les règles de la langue française sur la formation des mots, une *nécrobiose*. Nous connaissions la chose depuis les travaux de Lebert, mais comme chez nous on ne s'attache qu'aux mots, il n'a pas moins fallu que l'introduction du substantif *nécrobiose* et du verbe *nécrobioser* pour faire ouvrir des oreilles jusque-là fermées et pour attirer l'attention générale. Va donc pour ces mots si bien accueillis de ceux qu'ils étonnent, et qui les acceptent pour n'avoir pas l'air d'esprits arriérés, et continuons.

Je disais donc que si la congestion pulmonaire chronique peut se terminer par résolution, elle peut conduire à la tuberculose pulmonaire et à la phthisie. Par conséquent, son pronostic est incertain et grave. Il laisse une porte largement ouverte à l'espérance d'un retour à la santé, mais en cas de dégénérescence granulo-graisseuse, c'est la mort à longue échéance.

Que faire donc contre cette maladie pour en amener promptement la guérison et pour éviter qu'elle ne tourne à mal? C'est ce que vais vous dire en m'éclairant des idées que je me suis faites sur la nature de l'affection.

Il y a deux choses dans la congestion pulmonaire chronique : l'*affection* et ensuite la *lésion*.

L'affection, c'est l'hyposthénie locale d'un lobe de poumon à la suite d'une bronchite provoquant l'obstruction des rameaux bronchiques de troisième et quatrième ordre. De là résulte l'affaissement du tissu pulmonaire dans lequel l'air pénètre moins aisément, dont le sang ne s'hématose plus très-bien et devient noirâtre, ce qui forme, détermine la stupeur et l'adynamie ou l'atonie du lobe affecté. C'est ce qu'on pourrait appeler une *atélectasie chronique*. En effet, le tissu est noirâtre et paraît congestionné plus qu'il ne l'est réellement. Il n'est si coloré en brun que par suite du défaut d'hématose, et il n'est plus dur que de coutume que par l'absence d'air due à l'affaissement des cellules du poumon. Ce sont là des phénomènes d'hyposthénie organique plutôt que des phénomènes inflammatoires; et si l'inflammation joue un rôle dans cet état morbide, c'est comme élément secondaire plutôt que comme phénomène primitif. Il se passe ici ce qui a lieu dans tous les tissus où s'établit une stase sanguine et où s'opèrent des transformations par production du tissu conjonctif et fibro-plastique.

Voilà pour l'affection. Quant à la lésion, c'est une altération du parenchyme pulmonaire qui, après avoir amené l'affaiblissement du tissu, *son atélectasie*, son induration et la diminution de la capacité thoracique, nuit à l'hématose générale et entraîne un état de maladie plus ou moins prononcé. Cette lésion, qui n'a primitivement rien d'inflammatoire, est toute congestive, et l'asphyxie locale, par défaut d'oxygénation, est un de ses principaux éléments. Avec le temps, elle change de caractère; par suite d'une modification de la nutrition moléculaire du tissu conjonctif, se produit un excès ferme de l'induration, et si les éléments de ce tissu s'altèrent, subissent la dégénérescence granulo-graisseuse, il en résulte des tubercules.

En somme, on peut dire que l'hyposthénie locale du tissu pulmonaire et l'imperméabilité relative du poumon sont les éléments fondamentaux de la congestion pulmonaire chronique.

C'est à ces éléments qu'il faudrait s'adresser, et toute médication hyposthénisante doit être écartée. Il faut au contraire recourir à l'hygiène fortifiante, aux médicaments toniques et aux agents qui peuvent désobstruer le parenchyme pulmonaire atélectasié.

Qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte, la médication est la même.

En été, le séjour à la campagne, au bord de la mer ou sur les localités sèches à une certaine hauteur des vallées. En hiver, au contraire, se renfermer dans l'appartement converti en serre-chaude de 18 degrés et n'en pas sortir depuis le 15 octobre jusqu'au mois de mai. Quelques médecins conseillent de préférence le séjour dans le midi de la France ou en Italie, mais ceux qui ont l'expérience de ces contrées savent que si la température moyenne y est attrayante par son chiffre, il y a des températures extrêmes qui sont très-dangereuses. Si l'on joint à cela l'influence du mistral qui, du mois de février au mois d'avril, fatigue beaucoup les malades, on verra qu'ils ont tort de croire à une moyenne de température fort trompeuse et qu'ils feraient mieux de rester en serre-chaude au milieu de leur famille. Il y a longtemps que je ne fais pas autrement et je m'en trouve très-bien. Je ne compte plus ces faits tant ils sont nombreux. Croyez-moi, à moins de circonstances exceptionnelles, à moins qu'il ne s'agisse d'un voyage sur mer au long cours, n'envoyez pas vos malades changer la direction que vous avez donnée à leur traitement, ou alors c'est que vous n'avez pas confiance dans les moyens que vous mettez en usage.

A la serre chaude, il faut joindre l'action de l'*étuve humide*, ou, pour parler plus prétentieusement et en latin, du *vaporarium*. Tous les deux jours environ, une séance d'une heure dans une étuve à 30 degrés, remplie de vapeur d'eau ordinaire ou d'eau résineuse térébenthinée, contribue à faire pénétrer dans les bronches un remède émollient ou stimulant dont l'efficacité est incontestable. Il s'agit ici de l'étuve humide, c'est-à-dire de l'eau *vaporisée* et non de l'*eau poudroyée* par les appareils pulvérisateurs si variés dans ces derniers temps. Ce que j'ai vu me dispose infiniment plus en faveur de la première que de la seconde, et je n'ai maintenant jamais recours qu'au vaporarium.

Le *lait* et surtout le *lait d'ânesse*, souvent conseillés dans les maladies chroniques du poumon, sont quelquefois utiles à employer, mais il ne faut pas les prescrire d'une façon systématique. Ils ne conviennent que chez les sujets ayant de la constipation. Hors ces cas exceptionnels, il vaut mieux employer un régime animal plus substantiel et dont la viande fera la base principale.

S'il n'y a pas de fièvre, il faut laisser manger les malades à leur appétit, mais s'il existe un état fébrile continu ou intermittent, il n'y a plus lieu de prescrire une alimentation aussi fortifiante et il faut régler la nourriture de façon à ne pas exciter la fièvre.

C'est aux médicaments toniques qu'il faut avoir recours, à l'*huile de morue*, 15 à 30 grammes par jour, le matin à jeun, ou dans le jour avant les repas; aux *préparations de quinquina*, soit la décoction filtrée de poudre de quinquina, 8 grammes par litre d'eau, soit le sirop de quinquina 40 à 50 grammes par jour, soit les vins et les élixirs de quinquina que les réclames pharmaceutiques nous font connaître, soit enfin l'électuaire de quinquina à 8 grammes de poudre pour 30 grammes de miel, une demi-cuillerée à soupe le matin et le soir. Chez d'autres malades, soit primitivement, soit dans le cours de la maladie, je donne l'*arséniate de soude* en sirop, selon la formule inscrite dans mon *Dictionnaire de thérapeutique*, 10 centigrammes d'arséniate pour 300 grammes de sirop, une à deux cuillerées par jour, soit les granules d'arséniate à 1 milligramme, dix à quinze granules par jour.

L'*iode* et l'*iodure de potassium*, ainsi que l'*iodure de fer*, ne me paraissent pas indiqués. Et, d'une manière générale, je trouve détestable l'association de l'iode et du fer, à moins qu'il ne s'agisse de syphilis constitutionnelle. Réunir ainsi un altérant et un tonique me paraît absolument irrationnel.

Je préférerais de beaucoup le *fer réduit en poudre*, ou le *carbonate de fer*, mais cette préparation ne doit être administrée que dans la convalescence, comme reconstituant du sang.

Reste enfin le *soufre* à l'état de pastilles ou d'électuaire, ou sous forme d'eaux minérales. S'il n'y a pas de toux, ce médicament est à peu près inutile, mais si les malades toussent fréquemment et particulièrement si la toux est grasse, ce médicament peut être très-utile, et il faut prescrire huit à dix pastilles de soufre ou une cuilerée à café de l'électuaire suivant, tous les matins :

Miel blanc........................ 30 grammes.
Fleurs de soufre.................. 5 grammes.

C'est particulièrement sous forme d'eaux minérales que le soufre est administré comme excitant des bronches, soit pour ranimer leur contractilité, indication très-utile à remplir, soit à titre d'expectorant. Mais dans ces cas, il y a autre chose que l'action des eaux sulfureuses, il y a le déplacement, le changement de régime, l'atmosphère plus pure, l'exercice au grand air qui doublent l'activité du remède et lui donnent une efficacité qu'il n'aurait pas sans ces adjuvants. Ces eaux se prennent en boisson, à la dose de un quart de verre ou un demi-verre, deux ou trois fois par jour, et en bains. Parmi les stations que l'on fréquente le plus, il faut citer Enghien, Pierrefonds, Saint-Honoré, Cauterets, Luchon, Eaux-Bonnes, Marlioz, près d'Aix en Savoie, Saint-Gervais en Suisse, etc.

Certaines eaux sodiques carbonatées ou chlorurées réussissent également bien. Ce sont les eaux d'Ems, et surtout les eaux du Mont-Dore et de Royat. Ces dernières ont un avantage pour moi, c'est leur vaporarium qui est très-utile à la congestion pulmonaire chronique et dont l'action vient en aide à l'influence des eaux.

Toutefois avant ces moyens, qu'il faut ne prescrire que pendant la belle saison, il convient d'essayer les autres médications que l'on peut faire à domicile, soit celles que j'ai indiquées, soit celles qu'il me reste à vous faire connaître. Parmi ces médications, je range les *moyens révulsifs* ; les *emplâtres de Thapsia* sur le dos ou sur le sternum, pendant 24 ou 36 heures; les *frictions vésicantes d'huile de croton* sur la poitrine; les *cautérisations ponctuées épidermiques* avec le fer rouge; enfin, les vésicatoires volants, sont des stimulants de la peau qui, s'ils n'ont pas pour effet de désobstruer les bouches affaissées sur elles-mêmes et encombrées, ont au moins l'avantage de combattre les actes inflammatoires qui, avec le temps, se produisent dans le poumon atélectosié.

Quant à la désobstruation pulmonaire et aux moyens de ramener l'expansion vésiculaire, en outre de ceux qui neutralisent l'état sub-inflammatoire, il n'en est pas de plus efficaces que l'*équitation*, le *pas gymnastique* modéré, la *ventilation* des endroits élevés où l'air est un peu vif, ou la ventilation des bords de la mer, enfin ce qu'on appelle les *inspirations forcées* qu'on peut faire dans la chambre. Toutefois ces moyens ne conviennent que s'il n'y a pas de fièvre et si les forces du malade le permettent.

Les inspirations forcées comme l'indiquent leur nom sont des inspirations profondes que l'on fait volontairement pendant trois ou quatre minutes, plusieurs fois par jour. C'est un exercice monotone et aussi fatigant qu'ennuyeux, mais il est utile et les mères dans leur sollicitude apprennent aisément à leurs enfants la manière de le faire. Quant aux adultes, ils le font sans difficulté.

Je préfère de beaucoup les inspirations forcées que les malades sont obligés de faire sans l'intervention de leur volonté, sous l'influence de la gymnastique et de l'équitation; celles-là au moins ont l'avantage d'être faites d'une façon agréable et prolongée, sans aucune monotonie, et par cela même remplissent mieux que les autres le but qu'on se propose d'atteindre.

Telles sont, Messieurs, les considérations sommaires que je voulais vous présenter sur le cas soumis à votre observation, et elles vous représentent, telle que je la comprends, la nature et la thérapeutique de la congestion pulmonaire chronique.

DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU PHOSPHORE DE ZINC.

Il a été plusieurs fois question, dans nos derniers numéros, des nouvelles préparations de phosphore introduites dans la pratique par M. Vigier. Nous croyons utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs l'extrait suivant d'une note qui a été lue sur ce sujet par M. Vigier à la Société de thérapeutique.

Ainsi que beaucoup d'autres praticiens, nous avons été frappés, M. Curie et moi, des nombreux inconvénients que présentent les préparations phosphorées en usage dans la thérapeutique. Ces inconvénients sont tels, qu'ils élèvent un obstacle sérieux à l'emploi du phosphore. Ils peuvent se résumer dans les deux termes suivants : ou ces préparations sont répugnantes au goût, ou elles sont infidèles, quand elles ne sont pas l'un et l'autre à la fois.

Nous nous proposons aujourd'hui d'offrir un mode d'administration du phosphore au moyen du phosphure de zinc, qui nous paraît réunir les conditions d'un excellent médicament, et être destiné, si nous sommes dans le vrai, à remplacer toutes les préparations phosphorées. Ce corps est gris, cristallisé, parfaitement défini, inaltérable à l'air humide, d'une conservation parfaite, soit en poudre, soit sous forme pilulaire; mais, néanmoins, il jouit de la propriété de se décomposer dans l'estomac en donnant naissance à de l'hydrogène phosphoré, qui exerce sur l'économie une action identique à celle du phosphore dissous dans l'huile. Nous avons essayé beaucoup d'autres phosphures, et, si nous nous sommes arrêtés à celui-ci, c'est que nous avons reconnu que les autres n'offraient pas les mêmes avantages.

En effet, les phosphures des métaux de la première classe sont trop peu stables, tandis que d'autres, comme le phosphure de fer, offrent une combinaison chimique trop intime de leurs éléments, qui les rend inattaquables par les liquides de l'économie.

Le phosphure de zinc agit bien à titre de phosphore, car il produit sur les animaux empoisonnés les mêmes lésions et phénomènes que lui, c'est-à-dire : altération du sang, ecchymoses et hémorrhagies de siége variable, congestion du poumon, paralysie du cœur, altération granulo-graisseuse des cellules du foie et des reins, etc., etc.

Le phosphure de zinc se prépare en faisant arriver sur zinc en ébullition de la vapeur de phosphore; l'opération doit se faire dans un courant d'hydrogène sec.

On l'obtient ainsi sous trois états : cristallisé, boursouflé et fondu. Ce corps est friable, sa cassure est vitreuse et douée de l'éclat métallique; il est facilement attaqué par les acides et même par l'acide lactique, ce qui explique sa décomposition dans l'estomac.

Dans nos expériences sur les animaux, nous avons retrouvé ce gaz en quantité dans les intestins. Le phosphure de zinc est aussi un poison lorsqu'on l'administre en lavement, mais son action est un peu plus lente; placé sous la peau, il n'est actif qu'au bout d'un certain nombre de jours, évidemment dans une certaine phase de la suppuration.

Le phosphure de zinc, à la dose de 6 centigrammes, tue un lapin de 3 kilogrammes; au-dessous de cette dose, l'animal se rétablit.

Comme il suffit, pour tuer un lapin de ce poids, de 7 à 8 milligrammes de phosphore dissous dans l'huile, il en résulte que le phosphure de zinc n'agit pas comme la quantité totale, mais seulement comme la moitié du phosphore qu'il contient chimiquement.

En effet, l'équivalent du phosphore étant très-près de celui du zinc, la formule donne en proportion 25 p. 100 de phosphore; comme nous voyons qu'il faut 6 centigrammes de phosphure de zinc dans lesquels il y a 15 milligrammes de phosphore, dose double de celle qui tuerait le lapin s'il était donné sous forme d'huile phosphorée, nous sommes amenés à conclure que le phosphure de zinc n'agit qu'au titre de la moitié du phosphore qu'il renferme.

S'il agissait dans la même proportion sur l'homme, le phosphure de zinc serait toxique à la dose de 1 gramme à 1 gram. 50 c., s'il n'était pas rejeté.

A quelle dose convient-il de l'employer en médecine? Il est évident qu'il est dangereux et inutile de s'approcher de la dose toxique. Nous devons nous guider sur les effets qu'éprouve le patient sous l'influence de cet agent. C'est donc dans ce but que nous avons fait quelques expériences sur nous-même pour voir à quelle dose on pouvait le porter sans accident.

Voici les résultats auxquels nous sommes arrivés. Des pilules de 8 milligrammes de phosphure de zinc, représentant 2 milligrammes de phosphore théorique et 1 milligramme de phosphore actif, donnent parfois des renvois alliacés assez faibles pour que les personnes auxquelles nous en avons fait prendre sans les en prévenir ne s'en soient jamais aperçues.

A une dose plus élevée, les renvois sont plus sensibles; mais on peut, sans autre inconvénient, proscrire des pilules de 4 centigrammes représentant 1 centigramme de phosphore théorique et 5 milligrammes de phosphore actif. Enfin, nous avons pris jusqu'à 10 centigrammes de phosphure de zinc à la fois : le premier jour, nous n'avons ressenti qu'un poids sur l'estomac qui s'est dissipé après quelques heures; le deuxième jour, après une dose semblable, le sentiment de pesanteur à l'estomac a été suivi d'un vomissement, auquel d'ailleurs n'a succédé aucun autre malaise.

D'après cela, il est clair qu'on peut prendre impunément des pilules de phosphure de zinc de 8 milligrammes représentant 1 milligramme de phosphore actif, et, comme il est facile d'en prendre plusieurs dans la journée, on arrivera ainsi à administrer 4 à 5 milligrammes de phosphore actif, dose que l'on ne dépasse guère d'habitude. Nous proposerons donc les formules suivantes :

Pilules de phosphure de zinc.

Phosphure de zinc en poudre fine....	0 gr.	80 c.
Poudre de réglisse..................	1	30
Sirop de gomme......................	0	90

Pour 100 pilules argentées.

Ces pilules pèseront ainsi 3 centigrammes et contiendront chacune 2 milligrammes de phosphore théorique et 1 milligramme de phosphore actif.

Paquets de phosphure de zinc.

Phosphure de zinc en poudre fine....	0 gr.	40 c.
Poudre d'amidon.....................	5	00

Mêlez exactement pour cinquante paquets égaux, contenant chacun, comme les pilules, 1 milligramme de phosphore actif. Ces paquets sont pris sans répugnance par les personnes qui avalent difficilement les pilules, les enfants, par exemple. Pour ces derniers et pour les malades très-susceptibles, le médecin pourra commencer le traitement en diminuant de moitié la dose de phosphure de zinc et écrire dans la formule 40 centigrammes au lieu de 80 centigrammes, et dans celle des paquets, 20 centigrammes au lieu de 40 centigrammes; il aura ainsi des pilules et des paquets contenant 1 milligramme de phosphore théorique et 1/2 milligramme de phosphore actif.

Sur l'application de la suture osseuse au traitement du bec-de-lièvre double compliqué de saillie de l'os intermaxillaire, avec deux observations.

Par M. Broca.

Dans la discussion qui a eu lieu récemment à l'occasion du cas de bec-de-lièvre compliqué présenté par M. Demarquay, j'ai mentionné une opération que j'ai faite l'année dernière dans un cas analogue, et où la conservation du tubercule osseux a parfaitement réussi. Je viens donner à la Société quelques détails de plus sur cette observation, qui est peut-être unique jusqu'ici, et qui démontre la possibilité d'un fait nié par la plupart des chirurgiens.

On s'accorde généralement à dire aujourd'hui que le tubercule incisif formé par la présence des deux os intermaxillaires, doit être enlevé, suivant la méthode de Franco, toutes les fois qu'il fait, en avant des os maxillaires et au-dessous du nez, une saillie notable. Ce n'est qu'à regret que les chirurgiens se sont décidés à faire ce sacrifice, et à produire sur l'arcade dentaire une mutilation irréparable. Mais, d'une part, la saillie de l'os incisif s'oppose absolument à la présence des parties molles. Il faut donc faire disparaître cet obstacle; et, d'une autre part, les procédés suivis pour refouler le tubercule osseux en arrière n'ont donné, jusqu'ici, que des résultats défectueux. Ces procédés sont au nombre de trois : la compression graduelle, la fracture de la cloison des fosses nasales, et l'excision en V de cette cloison.

La compression, employée par Desault, n'est applicable qu'aux cas où la saillie du tubercule osseux est très-peu considérable, et elle échoue d'ailleurs presque toujours, parce que la cloison des fosses nasales, beaucoup plus épaisse et beaucoup plus solide qu'à l'état normal, oppose ordinairement aux moyens de compression une résistance presque invincible. Enfin il est douteux que le tubercule, une fois refoulé, puisse se consolider, entre les os maxillaires, à un degré suffisant pour servir à la mastication.

Bichat nous dit bien, en parlant de la petite opérée de Desault, que les aliments ne revenaient plus par les narines et que le vice de prononciation était corrigé, mais il ne parle pas de l'état de la mastication, de sorte qu'il est permis de mettre en doute la solidité de l'os intermaxillaire.

La fracture de la cloison des fosses nasales, opérée une fois de vive force par Gensoul, a permis à ce chirurgien de réduire le tubercule osseux et de réunir les chairs avec succès. Mais le sujet était âgé de 13 ans; or, il est bien rare que les becs-de-lièvre doubles et compliqués d'une forte saillie de l'os incisif soient opérés aussi tard. L'opération se pratique presque toujours chez de très-jeunes enfants, et, à cet âge, la cloison ne se laisserait pas aisément fracturer, car elle est encore en grande partie cartilagineuse, et elle joint, à une très-grande épaisseur, un certain degré de souplesse. Il ne serait pas impossible, sans doute, de vaincre sa résistance et de la rompre, en employant une force suffisante; mais on ne peut savoir où s'opérerait la fracture, qui pourrait, à travers la lame perdiculaire de l'etmoïde, se prolonger jusqu'à la base du crâne. Puis, la fracture une fois produite, la réduction ne pourrait se faire qu'à la faveur d'un chevauchement qui doublerait l'épaisseur de la cloison et rétrécirait considérablement les fosses nasales. Ces difficultés ont fait reculer les chirurgiens, et le fait de Gensoul, qualifié par Malgaigne de « tentative hasardeuse », est resté unique jusqu'ici.

Le procédé de Blandin est incomparablement meilleur : il consiste à pratiquer dans la cloison, avec des cisailles, une perte de substance limitée par deux incisions qui, partant l'un et l'autre du bord inférieur du tronc, se réunissent en haut en forme de V renversé. Le tubercule osseux médian, devenu mobile, peut alors être aisément refoulé en arrière, et la réduction est obtenue sans produire le chevauchement de la cloison, l'écartement des branches du V ayant été calculé de telle sorte que ces deux branches sont amenées au contact lorsque le tubercule est réduit. On procède alors à l'avivement et à la réunion des parties molles.

Ce procédé a donné lieu à plusieurs objections. En premier lieu, la section de la cloison est presque toujours suivie d'une hémorrhagie difficile à arrêter. Il y a dans cette cloison, qui est très-hypertrophiée, une et quelquefois deux artères qui fournissent du sang en abondance et qui, renfermées dans un canal osseux ou cartilagineux, ne peuvent être liées. M. Guérard, qui a appliqué plusieurs fois le procédé de Blandin, a obvié à cet inconvénient au moyen de la cautérisation actuelle pratiquée avec un cautère en bec d'oiseau. La méthode galvano-caustique permet aujourd'hui de faire très-facilement cette cautérisation. Je me sers, pour cela, du petit cautère pointu et recourbé que M. Meddeldorp a fait construire pour cautériser le canal nasal. Avec cet instrument, on limite la cautérisation à l'orifice même de l'artère, et la petite eschare tombe assez promptement pour ne pas retarder la cicatrisation de la cloison. La première objection est donc résolue.

Un autre embarras résulte quelquefois du volume trop considérable du tubercule osseux médian, qui peut se trouver trop large pour pénétrer dans l'écartement de l'arcade alvéolaire. Mais on peut toujours y remédier en excisant une partie du tubercule.

Mais il reste une troisième objection qui, jusqu'ici, a paru décisive. Le tubercule osseux n'est fixé que par la cloison, qui se consolide sans doute en se cicatrisant, et qui probablement même se réunit, au moins en partie, par un cal osseux, mais qui ne donne qu'un point d'appui insuffisant au tubercule incisif suspendu au-dessous d'elle. Ce tubercule, dont les bords sont libres d'adhérences, reste toujours plus ou moins mobile entre les deux maxillaires; les dents qui s'y implantent ne peuvent servir à la mastication, et le bénéfice du procédé de Blandin devient, par conséquent, illusoire. C'est ce qui résulte de toutes les enquêtes qui ont été faites sur les suites de cette opération; la question a été agitée plusieurs fois dans les discussions de la Société de chirurgie, et tous ceux de nos collègues qui ont pris la parole se sont accordés à dire qu'il n'existe pas un seul cas où les résultats définitifs du procédé de Blandin aient été satisfaisants.

L'avivement des bords du tubercule et de la fente maxillaire, employé, en 1843, par M. Debrou comme complément du procédé de Blandin, ne suffit même pas à fixer l'os incisif. La cicatrice purement fibreuse, que l'on obtient ainsi, n'a pas la solidité nécessaire pour résister à la pression de la mastication, et le tubercule conserve toujours une certaine mobilité.

Dans le seul cas, à moi connu, où ce procédé ait été appliqué, le résultat immédiat parut d'abord favorable; le tubercule semblait solide, mais ce n'était qu'une apparence. M. Demarquay, écrivant l'année dernière un article de dictionnaire sur le bec-de-lièvre, a demandé à M. Debrou des nouvelles de son opéré, qui est encore bien vivant.

Le tubercule s'est dévié en arrière, et l'une des incisives qu'il supporte est dirigée vers la langue, qui n'en est cependant pas gênée; mais il n'est nullement soudé aux os maxillaires, et on peut l'incliner en avant et en arrière (1).

L'objection tirée de la mobilité du tubercule osseux, qui reste inutile et même gênant après la guérison du bec-de-lièvre proprement dit, est évidemment applicable aux procédés de Desault et de Gensoul aussi bien qu'à celui de Blandin.

Les chirurgiens sont donc revenus aujourd'hui au principe qui avait prévalu depuis Franco jusqu'à Desault, et qui consiste à pratiquer l'excision totale du tubercule incisif. Il est certain qu'en agissant ainsi, on simplifie beaucoup l'opération, mais les quatre dents incisives sont à jamais perdues; et de plus, ainsi que Desault l'avait déjà remarqué, la cicatrice labiale, travaillant les chairs de la joue, amène peu à peu le rapprochement des os maxillaires, qui, quelquefois même, arrivent à se toucher sur la ligne médiane. L'arcade dentaire supérieure, devenue beaucoup plus courte que l'inférieure, ne coïncide plus avec elle, ce qui produit à la fin une difformité fâcheuse et une gêne notable de la mastication.

C'est ce qui m'a décidé à faire de nouvelles tentatives pour conserver le tubercule osseux. La seule objection sérieuse tirée de la mobilité et de l'inutilité de ce tubercule ne m'a pas paru sans réplique. J'ai pensé qu'un avivement latéral, portant sur le tissu osseux et suivi d'une suture appliquée sur les os eux-mêmes, avait toutes chances d'amener un travail de consolidation parfaite, une réunion par un cal osseux. J'ai mis deux fois cette idée en pratique, et je viens soumettre à la Société les résultats que j'ai obtenus.

Mon premier fait est sans valeur au point de vue de la question de la soudure osseuse, puisque l'enfant n'a pas vécu. Mais il est intéressant en ce sens qu'il nous offre un exemple d'une variété rare de bec-de-lièvre compliqué.

Il y a deux ans environ, pendant que j'étais chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, mon collègue et ami M. Axenfeld, chargé du service des nourrices, me présenta un enfant âgé de 13 jours et atteint de bec-de-lièvre double, avec saillie du tubercule incisif, tubercule suspendu au-dessous du nez, faisant, en avant des os maxillaires, une saillie médiane d'environ 1 centimètre seulement; mais la cloison qui le supportait était assez épaisse et assez résistante pour opposer un obstacle absolu à la réduction. Il n'y avait, d'ailleurs, aucun écartement des os maxillaires, et c'est ce qui constitue la rareté du fait. Le voile du palais était normal, ainsi que la voûte palatine. La complication du bec-de-lièvre était exclusivement limitée aux os intermaxillaires, qui s'étaient soudés sur la ligne médiane et qui, sur les côtés, ne s'étaient pas unis aux os maxillaires.

La fente du squelette n'avait donc pas, comme d'habitude, la forme d'un Y, mais seulement la forme d'un V dont le sommet correspondait au trou palatin antérieur, et dont l'ouverture, correspondant au trou alvéolaire, avait un peu plus d'un centimètre de large. Le tubercule, comme d'habitude, était notablement hypertrophié, et sa largeur était plus grande que celle de la fente de l'arcade alvéolaire.

J'ai l'habitude, lorsque rien ne s'y oppose, d'opérer le plus tôt possible le bec-de-lièvre simple ou compliqué, fût-ce même le jour de la naissance; mais cet enfant était si chétif, il était dans un tel état de maigreur et de faiblesse, qu'il paraissait n'avoir que quelques jours à vivre. Je jugeai donc inopportun de l'opérer immédiatement. Toutefois, comme la mère semblait très-impatiente de faire faire l'opération, je lui promis de la pratiquer dès que l'enfant irait un peu mieux, et je l'ajournai à quinzaine. M. Axenfeld partagea mon opinion, mais trois jours après, il vint m'annoncer qu'il avait découvert la vraie cause du dépérissement de l'enfant. Il résultait, des propos tenus par la mère, qu'elle était bien résolue à ne pas élever ce petit monstre et à le laisser mourir de faim; mais qu'elle était prête cependant à prendre soin de lui et à lui rendre sa tendresse si la chirurgie pouvait lui rendre une figure humaine. En présence d'une pareille situation, toute hésitation devait disparaître; et quoique l'enfant eût encore notablement dépéri depuis trois jours, je me décidai, pour ainsi dire *in extremis*, à lui procurer, par l'opération, la seule chance de salut qui pût lui rester.

Je pratiquai donc cette opération en présence de M. Axenfeld : j'attaquai d'abord la cloison, suivant le procédé de Blandin; dès que le segment en V fut enlevé, je cautérisai, avec le cautère aigu de Meddeldorp, la petite artère de la cloison; puis j'avivai, avec un fort scalpel, le tissu osseux des deux bords du tubercule incisif et des deux bords de la fente de l'arcade alvéolaire; enfin, avec un poinçon, je perforai obliquement, de chaque côté, les deux bords correspondants des pièces osseuses, et, poussant un fil d'argent dans chaque trajet, je fis sur les os deux points de suture, l'un à droite, l'autre à gauche. Le tubercule incisif reprit ainsi exactement sa place, et lorsqu'il fut bien fixé, je fis, à l'aide de plusieurs fils d'argent, la réunion des deux moitiés de la lésion, préalablement décollées par la dissection. Le tubercule labial médian fut employé à former la sous-cloison, mais comme il était fort court, je ne pus fixer son sommet dans la partie supérieure de la suture labiale sans exercer un tiraillement assez fort sur la pointe du nez.

L'enfant avait perdu fort peu de sang pendant l'opération; le lendemain, l'état local était excellent; la difformité était parfaitement corrigée; il n'y avait pas de gonflement. L'état général ne paraissait pas s'être aggravé. La mère, qui semblait fort satisfaite, et qui, dans le fait, avait pris grand soin de son enfant depuis l'opération, déclara qu'elle ne pouvait rester plus longtemps à l'hôpital et fit signer sa sortie, en promettant de venir tous les matins nous montrer notre petit opéré. Elle revint effectivement le lendemain : les parties étaient encore dans le meilleur état, mais l'enfant était toujours aussi faible, et il succomba probablement dans la journée, car la mère ne revint plus à l'hôpital.

Cette terminaison n'était que trop prévue, et, si je n'avais pas eu la main forcée, je n'aurais pas pratiqué une opération dans des conditions aussi défavorables, mais cette première tentative m'avait, du moins, appris que la suture osseuse était facile à appliquer, qu'elle compliquait peu l'opération, et qu'en fixant le tubercule incisif sur le plan de l'arcade alvéolaire, elle favorisait le rapprochement des parties molles et la formation de la sous-cloison du nez au moyen du tubercule labial médian. Je jugeai donc qu'il n'y avait pas lieu de renoncer à ce procédé, et je me promis de l'appliquer de nouveau à l'occasion.

Je me demandai toutefois s'il était opportun, en pareil cas, de faire en une seule séance une opération qui se compose de deux parties très-distinctes, et évidemment séparables : la rédaction et la réunion des os, l'avivement et la réunion des parties molles. Blandin avait l'habitude de pratiquer dans une première séance l'excision triangulaire de la cloison et la rédaction du tubercule; il appliquait ensuite sur la lèvre un bandage compressif, qui maintenait le tubercule dans sa nouvelle position; et au bout d'une ou plusieurs semaines, il avivait et réunissait les chairs. Dans le cas de M. Debrose, la cloison fut excisée le premier jour; l'avivement du tubercule et la réunion de la lèvre furent faits le lendemain. Cette séparation des deux tiges de l'opération a l'avantage de ne pas fatiguer l'enfant par une séance trop longue; et lorsque l'intervalle est de plusieurs jours, le petit opéré a le temps de réparer la perte de sang, ordinairement assez considérable, qui suit l'excision du vomer. Mais on peut, comme je l'ai déjà dit, réprimer immédiatement avec le cautère électrique l'hémorrhagie de la cloison. Maintenant, on peut se demander si un jeune enfant sera moins fatigué, moins épuisé, par deux opérations partielles que par une opération plus longue, mais unique. Je pense que, sous ce rapport, l'avantage est du côté de l'opération unique. Ce n'est donc point là ce qui me ferait hésiter. Mais il y a un argument sérieux à invoquer en faveur de la pratique de Blandin. On se propose toujours de former la sous-cloison au moyen du tubercule labial médian. Or, lorsque la saillie de l'inter-maxillaire est très-considérable, le tubercule labial est trop court pour pouvoir être amené, sans beaucoup de tiraillements, jusqu'au niveau du bord supérieur de la suture de la lèvre. C'est en vain que, pour le rendre plus élastique, on le dissèqua, de bas en haut, dans une étendue de quelques millimètres; lorsque la suture est terminée, on voit que le tubercule labial, devenu horizontal et transformé en sous-cloison, altère fortement, en bas et en arrière, la pointe du nez, que l'élasticité des cartilages nasaux tend, au contraire, à relever. La suture se trouve donc aux prises avec cette élasticité, dont l'action, faible sans doute, mais continue,

---

(1) Voir l'observation de M. Debrou dans le Bulletin de thérapeutique, 1844, t. XXVII, p. 441, et l'article Bec-de-Lièvre de M. Demarquay, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, 1866, t. , p. On lit dans cet article, d'après une note rédigée par M. Debrou : « La soudure osseuse n'a donc pas eu lieu, malgré le soin qui avait été pris dans l'opération de ne pas aviver seulement la muqueuse, mais d'entamer les bords osseux de l'os intermaxillaire. » — Mais on lit dans le *Bulletin de thérapeutique, loc. cit.* : « Le lendemain, M. Debrou commença par aviver, avec un bistouri, les bords de la partie moyenne de la lésion. Aussitôt après, il détacha, à l'aide d'une pince à crochet et du bistouri, un lambeau de la muqueuse sur chacun des points correspondants du tubercule osseux intermaxillaire et de la partie de l'os maxillaire avec laquelle il devait se trouver en rapport après l'opération. Il ne resta plus qu'à rafraîchir avec les ciseaux, les parties latérales de la lèvre, et enfin la réunion par suture. »

oppose un obstacle très-grand au succès de la réunion de la sous-cloison. Celle-ci se sépare presque toujours de la lèvre proprement dite, et son sommet forme, au dessous du nez et au-devant de la lèvre réunie, un petit tubercule disgracieux, qu'il est ensuite nécessaire d'exciser. Il est clair que l'opération en deux temps atténuerait beaucoup l'inconvénient qui résulte de la trop grande brièveté du tubercule labial. Le tubercule osseux, une fois refoulé en arrière et fixé solidement par la suture osseuse, attirerait fortement, en bas et en arrière, le tubercule charnu médian qui s'insère sur lui, et le retour élastique des cartilages du nez, ne pouvant triompher de la résistance des fils métalliques qui traversent les os, amènerait très-probablement, au bout de quelques semaines, l'allongement du tubercule charnu qui doit former la sous-cloison. Cet allongement favoriserait beaucoup le succès de la seconde partie de l'opération.

Telle était la question que je m'étais posée, et que je n'avais pas encore résolue, lorsqu'un confrère de la province, M. le docteur M..., vint à Paris, au mois d'août 1867, pour me prier d'opérer son fils, âgé de 2 mois et demi, et atteint d'un bec de lièvre double, compliqué de saillie du tubercule incisif. Je lui fis part de mes hésitations, et il les comprit parfaitement. J'inclinais à faire toute l'opération en une seule séance, tout en reconnaissant qu'une opération en deux temps pouvait offrir quelques avantages. Réflexion faite, il donna la préférence à l'opération en un seul temps, et, dès lors, je n'hésitai plus.

L'enfant était atteint d'une gueule de loup aussi complète que possible. Le voile du palais, la voûte palatine, étaient divisés dans toute leur longueur. Le tubercule inter-maxillaire faisait, en avant des os maxillaires, une saillie de 15 millimètres, et était suspendu au bout du nez. Sa direction était très-oblique; sa forme était presque globuleuse, et son diamètre transversal, long de 15 millimètres, l'emportait de plusieurs millimètres sur la largeur de la fente de l'arcade alvéolaire. La cloison était très-épaisse et très-solide; le tubercule labial médian, beaucoup moins large et surtout beaucoup moins long que le tubercule osseux, laissait des deux côtés apercevoir la muqueuse. Enfin, les deux bords latéraux de la lèvre étaient très-écartés; et il était clair que, pour les amener au contact sur la ligne médiane, il faudrait recourir à une véritable autoplastie. L'éruption des dents incisives n'était pas encore commencée.

L'opération fut pratiquée le 28 avril 1867.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Louis Dunal, médecin en chef de l'hôpital de Coléah (Afrique), décédé à Montpellier.

— Madame Lallemand, veuve de l'éminent professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de Montpellier, voulant contribuer à la prospérité d'un hôpital où l'enseignement de son mari avait eu tant d'éclat, a fait don aux hospices de Montpellier d'une somme de 20,000 francs, en demandant seulement que le nom de Lallemand fût placé à perpétuité sur la porte de l'un des services de chirurgie de l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi.

En conséquence, une plaque portant l'inscription : *Salle Lallemand*, a été posée sur la porte de la salle des militaires blessés (ancienne salle Saint-Côme), qui gardera ainsi à perpétuité le nom du célèbre chirurgien de Montpellier.

— *Hôpital Saint-Louis. — Conférences cliniques sur les affections cutanées.* — M. le docteur Lailler, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences le jeudi 7 mai, à 8 heures et demie du matin et les continuera tous les jeudis à la même heure.

— Le docteur A. Garrigou-Desarènes commencera, le 5 mai, à 11 heures, à son dispensaire, 6, rue du Pont-de-Lodi, son cours sur les maladies des oreilles, et il le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. A midi, les élèves examineront avec M. Garrigou les malades venus au dispensaire.

— *Société médicale du Panthéon.* — La prochaine séance de la Société aura lieu mercredi 6 mai, à huit heures précises du soir, rue de Rivoli, à la nouvelle mairie du 4e arrondissement.

Ordre du jour : 1° Dépouillement de la correspondance par le secrétaire-général; 2° présentation d'appareils et application par M. le docteur C. Miot; 3° Examen critique des prétendus signes de la mort, par M. le docteur Kauffmann; 4° étude sur la composition, la structure et les fonctions du système nerveux, par M. le docteur Sandras; 4° des maladies régnantes, par les membres de la Société.

— On demande associé ou acquéreur pour maison de santé d'aliénés, aux portes de Paris, bail 20 ans, étendue 12,000 mètres.

S'adresser à M. le docteur Lecaudey, 24, Chaussée-d'Antin, de 10 à 4 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Aphorismes sur les maladies vénériennes, suivis d'un formulaire raisonné des médicaments employés dans le traitement de ces maladies, par le docteur LANGLEBERT, 1 joli vol. in-32, cartonnage en toile. Prix : 2 fr. 75. — Adrien Delahaye, éditeur.

Étude médico-psychologique du libre arbitre humain, par S.-J. GRENIER. — 2e édit. in-8°. Prix : 2 fr.

Étude clinique sur la métrorrhée séreuse des femmes enceintes, par le docteur BOUCHACOURT, professeur d'accouchements à l'École de médecine de Lyon. — Paris, 1868. — In-8° de 24 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Traité de toxicologie générale, par le Dr GALTIER. 1 vol. in-8°. Prix : 2 fr. — Librairie de Leclerc, 14, rue de l'École-de-Médecine.

Recherches expérimentales sur une nouvelle fonction du foie, consistant dans la séparation de la cholestérine du sang et son élimination sous forme de stercorine, par le docteur AUSTIN FLUIT fils, professeur de physiologie et de microscopie au collége de médecine de Bellevue, hôpital de New-York, et au collége de Long-Island, hôpital de Brooklyn, membre de l'Académie de médecine de New-York. — In-8° de 122 pages. Prix : 2 fr. — Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 54. — JEUDI 7 MAI 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 7 MAI 1868. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 6 mai 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a procédé, dans cette séance, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie externe, en remplacement de M. Follin. Nous avons déjà fait connaître la liste de présentation. Conformément à nos prévisions, très-faciles d'ailleurs, M. Chassaignac, porté le premier sur la liste, a été nommé au premier tour de scrutin et à une grande majorité, 56 voix sur 76 votants. C'est une justice tardive rendue à l'un des vétérans de la chirurgie française. Les autres voix se sont partagées entre MM. Alphonse Guérin qui en a obtenu 12, M. Voillemier qui en a eu 6, et MM. Desormeaux et Giraldès chacun 1.

Comme presque toutes les séances d'élection, cette séance aurait été à peu près perdue pour la science, si deux personnes étrangères à l'Académie, M. le docteur Prat, notre confrère en journalisme, et M. Péan, n'étaient venues affronter bravement la tribune, en présence des banquettes vides, le premier pour exposer un mode particulier de traitement de l'otorrhée par les irrigations, le second pour présenter à l'Académie trois femmes opérées pour des kystes de l'ovaire dans des conditions particulières de difficultés bien propres à mettre en relief l'esprit inventif et l'habileté de l'opérateur. On trouvera au compte rendu les renseignements que M. Péan a donnés de vive voix sur ces trois opérations, ainsi que la relation d'une opération de trépanation de la diaphyse du tibia, pratiquée pour un cas d'abcès aigu de cet os, et dont le sujet a été également présenté à l'Académie.

Entre l'élection et ces communications, l'Académie a eu à subir la lecture d'une longue série de rapports sur des remèdes secrets. Nous demandons pardon de cette expression à M. Gubler, qui a trop d'esprit d'ailleurs pour s'en fâcher. Malgré tout l'esprit qu'il met, en effet, à exécuter toutes ces élucubrations plus ridicules les unes que les autres, sorties de cerveaux oisifs ou malades, on n'en regrette pas moins un temps aussi gratuitement perdu pour la science. C'est ce qui a arraché une sorte de cri de douleur de la poitrine de M. Bussy. Mais qu'y faire? c'est la loi. L'Académie, en recueillant l'héritage de l'ancienne Société royale de médecine, en a reçu ce don funeste. « Cette Académie, dit l'ordonnance constitutive du 20 décembre 1820, est spécialement instituée pour répondre aux demandes du Gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique, et principalement sur les épidémies, les épizooties, la vaccine, l'examen des remèdes nouveaux ou secrets, etc. » Il n'y a qu'à s'incliner et à accepter le parti qu'ont pris les rapporteurs de jeter quelques fleurs sur ces immondices et de dédommager l'Académie, en l'égayant quelques instants, de la pénible et fastidieuse besogne qui lui est imposée.

Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. LÉON LABBÉ.

Affection singulière des arcades alvéolo-dentaires.

Le nommé A..., âgé de 42 ans, est entré dans les salles de l'hôpital des Cliniques, le 10 mars 1868, pour une perforation de la voûte du palais.

Il raconte qu'il est né de parents bien portants. Son père est mort à l'âge de 62 ans, d'une attaque d'apoplexie. Sa mère est morte à 42 ans, d'une plaie de la jambe, pour laquelle on lui avait proposé l'amputation, mais de nature mal définie. Il s'est très-bien porté dans sa jeunesse, n'a jamais eu de gourmes, ni aucune autre manifestation de la scrofule. Il habitait avec ses parents, un logement sain, se nourrissait bien, se trouvait, en somme, dans d'excellentes conditions hygiéniques. Il a commencé, à 14 ans, à apprendre le métier de graveur sur pierres. Sa vue était parfaite, et ce métier l'exige. Il ne louchait pas du tout. A 20 ans, il a contracté un chancre de la verge, induré, unique, qui a séparé en deux la partie inférieure du prépuce. Il a fait un traitement local : cautérisation par le nitrate d'argent; application de vin aromatique. Il s'est formé deux grosseurs dans l'aine, que des sangsues ont fait disparaître. Trois mois après, il a eu des plaques muqueuses, dont on voit encore la cicatrice un peu au-dessous de la commissure droite des lèvres, et quelques semaines après, des taches se sont montrées sur la poitrine et le ventre. Il n'en a pas eu au cou, ni à la face. M. Ricord, que le malade alla consulter, ordonna des pilules de protoiodure de mercure et le sirop de Cuisinier. Ce traitement a été suivi pendant trois ou quatre mois, mais assez irrégulièrement. Le malade n'avait rien changé à son régime, faisait d'assez fréquentes libations et fumait pour 8 sous de tabac par jour. S'apercevant enfin qu'il ne guérissait pas et qu'il était toujours plus malade après une nouvelle débauche, il entra à l'hôpital de la Pitié (service de M. Clément. Il y resta sept semaines, pendant lesquelles il fut soumis à un traitement dépuratif, et prit des bains alcalins. Il en sortit à peu près guéri. Sa santé se rétablit, en effet, d'une façon complète, si bien qu'il se maria quelques années après, à l'âge de 25 ans. Il n'a eu de son mariage que deux enfants, un garçon de 16 ans et une fille de douze. Ils sont, dit-il, très-frais et d'une santé excellente.

Après son mariage, il a continué son métier de graveur sur pierres. C'est un travail minutieux, qui exige une grande attention. Il travaillait beaucoup et passait une partie de ses nuits à l'établi. Il avait la vue très-nette. Il se portait bien. Pourtant il avait de temps en temps des adénites dans le creux axillaire, à droite plutôt qu'à gauche. Son travail, selon lui, en était cause. Il suait beaucoup, et souvent, dit-il, il était pris d'une sueur subite, qui venait presque sans motif et disparaissait très-rapidement, laissant après elle un sentiment de froid. Sa vie était parfaitement régulière.

Il y a 8 ou 9 ans, il a été pris tout d'un coup, un jour qu'il travaillait comme d'ordinaire, d'éblouissements. Sa vue s'est subitement troublée. Les objets ne lui apparaissaient plus qu'à travers un brouillard si épais qu'il n'aurait pas pu se conduire. Il prit une purgation dont l'effet fut nul, et le lendemain alla consulter M. Desmarres. Celui-ci prescrivit des applications successives de ventouses à chaque tempe et ordonna des pilules. Un mieux marqué arriva bientôt; puis une petite grosseur se forma dans l'angle interne de l'œil droit, qui fut ouverte par M. Desmarres, et d'où sortit du pus avec du sang. Un collyre fut ordonné, et bientôt le malade se trouva délivré de tout ce qu'il avait eu du côté des yeux. Il a continué son métier de la sorte pendant environ trois ans. Il était allé habiter Pontoise. Il avait là un logement humide.

Au bout de ces trois ans, il revint à Paris, Il habitait à Vaugirard avec toute sa famille un logement assez malsain. Il se portait bien et travaillait parfaitement au moment de son retour. Cela ne dura que six semaines. Sa vue redevint trouble, non pas comme la première fois, car il pouvait travailler encore, mais d'une façon notable pourtant. Il revint vers M. Desmarres, qui ordonna des pilules et de la tisanne de chicorée, et pratiqua une saignée au bras. Les troubles de la vue ne firent qu'augmenter. L'œil gauche se prit tout à fait, et il paraît avoir été à ce moment le siége d'une inflammation générale. Les paupières étaient très-rouges, dit le malade; le jour ne pouvait être supporté, etc. Plus tard, l'œil droit fut pris à son tour. Après avoir fait prendre assez longtemps les pilules qu'il avait précédemment ordonnés, puis d'autres pilules, M. Desmarres ordonna de l'iodure de potassium. Le malade a pris de l'iodure de potassium pendant fort longtemps, près de deux ans et demi. Les troubles de la vue qu'il avait présentés avaient depuis longtemps disparu. L'œil gauche était tout à fait normal; l'œil droit était très-bas aussi; mais la paupière supérieure commençait à tomber au-devant de l'œil. Le malade se croyait bien rétabli. Il abandonna enfin tout traitement.

C'est peu de temps après (il y a environ trois ans de cela aujourd'hui), que les phénomènes observés du côté de la bouche commencèrent à se manifester. Les dents tout d'abord s'ébranlèrent, celles de devant les premières. Elles n'étaient ni gatées, ni douloureuses. Seulement elles se détachaient les unes après les autres. Le malade n'avait qu'à tirer très-légèrement, et elles cédaient. Quand elles étaient ainsi enlevées de l'alvéole, il ne s'écoulait que très-peu de sang, ou même il ne s'en écoulait point du tout. Les gencives se refermaient assez bien après la chute des dents. Il y eut une exception pour les grosses molaires du côté gauche. Quand elles tombèrent, il s'écoula une quantité de sang considérable, et la gencive ne se referma point. Le malade sentait, en y passant la langue, une cavité assez considérable. Une hémorrhagie considérable se fit, huit jours après, par cette ouverture; le malade prétend avoir perdu, à ce moment, deux litres de sang. On l'arrêta par le perchlorure de fer. Elle se reproduisit 15 jours après, et de nouveau un mois après. Depuis lors, il s'en est pas fait de nouvelle.

En même temps que se produisaient ces phénomènes, la paupière supérieure tombait sur l'œil droit, de plus en plus. C'est le seul trouble oculaire dont le malade se soit aperçu. Le malade est resté chez lui depuis cette époque. Il n'a suivi aucun traitement. Comme la perte de substance qu'il constatait après la chute des molaires du côté gauche s'est fort agrandie, que la voûte palatine est en partie détruite, et qu'il en résulte des troubles fonctionnels fort gênants pour le malade et toujours croissants d'ailleurs, il se décide à entrer à l'hôpital des Cliniques, le 10 mars 1868, dans le service de M. Jarjavay, remplacé par M. Labbé.

Depuis qu'il est à l'hôpital, ce malade n'a présenté à notre observation aucun phénomène nouveau. L'état actuel est à peu près celui qu'il présentait au moment de son entrée. Pourtant, la destruction des os continue. Elle se fait seulement avec une extrême lenteur. Ce n'est guère que du côté de l'alvéole droite que nous avons pu constater ce fait. Nous l'avons fait d'une façon positive.

État actuel. — Examen de la cavité buccale.

Il n'existe plus dans la bouche que trois dents, qui se trouvent placées du côté gauche sur la mâchoire inférieure. On voit à la mâchoire supérieure du côté gauche, une vaste perte de substance, beaucoup plus longue que large, occupant tout le bord alvéolain, qui a complétement disparu, jusqu'à l'apophyse ptérygoïde; elle s'étend en dedans et en avant jusqu'à quelques millimètres de la partie médiane de la voûte palatine. En arrière, la perforation va en diminuant de largeur. La cavité nasale du côté gauche est visible dans toute son étendue. Le vomer, les cornets inférieur et moyen, la cavité du sinus maxillaire, sont à découvert. Un stylet introduit par cette large ouverture, dans la cavité nasale, peut y être porté dans tous les sens. Le doigt peut y être porté lui-même. On constate aisément ainsi la destruction complète du rebord alvéolaire. La partie externe de la cavité buccale est formée uniquement ici par les tissus de la joue. Le voile du palais est intact.

Du côté droit, le bord alvéolaire est en train de disparaître insensiblement comme il l'a fait du côté gauche. Il y a là un commencement de perforation qui, selon le malade, a commencé quinze jours avant son entrée à l'hôpital.

Le fond de la gorge, la muqueuse de la bouche, sont parfaitement sains.

En raison de ces altérations de la voûte palatine, la mastication est impossible. Le malade a soin de hâcher ses aliments, et il les avale sans les mâcher. Le moindre mouvement de toux les fait passer par le nez. La parole est sourde, nasonnée au dernier point. Il faut écouter le malade attentivement pour le comprendre.

Les fonctions digestives se font très-bien.

Les fonctions de l'appareil pulmonaire sont bien remplies.

La verge présente seulement la trace du chancre que le malade a contracté il y a 22 ans.

Il faut noter des particularités très-remarquables du côté du système nerveux, de l'appareil locomoteur et du sens de la vision.

Le malade est faible. Il se plaint d'éprouver dans les membres inférieurs, depuis plusieurs mois, des douleurs subites, fulgurantes, rapides et groupés par paroxysmes, qui reviennent d'une façon irrégulière de temps en temps, tous les quinze jours ou tous les mois par exemple, et qui sont assez vives pour l'empêcher de dormir et lui arracher des cris. Elles se font sentir surtout quand le malade est au repos, et particulièrement la nuit.

La sensibilité de la face est à peu près normale. Un peu d'analgésie peut-être. La sensibilité de la muqueuse buccale a disparu dans un très-grand nombre de points.

Œil droit.

La paupière supérieure est complétement abaissée, et depuis un an, elle ne peut être relevée. Le releveur de la paupière est paralysé; le releveur de la pupille l'est aussi; quand on relève la paupière et qu'on fait suivre un objet des yeux par le malade, on constate de la diplopie quand cet objet est porté en haut.

Diplopie de même quand l'objet est placé à gauche, et paralysie du droit interne. La diplopie est très-sensible quand l'objet est placé très-peu à gauche, presque sur la ligne médiane; quand on l'éloigne davantage, la seconde image devient très-confuse, et la diplopie semble disparue.

Un peu de diplopie en bas. Paralysie du droit inférieur, sensible surtout quand la paupière inférieure est écartée.

Pas de diplopie en dehors.

En résumé, paralysie de la troisième paire. Les pupilles n'offrent pas d'inégalité marquée.

Le malade peut lire de l'œil droit (avec ses lunettes de presbyte) quand on relève la paupière.

Œil gauche.

Il présente une chute de la paupière supérieure incomplète. Le malade est obligé de relever toujours la tête pour mieux voir, à raison de cette chute de la paupière. L'œil est parfaitement mobile dans tous les sens.

La marche, la station debout et assis sont normales, à part un peu de faiblesse qui se fait sentir dans la marche.

Quand les yeux sont fermés *tous deux*, la marche est un peu vacillante. On ne peut pas dire pourtant que les pieds frappent le sol d'une façon notable. Le sol est bien senti d'ailleurs; la plante des pieds n'a rien perdu de sa sensibilité. Quand *l'œil gauche est fermé*, que l'œil droit est seul ouvert (autant que la paupière qui tombe le permet) la marche est singulièrement modifiée. Le malade se sent porté à tomber sur le côté droit ou à tourner de ce côté (je l'ai constaté hier pour la première fois).

IMPERFORATION COMPLÈTE DU RECTUM

Chez un nouveau-né.

(Observée par M. le Dr Blanc, de Labachellerie (Dordogne).

Le 13 du mois de mars dernier, on me porta dans mon cabinet un enfant du sexe masculin, né deux jours auparavant dans la commune de Saint-Rahier : il était sur le point d'expirer, présentant tous les

symptômes d'un étranglement intestinal; vomissements de lait et de méconium, ventre tendu, météorisé et douloureux.

Un examen attentif me fit reconnaître que tous les phénomènes que j'observais étaient occasionnés par une imperforation complète du rectum ; on n'apercevait dans cette région aucune marque ni vestige d'ouverture anale; il n'y avait pas de temps à perdre : il fallait agir. Immédiatement je procédai à la formation d'un anus artificiel. Après une dissection laborieuse des parties molles, j'arrivai à l'ouverture du rectum, situé à un centimètre et demi de profondeur. Aussitôt l'enfant rendit une grande quantité de méconium et de matières fécales, et parut revenir à une nouvelle vie.

Pendant quinze jours, je fis maintenir une grosse mèche dans l'ouverture anale artificielle, dont les bords se cicatrisèrent promptement.

Aujourd'hui, les fonctions intestinales sont parfaitement établies, et l'enfant jouit d'une très-bonne santé.

Sur l'application de la suture osseuse au traitement du bec-de-lièvre double compliqué de saillie de l'os inter-maxillaire, avec deux observations.

Par M. Broca (1).

Je pratiquai d'abord sur la sous-cloison, aussi en arrière que possible, à l'aide d'une cisaille recourbée sur le plat, l'excision triangulaire de Blandin. Le segment que j'enlevai avait 8 millimètres de base; son sommet s'élevait en haut jusqu'au voisinage du dos du nez. Deux jets de sang, fournis par les artérioles de la cloison, furent réprimés aussitôt avec le cautère pointu de Middeldorpf. Le tubercule osseux, devenu bien mobile, pouvait aisément être refoulé en arrière; mais il ne pouvait pénétrer dans la fente maxillaire, moins large que lui. Je procédai alors à l'avivement des os, à l'aide d'un bistouri à périoste, emportant sur chacun des quatre bords osseux une sorte de copeau, formé par une couche de muqueuse et par une couche d'os. La fente se trouvait ainsi élargie, mais, quoique le tubercule fût en même temps rétréci, il était encore trop large pour pénétrer dans la fente; de sorte que je fus obligé d'en enlever encore une tranche. Cette nouvelle excision osseuse, pratiquée sur le bord gauche du tubercule, mit à nu le follicule de l'incision latérale. Le tubercule ainsi réduit put être introduit dans la fente; il ne s'agissait plus que de l'y assujettir.

A cet effet, je m'armai d'un poinçon en forme d'alène, et je pratiquai sur chacun des quatre bords osseux une perforation oblique, qui commençait, sur la face antérieure, à trois millimètres du bord, aboutissant, en arrière, à la limite postérieure de l'avivement du tissu osseux. Chaque fois, après avoir retiré le poinçon, je poussais aussitôt à sa place un fil d'argent qui parcourait le trajet à la manière de la soie de sanglier du fil des cordonniers. Lorsque les quatre fils furent placés, je les mariai deux à deux par torsion, et, attirant ainsi l'un par l'autre, j'obtins de chaque côté une anse unique qui traversait à la fois le tubercule et l'os maxillaire adjacent. Je reproduisis alors la réduction du tubercule osseux, et lorsqu'il fut bien en place, je terminai la suture en tordant ensemble les deux anses de chaque fil d'argent. Le petit tourillon de torsion fut aplati et couché sur la face antérieure des maxillaires, afin que son extrémité ne vînt pas blesser la lèvre.

Tel fut le premier temps de l'opération.

Je décrirai moins minutieusement le second temps de l'opération. Je libérai d'abord de bas en haut, dans une étendue de trois à quatre millimètres, le sommet du tubercule labial, afin de pouvoir relever un peu la pointe du nez, que la réduction du tubercule osseux avait fortement abaissée. Puis je procédai à l'avivement des deux bords labiaux suivant un procédé que j'ai déjà fait connaître à la Société, il y a quelques années (voyez *Bulletin de la Société de chirurgie*, ce qui n'est qu'un dérivé du procédé bien connu de M. Mirault (d'Angers). Du côté droit, je poussai l'avivement presque au-dessous du bord libre. Du côté gauche, je n'avivai que la moitié supérieure de la fente labiale, et au-dessous de cet avivement je pratiquai de dedans en dehors une incision à peu près horizontale, mais cependant curviligne, à concavité supérieure, qui se termine à sept millimètres environ au-dessus de la bouche. Je produisis ainsi, sur la moitié gauche de la lèvre, un petit lambeau courbe, dont le bord inférieur interne devait devenir horizontal pour constituer le bord libre de la nouvelle lèvre; et dont le bord supérieur ou saignant, mince en dedans, épais en dehors, devait venir s'appliquer sur le bord inférieur déjà avivé de la moitié droite de la lèvre. Mais les deux moitiés de la lèvre étant beaucoup trop courtes pour pouvoir être amenées en contact, il fallut donc les détacher des os, ainsi que la partie adjacente des deux joues; et en même temps, pour pouvoir reformer les narines, je libérai les ailes du nez, en déviant de bas en haut, dans la moitié environ de leur hauteur, les insertions sur le bord antérieur des apophyses mastoïdes. Je pus ainsi obtenir, sans trop de tiraillements, la réunion des deux moitiés de la lèvre. Je les fixai avec six points de suture au fil d'argent, dont quatre appliqués sur le corps de la lèvre donnèrent une suture verticale et médiane, tandis que les deux autres furent appliqués sur le sommet et sur la base du lambeau horizontal. Enfin, le sommet du tubercule labial, transformé en sous-cloison, fut fixé sur la partie supérieure de la suture médiane par un septième fil qui traversait à la fois ce tubercule et les deux moitiés de la lèvre; mais je reconnus alors que la sous-cloison trop courte tiraillait fortement la pointe du nez, et il me parut probable que ce dernier point de suture ne tiendrait pas.

Les suites de l'opération furent assez sérieuses pendant les trois premiers jours. L'inflammation locale fut très-modérée, et le gonflement presque nul; mais l'enfant eut beaucoup de fièvre : le peu de lait qu'on lui donnait était promptement vomi, et pour éviter les efforts des vomissements, je dus tenir le petit opéré à la diète, ce qui naturellement l'affaiblit beaucoup. Au bout de trois jours on lui rendit son lait; il le supporta bien; la fièvre se calma et les forces se relevèrent peu à peu.

Le quatrième jour, je constatai que la sous-cloison s'était coupée sur le fil et s'était séparée de la lèvre. Le fil supérieur, devenu inutile, fut enlevé. Le lambeau horizontal était au contraire parfaitement réuni; j'enlevai les deux fils qui le fixaient, ne laissant en place que les quatre fils de la suture médiane. Ceux-ci furent enfin retirés le huitième jour; ils avaient bien tenu, à l'exception du supérieur qui avait coupé les chairs. La lèvre était bien réunie dans toute sa hauteur, excepté tout en haut, où il restait au-dessous et en arrière de la sous-cloison un trou de la largeur d'un pois. Pour favoriser la réunion de cette ouverture et la soustraire au tiraillement latéral, j'appliquai, à l'aide de bandelettes de sparadrap, le bandage unissant du bec-de-lièvre. L'ouverture se rétrécit rapidement, se remplit de bourgeons charnus.

Le treizième jour elle était presque entièrement cicatrisée, et j'enlevai le bandage unissant.

Restaient les deux points de suture osseux. Ils n'avaient produit aucun accident, et j'aurais voulu les laisser en place quelque temps encore; mais les parents de l'enfant avaient hâte de quitter Paris, et le 15 mai, voyant que le tubercule paraissait déjà très-solide, je me décidai à enlever les deux fils d'argent. La guérison était parfaite, si ce n'est que le sommet de la sous-cloison cicatrisé isolément faisait au-dessous et en avant de la cicatrice labiale un petit tubercule arrondi.

La bouche était très-petite. La lèvre inférieure, beaucoup plus longue que la supérieure, faisait en avant une saillie très-considérable; mais on sait que cette difformité, inévitable pendant les premiers temps, s'efface ensuite peu à peu.

Je n'ai plus revu depuis lors mon petit opéré; mais, le père m'a donné plusieurs fois de ses nouvelles. J'extrais les passages suivants de ses dernières lettres.

4 janvier 1868... « L'enfant a aujourd'hui près de 11 mois. Sa santé est très-bonne; malgré la division palatine, il avale sans la moindre difficulté des panades et des potages au vermicelle. Sa voix n'est que très-légèrement nasonnée quand il dit : *papa* et *maman*. La *réunion osseuse est complète*. Il n'y a pas encore de dents à la mâchoire supérieure. L'orifice buccal se refait tous les jours. Les narines sont encore un peu trop étroites, et la respiration est gênée lorsque la bouche est fermée. »

22 mars 1868... « J'ai examiné avec le plus grand soin l'état de la mâchoire supérieure de notre petit opéré. Les faces antérieures et postérieures de cette mâchoire ne sont marquées d'aucun sillon au niveau des sutures de l'os maxillaire avec les deux os sous-maxillaires. Seul, le bord libre offre deux petites dépressions aux points qui correspondent à la réunion. J'ai essayé, à différentes reprises, d'imprimer des mouvements antéro-postérieurs à cet os maxillaire. Il m'a été impossible d'éprouver la moindre sensation de déplacement. L'enfant serre très-fort entre les mâchoires les corps les plus durs, aussi bien au niveau du tubercule que partout ailleurs. Il s'agit bien réellement d'une soudure osseuse. Il n'y a pas encore de dents à la mâchoire supérieure. La lèvre supérieure est plus épaisse que l'inférieure. Celle-ci déborde de moins en moins, et si ce n'était le petit tubercule médian qui lui pend au-dessous du nez, l'enfant ne semblerait pas avoir eu cette affreuse difformité que vous avez si bien corrigée. Il marche seul maintenant... »

La petite difformité que signale ici M. le docteur M..., et que j'avais déjà constatée l'année dernière, pourra être aisément corrigée, soit par une petite opération plastique, dans laquelle le tubercule charnu serait employé à faire une sous-cloison, soit par l'excision pure et simple de toute la partie saillante. L'opération, en tous cas, sera très-simple et très-légère. Il était à peu près inévitable que le tubercule, dont la longueur était très-insuffisante, ne se réunît pas à la lèvre; et je me demande maintenant, comme je me le demandais avant l'opération, s'il n'y aurait pas avantage, dans les cas de ce genre, à exécuter séparément, à quelques semaines ou à quelques mois d'intervalle, la réduction des tubercules et la réunion de la lèvre. J'ai lieu de croire, en effet, qu'à la suite de la réduction du tubercule osseux, le tubercule charnu médian s'allongerait d'une manière notable. Je ferai peut-être un jour cette tentative. Mais je reconnais que cette proposition est fort discutable; et il faut tenir compte, d'ailleurs, de l'impatience des familles, qui ont hâte de voir disparaître le plus tôt possible la difformité extérieure, et qui, probablement, désireraient toujours que l'opération soit faite en une seule séance.

On vient de voir que l'éruption des dents incisives supérieures est grandement en retard chez mon petit opéré. Les incisives médianes auraient dû paraître depuis plusieurs mois; les latérales même devraient être déjà sorties, car il est rare qu'elles soient aussi incluses dans la mâchoire chez les enfants de cet âge (15 mois). L'incisive latérale gauche ne paraîtra probablement jamais, puisque son follicule a été mis à nu pendant l'opération; quoique ce follicule ait été laissé en place, il y a tout lieu de croire que le cal osseux a fait éruption dans l'alvéole, et fait atrophier la bulbe avant que la racine fût formée; mais j'espère que le développement des incisives permanentes ne sera pas empêché. J'ai eu soin, en effet, de passer les fils d'argent à travers la partie la plus inférieure des os, en m'éloignant le plus possible du bord supérieur de l'arcade alvéolaire, où se forment les follicules des dents permanentes.

Le retard, déjà considérable, qu'a subi l'éruption des incisives supérieures médianes peut être indépendant de l'opération. Ce retard s'observe quelquefois chez les enfants qui ne sont pas opérés; il est, d'ailleurs, loin d'être certain, quelquefois même les dents du tubercule incisif sortent plusieurs mois avant les incisives inférieures. On ne peut savoir quelle est celle de ces éventualités qui se serait présentée chez mon petit opéré, mais il me paraît probable que, toutes choses égales d'ailleurs, la réduction du tubercule est de nature à arrêter, pendant quelque temps, le travail odontogénique. La section de la cloison des fosses nasales prive le tubercule osseux de ses artères nourricières. Les anastomoses capillaires qui existent entre le plan antérieur de la cloison et le lobule du nez, suffisent toujours à entretenir la vie dans l'os inter-maxillaire, et bientôt de nouvelles communications vasculaires s'effectuent à travers les deux cicatrices osseuses de l'arcade alvéolaire; mais il s'écoule sans doute quelque temps avant que la circulation ait recouvré toute son énergie, et il n'en faut pas davantage pour expliquer le retard des phénomènes de l'éruption.

Quant aux dents incisives permanentes, dont l'importance est bien supérieure à celle des dents de lait, il y a lieu de croire que leur développement ne sera pas entravé par les conditions nouvelles que l'opération a créées. Ici encore, toutefois, il ne faut pas oublier que l'existence même du bec-de-lièvre compliqué, abstraction faite de toute opération réparatrice, suffit souvent pour faire avorter une ou plusieurs des dents incisives temporaires ou permanentes. Ainsi, j'ai disséqué une fois un tubercule incisif, que j'avais excisé chez une petite fille de deux ans. Ce tubercule était surmonté de deux grosses incisives médianes; mais je cherchai vainement les follicules des incisives latérales. Dans un autre cas, où le bec-de-lièvre était moins compliqué et où il n'y avait sur l'arcade alvéolaire qu'une seule fente, située à gauche, j'ai constaté que la mâchoire supérieure n'avait que trois incisives, quoique l'enfant fût déjà âgée de 5 ans. Enfin, j'ai vu un adulte qui avait été opéré, dans sa jeunesse, d'un bec-de-lièvre *simple*, et qui n'avait non plus que trois incisives supérieures, quoiqu'il n'eût perdu aucune dent, et que la rangée dentaire fût continue. Ce dernier fait prouve que les conditions qui font naître le bec-de-lièvre peuvent mettre obstacle non-seulement au développement des dents de lait, mais encore à celui des dents permanentes. Il est bien clair que l'ostéoplastie ne peut modifier en rien ces défectuosités originelles, et qu'il y a toujours quelque chance pour que l'éruption des dents définitives soit incomplète. Mais, c'est un détail d'une importance tout à fait secondaire.

En résumé, je pense que la méthode qui consiste à conserver le tubercule osseux, dans le cas de bec-de-lièvre double, compliqué de la saillie de ce tubercule, a été trop facilement abandonnée par les chirurgiens. Sans prétendre que la conservation de ce tubercule soit toujours possible, je viens de prouver qu'il y a des cas où elle peut réussir d'une manière complète, à la faveur de l'avivement du tissu osseux et de la suture osseuse.

Quelques mots, en terminant, sur les contre-indications. Lorsque le tubercule osseux fait une saillie excessive, qu'il est situé directement sur le prolongement du bout du nez, et que le tubercule labial médian est très-court, la réduction, sans être impossible, serait fort difficile, et il faudrait quelquefois, pour l'obtenir, effacer presque entièrement le nez. Dans un cas de ce genre, je commencerais par exciser la cloison, et, d'après le résultat que donnerait le refoulement du tubercule, je me déciderais à le conserver ou à l'enlever.

Une seconde contre-indication résulterait de la trop grande exiguïté du tubercule osseux. Il est clair, en effet, que s'il était plus étroit que la fente de l'arcade alvéolaire, il ne pourrait y être fixé par la suture osseuse. Il n'est pas nécessaire, sans doute, que le contact des surfaces osseuses avivées soit absolu des deux côtés; quand même il resterait à droite ou à gauche un léger écartement, d'un ou deux millimètres par exemple, les phénomènes de la cicatrisation, ou même de la cicatrisation osseuse, pourraient encore s'effectuer. Mais si la disproportion était plus grande, il y aurait lieu d'hésiter. Pourrait-on se borner à n'aviver le tubercule que sur un de ses bords, à ne suturer que ce bord, et la soudure osseuse obtenue d'un seul côté aurait-elle une solidité suffisante? C'est une question que je ne me permettrai pas de résoudre. Si, comme je l'espère, la méthode conservatrice reprend quelque faveur dans la pratique, l'expérience ultérieure pourra nous conduire peu à peu à étendre l'application de cette méthode à des cas qui nous semblent aujourd'hui défavorables. Mais ce ne sont pas ces cas extrêmes qui me préoccupent ici. Ils sont d'ailleurs exceptionnels. Mon but est seulement de montrer qu'il y a des cas nombreux où il est indiqué de conserver l'os inter-maxillaire au lieu de l'exciser, comme on le fait généralement.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 5 mai 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Lemaistre sur une épidémie de variole dans l'arrondissement de Limoges. (Comm. des épidémies).

2° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Forges (Seine-Inférieure), par M. le docteur Caulet; de Luxeuil (Haute-Saône), par M. le docteur Delacroix; de Charbonnières (Rhône), par M. le docteur Finaz; de Propiac (Drôme), par M. le docteur Loubier; de Villers-sur-Mer (Calvados), par M. le docteur Joubert.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

Un mémoire de M. Guipon, de Laon, sur une épidémie de fièvre typhoïde.

M. Béclard fait hommage à l'Académie, au nom de M. Raciborski, de son ouvrage : *Traité de la Menstruation*, etc., etc. Pour ne parler que de la partie physiologique, M. le Secrétaire annuel fait remarquer que l'auteur fait jouer à la menstruation un tout autre rôle que celui qu'on lui attribuait jusqu'à présent. D'après M. Raciborski, comme cela est d'ailleurs admis généralement aujourd'hui, les ovules arrivent, dans le règne animal, à la maturité, périodiquement une fois par mois dans l'espèce humaine. Tous les ovules qui n'ont pas été alors fécondés, sont éliminés par un acte physiologique qui consiste dans la déhiscence spontanée des capsules ovariennes et se trouve accompagné d'hémorrhagie dans l'intérieur des ovisacs, dans les trompes et dans la cavité utérine. C'est cette hémorrhagie finale qui constitue le *flux menstruel*.

La *déhiscence spontanée*, loin d'être la condition préalable indispensable de la fécondation, comme le croyait M. Pouchet, serait, au contraire, d'après M. Raciborski, le terme des qualités des ovules nécessaires à la reproduction. La théorie de M. Raciborski vient ainsi à l'appui de l'opinion de M. Coste, qui a déjà démontré, par ses expériences, que les ovules commençaient à se dégrader aussitôt après avoir quitté l'ovaire.

M. Piorry présente : 1° de la part de M. le docteur Carcassonne, la relation d'un cas de hoquet très-grave; 2° de la part de M. Renault, un instrument pulvérisateur.

Ce pulvérisateur se compose, comme tous les appareils de ce genre :

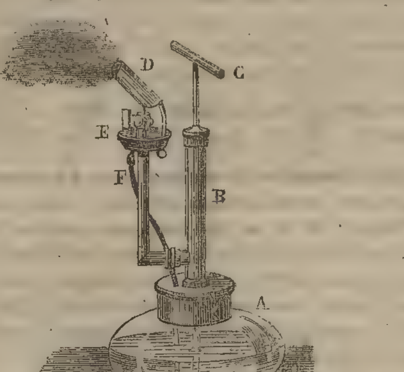
A, d'un vase contenant le liquide;

B, C, d'un corps de pompe;

D, d'un réflecteur;

F, d'une petite cuvette pour recevoir l'eau pulvérisée, et d'un conduit pour ramener cette eau dans le récipient A.

E, d'un robinet percé au centre avec *rainure transversale*, ce qui



permet de pulvériser graduellement, soit à droite ou à gauche, le liquide.

C'est cette modification importante qui constitue le mérite de l'invention de M. Renault.

M. Bouillaud présente, au nom de M. le docteur Guinier, un travail sur le gargarisme laryngien.

M. Vernois présente, de la part de M. le docteur Maurice Renaud, une étude sur les maladies du cœur, extraite du nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

M. Tardieu présente : 1° au nom de M. le docteur Lavigerie, un guide médical sur les eaux minérales de Vichy; 2° un rapport médical sur l'asile d'aliénés de Niort pour l'année 1866, par M. le docteur Lagardèle.

M. Depaul présente, de la part de M. le docteur Carrière, une brochure intitulée : *De la Tumeur hydatique alvéolaire*.

M. Larrey présente : 1° au nom de M. le docteur Jules Rochard, une brochure intitulée : *Climats*, extraite du nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques; 2° au nom de M. le docteur Morin, une notice sur les eaux minérales de Neyrac (Ardèche).

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

La liste de présentation porte :

En première ligne, M. Chassaignac; en deuxième ligne, M. Alph. Guérin; en troisième ligne, M. Verneuil; en quatrième ligne et *ex æquo*, MM. Dolbeau et Perrin; en cinquième ligne, M. Giraldès.

Candidats ajoutés à la liste par l'Académie, par ordre alphabétique : MM. Desormeaux, Lefort, Trélat et Voillemier.

Sur 76 votants, la majorité étant de 39, M. Chassaignac obtient 56 voix; M. Alph. Guérin, 12; M. Voillemier, 6.

M. Desormeaux, 1; et M. Giraldès, 1.

En conséquence, M. Chassaignac est élu membre de l'Académie de médecine.

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. Gubler, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

A l'occasion de ces rapports, M. Bussy exprime le regret que des séances entières de l'Académie soient ainsi employées en pure perte pour la science, et il propose qu'à l'avenir ces rapports soient lus en conseil et ne soient communiqués à l'Académie que dans une conclusion sommaire.

Il engage, à ce sujet, une discussion à laquelle prennent part plusieurs membres, et, entre autres, M. le Secrétaire perpétuel, qui fait remarquer que les rapports sur les remèdes secrets sont au nombre des obligations auxquelles l'Académie ne saurait se soustraire.

Cet incident n'a pas de suites.

LECTURE.

M. Prat lit sur le *traitement de l'otorrhée par les irrigations d'eau tiède* un mémoire dont voici les principales conclusions.

Le conduit auditif externe et la caisse, séparés par la membrane du tympan, ont été considérés comme un appareil de physique destiné à rassembler et à diriger les ondes sonores vers l'organe sensorial. Mais on peut aussi les considérer comme un tube unique divisé en deux parties par une membrane au travers de laquelle se passent des phénomènes de dyalise osmotique, et qui se laisse traverser par des courants gazeux et liquides.

Le septum tympanique n'est pas la seule des membranes de l'oreille externe et moyenne soumise aux lois de la physique moléculaire; tous les tissus recouvrant les parois du conduit considéré en ce moment comme unique, ainsi que les parois des vaisseaux, sont soumis aux lois des échanges osmotiques.

Bien qu'il soit à craindre que dans cette osmose vivante, les courants ne soient pas tout à fait les mêmes que dans l'osmose inerte, c'est-à-dire tels que nous les voyons à travers les membranes mortes de nos laboratoires; cependant l'expérience nous apprend que, dans une certaine mesure, les lois physico-chimiques sont encore vraies, et qu'on en peut tirer un parti favorable à la thérapeutique.

Les injections liquides ou gazeuses ont presque toujours été partie essentielle de tout traitement de l'otorrhée; mais elles ne sont pas faites pendant un temps assez long pour obtenir des effets diffusifs.

Dans ce but, m'en rapportant à une loi de Graham, j'en ai prolongé la durée, et j'ai appliqué au traitement de l'otorrhée la méthode des irrigations abondantes d'eau tiède à 38 ou 40 degrés centigrades.

La quantité d'eau doit être de 10, 15 et 20 litres d'eau à chaque irrigation et dans chaque oreille.

Le jet doit être à faible pression, et l'eau reprise aussitôt par un conduit de décharge, de manière que l'eau entre et sorte à courant continu.

On doit répéter l'irrigation deux fois dans un jour.

Je n'ai pas prolongé plus de cinq jours de suite, de peur de déchirer des tissus déjà ramollis par la macération. Quand l'otorrhée ne cesse pas après dix irrigations, ce qui me paraît être l'exception, on fait reposer le malade pendant quelques jours et on recommence.

Les irrigations sont puissamment aidées par un traitement général qui varie suivant les indications et l'espèce de l'otorrhée.

Je n'ai jamais vu une cessation si rapide d'un écoulement d'oreille être suivie du plus petit accident, si ce n'est que la surdité est légèrement, mais passagèrement augmentée.

La perforation du tympan n'est pas une contre-indication aux irrigations dont l'effet est le plus souvent de favoriser la cicatrisation, même dans les perforations survenues par cause pathologique.

Il s'établit par endosmose et exosmose des courants de liquides qui modifient singulièment les amas de sinuosités dans la caisse, désagrègent les molécules, réduisent la consistance des liquides purulents et en facilitent la sortie par la trompe et dans l'arrière-gorge.

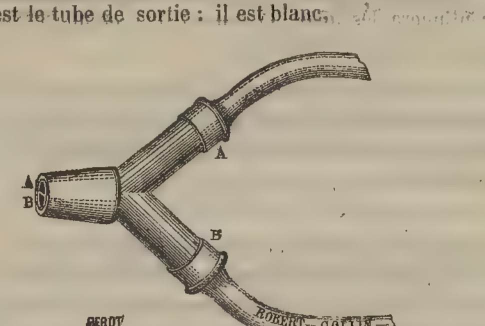
Dans le but de faciliter les irrigations, j'ai fait construire, par MM. Robert et Collin, un instrument simple, commode et peu coûteux.

Il consiste en deux tubes en caoutchouc se réunissant par les deux branches d'une sonde très-courte à double courant.

On met le bec de la sonde dans l'oreille. L'un des tubes plonge son extrémité libre dans un réservoir d'eau à ciel ouvert, et fait syphon; c'est par lui que l'eau arrive dans l'oreille. Par l'autre tube, d'un calibre plus fort, l'eau se déverse, et un courant perpétuel, autant qu'on le voudra, se trouve établi. On amorce à l'aide d'une poire en caoutchouc qu'on comprime avec la main, pour faire le vide dans le tube et obliger l'eau à y pénétrer.

Le tube A de la figure est le tube d'arrivée; il est noir.

Le tube B est le tube de sortie : il est blanc.



Cette distinction des tubes par la couleur serait inutile si leurs lumières étaient égales.

Commission : MM. Gosselin et Richet.

PRÉSENTATIONS.

Ovariotomie. — *Difficultés particulières de l'opération.* — M. Péan présente trois malades, qui ont été affectées de kyste de l'ovaire. Il a trouvé chez elles des difficultés telles, qu'il lui a été impossible de recourir au clamp, qui lui avait donné d'excellents résultats sur plusieurs autres malades, dont quelques-unes ont été présentées à l'Académie les années précédentes.

Chez l'une d'elles, il trouva, après avoir ouvert l'abdomen, un kyste tellement adhérent qu'il était hors de doute, si le décollement était tenté, que la mort suivrait de près l'opération. Un examen attentif lui ayant démontré que le kyste était uniloculaire, il incisa la face antérieure du kyste au niveau du point où il était le plus adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen, et il maintint l'ouverture assez grande pour permettre facilement des lavages et des injections. Les douleurs violentes que la malade éprouvait depuis plusieurs mois, et qui lui arrachaient des cris, disparurent si rapidement que la nuit suivante il y eut un sommeil réparateur, et qu'à dater de cette époque, elle a complétement cessé de souffrir. La santé, qui avait été épuisé par la suppuration fétide et les gaz qui s'étaient spontanément développés dans le kyste, devint promptement très-florissante; si bien qu'aujourd'hui, huit mois après l'opération, il ne reste aucune trace apparente de cette redoutable affection.

Chez une autre malade, la base d'implantation du kyste était tellement courte et large, qu'elle recouvrait une partie de la face antérieure de l'utérus et le sommet de la vessie. L'application du clamp était impossible, à moins de laisser dans l'abdomen un corps étranger, qui aurait été impuissant peut-être à diviser les tissus, et qui eût, presque certainement, donné lieu à des hémorrhagies ou à une péritonite mortelle. M. Péan recourut alors à un moyen qui lui a réussi plusieurs fois dans les cas semblables, et chez la femme à laquelle il a pratiqué la splénotomie. Il étreignit dans un clamp spécial, construit en vue de produire une section linéaire, la base d'implantation de la tumeur et la divisa par portions, en ayant soin de cautériser énergiquement, à l'aide du fer rouge, sur le clamp, et en protégeant les parties voisines, les surfaces de section qui devaient être reportées dans l'abdomen. De cette façon, on put extraire toute la tumeur sans avoir besoin de pratiquer plus de trois ligatures métalliques, bien que toute la face antérieure de l'utérus et le fond de la vessie aient été à découverts. Il en résulta, pendant huit jours, une cystite, mais il n'y eut aucun autre accident important à signaler.

Sur la troisième malade, la base d'implantation correspondait par une large surface au fond du bassin. Il fallut recourir à la même méthode; de plus, l'épiploon coiffait une grande partie de la face antérieure de la tumeur; il était impossible de l'en séparer sans détruire un trop grand nombre de vaisseaux. Sur d'autres points, les intestins et les parois de l'abdomen étaient reliés à la tumeur par de larges adhérences. En présence de ces difficultés, M. Péan recourut à la section de l'épiploon et de toutes ses brides, au moyen de la méthode qui avait déjà servi précédemment.

A propos de cette malade, M. Péan communique une observation qui, mieux que les précédentes, démontre jusqu'à quel point cette méthode peut rendre des services importants. Chez une femme qui était affectée d'une hernie ombilicale contenant la moitié de la masse intestinale, 10 litres de liquide ascitique, un kyste volumineux formé presque en totalité d'alvéoles fibreuses, rattaché au fond du bassin par deux pédicules, et qui contenait les débris altérés d'un fœtus; en outre, un deuxième kyste du volume d'une tête d'adulte, adhérent au fond du bassin, à l'épiploon, à l'utérus et à la vessie, par les deux tiers de la surface; plutôt que d'abandonner la malade à une mort certaine, il n'hésita pas à détacher le premier kyste au niveau de ses deux pédicules, à sectionner l'épiploon et à détacher, par portions, toute la paroi du deuxième kyste, qui contenait également les débris d'un fœtus altéré, à l'aide de l'écrasement linéaire, à l'aide d'un clamp recourbé qu'il avait fait construire spécialement en vue de ce cas difficile, et qui, associé à la cautérisation, lui permit d'enlever jusqu'au dernier vestige de la tumeur. Malgré toutes ces complications, aucun accident consécutif ne survint, et la plaie se ferma si complétement que, deux jours après l'opération, la malade se levait et se promenait dans sa chambre.

Ces trois opérations, auxquelles M. Péan pourrait ajouter d'autres succès obtenus par la même méthode, ont pour but de démontrer qu'en présence de difficultés reconnues jusqu'ici insurmontables, le chirurgien ne doit pas trop tôt se croire désarmé. Il est évident d'ailleurs que de pareilles complications seraient plus rares si les malades ne recouraient pas si tardivement à une opération qui, dans un grand nombre de cas, serait leur unique chance de salut. C'est surtout à Paris que les chirurgiens se trouveront exposés à trouver des difficultés semblables, à cause de l'opposition que l'ovariotomie rencontre encore aujourd'hui parmi beaucoup de médecins et de chirurgiens.

A propos de cette présentation, M. Péan insiste sur le danger considérable que lui paraît offrir l'application de tubes de verre laissés dans le bassin, dans le but de prévenir l'écoulement des liquides qui se produisent à la suite de l'opération. Il a pu se convaincre par lui-même, sur une de ses opérées, que loin de prévenir la péritonite, ce corps étranger a été le point de départ d'une péritonite suppurée, qui a été exactement circonscrite autour du tube.

Il est bon d'ajouter que ces trois malades ont été opérées à Paris.

Abcès aigu du tibia. — *Trépanation.* — M. Péan présente ensuite une malade chez laquelle s'était développé spontanément un abcès aigu de l'épiphyse supérieure du tibia. La maladie, qui d'ailleurs était fort circonscrite, donnait lieu à des douleurs tellement violentes, qu'elles arrachaient des cris continuels à la malade. Plusieurs chirurgiens avait pensé qu'il y avait une ostéite syphilitique, et avaient eu vainement recours à l'iodure de potassium. En présence de l'intensité des douleurs et de l'inflammation aiguë qui se propageait à l'articulation du genou, remarquant d'ailleurs que les tissus qui recouvraient l'épiphyse étaient chauds et légèrement œdématiés, M. Péan pensa qu'un abcès aigu, datant seulement de quelques semaines, s'était développé dans l'épiphyse du tibia et menaçait d'un jour à l'autre de donner lieu à une arthrite suppurée. Il appliqua alors le trépan, et ce ne fut qu'après avoir enlevé successivement le tissu compact et une portion assez épaisse de tissu spongieux qu'il tomba dans la cavité bien limitée d'un abcès qui fournit une suppuration phlegmoneuse. A partir de ce moment les douleurs disparurent comme par enchantement, l'hydarthrose aiguë disparut rapidement, et la malade recouvra les forces et la santé.

Ce fait est surtout remarquable, en ce qu'il démontre, contrairement à ce qui avait été décrit jusqu'alors, que les abcès douloureux des épiphyses peuvent suivre une marche assez aiguë pour donner lieu aux accidents les plus graves, et en particulier à une synovite qui, si elle était abandonnée à elle-même, donnerait lieu à une suppuration de mauvaise nature, à laquelle il serait difficile ensuite de remédier. La trépanation, dans ce cas, constitue une ressource de premier ordre : elle suffit à enrayer immédiatement la marche des accidents.

A ce sujet, M. Péan fait observer que la trépanation des épiphyses peut donner également les résultats les plus efficaces chez les malades qui sont affectés d'astéite aiguë, diffuse et profonde des diaphyses, au moment où l'inflammation menace de s'étendre aux articulations voisines, et de donner lieu à une arthrite suppurée promptement mortelle.

Chez un malade auquel il donna ses soins il y a deux ans, à l'hôpital Beaujon, pendant qu'il remplaçait par intérim M. Jarjavay, de si regrettable mémoire, l'inflammation profonde de la diaphyse était telle, que, dans l'espace de quelques jours, le périoste et le tissu cellulaire étaient décollés par une suppuration de la plus mauvaise nature et dont la marche n'était pas ralentie par de longues incisions jusqu'à l'os, pratiquées de bonne heure.

Voyant que l'articulation du genou était elle-même le siége d'une tension douloureuse due à la présence d'une hydarthrose aiguë, et craignant les dangers de la synovite qui aurait produit rapidement la suppuration, il n'hésita pas à trépaner largement l'épiphyse supérieure du tibia au voisinage de la synoviale.

Le succès couronna ses espérances, car, pendant l'opération, il put se convaincre que le tissu spongieux de l'épiphyse était vascularisé et contenait déjà quelques gouttes de pus.

Les jours suivants, en même temps que l'hydarthrose aigue disparaissait, du pus provenant du canal médullaire se faisait jour par la plaie du trépan, et à partir de cette époque, l'état local et l'état général furent si heureusement modifiés que la guérison complète fut rapidement obtenue.

M. Péan, tout en insistant sur les bienfaits qu'il a retirés de cette nouvelle méthode, insiste également sur l'importance qu'il y a, dans les cas semblables, à trépaner de bonne heure, sous peine de voir échouer une opération qui deviendrait inutile, dès l'instant où l'inflammation aurait produit au-dessus de la portion accessible, dans l'articulation par exemple, des désordres trop avancés.

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

93. Denis (Philippe). Étude physiologique et pathologique de la Salive.

94. David (Théophile). De la Grossesse au point de vue de son influence sur la constitution physiologique de la femme.

95. Gainet (Alfred). Des Kystes des paupières.

96. Lasalle (A.). Recherches sur la Paralysie hystérique.

97. Quantin (Charles). Quelques considérations sur le traitement de la Blennorrhée du sac lacrymal et de la tumeur lacrymale.

98. Vidil (Henri). De la Gutta-percha et de ses applications en chirurgie.

99. Masson (Jules). De la Fistule à l'anus.

100. Mérandon (Léopold). Action physiologique et thérapeutique des sels de potasse.

101. Carrière (Joseph). De la Tumeur hydatique alvéolaire (Tumeur à Echinocoques multiloculaire).

102. Béal (Augustin). Étude critique sur la fièvre traumatique, la Septicémie et la Pyoémie.

Statistique des maladies syphilitiques en Angleterre, d'après le *Dayly Telegraph* du 28 février 1868. — A l'hôpital Saint-Barthélemy, la moitié environ des malades sont atteints du mal vénérien; à l'hôpital de Guy, il y en a 43 p. 100; dans tous les autres hôpitaux, la moyenne est de 25 à 33 p. 100; à l'hôpital pour les maladies de la peau, il y en a 12,5 p. 100; à l'hôpital royal pour les yeux, 20 p. 100; à l'hôpital pour les maladies de la gorge, sur les malades spécialement affectés de maladies contagieuses, il se trouve 31 femmes *respectables* (respectable women); à l'hôpital Lock, 36 p. 100 sont des femmes mariées, épouvantablement infectées (fearfully infected), mais dont la conduite personnelle était irréprochable; à l'hôpital des Enfants-Malades, 174 sont traités pour des maladies syphilitiques héréditaires; à Glascow, sur 251 orphelins assistés par le bureau de bienfaisance, 38 sont dans le même cas.

Sur un effectif de 73,000 hommes, dont se composait l'armée anglaise en 1867, 20,600 sont entrés dans les hôpitaux atteints de la syphilis. Quant aux filles de joie, les 33 p. 100 communiquent chaque jour la contagion à leurs compatriotes et *quibusdam aliis*.

M. James Paget affirme avoir connu cinq chirurgiens morts et cinquante autres souffrant plus ou moins de la contagion contractée dans l'exercice de leur ministère.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Montpellier. — Sont rappelés à l'exercice pour trois ans, du 1er novembre 1868 au 1er novembre 1871, les agrégés de la Faculté de médecine de Montpellier ci-après désignés, savoir :

Pour la 1re section (sciences biologiques), M. Jacquemet;

Pour la 3e section (médecine), M. Guinier;

Pour la 4e section (chirurgie et accouchements), M. Garimond.

M. Bourdel, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est rappelé à l'exercice (1re section) pour un an, du 1er novembre 1868 au 1er novembre 1869.

— *Faculté de médecine de Strasbourg.* — Sont rappelés à l'exercice pour trois ans, du 1er novembre 1868 au 1er novembre 1871, les agrégés de la Faculté de médecine de Strasbourg ci-après désignés, savoir :

Pour la 2e section (sciences physico-chimiques), M. Kirschleger;

Pour la 3e section (médecine), MM. Strolh et Hecht;

Pour la 4e section (chirurgie et accouchements), MM. Bœckel et Hergott;

Hors cadre, M. Kœberlé.

— Le concours pour deux places de médecin au Bureau central a commencé le lundi 4 mai. A l'épreuve écrite sur la Diarrhée, ont pris part 36 candidats :

MM. Ball, Baudot, Bricheteau, Brouardel, Bouchard, Caresme, Chalvet, Colombel, Cornil, Danjoy, Descroizilles, Decori, Douillard, d'Heilly, Dujardin-Beaumetz, Duguet, Dubrizay, Ferrand, Fernet, Gérin-Roze, Gouguenheim, Gouraud, Gibert, Lancereaux, Leclère, Lécorché, Lemattre, Leven, Martineau, Molland, Magnac, Pierreson, Pinel, Rigal, Tenneson, Verliac.

— M. le docteur Charcot commencera ses leçons sur les maladies chroniques du système nerveux et les maladies des vieillards, le mardi 12 courant, à 9 heures du matin, à l'hospice de la Salpêtrière. Il les continuera les mardi et samedi de chaque semaine. L'examen des malades aura lieu le jeudi.

— M. le docteur Félix Guyon, agrégé, chargé de suppléer M. le professeur Jarjavay, commencera ses leçons cliniques le 11 mai, à 9 heures, à l'hôpital des Cliniques, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis.

On demande un associé ou acquéreur pour maison de santé d'aliénés, aux portes de Paris, bail 20 ans, étendue 12,000 mètres.

S'adresser à M. le docteur Lecaudey, 24, Chaussée-d'Antin, de 10 à 4 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Aphorismes sur les maladies vénériennes, suivis d'un formulaire raisonné des médicaments employés dans le traitement de ces maladies, par le docteur LANGLEBERT, 1 joli vol. in-32, cartonnage en toile. Prix : 2 fr. 75. — Adrien Delahaye, éditeur.

Étude médico-psychologique du libre arbitre humain, par S.-J. GRENIER. — 2e édit. in-8°. Prix : 2 fr. — Adrien Delahaye, éditeur.

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte. — Mise en vente du tome VIII complet. Prix : 10 fr. — Les principaux articles du tome VIII sont : *Clavicule*, par Richet et Desprès; *Climats*, par Jules Rochard (avec 1 carte coloriée); *Cœliaque* (*artère*), par O. Lannelongue; *Cœur* (*anatomie et physiologie*), par Luton; *Cœur* (*anomalies et pathologie*), par Maurice Reynaud; *Collodion*, *Compresseur*, *Compression*, par Sarazin; *Commotion*, par Laugier. — Chez J.-B. Baillière et fils.

Grand dictionnaire universel du XIXe siècle, par M. Pierre LAROUSSE. Les fascicules 81 et 82 viennent de paraître (Caus — Cemb). Prix de chaque fascicule : 1 fr. — Paris, Larousse et Boyer, rue Saint-André-des-Arts, 49.

Du frisson dans l'état puerpéral, par le docteur FRANÇOIS. — 1 vol. in-8° de 196 pages et 6 tableaux lithographiés. Prix : 3 fr. — Paris, 1868. Chez Adrien Delahaye, éditeur.

Des moyens thérapeutiques employés dans les maladies de l'oreille, par M. le docteur Émile MENIÈRE, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris. — Grand in-8° de 120 pages avec une planche représentant 9 figures. Prix : 2 fr. — Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Propriétés thérapeutiques de l'acide picrique, et spécialement de son emploi comme succedané de sulfate de quinine, par le docteur F. PARISEL. — Brochure in-4°. Prix : 1 fr. 50. — Chez l'auteur, avenue de Lamotte-Piquet, 29.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 55. — SAMEDI 9 MAI 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 9 MAI 1868. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE : De l'emploi du phosphore dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive. Cristallin droit, luxé dans la chambre intérieure depuis plusieurs années, etc. — Manie aiguë consécutive à un embarras gastrique, par M. L. de Lucé (de Vire). — De la viande crue et de l'alcool dans le traitement des maladies consomptives. — Considérations pratiques sur l'emploi des dragées de proto-iodure de fer de Foucher, d'Orléans. — Feuilleton. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'emploi du phosphore dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive.

Nous avons parlé dans l'un des derniers numéros d'un travail récent dans lequel M. le docteur Dujardin-Beaumetz a exposé l'ensemble des observations qu'il a faites dans le service de son maître, M. le professeur Béhier, à l'hôpital de la Pitié, sur l'emploi du phospore dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive. Voici un résumé de ces faits que nous empruntons à ce travail (1).

Disons d'abord quelle est la formule dont s'est servi M. Beaumetz et à quelle dose il a administré le médicament. Après bien des essais et des tâtonnements, et après avoir d'abord fait usage de l'huile phosphorée, il s'est arrêté à la solution du phosphore dans le chloroforme, dans la proportion de : chloroforme, 1,000 grammes; phosphore, 1 gramme.

Il a fait incorporer de petites quantités de cette solution dans des capsules de gélatine, comme on l'a déjà fait pour l'éther, le chloroforme et d'autres agents : soit 10 centigrammes par capsule; de telle sorte que chacune d'elles contînt 1 milligramme de médicament actif. Pour éviter l'action solaire, il a fait colorer la gélatine. Ce médicament ainsi préparé a été donné de manière à commencer toujours par 1 milligramme en élevant graduellement la dose, mais sans dépasser celle de 10 milligrammes.

Le premier malade auquel M. D. Beaumetz a administré ce médicament, est un homme âgé de 52 ans, atteint d'une ataxie locomotrice, dont le début a été brusque et qui est parvenue en six mois à un degré très-avancé. Cet homme, entré à la Pitié le 17 septembre dernier, présentait à cette époque l'état suivant :

Sensibilité générale presque point modifiée, sauf à la plante des pieds, où elle était un peu affaiblie. Le sens douleur conservé. Sensibilité et contractilité électriques abolies aux orteils et au talon, un peu obtuses seulement à la plante des pieds et aux jambes, conservées à la cuisse et aux parties supérieures. Perte du sens ou de la « conscience » musculaire dans la jambe gauche. Abolition presque complète de la vue; pupille rétrécie et immobile; légère déviation en haut et en dehors de l'œil droit. Diminution de la sensation de saveur; odorat intact. Mobilité et sensibilité intactes dans les membres supérieurs. Les mouvements des membres inférieurs ont subi d'importantes modifications. Lorsque le malade est couché, il exécute tous les mouvements qu'on lui commande; mais quand il veut remettre le membre à sa position première, le mouvement est brusque comme s'il était produit par un ressort et le membre est jeté tantôt à droite, tantôt à gauche. Debout, le malade chancelle sur ses jambes et tomberait si on ne le soutenait. Il peut faire quelques pas avec le bras de deux aides, mais en se penchant tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, en avant ou en arrière, sans en avoir conscience. Point d'atrophie musculaire, peu d'affaiblissement des contractions. Les mouvements reflexes sont conservés. — Céphalalgie persistante depuis plusieurs mois. Douleurs aiguës, fulgurantes dans les membres inférieurs, revenant à peu près toutes les minutes, pendant deux ou trois jours de suite, suivies de rémissions plus ou moins longues, etc.

Ce malade est mis à l'usage du phosphore le 20 septembre (une cuillerée à café d'une potion ainsi composée : huile phosphorée, 4 grammes; eau de menthe, 60 grammes; sirop simple, 30 grammes). — Le 22, deux cuillerées; le 25, trois; le 27, cinq; le 28, quatre. Le 3 octobre, le malade se sent mieux, il a plus de force; son mal de tête a disparu. L'usage de la potion est repris le 7, cessé le 9, repris le 14. Il est continué, avec quelques intervalles de repos, jusqu'au 25 décembre, jour de la sortie du malade de l'hôpital. Dès le 10 novembre, on constatait une amélioration notable; le malade marchait avec l'aide d'un bâton et pouvait se tenir quelques minutes debout sans aide. Le 21, il put marcher pendant trois quarts d'heure dans le jardin, sans autre appui qu'un bâton.

Lors de sa sortie (le 25 décembre), l'amélioration était considérable; cet homme marchait à l'aide d'une canne seulement; il montait et descendait les escaliers, faisait des courses d'une heure et davantage; la sensibilité ne paraissait pas avoir été modifiée; l'amaurose était toujours aussi complète.

Dans le deuxième fait, il s'agit d'une femme de 43 ans, atteinte d'une ataxie locomotrice dont les premiers symptômes dataient de trois ans. Depuis un an, les désordres musculaires étaient tels que cette femme était obligée de garder le lit. Entrée à la Pitié le 28 septembre, elle a été mise en traitement le 1er octobre (une cuillerée à café de la même potion que pour le malade précédent; puis deux, trois et jusqu'à quatre). Le traitement, interrompu et repris à plusieurs fois, comme dans le premier cas, a été continué jusqu'au 1er décembre, jour de la sortie de la malade de l'hôpital, dans un état d'amélioration notable. Quoique la marche fût encore désordonnée, elle pouvait se promener avec l'appui d'une canne.

Le troisième malade était un homme de 35 ans. Entré à l'hôpital, le 16 novembre dernier, avec une ataxie locomotrice datant de deux ans.

A son entrée à l'hôpital, cet homme ne pouvait pas se tenir sur ses jambes. Quand on essayait de le faire marcher, il tombait immédiatement, à moins qu'on ne le retînt. Il tombait surtout si on voulait le faire marcher les yeux fermés. Il existait, en outre, une incoordination notable dans le mouvement de ses jambes; il y avait aussi de l'incoordination dans les mouvements des membres supérieurs. La sensibilité était un peu obtuse. Point de douleurs fulgurantes. Le sens génital est presque complétement éteint. Diminution de la mémoire.

Ce malade avait déjà subi un traitement par le nitrate d'argent, qui n'avait produit aucune amélioration. Il a été mis à l'usage du phosphore, sous forme de capsules. Le traitement a été commencé le 1er janvier par une capsule (10 centigrammes de chloroforme et 1 milligramme de phosphore); on a augmenté d'une capsule par jour jusqu'au 5. Arrivé à cette dose de cinq capsules, le malade s'est plaint d'une sensation de chaleur à l'estomac. Le 7, vomissements, diarrhée. On cesse les capsules, qui sont reprises le 9, et élevées graduellement de une jusqu'au nombre de huit. Interrompues de nouveau le 17, elles sont reprises le 22 et élevées jusqu'à la dose de cinq seulement, jusqu'au 8 février, jour où l'on cesse complétement le traitement.

A cette époque les mouvements étaient plus sûrs, la démarche plus certaine; le malade pouvait marcher avec le seul appui d'une canne.

Le quatrième malade, âgé de 52 ans, était atteint depuis trois ans d'une ataxie locomotrice, qui, au moment de son admission à l'hôpital, le 18 janvier dernier, se traduisait par l'incoordination des mouvements de tous les membres, mais surtout des membres inférieurs, affaiblissement de la sensibilité générale, perte de la sensation ou conscience musculaire, douleurs fulgurantes, perte du sens génital, affaiblissement considérable de la vue, etc.

Ce malade est mis à l'usage des capsules de chloroforme phosphoré le 20 janvier. La dose n'a pas dépassé le chiffre de 4 capsules. Après 22 jours de traitement, on constate que l'incoordination des mouvements est moindre; le malade peut monter les escaliers et marcher plus longtemps; la sensibilité cutanée a été modifiée, le malade perçoit mieux le contact.

En résumé, dans ces quatre faits, M. Dujardin-Beaumetz a obtenu, de l'emploi des préparations phosphorées, des résultats à peu près identiques et qu'il caractérise ainsi :

Chez tous, il y a eu amélioration notable, la marche est devenue moins incertaine, l'incoordination moins grande; il y a eu plus de sûreté dans la marche, et il leur a été possible de faire des courses prolongées, de monter et de descendre les escaliers.

La sensibilité générale a été peu modifiée, si ce n'est dans

(1) *Sur l'emploi du phosphore en médecine et particulièremen dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive*, par M. le docteur G. Dujardin-Beaumetz, chef de clinique à la Pitié. Brochure in-8° (Extrait du *Bulletin général de thérapeutique*). Paris, 1868. Chez A. Coccoz, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 30.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Lettres médicales d'un vétéran de l'École de Bretonneau à M. le professeur Trousseau et autres, etc.

Par J. F. MIQUEL (1).

La médecine, comme toutes les sciences naturelles, doit mettre en œuvre les deux grandes méthodes scientifiques : l'observation rigoureuse des faits particuliers et la synthèse, qui est le complément légitime et nécessaire de la clinique, et il est difficile de dire si les hommes qui se livrent à la première sont plus utiles que ceux qui cultivent exclusivement la seconde; les uns et les autres produisent des œuvres également nécessaires au progrès de la science. La nosologie, la médecine didactique, qui connaît aussi bien les théories d'outre-mer et d'outre-Rhin que les théories d'origine française, et qui, si la lacune existe, ne craint pas de créer une pathogénie nouvelle, ne constitue pas la médecine toute entière : l'observation du malade et de la maladie dans ses plus petites circonstances, a une importance non moins grande, puisqu'elle est la base de la médecine. Cette science analytique doit être plus particulièrement cultivée par les médecins des petites localités, qui sont en mesure d'étudier, mieux encore que les cliniciens des grandes villes, le mode de propagation des maladies, le génie des petites épidémies, les influences héréditaires, toutes ces données générales que l'on parvient sans doute à reconnaître dans la pratique des grandes villes, mais qui sont plus faciles à saisir dans les centres de population limités, en raison même des dimensions plus restreintes de la scène et du plus petit nombre des personnages qui sont en jeu.

L'intérêt qui s'attache aux observations faites dans les conditions que je viens d'indiquer, a été, dans ces derniers mois, confirmé par la publication de l'ouvrage de M. le docteur Miquel. Il se compose d'une série de lettres médicales, au nombre de dix-neuf, où se trouvent successivement traitées les questions les plus importantes relatives aux exanthèmes, aux pyrexies, à la diphthérie, aux névroses, aussi bien qu'à l'inoculation et à la contagion.

Puisque M. Miquel déclare que son ouvrage a surtout pour but de mettre un terme aux erreurs qui ont été professées sur les fièvres éruptives et la spécificité, nous devons d'abord le suivre sur ce terrain.

Le vétéran de l'École de Tours reproche à Trousseau d'avoir dit, sur la foi des auteurs, que la scarlatine pouvait être bénigne. J'avoue qu'un pareil reproche ne me paraît pas grave, et la discussion qui se trouve en tête de la première lettre est loin d'être concluante. Sydenham, Graves, affirment qu'ils ont observé des épidémies de scarlatine bénignes : M. Miquel, lui, affirme qu'il n'a observé que des cas graves. Quelle conclusion peut-on tirer de ces deux affirmations opposées? Une seule, à mon avis : c'est que les épidémies peuvent avoir un génie différent, et par suite présenter une gravité éminemment variable. Il ne me paraît pas possible d'aller au delà.

Du reste, M. Miquel a une méthode de discussion qui doit rendre toujours facile la démonstration des faits qu'il croit évidents : cette méthode consiste à mettre de côté les faits d'un autre ordre, qui sont à l'encontre de sa démonstration; c'est ainsi qu'à la deuxième page de son ouvrage, du reste fort intéressant, il a le soin de déclarer, afin d'établir d'une manière solide la malignité constante de la scarlatine, qu'il ne regarde pas comme relevant de la scarlatine les affections éruptives d'apparence scarlatineuse qui ne présentent pas d'angine pseudo-membraneuse. Pourquoi donc cette exclusion singulière? et sur quoi peut-elle être fondée? Tous les auteurs n'ont-ils pas, en effet, décrit une angine scarlatineuse à coloration écarlate et sans produit diphthéritique? Je sais bien que les angines qui sont caractérisées par la présence des fausses membranes sont les plus fréquentes dans la scarlatine; mais est-ce une raison pour nier la scarlatine, toutes les fois que la muqueuse de l'isthme du gosier ne présente d'autre caractère que sa coloration pourpre?

Il existe, cependant, une part de vérité dans la déclaration de M. Miquel, et je la reconnaîtrai volontiers. Il est certain que, pour porter un pronostic favorable, il faut attendre que l'évolution de l'exanthème soit terminée, et encore que de fois a-t-on vu des scarlatines bénignes devenir malignes, pendant le cours de la convalescence. Mais, s'il est nécessaire d'être toujours sur ses gardes lorsqu'on traite un malade atteint de scarlatine, il ne s'ensuit pas que la malignité doive être ici regardée comme la règle. Il existe, en effet, un grand nombre de scarlatines sans fausses membranes, ne présentant qu'une angine pourpre, sans réaction fébrile excessive, qui sont presque constamment bénignes.

En ce qui touche le traitement de cette pyrexie, M. Miquel propose un moyen qui, dans sa pratique, a obtenu un immense succès : ce moyen consiste en fomentations résolutives chaudes, composées d'eau commune, de vinaigre, d'alcool et d'acétate de plomb, faites dans le but de diminuer l'inflammation de la peau; il s'agit aussi de l'application de la méthode ectrotique à la scarlatine sous forme d'une dissolution concentrée de sulfure de potasse. Pourquoi donc M. Miquel paraît-il si préoccupé de l'inflammation de la peau dans la scarlatine? Pourquoi parler de phlegmasie cutanée, quand il est question de scarlatine? M. Miquel croit-il donc que cette pyrexie soit une maladie de la peau? Assurément, il y a là une fausse interprétation des faits. La scarlatine n'est pas une dermatose; c'est une maladie générale, avec des manifestations qui se produisent du côté de la peau; ce qui est très-différent. Je crois donc qu'il importe peu que l'eau des fomentations soit acide, alcaline ou neutre pour modérer cette phlegmasie cutanée, d'ailleurs fort problématique; mais, en revanche, ce qui

(1) Tours, 1867.

l'observation 4e, où l'on a pu constater des effets marqués L'analgésie et l'anesthésie étaient diminuées. La vision qui a été plus ou moins affectée chez ces quatre malades n'a nullement été améliorée par le traitement.

Le sens génital n'a été vivement impressionné que chez le premier sujet. Ces phénomènes ont été peu sensibles chez les autres.

M. Dujardin-Beaumetz signale un effet assez curieux qui lui paraît devoir être attribué au phosphore, c'est un sentiment de contentement, de satisfaction tout particulier, qui a porté les malades à réclamer la continuation de la médication.

Les malades ont bien supporté le traitement, et leur santé générale n'en a pas été un instant troublée.

Les symptômes digestifs (diarrhée, vomissements) se sont montrés souvent dans le cours du traitement par le phosphore, aussi bien avec l'huile phosphorée qu'avec les capsules. Ils ont servi d'avertissement et il en a été tenu compte chaque fois en cessant la médication pour la reprendre à doses moindres après un ou deux jours de repos.

En commençant par 1 milligramme de phosphore, M. Dujardin-Beaumetz a pu atteindre, dans un cas, jusqu'à 8 milligrammes, en augmentant graduellement la dose de 1 milligramme, sans produire de troubles digestifs. Le plus ordinairement, ces troubles apparaissent dès qu'on a atteint 5 milligrammes.

Lorsque, pendant huit ou dix jours, on reste à la dose de 3 à 4 milligrammes, les phénomènes digestifs apparaissent presque toujours après ce laps de temps. On cesse alors l'emploi du médicament et on reprend le traitement à la dose de 1 milligramme.

M. Dujardin-Beaumetz ne prétend pas donner ces faits comme jugeant définitivement l'action du phosphore dans l'ataxie locomotrice. Il les donne pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire pour des faits très-encourageants et qui obligent à répéter ces heureux essais.

Quel est le mode d'action du phosphore, et en vertu de quelle modification organique exerce-t-il l'action médicatrice constatée dans ces faits? C'est ce que M. le docteur Beaumetz a cherché à déterminer en s'éclairant des faits récemment acquis sur les caractères de la lésion dont la moelle est le siége dans l'affection en question. Ce n'est pas le lieu de nous étendre ici sur cette partie physiologique du travail de M. Beaumetz. Nous nous bornerons à énoncer la proposition suivante qui la résume :

Le phosphore agit comme excitant et comme tonique du système nerveux. Il restitue à la substance nerveuse un élément indispensable, et qui s'oppose peut-être par sa présence à la prolifération de l'élément conjonctif.

Cristallin droit, luxé dans la chambre antérieure depuis plusieurs années. Ponction de la chambre antérieure avec couteau lancéolaire. Issue spontanée de la lentille liquéfiée. Retour de la vision.

M. M..., âgé de soixante et un ans, entrepreneur de maçonnerie, rapporte qu'il y a douze ans, en 1856, étant occupé à casser du bois, un éclat l'a frappé sur l'œil droit. Depuis cette époque, la vision de ce côté a toujours été brouillée.

Le 29 février, M. Fano constate que l'œil gauche est très-bon; M... se sert de verres convexes, no 15, pour lire. De l'œil *droit*, le patient distingue à peine les objets usuels; la conjonctive scléroticale offre une injection rayonnée; les vaisseaux s'arrêtent à la circonférence de la cornée qui est saine. La chambre antérieure est remplie par un corps qui a la forme, l'aspect et le volume du cristallin; la partie centrale de la lentille paraît seule un peu opaque, tout le reste a conservé la transparence. Lorsque le malade remue l'œil, le cristallin déplacé éprouve des oscillations.

Le patient étant assis sur une chaise basse, la tête assujettie par un aide qui attire la paupière supérieure en haut avec un élévateur plein, M. Fano enfonce un couteau lancéolaire, coudé à la partie inférieure de la circonférence de la cornée, à la réunion de cette membrane avec la sclérotique. Dès que la lame est retirée, il s'écoule une substance qui ressemble à une solution épaisse de gomme; après cette évacuation, la chambre antérieure est nette; la lentille qui y était a disparu. Le cristallin était donc liquéfié, bien qu'il eût conservé sa forme normale. On pratique l'occlusion des paupières avec des bandelettes de taffetas agglutinatif, et l'opéré est couché à la clinique de M. Fano.

Le 4 mars, l'appareil contentif des paupières est enlevé. On reconnaît que la chambre antérieure est très-nette. En se servant d'un verre à cataracte, M... distingue nettement, avec l'œil opéré, l'heure à une montre de poche.

Le 7, l'injection périkératique a diminué; la pupille reste nette. Le patient lit de l'œil opéré; le no 20 de Jœger. L'iris droit est un peu tremblotant. Pressé par des affaires litigieuses, M... refuse absolument de rester plus longtemps à la clinique de M. Fano, et en sort pour aller courir de côté et d'autre. Au bout de quelques jours, il revient montrer son œil opéré qui est resté dans un état aussi satisfaisant.

MANIE AIGUË CONSÉCUTIVE A UN EMBARRAS GASTRIQUE

Erreur de diagnostic, narcéine, guérison,

Par M. L. de Lucé (de Vire).

Qu'un trouble fonctionnel fébrile de l'appareil digestif soit susceptible, parfois, d'embarrasser le praticien le plus sagace, au point même de lui faire redouter, les premiers jours, l'apparition d'une fièvre typhoïde, cela n'est pas douteux. Mais l'hésitation ne peut être de longue durée, et à tout observateur attentif, huit jours, soyons larges, suffisent pour lui permettre de préciser le diagnostic. Aussi, à moins de circonstances particulières, lorsque la maladie remonte à plus de deux septenaires, l'erreur est-elle impardonnable!

Il y a quelques mois, l'occasion me fut donnée de relever une erreur de ce genre; erreur qui, si elle se fût prolongée, à cause de la thérapeutique qu'elle semblait autoriser, eût produit, peut-être, de funestes résultats.

Cette observation m'a paru intéressante et je la publie en raison, surtout, des accidents graves qui ont été la conséquence du traitement mis en usage; car, en exagérant les symptômes contre lesquels il était dirigé, ce traitement, par ses effets, tendait à confirmer dans l'esprit prévenu du praticien un diagnostic erroné.

Voici les faits :

Madame Le P..., femme débile, nerveuse, âgée d'environ 35 ans, se trouve avec un vieillard, son mari, à la tête d'une ferme importante, voisine de la ville; et sur elle, en grande partie, repose l'administration de cette propriété.

Fatiguée par un travail excessif, tourmentée par des questions d'intérêt et par la mauvaise conduite de plusieurs domestiques dont les débordements ont alarmé sa piété et suscité ses scrupules religieux, madame Le P... fut atteinte, dans les derniers jours d'avril 1867, d'un malaise général, de fièvre, de douleurs de tête et d'anorexie. Ces divers phénomènes survenant au milieu de fatigues physiques et morales, alors que sa santé était déjà altérée, la forcèrent presque aussitôt à s'aliter. M. le docteur X..., praticien honorable, doué d'une longue expérience et favorisé d'une certaine vogue locale, fut appelé à lui donner des soins.

Considérant l'état général, les troubles fonctionnels du tube digestif caractérisés par de l'inappétence et de la sensibilité au creux épigastrique, la fréquence du pouls, la constitution médicale du moment et certaines conditions météorologiques, M. le docteur X... crut, malgré l'absence de tous symptômes caractéristiques, pouvoir diagnostiquer une fièvre typhoïde. La diète absolue, quelques purgatifs, des sangsues, des lavements laxatifs, des boissons adoucissantes, des antispasmodiques furent les moyens thérapeutiques qu'il employa.

Huit jours, au plus, après le début de l'affection, un léger délire qui survint contribua, sans doute encore, à affermir M. le docteur X... dans le diagnostic qu'il avait porté; et l'état de madame Le P... s'étant aggravé chaque jour, le délire ayant acquis une grande violence, le bruit courait que la malade allait être emportée par une fièvre typhoïde à forme ataxique; c'est alors que je fus appelé.

Depuis trois ou quatre jours, le délire, caractérisé au début par des hallucinations de la vue, une loquacité intarissable, des phrases sans suite, ayant trait surtout aux circonstances fâcheuses qui, antérieurement à la maladie, occupaient le cerveau de la malade, a pris une forme plus grave et périodique. La malade, parfois, se dresse sur son lit, injurie les personnes présentes, cherche à les frapper ou à les mordre, aperçoit des personnages imaginaires qui ouvrent ses armoires, s'emparent de son argent, des démons qui la saisissent et l'entraînent. Elle refuse obstinément de montrer sa langue, qu'elle dit retenue au fond de sa gorge par l'esprit malin, et les boissons qu'on lui présente dans les intervalles de ses accès de démence, déterminent des spasmes œsophagiens si violents qu'ils opposent, de temps à autre, une barrière infranchissable à la déglutition.

Ce fut le 12 mai que je vis madame Le P...; elle était tranquille, dans le décubitus dorsal, très-affaissée et d'une maigreur excessive. La nuit avait été fort agitée et on avait eu peine à maintenir la malade. Interpellée par M. le docteur X..., elle entra dans ses divagations habituelles et fit des efforts considérables et inutiles, d'après elle, pour montrer sa langue. L'esprit malin permit pourtant qu'elle eût pour nous cette complaisance; et je vis une langue rouge fendillée, mais humide et recouverte par places d'un enduit pultacé. La peau était terreuse, chaude modérément et très-sèche; l'œsophagisme prononcé. M. le docteur X... fit asseoir la malade et prit le pouls; il battait 120 fois par minute. A mon tour je consultai l'appareil circulatoire; mais je fis reprendre à madame Le P... la position horizontale, et je surpris beaucoup mon honorable confrère en lui faisant constater l'absence de tout état fébrile; le pouls, d'ailleurs régulier, donnait 70 à 72 pulsations par minute.

Est-il téméraire de penser que cette particularité, fort importante, mais qui m'a paru être étrangère à M. le docteur X..., a dû plus d'une fois lui en imposer et lui faire voir de la fièvre là où il n'existait qu'une excessive faiblesse?

Le ventre était souple, insensible, sans ballonnement ni gargouillement. Je ne trouvai aucune traces de taches rosées lenticulaires, ni de fuliginosités des gencives, ni de pulvérulence des narines, et M. le docteur X... m'assura, lui-même, qu'il n'avait jamais constaté ni diarrhée, ni épistaxis.

En présence de cet état général grave en apparence, mais sans aucun état fébrile, ni rien qui indiquât l'existence de lésions organiques, M. le docteur X... ayant maintenu publiquement son diagnostic, je réservai mon opinion et me contentai d'appuyer sur la nécessité de donner des aliments et quelques narcotiques, prescriptions auxquelles se rallia mon honorable confrère.

Prescription : potages légers, eau rougie; potion : narcéine, 0,05, décoc. de quinquina, 125, sir. de fl. d'oranger, 32.

13 mai. — La nuit a été fort tranquille. La langue est moins rouge, plus humide, l'enduit moins abondant, le visage moins abattu, plus coloré. Madame Le P... reconnaît M. le docteur X... et ses divagations ne reparaissent que par une conversation prolongée. La malade fait encore quelques difficultés pour montrer sa langue, et portant la main à sa gorge, elle se plaint de la constriction qu'elle y ressent. Elle souffre beaucoup, dit-elle, lorsqu'elle urine. La peau est moite, le pouls tranquille, l'œsophagisme moins marqué.

Prescription : trois potages, eau rougie; potion *ut supra*.

14 mai. — Hier soir, madame Le P... a été reprise d'un accès de délire furieux, et elle a, depuis, refusé toute nourriture; néanmoins la potion a été acceptée.

---

importe, c'est que l'eau, employée dans le traitement des scarlatines malignes, soit froide et non pas chaude. La méthode de Currie n'a pas seulement pour but de diminuer la température excessive de la peau; ce médecin, en l'appliquant, se propose aussi de relever les forces du malade au moyen de l'action tonique et de l'action sédative, qui ne sont pas les modes les moins puissants de l'hydrothérapie. La valeur thérapeutique des fomentations préconisées par l'auteur des *Lettres médicales* ne me paraît donc pas suffisamment établie et je ne vois pas là une rivalité dangereuse pour la méthode du célèbre médecin d'Édimbourg.

M. Miquel a-t-il réellement mis un terme, comme il l'annonce dans le titre de son ouvrage, aux erreurs professées de nos jours sur la spécificité? C'est ce que nous allons maintenant rapidement examiner.

La contagion et la spécificité doivent être mises à néant si on admet la spontanéité; telle est l'opinion du vétéran de l'école de Bretonneau. Cette proposition affirme un antagonisme qui n'existe pas. Il suffit de relire les belles pages que Trousseau a écrites sur les rapports de la contagion et de la spontanéité dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu, pour reconnaître qu'au contraire une maladie contagieuse est assez souvent spontanée à son origine. Cette lecture montre aussi que le désaccord entre Trousseau et M. Miquel est plus apparent que réel : M. Miquel, en effet, déclare que la spontanéité ne peut être soutenue que par ceux qui ne se donnent pas la peine de rechercher la véritable origine de la maladie. Eh bien! l'illustre clinicien de l'Hôtel-Dieu a-t-il jamais dit le contraire? Ne se montre-t-il pas, dans son chapitre sur la contagion, soucieux de rapporter les faits observés à leur véritable origine? et le soin qu'il prend de rappeler les détails les plus circonstanciés, lorsqu'il s'agit d'une maladie contagieuse, ne montre-t-il pas clairement que Trousseau n'admettait la spontanéité d'une maladie contagieuse que quand ses recherches sur le mode de transmission et de propagation étaient restées sans résultat?

Quant à l'antagonisme de la spécificité et de la spontanéité, il y a là, suivant une heureuse expression de M. Chauffard, une illusion une erreur d'optique; en effet, si la maladie spécifique reconnaît toujours une cause spécifique, il est des circonstances où la cause spécifique naît spontanément. Telle est, du moins, l'opinion mixte qui avait rallié le plus grand nombre d'adhésions, dans une discussion de l'Académie de médecine qui est restée célèbre.

Que M. Miquel rappelle à sa mémoire les pages éloquentes que M. Chauffard a consacrées à cette question (1), et peut-être reconnaîtra-t-il que la spontanéité est un caractère fondamental des maladies spécifiques; qu'il existe deux spécificités : une spontanée et une provoquée, qui non-seulement ne doivent pas être séparées, mais au contraire réunies en une unité profonde et absolue.

L'ouvrage que M. Miquel vient de soumettre au jugement du public médical, malgré les conclusions souvent singulières qu'il donne sur les questions les plus importantes de la médecine, doit être cependant rangé au nombre des livres véritablement utiles; il soulève d'intéressants problèmes dont la discussion se trouve toujours menée avec une connaissance sérieuse des pièces du procès et avec la rigueur d'un esprit scientifique parfaitement convaincu.

Cet ouvrage mérite, à un autre titre, les honneurs de la publicité : M. Miquel donne, dans ses lettres médicales, les résultats de son expérience et fournit un grand nombre d'observations curieuses et instructives. Ce recueil considérable de faits, analysés par un médecin aussi consciencieux et aussi éclairé, ne peut manquer d'apporter une vive lumière à la solution des questions qui s'y trouvent discutées. Les médecins des petites localités, nous l'avons déjà dit, peuvent rendre d'éminents services à la science, parce qu'ils possèdent des documents qui, malheureusement, sont souvent perdus. Aussi doit-on féliciter vivement l'homme qui, malgré les difficultés de sa laborieuse carrière, a su trouver l'heure et le loisir d'apporter sa pierre à l'édifice commun. Cet ouvrage a encore un autre prix à mes yeux : à chaque page, on y retrouve les souvenirs de cette école de Tours, à l'illustration de laquelle mon grand-père a si longtemps travaillé à côté de Bretonneau, son collègue et son ami, et dont la mémoire ne périra pas parmi nous, puisque Velpeau et Trousseau en sont les fils.

Xavier Gouraud.

(1) *De la Spontanéité et de la spécificité dans les maladies*, par P. Em. Chauffard. Paris, Germer Baillière, libraire-éditeur. 1867.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Cl. Bernard a été élu, hier, membre de l'Académie française en remplacement de M. Flourens. Au premier tour de scrutin, notre éminent confrère a obtenu une majorité de 21 voix sur 32 votants.

Nous avons annoncé, les premiers, cette nomination comme probable et prochaine. C'est assez dire avec quelle satisfaction nous accueillons cette haute distinction, qui donne une consécration nouvelle à la juste célébrité dont jouit déjà notre confrère, et dont l'honneur rejaillira sur le corps médical tout entier.

— M. Panas, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera, à cet hôpital, son cours de clinique chirurgicale le mardi 12 mai, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine, pendant tout le semestre d'été.

Visite des malades à huit heures et demie. Cours à dix heures.

— M. le docteur Édouard Meyer commencera son cours d'ophthalmologie le lundi 11 mai, à sept heures et demie du soir, à l'École pratique, amphithéâtre no 3.

Les conférences cliniques auront lieu les lundis et vendredis, à une heure, rue de l'École-de-Médecine, no 41.

La malade a, ce matin, le visage plus altéré qu'hier; elle refuse de montrer sa langue, recommence toutes ses divagations antérieures et, contrairement à la vérité, affirme qu'elle a rendu dans son lit un lavement qu'on lui a donné. Pouls paisible, persistance des spasmes œsophagiens et du ténesme vésical.

M. le docteur X... est revenu de sa première opinion, et le nom de manie aiguë est accepté.

Prescription : alimentation légère, bain prolongé; potion avec narcéine, 0,10.

15 mai. — Depuis hier, calme parfait. La malade reconnaît tout son monde, s'informe de tout dans sa maison, s'occupe si l'on nous donne une plume convenable et ses propos sont marqués au cachet de la plus saine raison. Pourtant elle souffre encore de spasmes du pharynx, éprouve, dit-elle, une certaine difficulté à mouvoir sa langue, rose et humide, et se plaint d'acreur à la gorge, de difficulté et de douleur dans la miction. Urines légèrement colorées, limpides; pouls à 65-70.

Prescription : *ut supra.*

Le 16, calme général, plus de ténesme vésical, grande faiblesse.

La dose de narcéine est réduite à 0,05; pas de bain.

Le 17, on cesse la narcéine; alimentation réparatrice.

Depuis, aucun phénomène n'est venu troubler la convalescence qui a duré une quinzaine de jours.

J'ai revu madame Le P... vers la fin de septembre : les fonctions digestives s'étaient de nouveau altérées. Les amers et le sous-nitrate de bismuth firent prompte justice de ses souffrances.

Madame Le P..., nous l'avons dit, avait vu sa constitution s'affaiblir au milieu de fatigues considérables, et ses forces, qu'une nourriture défectueuse et élaborée par des organes en mauvais état était inhabile à réparer, s'épuisaient. Douée, de plus, d'une susceptibilité nerveuse excessive, que certaines inquiétudes et de sérieux chagrins avaient encore exagérée, elle se trouvait dans des conditions très-favorables à l'explosion des accidents qui ont menacé, sinon sa vie, au moins sa raison.

L'embarras gastrique a ouvert la scène, et combattu par une thérapeutique débilitante au premier chef, il s'est bientôt compliqué de phénomènes nerveux, d'abord légers, mais que la persistance d'une médication inopportune a certainement contribué à aggraver.

Ces accidents cédèrent promptement à un régime plus convenable; aussi est-ce une des raisons qui m'ont convaincu que la manie n'a été chez cette femme qu'une affection consécutive, symptômatique de l'inanition.

L'heureuse influence de la narcéine n'est pas ici douteuse. Depuis une année j'emploie souvent et avec succès cet alcaloïde. J'ai publié dans le *Bulletin de thérapeutique* une observation de ses bons effets contre le delirium tremens, et, depuis, j'ai été à même plusieurs fois de le mettre de nouveau à l'épreuve contre cette affection; un prompt succès a toujours résulté de son administration. Dans aucun des cas où j'ai employé la narcéine, le ténesme vésical n'a été si marqué et si persistant, quoique je l'aie donnée à doses plus considérables.

DE LA VIANDE CRUE ET DE L'ALCOOL

Dans le traitement des maladies consomptives.

Le traitement des maladies consomptives, préconisé, il y a deux ans, par le docteur Fuster, a donné, depuis cette époque, les plus heureux résultats. On sait que la médication de l'éminent professeur de Montpellier consiste en l'administration simultanée de la viande crue et des boissons alcooliques. L'emploi de chacun de ces agents n'est point nouveau; ainsi à l'aide de la viande crue, aliment reconstituant par excellence, il n'est pas de médecins qui n'ait guéri ces diarrhées si fréquentes et si opiniâtres chez les enfants; l'alcool est aujourd'hui regardé comme un des plus précieux agents de la thérapeutique, et dans ces dernières années, tous les journaux ont relaté des observations de guérison obtenue par la *Potion de Todd* contre certains états pathologiques, dans lesquels on se serait bien gardé autrefois de prescrire cet énergique modificateur de l'organisme, tels que la coqueluche, la pneumonie, quand il y a surtout absence de réaction, pâleur de la face, refroidissement de la peau, crachats purulents, dépression excessive, etc. Toutefois, si M. Fuster n'est pas le premier à avoir conseillé la viande crue et les boissons alcooliques contre ces diverses maladies, il est cependant le premier à avoir réglé et indiqué le mode simultané d'administration de ces deux agents dans le traitement des maladies consomptives. L'expérimentation clinique à laquelle s'est livré ce savant clinicien, dans son service de l'Hôtel-Dieu-Saint-Éloi, démontre péremptoirement que sous l'influence de cette médication, on voit promptement disparaître la fièvre hectique, la diarrhée, les sueurs colliquatives; les forces reviennent, la physionomie se ranime, l'appétit renaît, l'embonpoint augmente en des proportions considérables, et comme conséquence arrive souvent la cicatrisation des lésions de l'appareil respiratoire. Comme le dit avec raison le professeur Fuster, et comme nous l'avons nous-même constaté bien des fois déjà, le traitement par l'alcool et la viande crue n'est pas seulement applicable à tous les degrés de la phthysie pulmononaire, mais il offre un égal avantage dans les anémies avancées, après les grandes pertes de sang ou de liquide séminal, à la fin des maladies aiguës, à la dernière période des leucocythémies, des diabètes, dans les cachexies palustres, les fièvres nerveuses, enfin, et d'une manière générale, dans toutes les affections prolongées, « où l'on reconnaît facilement que les déchets l'emportent sur les réparations de l'économie ».

Malheureusement, ce traitement présente, en ce qui concerne son application, de très-graves difficultés; il en est de lui comme de l'huile de foie de morue. La viande crue répugne à un grand nombre de malades; or cette répugnance est parfois insurmontable, et le médecin se voit tous les jours forcé de renoncer à son emploi et de s'adresser à une thérapeutique sur laquelle, hélas! il n'a point à compter. Les divers moyens proposés jusqu'ici pour remédier à ces inconvénients laissaient encore beaucoup à désirer, aussi sommes-nous heureux d'apprendre à nos lecteurs que ce résultat vient d'être atteint par un pharmacien de Paris, M. Ducro. Grâce à des recherches longuement poursuivies, à des tâtonnements sans nombre, M. Ducro est parvenu à composer une liqueur appelée par lui *Elixir alimentaire* (peu importe le nom!), qui réunit toutes les propriétés de l'alcool et de la viande crue, et qui partant est autant un aliment qu'un médicament. D'un goût très-agréable, se rapprochant de celui du meilleur curaçao, cet élixir renferme, — ainsi que le démontre l'analyse chimique, — toute la matière nutritive de la viande à l'état de dissolution complète.

Chaque flacon, d'une capacité de 300 grammes, contient les aliments constitutifs et essentiels d'un demi-kilogramme de viande.

Nous avons été appelés à expérimenter cette préparation, qui ne tardera pas à occuper un des premiers rangs parmi les médicaments spéciaux, et elle nous a donné tout ce que nous avions obtenu à l'aide de la médication de M. Fuster.

C'est à ces divers titres que nous avons cru de notre devoir d'appeler sur elle l'attention de nos confrères, si fréquemment embarrassés en présence de malades frappés de ces terribles affections, contre lesquelles les moyens ordinaires de la thérapeutique ont été jusqu'ici impuissants.

Dr Benusset.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

sur l'emploi des dragées de proto-iodure de fer et de manne de Foucher, d'Orléans.

Il n'y a pas longtemps que l'iodure de fer appartient à la matière médicale, et déjà il occupe un rang très-élevé dans la thérapeutique d'un grand nombre de maladies. C'est, en effet, un médicament précieux qui possède le rare avantage de participer à la fois des propriétés de l'iode et de celles du fer, deux des plus puissants modificateurs de l'organisme vivant.

L'iode et le fer sont deux agents de reconstitution du sang. Chaque jour l'organisme reçoit une quantité relativement considérable de l'un et de l'autre par l'intermédiaire des boissons et des aliments. On peut, par ce fait, apprécier la haute importance du rôle de ces deux agents dans l'accomplissement des phénomènes intimes de la vie. On en peut juger d'une manière plus frappante encore, soit par les effets désastreux de l'insuffisance de l'iode chez les goîtreux et les crétins, soit par les résultats remarquables que l'on obtient de l'emploi du fer dans l'aglobulie chlorotique, et plus spécialement de l'administration de l'iode dans l'aglobulie de la période tertiaire de la syphilis.

L'iode et le fer, pour être absorbés et transportés dans le torrent de la circulation, ont besoin d'être introduits dans l'estomac à l'état de combinaison. C'est à cet état qu'ils se trouvent dans les aliments. Or, cette condition si favorable à l'absorption, se rencontre également au plus haut degré dans la combinaison de l'iode et du fer ensemble. De là, l'importance thérapeutique de l'iodure de fer, en tant que produit pharmaceutique.

Mais il se présentait une difficulté pratique. Les préparations d'iodure de fer sont des préparations délicates, altérables, difficiles à conserver. Il y avait donc là un problème intéressant à résoudre, d'autant plus intéressant qu'il s'agissait de l'union médicale de deux corps dont les propriétés, dans l'organisme vivant, semblent congénères ou au moins se corroborer, se compléter l'une par l'autre. L'iode et le fer paraissent, en effet, exercer une influence histogénique sur les éléments figurés du sang. M. Foucher a résolu ce problème avec un succès complet. La manne, associée par lui au proto-iodure de fer, garantit ce sel contre toute altération, et de plus, on obtient par son intermédiaire une masse pilulaire, une véritable pâte, qui, lorsqu'elle est divisée en pilules ou dragées, ne durcit jamais et reste toujours malléable. Ces pilules ou dragées se ramollissent à la simple chaleur de la main, à plus forte raison dans l'estomac, où elles sont facilement dissoutes. Elles possèdent donc les conditions essentielles de tout bon médicament : faculté de se conserver sans altération, — solubilité rapide dans les liquides de l'estomac, — état de combinaison favorable à l'absorption. Ces pilules ou dragées, lorsqu'on les brise, offrent à leur intérieur une pâte homogène et la couleur verdâtre caractéristique du proto-iodure de fer bien préparé et bien conservé.

Dans l'estomac, les éléments de cette ingénieuse composition se séparent pour agir chacun suivant sa vertu propre. La manne, en stimulant les sécrétions du tube digestif, s'oppose à l'influence constipante que l'on reproche généralement aux préparations d'iodure de fer. La manne, dans la dragée de M. Foucher, ne se borne donc pas au rôle simple d'agent chimique conservateur du proto-sel, elle a encore une action physiologique très-intéressante, par laquelle elle fait disparaître un des inconvénients ordinaires de la médication iodo-ferrée, à savoir la constipation.

C'est principalement dans les *chlorasis* et les *anémies* que les dragées de M. Foucher rendent tous les jours des services incontestables. Elles agissent là de deux manières : d'une part, en stimulant, par leur action de contact, la circulation de la muqueuse gastrique, d'où il résulte une augmentation de l'appétit et des digestions meilleures; et, d'autre part, en pénétrant, par suite de l'absorption de leur substance, dans les voies circulatoires. Les atomes d'iode et les atomes de fer, charriés par le sang, concourent ensemble à la reconstitution générale de l'organisme, en revivifiant au préalable les globules sanguins appauvris. Ces dragées sont tout particulièrement indiquées, en raison de l'iode qu'elles renferment, lorsque la chlorose est liée à une diathèse lymphatique ou scrofuleuse. L'expérience a démontré, ainsi qu'on devait s'y attendre, qu'elles combattent avec succès les *névralgies*, si fréquentes chez les chlorotiques et chez les anémiques, ainsi que ces *gastralgies* que l'on voit si souvent alterner avec les névralgies de la tête et de la face. Ces gastralgies, chez les femmes, s'accompagnent habituellement d'une *leucorrhée*, qui est une cause d'épuisement. Dans ces cas, l'indication est formelle. Du reste, ces dragées sont utiles contre les leucorrhées purement catarrhales, surtout quand il y a des signes d'anémies, et, par suite, contre tous les écoulements chroniques des membranes muqueuses qui, en général, s'accompagnent d'un état atonique soit local, soit constitutionnel, comme la *bronchorrhée*, la *blennorrhée*. On connaît l'influence de l'iode sur la *menstruation*. Il ne faut pas oublier, toutefois, que chez les filles chlorotiques et aménorrhéiques, l'iode ne ramène le flux menstruel, en général, que lorsqu'on associe la médication ferrugineuse à la médication iodée; les dragées de M. Foucher s'adressent donc très-spécialement à cette catégorie de malades. Enfin, sur le terrain de l'anémie, ces dragées ont été données utilement dans l'*asthme spasmodique* ancien, avec appauvrissement du sang; dans certains cas d'*amaurose*, de *coqueluche*, de *goutte atonique*, présentant les mêmes conditions humorales.

Les dragées de proto-iodure de fer et de manne de M. Foucher conviennent au traitement de la *scrofule* dans toutes ses formes. Sous ce rapport, nous n'avons rien de nouveau à dire. Les propriétés de cette médication, pour les cas en question, ne sont contestées par personne.

Un sujet plus délicat est celui de la *phthisie pulmonaire*. Il est certain que chez la plupart des phthisiques, la médication iodo-ferrée est mieux supportée que la médication ferrugineuse pure. La première est même évidemment indiquée chez un certain nombre, par exemple chez les sujets lymphatiques, à phthisie lente, sans fièvre, etc., etc., alors, les dragées de M. Foucher rendent de réels services.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que le médicament qui nous occupe est donné journellement pour combattre des *cachexies* diverses; dans les *convalescences* longues, principalement dans les convalescences de la *fièvre typhoïde* à forme adynamique ou putride; dans l'altération du sang qui se produit sous l'influence du miasme paludéen à la suite le longues *fièvres intermittentes*, dans la période tertiaire de la *syphilis*, si remarquable en général par l'appauvrissement du sang; pour faire cesser les *sciatiques* et autres névralgies de nature syphilitique; contre les *tremblements mercuriels*. Il est à remarquer que, sous l'influence de l'iode, le mercure est promptement éliminé par les urines, en même temps que le fer répare les globules sanguins.

Les dragées de proto-iodure de fer et de manne se sont montrées utiles encore dans plusieurs cas de *salivation* pendant la grossesse. Elles sont d'autant mieux indiquées, alors que l'anémie puerpérale est plus caractérisée.

Nous terminerons cette notice en signalant les bons effets de ces dragées dans le traitement d'une affection morbide souvent fort sérieuse et surtout fort difficile à traiter. Nous voulons parler de l'*ébranlement des dents* causé par l'inflammation de la membrane alvéolaire, de la gingivite grave avec exsudation purulente. Mais ici, il ne faut pas se borner à la médication générale; il importe d'associer à cette médication un traitement topique. Des lotions locales avec la solution aqueuse iodée de Lugol, ont le double avantage de contribuer à la curation de la maladie et de corriger la mauvaise odeur de la bouche en agissant comme antiseptique.

Dr A. Petit.

Note relative à la critique que M. le docteur Léon Lefort a faite des appareils inventés par M. de Beaufort pour les mutilés pauvres.

La lettre que M. de Beaufort a écrite à M. le président de la Société de chirurgie au sujet des critiques dont ses appareils ont été l'objet, n'ayant pas été mentionnée dans les comptes-rendus des séances de la Société, M. de Beaufort, désireux de ne pas laisser croire qu'il accepte ces critiques, nous adresse la lettre suivante, que l'impartialité nous fait un devoir de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Monsieur le Rédacteur,

N'est-il pas de toute justice que la critique et la réponse aient une égale publicité dans le même journal? Je viens donc vous prier de vouloir bien insérer cet aperçu sommaire de ma lettre déposée aux archives de la Société.

La suppression du point d'appui ischiatique est du domaine public. Ce point d'appui existe dans les jambes de bois articulées pour les amputations faites au-dessus du genou; le chirurgien peut donc le réclamer quand il le juge nécessaire.

La solidité est une affaire de *fabrication* et non de *principe*; on peut toujours donner aux montants en bois dur la solidité que l'on veut. Le fabricant, M. Werbec, présente toutes les garanties possibles de soins et d'intelligence.

L'appareil a été adopté sur le rapport de M. le professeur Broca, le 14 décembre 1865.

La plante à base convexe de H. Martin et la courbe du pied artificiel présentent des différences totales de forme et d'action, comme l'indiquent les dessins des deux systèmes.

Prière de citer un ouvrage qui ait décrit le principe de la main artificielle *utile* avant le 28 novembre 1855. Lorsque le ressort est en bon état, il tient facilement un poids d'une livre. L'appréciation de M. le docteur Tillaux est complète (séance du 18 mars).

J'ai indiqué le tirage de M. Van Petersen en 1861, dans l'*Essai sur la prothèse du bras et de la main*. MM. Charrière, Mathieu et Béchard l'ont employé, modifié pour l'élévation de l'avant-bras; *moi, je l'ai appliqué à l'action de la main*, rendant ainsi utile ce qui ne servait qu'à l'apparence.

M. le docteur Lefort dit avec raison que le crochet convient mieux aux ouvriers que le bras artificiel. En cela, il est parfaitement d'accord avec l'appréciation que j'ai publiée (*Recherches sur la prothèse des membres*, page 90). J'ai imaginé, en conséquence, le crochet-pince adopté par l'Assistance publique, le 10 août 1866, sur le rapport de M. le docteur Verneuil.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

103. Lucas (Étienne). La frégate à hélice *la Victoire* à Guaymas et à Mazatlan (côte occidentale du Mexique).

104. Guichard-Choisity. Quelques mots sur le Phlegmon des ligaments larges.

105. Lequesne (Jacques). Étude clinique sur la paralysie radiale rhumatismale.

106. Azimont. Nature des lésions essentielles de la Phthisie pulmonaire (notice historique).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de la menstruation; ses rapports avec l'ovulation, la fécondation, l'hygiène de la puberté et de l'âge critique, son rôle dans les différentes maladies, ses troubles et leur traitement, par A. Raciborski, docteur en médecine, ancien chef de clinique et lauréat de la Faculté de médecine de Paris, lauréat de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie de médecine. — Paris, 1868. 1 vol. in-8° de 632 pages, avec deux planches chromo-lithographiées, 12 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Des maladies populaires et de la mortalité dans quelques capitales de l'Europe en 1866, avec une étude médico-hygiénique sur les consommations dans ces villes, par le Dr Vacher. 2e année. In-8°. Prix : 2 fr. 50 c. — Paris. Savy.

Traité sur le choléra indien et sur les moyens aussi simples qu'efficaces de le combattre et d'éteindre en quelques jours l'épidémie la plus intense, par M. le Dr Le Morvan, médecin à Pimpol (Côtes-du-Nord). In-8°. Prix : 2 fr. — Paris, 1868. P. Asselin.

Lettre d'un médecin de campagne à MM. les étudiants. In-8° de 26 pages. Prix : 75 centimes. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Recherches sur les générations spontanées et sur la matière, ses propriétés et ses lois, par M. le docteur Deschamps. — 1 vol. in-8°. Prix, franco : 2 fr. 50. — Chez Leiber, 13, rue de Seine.

Aphorismes sur les maladies vénériennes, suivis d'un formulaire raisonné des médicaments employés dans le traitement de ces maladies, par le docteur Langlebert, 1 joli vol. in-32, cartonnage en toile. Prix : 2 fr. 75. — Adrien Delahaye, éditeur.

Des nerfs vaso-moteurs ganglionaires. Anatomie, physiologie, pathologie, thérapeutique, par le docteur A. Bordier. — Broch. in-8°, fig. Prix : 2 fr. 50. — Chez L. Leclerc, libraire, 14, rue de l'École-de-Méd.

Étude médico-psychologique du libre arbitre humain, par S.-J. Grenier. — 2e édit. in-8°. Prix : 2 fr. — Adrien Delahaye, éditeur.

Compendium de pharmacie pratique, guide du pharmacien établi ou de l'élève en cours d'études, comprenant un traité abrégé des sciences naturelles, une pharmacologie raisonnée et complète des notions de thérapeutique et un guide pour les préparations chimiques et les eaux minérales; un abrégé de pharmacie vétérinaire, une histoire des substances médicamenteuses, un traité de toxicologie et une étude pratique des substances nécessaires à la photographie et à la galvanoplastie, par M. Deschamps d'Avallon, pharmacien en chef de la maison impériale de Charenton, précédé d'une introduction de M. le professeur Bouchardat, membre de l'Académie de médecine, 1 vol. grand in-8° de 1,140 pages, avec 250 figures dans le texte. Prix : 20 fr. — Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

De la Température de l'homme sain et malade, Variations de la chaleur pendant et après le bain, Influence de l'altitude sur les fonctions physiologiques, par le docteur Scoutetten, médecin en chef de l'hôpital militaire de Metz, 1 vol. in-18 de 90 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, 1868, F. Savy.

Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants, professées par le docteur Giraldès, chirurgien de l'hospice des Enfants Malades, etc., recueillies et publiées par MM. Bourneville et Bourgeois, internes des hôpitaux, revues par le professeur. 2e fascicule : — Trachéotomie; — Anesthésique; — Hémostatique; — Tumeurs. 1 vol. in-8° de 175 pages et 12 figures. Prix : 2 fr. 50, franco. — Paris, 1868. Chez Adrien Delahaye, éditeur.

De la Tumeur hydatique alvéolaire (Tumeur à échinocoques multiloculaire), par le docteur J. Carrière, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 190 pages et une planche en chromo-lithographie. Prix : 3 fr. 50, franco. — Paris, 1868. Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 56. — MARDI 12 MAI 1868. 41e ANNÉE. MARDI 12 MAI 1868. — N° 56

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 11 mai 1868.

FACULTÉS, SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX.

L'état de la science médicale et les besoins de son enseignement ont bien changé depuis le commencement de ce siècle.

Les écoles de province ont senti les premières la nécessité de se transformer progressivement pour résister à l'influence des circonstances relativement défavorables où elles se trouvent. Comme nous l'avons vu, la Faculté de Strasbourg a donné l'exemple; et elle a déjà su faire beaucoup par l'initiative persévérante de ses professeurs. Elle mérite donc à ce point de vue les plus grands éloges, bien qu'elle présente encore de nombreuses imperfections, qui doivent disparaître avec le temps.

Le principal défaut des études à Strasbourg c'est leur brièveté ordinaire. Les élèves militaires, qui sont les plus nombreux, doivent les terminer en quatre ans, et ils consacrent très-peu de mois à l'anatomie. La plupart des élèves civils ont hâte de prendre leur diplôme pour se livrer à l'exercice de la profession. Ceux qui veulent cultiver la science comme elle le mérite vont en général plutôt à Paris qu'à Strasbourg.

Aussi ne s'est-il pas formé près de la Faculté un enseignement non officiel, qui représente notre école pratique, ou mieux encore. Il aurait fallu qu'il existât un important trop plein de jeunes hommes pleins d'ardeur, avides d'enseigner aux autres aussi bien que de s'instruire eux-mêmes. Dans un pays centralisé comme le nôtre cela ne se rencontre guère en dehors de la capitale; c'est pourquoi, malgré l'originalité incontestable de plusieurs professeurs ou agrégés, je dirais presque l'esprit aventureux de quelques-uns, malgré leur zèle et leurs recherches, ils ne peuvent avoir l'influence de telle ou telle École allemande, où les professeurs extraordinaires et les *privat-docenten* sont venus fortifier le corps enseignant.

Du reste, on se prend à bien augurer de l'avenir en voyant l'École de Nancy et celle de Reims attirer à elles, pour y professer, tant de jeunes médecins instruits et travailleurs, anciens lauréats des hôpitaux, etc. Évidemment Paris déborde, et en province, les postes officiels seront trop peu nombreux pour recevoir ceux qui veulent consacrer la plus grande partie de leur jeunesse au culte désintéressé de la science et à l'enseignement.

D'ailleurs le cercle des connaissances qui peuvent servir au médecin devient si vaste qu'il faut souvent changer de guides pour le parcourir en entier. De lentes initiations pratiques sont actuellement nécessaires; le règne des formules commodes et des systèmes faciles est passé. Il faut plus de temps à l'élève; il lui faut aussi plus de maîtres; et les uns, non moins que les autres, doivent travailler avec passion.

Oui, certainement, avec passion; car il en faut pour surmonter les difficultés d'un apprentissage illimité, pour ainsi dire. L'évolution est si rapide, les innovations et les découvertes se succèdent tellement pressées que le professeur, pour être au courant, doit constamment redevenir élève. Ses convictions les plus solides sont parfois ébranlées par les travaux du jour; et pour avoir le droit de les affirmer encore, il lui faut recourir sans cesse à des nouvelles observations, à de nouvelles expériences.

Aussi faut-il peu de théories, le moins possible; ou si l'on en fait, faut-il être peu convaincu, le moins possible. Il faut s'habituer à bien voir, pour être sûr de ce qu'on voit et pouvoir exercer un contrôle efficace sur ses hypothèses personnelles et les assertions contradictoires.

Quant à imposer une doctrine parce qu'on la professe, c'est une prétention que n'avait jamais eue Trousseau et que ne doit plus avoir aucun de nos maîtres.

La science médicale est trop loin de cette époque où, pleinement développée, elle aura dépouillé ses voiles et se laissera contempler tout entière au grand jour. Alors on n'aurait plus de doutes sur des descriptions qui, pour être exactes, devraient être toujours semblables.

Elle est également trop loin de cette première enfance où quelques mains audacieuses à peine avaient un instant soulevé ses langes. Alors on ne pouvait que croire en la parole de ceux qui disaient l'avoir vue.

Aujourd'hui, on l'entrevoit chaste et discrète, restant dans l'ombre. Le regard plonge à travers les voiles dont elle s'enveloppe; on l'épie. On saisit parfois quelque trait, quelque grande ligne; mais l'ensemble harmonieux échappe. On se trace pourtant une image, idéale en grande partie; et tous en sont là.

Aussi les remarques accidentelles et les observations de détail ont-elles une grande importance pour le moment.

Les théories, on n'y croit pas; et on ne va plus les entendre que pour son plaisir, si elles plaisent. On ne s'inquiète pas autrement des hautes visées philosophiques ou des hypothèses doctrinales d'un professeur.

Académie des sciences. — MM. Béchamp et Estor ont fait une nouvelle communication sur les granulations élémentaires animées du mouvement Brownien « *microzymas* » qu'ils ont étudiées surtout dans le foie, et qui, suivant eux, se trouvant également dans toutes les cellules, tant végétales qu'animales, seraient susceptibles de se transformer en bactéries.

« Au moment de la mort, disent-ils, ces microzymas sont tous indépendants; quelque temps après, plus ou moins suivant certaines conditions, ces microzymas paraissent associés sous forme de chapelet; plus tard, les granulations s'allongent, de manière à présenter un grand et un petit diamètre; bientôt ces caractères s'accentuent encore davantage; on a affaire à de véritables bactéries typiques. Dans certains liquides on trouve, à côté l'une de l'autre, ces diverses formes...

« De nos expériences, nous concluons :

« 1° Il existe, dans toutes les cellules animales que nous avons examinées des granulations normales, constantes, nécessaires, analogues à ce que M. Béchamp a nommé microzyma Nous avons surtout étudié celles du foie;

« 2° A l'état physiologique, ces microzymas conservent la forme apparente d'une sphère;

« 3° En dehors de l'économie, sans l'intervention d'aucun germe étranger, ces microzymas perdent leur forme normale; ils commencent par s'unir en chapelet, ce dont on a fait un genre à part sous le nom de *torula;* plus tard, ils s'allongent de manière à représenter des bactéries isolées ou associées.

« 4° Ces faits ont une importance considérable en pathologie; ils doivent faire admettre que dans les cas où les bactéries ont été notées dans le sang, il ne s'agit pas d'un fait de parasitisme ordinaire, mais bien du développement anormal d'organismes constants et normaux. Les bactéries, loin d'être la cause de la maladie, en sont d'abord, au contraire, l'effet. »

Société médicale des hôpitaux. — La dernière séance a été occupée presque en entier par une discussion sur la durée de l'incubation de la variole et de la vaccine.

On se rappelle que M. Besnier, dans un de ses derniers rapports, avait relaté des faits observés à Lourcine par M. Desprès et qui tendaient à faire admettre pour l'incubation de la variole une durée exceptionnellement courte.

M. Chauffard avait écarté ces observations par une fin de non recevoir, comme étant en opposition avec les principes de la science : suivant M. Chauffard, rien n'est plus régulier que l'évolution de la variole, et les diverses périodes s'en succèdent presque invariablement au jour fixé.

M. Besnier n'a pas voulu admettre cette proposition sans conteste. Il a trouvé dans les auteurs de nombreux exemples d'incubations durant plus ou moins que la moyenne; l'écart était considérable dans certains cas, car on cite des faits où l'éruption aurait paru, soit après un jour, soit au contraire après quarante jours d'incubation, et en choisissant exclusivement les observations les plus probantes, on y trouverait la durée de cette période, variant encore de quatre à vingt jours.

M. Besnier en a conclu « que l'étude de la période d'incubation des fièvres éruptives demande de nouvelles recherches; qu'il y a le plus grand intérêt à fixer non-seulement les moyennes, mais les *maxima* et *minima* sur lesquels personne n'a jusqu'à présent appelé l'attention. »

De son côté, M. Chauffard n'a pas voulu se laisser ébranler par le nombre. Il a repoussé les faits nouvellement invoqués, comme il avait repoussé les premiers, par une fin de non-recevoir : en s'appuyant sur les principes généraux et sur l'induction médicale. La spontanéité possible de la variole et l'exemple de la vaccine qui, n'étant jamais spontanée chez l'homme, y suit une marche régulière, lui ont paru répondre à tout. Le cercle du débat s'est alors élargi et plusieurs membres y ont pris part. Nous reproduirons leurs arguments. Remarquons seulement aujourd'hui combien ces questions de contagion et de spontanéité deviennent toujours délicates, lorsqu'on veut entrer dans l'examen de quelque fait particulier.

Qui pourrait nier la contagion de la variole? Elle se transmet de cent manières : par le contact proprement dit, par la muqueuse pulmonaire, par l'inoculation surtout, ce qui nous donne une vérification expérimentale. Mais elle peut être spontanée, et cela suffit pour rendre souvent au moins douteuse son origine chez tel ou tel individu. Il n'est pas jusqu'à ceux qu'on a inoculé, chez lesquels on ne puisse, en certains cas, prétendre avoir sous les yeux une affection de provenance épidémique.

On voit par cet exemple comment il peut se faire que les discussions s'éternisent sur les questions de transmissions morbides; combien il est difficile de convaincre ceux qui se refusent à croire à la non spontanéité de maladies non inoculables, telles que le choléra, ou même la rougeole et la scarlatine.

Les faits qu'on leur montre, ils les expliquent à leur manière; et on ne peut pas invoquer contre eux le seul argument qui s'impose à tous les esprits : c'est-à-dire la preuve expérimentale renouvelée assez souvent, ou produite dans des conditions assez bien choisies pour écarter toute chance d'erreur.

L'observation pure, quand elle est bien faite, est certainement très-instructive; elle amène à des convictions parfaitement légitimes et des mieux établies; mais ces convictions restent personnelles comme l'observation elle-même.

C'est en quoi surtout elle est inférieure à la méthode expérimentale. Celle-ci fait reproduire un phénomène pour ainsi dire à volonté; et elle devient impersonnelle, car le premier venu peut répéter avec succès une expérience dont les conditions essentielles ont été bien déterminées.

Hôpitaux. — Parmi les divulsions pratiquées par M. Voillemier, nous en avons mentionné une qui a été pratiquée devant nous, il y a un mois, dans des circonstances exceptionnelles.

Le rétrécisssement datait de douze ans; le malade avait eu de nombreuses fistules périnéales; il avait été opéré trois fois, deux fois par l'uréthrotomie interne, une fois par la dilatation suivant le procédé de Pérève. Le canal était transformé dans toute sa longueur en une corde fibreuse, et on sentait au périnée une masse fibreuse produite par les cicatrices des anciennes fistules.

Nous avons dit combien chez ce malade la divulsion avec un cathéter de 7 millimètres 2/3 avait été rapide et peu douloureux. Mais il était intéressant de savoir quels auraient été les résultats ultérieurs de l'opération.

Le malade, sondé devant nous vendredi dernier, c'est-à-dire 29 jours après la divulsion, admettait encore dans son urèthre un cathéter de 6 millimètres 1/2. Ainsi, le rétrécissement avait tendance à se reproduire, comme il fallait bien s'y attendre, puisqu'il était cicatriciel. Mais, depuis un mois, cet homme peut uriner très-largement sans gêne ni souffrance; et il n'est pas une méthode, y compris l'uréthrotomie, qui eusse pu lui procurer plus rapidement, et à moins de frais, le même avantage.

Il est cependant certain cas où il faut donner la préférence à l'uréthrotomie interne; M. Voillemier en a parlé dans son ouvrage; et récemment nous l'avons vu, dans son service, uréthrotomiser un jeune homme atteint de calculs vésicaux et de rétrécissements de l'urèthre.

On nous a fait connaître à Reims une méthode qui n'est pas mentionnée dans les ouvrages classiques, et qui a été imaginée, il y déjà fort longtemps, par M. le professeur Décès père; c'est la dilatation rapide par une série de cathéters d'une forme spéciale.

Ces cathéters, terminés par une olive, deviennent rapidement coniques dans leur portion droite et l'extrémité recourbée est d'un diamètre relativement très-petit.

Par une série de six cathéters de plus en plus gros, on atteint une dilatation qui dépasse 8 millimètres.

On peut parfois les introduire tous successivement dans la même séance, et l'on obtient ainsi le même résultat que si le dernier fût entré d'emblée.

L'originalité de cette méthode se trouve dans la forme des cathéters. L'olive de l'un étant inférieure en diamètre à la partie du précédent qu'on aura pu faire pénétrer, on espère qu'elle trouvera la voie toute tracée, et qu'on aura les avantages du cathétérisme forcé, sans avoir la crainte de faire fausse route ou de déchirer le canal.

Ceci est possible entre des mains exceptionnellement adroites. M. Décès père et M. Décès fils n'ont eu, à eux deux, qu'un seul accident sur plusieurs centaines d'opérations.

Mais la bougie souple conductrice que M. Maisonneuve a d'abord adoptée à son uréthrome, et plus tard M. Voillemier à son dilatateur, est bien plus efficace pour prévenir les accidents que l'olive de M. Decès.

Ainsi l'invention de l'ingénieux professeur de Reims était un progrès lorsqu'il l'a faite; mais des progrès plus importants ont eu lieu depuis.

Dr Victor Revillout.

ASILE SAINTE-ANNE. (Bureau central d'admission.)

M. MAGNAN.

Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. — La paralysie générale.

(Leçons recueillies par M. Langlet, interne des hôpitaux de Paris).

Dans cette première leçon, dont le début a été consacré à l'exposition de l'objet et du caractère des conférences qu'il se propose de faire avec son collègue, M. Bouchereau, M. Magnan a présenté les pièces anatomiques d'une malade âgée de 63 ans, morte au bout de quelques jours, au bureau d'admission.

Les signes cliniques, présentés par cette malade, tendaient à faire admettre un ramollissement cérébral, mais l'examen du fond de l'œil, en permettant de constater des hémorrhagies rétiniennes des deux côtés (sans albuminurie) avait fait hésiter entre le diagnostic hémorrhagie ou ramollissement du cerveau.

A l'autopsie, on a trouvé des hémorrhagies multiples sur les deux rétines; dans le cerveau, une tumeur (épithélioma) du volume d'une petite noix sur le bord supérieur du lobe frontal de l'hémisphère gauche et un ramollissement nécrobiotique, allant depuis la tumeur jusqu'à la partie externe du corps strié dans une étendue de 7 à 8 centimètres.

Ce fait prouve une fois de plus que tout en tenant un compte sérieux de l'examen ophthalmoscopique, il faut néanmoins se garder d'établir une relation trop intime entre les lésions cérébrales et les lésions rétiniennes.

M. Magnan s'est occupé, à l'occasion de ce fait, de l'étude de la paralysie générale. Il ne faut pas, a-t-il dit, remonter bien loin dans l'histoire de la paralysie générale pour trouver cette opinion que la folie se termine souvent par la paralysie ou que le cerveau, ainsi que le disait Georget, affecté d'abord comme agent intellectuel finit par être attaqué comme agent nerveux. Cette idée, qui fait de la paralysie générale une complication de la folie, accréditée par Esquirol, Georget, Delaye, est une erreur clinique, erreur bien légitimée, du reste, chez les premiers observateurs par la difficulté de découvrir au début de la maladie les signes caractéristiques, masqués par les accidents protéiformes si nombreux quelquefois de la période initiale.

Du court aperçu historique qu'a fait à ce sujet M. Magnan, il ressort ce fait, que dans la paralysie générale se trouvent deux ordres de phénomènes morbides : les uns intellectuels, mis par quelques médecins en première ligne; les autres physiques, ayant à leur tour la prééminence d'après d'autres médecins. Des faits bien observés plaident en faveur de chacune de ces manières de voir. Comment donc expliquer cette divergence? uniquement par le développement inégal de ces deux ordres de signes. La vérité, en effet, se trouve dans l'association intime et non dans l'opposition ou la prédominance de l'un ou l'autre groupe de symptômes. Leur importance relative ne peut être l'objet d'une discussion qu'à la période initiale; mais les différences s'effacent à mesure que la maladie progresse, et vers la fin de la première période le dernier venu s'est rattrapé, si j'ose ainsi dire, et les deux ordres de symptômes ont acquis un développement à peu près égal. Il faudra donc s'occuper avec le même soin des troubles physiques et des troubles intellectuels; dans les deux cas et surtout pour les troubles de l'intelligence, nous serons en présence de phénomènes nombreux, multipliés, variables, quelques-uns passagers, d'autres permanents.

Ces symptômes qui ne manquent jamais, que l'on retrouve toujours à un degré quelconque, fixeront tout d'abord notre attention. Nous les étudierons avec d'autant plus de soin qu'ils se trouvent en rapport, comme nous verrons plus tard, avec les résultats fournis par l'anatomie pathologique. Ces symptômes essentiels, existant chez tous les malades atteints de paralysie générale, sont, dans bien des cas, marqués par les phénomènes accessoires en général bruyants et multiples; mais il n'est pas bien rare de les trouver presque à l'état de simplicité chez quelques paralytiques, et c'est alors que l'on se rend bien compte de leur origine, de leur marche, de leur développement complet. Ces malades, à cause de l'absence plus ou moins complète d'idées délirantes proprement dites, sont traités plus habituellement dans les hôpitaux ordinaires ou dans leurs familles; toutefois nous allons pouvoir examiner ensemble trois cas de ce genre. Je vous les montrerai les premiers, quoique ne représentant pas la forme la plus fréquente de la maladie, parce que vous trouverez chez eux les caractères de la paralysie générale, type en quelque sorte, forme qui doit servir de guide et qui, réduite à ses éléments simples, se montrerait sans doute plus souvent sans l'influence si active des nombreuses et puissantes conditions pathogénétiques.

Après avoir bien examiné ces trois malades atteints de paralysie générale à l'état de simplicité, c'est-à-dire offrant avec les troubles physiques, un affaiblissement des facultés intellectuelles sans délire tranché, nous verrons successivement :

1° Des malades avec des troubles physiques et de l'affaiblissement intellectuel comme les précédents, et, de plus, du délire ambitieux; c'est là la forme de paralysie la plus fréquente.

2° Des malades avec des troubles physiques et de l'affaiblissement intellectuel comme les premiers, et, de plus, du délire hypochondriaque.

3° Des malades chez lesquels nous aurons de la peine à apercevoir quelques signes physiques, mais chez qui nous trouverons de l'affaiblissement intellectuel et du délire ambitieux. C'est ce que M. Baillarger désigne sous le nom de manie congestive.

4° Une malade chez laquelle vous verrez à peine quelques signes physiques, mais qui vous présentera de l'affaiblissement de l'intelligence et du délire hypochondriaque.

5° Enfin vous verrez une paralysie générale chez un peintre affecté d'intoxication saturnine.

Permettez-moi, messieurs, avant de passer à l'examen de ces malades, d'analyser avec vous les signes essentiels, physiques et intellectuels. Après cette analyse, nous retrouverons notre synthèse, dans l'examen des trois malades atteints de paralysie générale simple.

Parmi les signes physiques *essentiels*, celui qui se tire des caractères présentés par la parole est le plus important, et c'est celui qui avait plus particulièrement frappé les premiers observateurs. L'embarras de la parole, chez le paralytique, diffère de l'empâtement de l'hémiplégique et du dément sénile, de la blésité de l'imbécile ou de l'idiot, du bégaiement habituel de certains individus, des saccades particulières du choréique. C'est une sorte d'arrêt de suspension ou d'effort avant la prononciation de certains mots, en particulier devant les labiales, c'est si vous voulez, la secousse de la roue lancée sur une surface unie, qui rencontre un gravier, il y a un ressaut, et si plusieurs graviers se succèdent, il y a plusieurs saccades rapprochées, et c'est ainsi, messieurs, qu'après l'hésitation de la parole, intermittente, à peine appréciable au début, vous trouvez successivement un embarras plus marqué, des saccades plus rapprochées, puis encore une parole traînante, chaque syllabe est scandée et suivie d'un moment d'arrêt pendant lequel la voix se prolonge comme en psalmodiant, puis enfin, ces malades font entendre une sorte de bredouillement avec des sons gutturaux, tout-à-fait inintelligibles.

Cette gêne de la parole s'accompagne de troubles de la motilité. Au début, la langue, en s'étalant, présente sur les bords et à la pointe et plus tard sur toute la sulface, de petites ondulations dues à la contraction irrégulière des muscles intrinsèques; ces mouvements vermiculaires, de plus en plus marqués, sont suivis insensiblement d'un tremblottement général de tout l'organe. Les muscles de la face qui convergent vers l'orbiculaire buccal, principalement les zygomatiques et les élévateurs, sont le siége des mouvements fibrillaires visibles surtout quand le malade tient la bouche ouverte ou qu'il se prépare à parler. Dans quelques cas rares, on aperçoit au fond de la bouche la luette déviée ainsi que l'a signalé M. Linas.

L'embarras de la parole avec le tremblement de la langue et des lèvres deviennent bien apparents quand le malade est ému et qu'il parle avec une certaine animation.

Les mains quoique peu tremblantes au début ont déjà perdu leur habileté ordinaire, et les malades dont la profession exige une certaine précision manuelle ne manquent pas de vous dire que depuis quelque temps ils ne peuvent plus faire leur travail aussi bien.

En dehors de ces cas particuliers on apprécie mal, en général, les troubles fonctionnels des membres supérieurs, et comme d'autre part les modifications les plus légères dans la marche sont plus facilement remarquées, soit par le malade, soit par son entourage, il s'ensuit que que les troubles de la motilité ont été regardés par quelques médecins comme plus fréquents et plus précoces aux jambes qu'aux bras, ce qui est plus apparent que réel; on ne trouve pas, en effet, de différence notable toutes les fois qu'on examine ces deux ordres de faits. Au début il y a peu de changements dans la marche, les malades peuvent faire d'assez longues courses sans trop de fatigue, mais peu à peu il survient une certaine raideur, une certaine brusquerie dans leurs mouvements; ils marchent mal, gauchement, trébuchent facilement sur un terrain inégal. Ces troubles moteurs qui se montrent également sur toutes les parties du corps, tiennent plus de la nature convulsive que de la paralysie. Il y a de l'incoordination, de l'incertitude, de l'irrégularité, mais peu de faiblesse, du moins au commencement. Ainsi tel paralytique qui chancelle en marchant, qui laisse tomber les objets de la main, qui peut à peine boutonner ses habits, devient susceptible d'une grande vigueur à un moment donné et peut développer une force presque aussi considérable qu'à l'état normal. Cependant il survient peu à peu une faiblesse véritable, mais qui n'atteint jamais une paralysie complète. Quelquefois on remarque une inclinaison plus marquée d'un côté du corps et vers la fin de la maladie assez souvent une raideur et de la contracture avec quelquefois des mouvements des mâchoires et un grincement des dents qui peut se prolonger fort longtemps.

Les muscles de la vie organique peuvent présenter des troubles variables; on peut voir survenir l'émission involontaire des selles et des urines; ces phénomènes peuvent se reproduire plusieurs fois en alternant avec la rétention plus ou moins opiniâtre de ces excrétions. L'incontinence d'urine, la rétention avec regorgement se montrent plus généralement à une période avancée; ce qui est plus fréquent au début, c'est une constipation opiniâtre ou bien, au contraire, l'évacuation involontaire des selles dès qu'il survient un peu de diarrhée. Le pharynx, l'œsophage, perdent aussi leurs forces contractiles, et vers la fin de la maladie sont cause d'accès de suffocation terribles en n'agissant pas asez vite sur le bol alimentaire dès qu'il est un peu volumineux et que les paralytiques dans leur gloutonnerie cherchent à déglutir sans se donner le temps de les préparer par la mastication.

Les troubles de la sensibilité seraient très-importants aussi à connaître si les malades pouvaient rendre un compte exact des phénomènes qu'ils éprouvent, mais leur intelligence affaiblie ne donne souvent que des appréciations incomplètes.

M. de Crozant (1) a signalé une anesthésie générale, pouvant exister dès le début; mais c'est surtout à une période avancée que l'anesthésie est notable et qu'il peut survenir une analgésie presque complète. Il paraît quelquefois y avoir une lenteur dans la transmission des sensations qui ne sont perçues qu'au bout de quelques secondes.

L'hyperesthésie se montre plus rarement; M. Griesinger (2) a observé parfois un état passager d'hyperesthésie extrême de la surface cutanée.

Pour M. Michéa (3), l'anesthésie ou l'hyperesthésie seraient, chez les paralytiques, la principale cause des idées hypochondriaques. Cette interprétation, si elle n'est pas entièrement exacte, est du moins fort ingénieuse.

Les sens participent plus ou moins de l'affaiblissement de la sensibilité générale, quelques-uns d'entre eux, le goût et l'odorat en particulier, peuvent devenir le siége des perversions les plus bizarres.

TUMEURS LARYNGIENNES (4).

Polypes du larynx et de la trachée. — Tumeur mélanotique du pharynx.

Par le docteur ÉDOUARD FOURNIÉ,

Médecin adjoint à l'Institut impérial des sourds-muets.

Depuis plusieurs années nous publions, à pareille époque, un ou deux articles consacrés à la laryngoscopie. Cette revue, inspirée par l'idée de vulgariser un moyen précieux d'investigation, est en quelque sorte la résultante des matériaux que nous amassons tous les jours et que nous publierons aussitôt que, à la faveur d'une plus longue expérience, nous pourrons les réunir dans une synthèse générale et leur donner ainsi la valeur autorisée d'une œuvre scientifique.

Depuis un an, le champ de notre expérience s'est naturellement agrandi, non-seulement par le concours des circonstances périodiques annuelles, mais encore par le concours exceptionnel des exhibitions endogènes et exogènes que la grande exposition de Paris a provoquées. Il nous a été permis de voir publiquement exposé, ou dans des communications particulières, tout l'arsenal chirurgical affecté aux opérations laryngiennes. Nous n'avons rien à dire sur le nombre d'instruments qui certainement s'élève au-dessus des besoins de la cause; mais nous ne saurions approuver le principe qui, le plus souvent, a présidé à leur construction.

La plupart d'entre eux, en effet, sont à ressort; le chirurgien joue le rôle de porte-instrument, et c'est ce dernier qui fait l'opération. Ce n'est pas à dire que nous blâmions l'intervention d'une mécanique plus ou moins savante dans la fabrication des instruments. Non, certes. Nous savons que cette intervention a rendu et rend encore de très-grands services; mais ce que nous réprouvons, c'est son application inopportune, dangereuse même, à certaines opérations. Le mécanisme le plus ingénieux ne peut pas remplacer les facultés précieuses de l'homme, et il est de ces opérations dans lesquelles le talent et l'adresse du chirurgien priment toutes les autres considérations. De ce nombre sont les opérations que l'on pratique dans l'intérieur de la cavité laryngienne. Ici le chirurgien n'est jamais assez sûr de l'immobilité des parties pour que l'instrument à ressort ne puisse couper ou arracher à côté de la partie malade; il est donc préférable de demander à son adresse le succès d'une opération que la rapidité inintelligente d'un ressort pourrait singulièrement compromettre.

Les médecins français ou étrangers qui n'ont vu dans mes boîtes que des pinces courbes de différentes grandeurs et des stylets en argent, ont dû me trouver bien pauvre. Loin de déplorer cette pauvreté que, dans un moment d'immodestie, je pourrais appeler ma richesse, je la recherche au contraire en songeant à la belle pratique de Mayor et aux mémorables leçons d'Estor, de Montpellier, sur la simplification des instruments de chirurgie (leçons professées à la Faculté de Montpellier en 1851).

Je conserve donc les conclusions des précédents articles que je puis résumer en ces mots : 1° *La plupart des tumeurs intra-laryngiennes peuvent être extirpées avec des pinces courbes convenablement adaptées aux courbures bucco-pharyngo-laryngiennes;* 2° *l'éclairage mobile, celui que le chirurgien peut diriger à son gré pendant l'opération, est de tous le plus rationnel, le plus commode et le plus simple.*

(1) De Crozant, *Revue médicale*, 1846.

(2) Griesinger, *Traité des mal. ment.*, trad. Douncie, 1865, p. 465.

(3) *Annales méd. psych.*, janvier 1864. M. Michéa, *Du délire hypochondriaque chez les déments paralytiques.*

(4) Voir les numéros 24 et 27 décembre 1864, 10 janvier 1865, 2 mars 1866.

Dans les années précédentes, nous avons essayé d'esquisser les principes généraux qui doivent servir de guide dans les opérations intra-laryngiennes; à l'avenir, nous nous rapprocherons un peu plus de la pratique chirurgicale en décrivant les modifications inévitables que les cas particuliers exigent dans les instruments et dans les procédés.

Complication de la trachéotomie. — Polype du larynx. — Polypes multiples de la trachée. — Dans le courant du mois de septembre 1867, on apportait dans le service de M. Vigla, à l'Hôtel-Dieu, un jeune homme de 17 ans, à demi asphyxié. Un obstacle au passage de l'air, dont la nature ne pouvait pas être déterminée pour le moment, fut diagnostiqué, et, en conséquence, on pratiqua la trachéotomie. Les résultats de l'opération furent excellents; les fonctions respiratoires se rétablirent aussitôt, et quelques jours après, M. Vigla jugeait à propos de retirer la canule. Durant les premières heures, le malade respira très-bien; mais à mesure que la fistule trachéale se rétrécissait, la respiration devenait de plus en plus pénible, et quarante-huit heures après, il fallait agrandir le trou et replacer la canule. C'est en ce moment que M. Vigla me pria d'examiner le malade avec le laryngoscope.

Disons tout d'abord que lorsqu'on bouchait le trou de la canule avec le doigt, le malade parlait sans que le timbre de la voix fût sensiblement altéré. On pouvait préjuger de là que l'obstacle au passage de l'air ne se trouvait pas au niveau des rubans vocaux. L'examen laryngoscopique confirma cette vue première : les rubans vocaux étaient parfaitement sains et leur mouvement physiologique était normal; la cavité laryngienne ne présentait rien de particulier. Après avoir laissé reposer le malade, l'examen fut renouvelé, et, dans le but de voir au-dessous de la glotte, nous sollicitâmes des inspirations profondes suivies d'une toux volontaire. Ces manœuvres eurent pour résultat d'amener au-dessus des rubans vocaux, dans l'espace interaryténoïdien, un petit polype gros comme un pois, qui retombait au-dessous de la glotte, dès que le malade faisait une inspiration. M. le professeur Richet, M. Vigla et ses élèves constatèrent, comme moi, le phénomène. C'était sans doute quelque chose que la trouvaille de cette tumeur; mais ses petites dimensions ne permettaient pas de lui attribuer la gêne de la respiration. Néanmoins, il fut décidé qu'on l'extirperait, sauf à rechercher plus tard la véritable cause de la suffocation. Il était bon, d'ailleurs, de profiter de la présence de la canule dans la trachée pour faire cette extirpation.

Après quatre à cinq jours de préparation, j'enlevai le polype avec mes pinces courbes (décrites dans le numéro du 2 mars 1867), et nous songeâmes alors à éclairer la trachée pour voir ce qu'elle renfermait. Les conditions particulières dans lesquelles se trouvait le malade rendirent cette exploration impossible par la bouche, et d'un autre côté l'étroitesse de la fistule trachéale était telle, qu'il nous fut impossible d'introduire le plus petit miroir par cette voie. Cependant nos investigations ne furent point infructueuses : en provoquant des accès de toux, elles eurent pour résultat d'amener au niveau de l'orifice trachéal un lambeau charnu, ressemblant assez à un morceau de muqueuse. Saisi avec des pinces à griffe, ce lambeau céda à une légère traction : nous venions d'extirper une portion de polype, dont la racine paraissait située au-dessous de la fistule trachéale. L'opération fut suspendue à cause de la perte de sang qui s'en suivit et qui s'arrêta, d'ailleurs, dès que la canule fut replacée. Le lendemain, la canule fut de nouveau retirée, et après quelques accès de toux, une masse charnue globulaire se présenta à l'orifice trachéal. Cette tumeur fut saisie et complétement enlevée après deux ou trois tours de torsion. C'était un polype muqueux qui, complété par la portion que nous avions enlevée la veille, pouvait présenter les dimensions d'une aveline.

Dès ce moment, il fut constaté que la respiration n'était plus gênée, quand on venait à enlever la canule; par conséquent, la portion de trachée, située au-dessous de la fistule, était complétement libre; mais si avec le doigt on bouchait le trou trachéal, la respiration devenait un peu pénible et anxieuse. Il existait donc, fort probablement, un autre obstacle dans la portion de trachée qui communique avec le larynx. Un stylet recourbé, introduit par le trou de la trachée et poussé vers les rubans vocaux, nous fit reconnaître la présence d'un obstacle au niveau de l'anneau cricoïdien. Nous introduisîmes une pince légèrement recourbée dans cette direction, mais sans résultat. Plus tard, nous fûmes assez heureux pour le saisir et pour l'amener, par des tractions modérées, au niveau de l'orifice trachéal. Là, elle fut saisie dans l'anse métallique d'un petit serre-nœud recourbé, construit pour la circonstance par MM. Robert et Colin, et enlevée sans difficulté.

Pour prévenir la chute de cette tumeur dans la trachée, nous avions eu le soin de la saisir préalablement avec des pinces à écrou. Ce polype présentait à peu près les mêmes dimensions que celui que nous avions retiré de la partie inférieure de la trachée. A partir de ce jour la respiration se rétablit d'une manière parfaite et, après quelques jours de surveillance, la canule fut définitivement enlevée. Aujourd'hui, sept mois après l'occlusion de la trachée, nous renvoyons le malade et nous apprenons qu'il a repris ses occupations de graveur sur métaux et qu'il n'éprouve aucune gêne de la respiration.

Tumeur mélanotique. — Extirpation par le galvano-caustique. — La mélanose, soit qu'elle reste limitée à un point quelconque du corps, soit qu'elle se généralise, est une affection relativement assez rare. Je n'en ai observé que deux cas dans ma pratique. Le premier cas est celui d'un jeune homme d'environ trente ans, qui était affligé d'une toux opiniâtre, sans expectoration appréciable et rebelle à tous les traitements. L'examen laryngoscopique me dévoila la présence d'une tumeur mélanotique dans l'angle pharyngien droit et s'étendant dans la gouttière latérale du larynx du même côté. Je proposai au malade l'extirpation de la tumeur; mais je ne le revis plus.

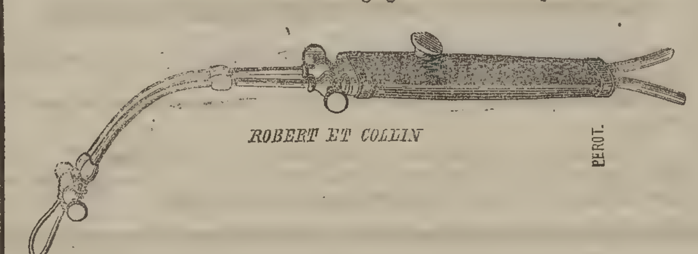
Le second cas, que j'ai observé d'une manière plus complète, va être le sujet de l'observation suivante :

Madame X..., originaire de Buenos-Ayres, était atteinte depuis quinze mois d'une toux persistante qu'aucun traitement ne pouvait calmer. Le changement de climat lui fut conseillé, et elle vint à Paris. Cette dame, âgée de quarante-six ans, portait sur sa figure l'expression de la souffrance; mais elle était douée d'une bonne constitution et d'un tempérament lymphatico-nerveux; elle n'accusait aucune maladie spécifique chez ses ascendants. L'examen de la poitrine ne révéla aucun signe particulier si ce n'est un peu de rudesse du murmure vésiculaire, mais généralisée et due probablement aux fréquentes crises de toux. L'examen laryngoscopique nous permet de découvrir à la base de la langue, dans l'intervalle qui la sépare de l'épiglotte, une traînée bleuâtre prenant peu à peu l'aspect et le volume d'une tumeur pyriforme qui descendait le long des replis aryteno-épiglottiques et venait se reposer sur le cartilage aryténoïde droit.

Touchée avec un stylet courbe, cette tumeur présentait peu de consistance; elle se laissait déprimer facilement et paraissait mobile du moins à sa partie inférieure. Je ne tardai pas à m'assurer de cette mobilité au moyen d'une anse métallique passée entre la tumeur et les parties sous-jacentes, et je constatai en même temps que le pédicule était implanté au niveau du bord libre de l'épiglotte.

La perspective d'accidents graves qui pourraient survenir plus tard me détermina à proposer l'extirpation de cette tumeur; mais ici se présentait une double question aussi sérieuse pour le médecin que pour le malade. Quelle était la nature de cette tumeur? par quel moyen devait-on l'extirper? La coloration, la forme, le siége de cette tumeur constituaient un ensemble de signes trop insuffisant pour la caractériser d'une manière formelle; il fallait s'en contenter néanmoins à défaut d'autres, et, tout en inclinant pour le diagnostic d'une tumeur mélanotique, il fut décidé, pour répondre à toutes les éventualités possibles, que l'extirpation serait pratiquée avec le galvano-caustique.

M'étant donc procuré, d'après les indications de M. Broca (*Traité des tumeurs*, p. 544), une pile de Grenet, je fis construire, par MM. Robert et Colin, un petit manche à interrupteur de M. Middeldorff, recourbé à l'une de ses extrémités et réduit d'un bon tiers dans toutes ses dimensions. Un fil de platine ayant 1 millimètre de diamètre et 5 centimètres de long fut adapté en forme d'anse à l'extrémité recourbée du manche. Je négligeai de faire ajouter un serre-



nœud gradué, parce qu'il est difficile de régulariser l'intensité du calorique à mesure que le fil se raccourcit, et que, d'ailleurs, j'espérais arriver à sectionner le pédicule par une légère traction.

La malade fut exercée pendant quelques jours à supporter la présence de l'instrument dans le larynx, et plusieurs fois nous chauffâmes au rouge le fil de platine pendant qu'il était dans ce canal. Grâce à ces préparatifs, l'opération fut exécutée très-simplement et sans que la malade ressentît plus de douleur que dans les séances de préparation.

La tumeur avait été saisie de bas en haut dans l'anse de platine et avait cédé à une traction très-légère.

Les suites de l'opération ne présentèrent rien de particulier, car la plaie était cicatrisée le septième jour. Cependant l'examen de la tumeur au microscope ne laissait plus aucun doute. C'était bien une tumeur mélanotique.

La toux ne disparut pas tout d'abord; mais elle diminua peu à peu pour disparaître complétement deux semaines après l'opération.

La malade est retournée dans son pays depuis cinq mois, et comme nous n'en avons plus reçu de nouvelles, nous espérons qu'il n'y a pas eu récidive.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 29 avril 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

RAPPORT VERBAL.

M. Dolbeau fait un rapport verbal sur une observation de *fracture comminutive de la rotule avec plaie intra-articulaire, suivie de guérison*, adressée à la Société de chirurgie par M. Baizeau, médecin de l'hôpital militaire du Dey, à Alger.

Depuis longtemps, dit M. Dolbeau, la question du traitement de l'arthrite purulente traumatique est pendante devant la Société de chirurgie. Pour remédier à cette grave complication des plaies des articulations, on a proposé divers procédés : les incisions, la résection des surfaces articulaires, le drainage, etc.

M. Baizeau envoie à la Société une observation favorable à ce dernier mode de traitement.

Au début, ce chirurgien eut recours aux débridements, aux injections alcoolisées, et finalement au drainage, qui paraît devoir, dans ce cas, avoir tous les honneurs de la guérison.

M. Dolbeau propose : 1° de publier, dans les *Bulletins*, l'observation de M. Baizeau; 2° d'adresser à ce chirurgien une lettre de remercîments.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M. Larrey. Avant d'en venir à l'emploi du drainage, M. Baizeau avait eu recours à toutes les ressources de la chirurgie conservatrice, aux incisions, aux contre-ouvertures, etc.

M. Dolbeau. Non-seulement les tubes à drainage ont permis au pus de s'écouler facilement, mais de plus, à leur aide, on a pu avoir recours avec efficacité aux injections et aux lavages répétés.

COMMUNICATION.

Lipôme de la main, simulant un kyste synovial.

M. Trélat. Comme les erreurs sont au moins aussi profitables que les succès pour celui qui les commet, je n'ai pas voulu rester seul à en tirer bénéfice, et je vous prie d'accepter la courte communication que voici.

Il y a quinze jours, je reçus chez moi un malade âgé de 58 ans, et bien portant du reste, qui me montra la paume de sa main gauche occupée par une tumeur : celle-ci s'était développée lentement, sans grande douleur, causant seulement, de temps à autre, de la gêne et un peu d'engourdissement dans les mouvements. La peau, normale dans sa couleur et sa consistance, était soulevée en bosselures arrondies, saillantes dans les éminences thénar et hypothénar, et surtout au niveau de cette dernière. La tumeur était absolument limitée à la paume de la main; la partie inférieure de l'avant-bras n'offrait aucune trace de gonflement.

Quand on pressait l'un des deux lobes de la grosseur, on faisait refluer son contenu vers l'autre lobe. La fluctuation se produisait avec une incontestable netteté. Le liquide semblait se déplacer avec la plus grande facilité, et quoiqu'on ne sentît pas de grains hordéiformes, on obtenait néanmoins une sorte de frôlement rugueux et prolongé en poussant alternativement la masse vers l'un ou l'autre de ses côtés.

En tenant compte de cet ensemble de signes et surtout de l'évidence de la fluctuation, je diagnostiquai un kyste synovial de la paume de la main, et je pris jour avec le malade pour lui pratiquer une ponction suivie d'injection iodée.

Lundi dernier, j'enfonçai un trocart dans la tumeur, au niveau de la saillie interne (hypothénar), qui était la plus considérable, et, à ma grande surprise, rien ne sortit par la canule. Je la fis manœuvrer avec facilité dans l'intérieur de la prétendue cavité; j'introduisis un stylet dans son calibre. Rien n'y fit; je n'obtins pas une goutte de liquide. J'avais une telle foi dans un diagnostic auquel j'avais donné toute mon attention, que je ne fus pas convaincu. Je supposai que le liquide était trop épais, ou bien que l'enveloppe kystique formait opuscule à l'orifice de la canule.

Je me procurai donc un trocart plus volumineux et bien effilé, et le matin même, je renouvelai la ponction. Cette nouvelle tentative eut exactement le même résultat que la première. Évidemment, je m'étais trompé, ou mieux, j'avais été trompé par une symptomatologie énudieuse. Je retirai brusquement le trocart, et je réunis les deux orifices de ponction par une incision de 3 centimètres parallèle à l'axe de la main. Aussitôt une masse graisseuse fit hernie à travers les lèvres de la plaie, et des tractions légères me permirent d'extraire, par cette ouverture peu considérable, la tumeur que je mets sous les yeux de mes collègues.

C'est un lipôme bilobé, limité de tous côtés par une enveloppe celluleuse qui a facilité son énucléation. La graisse qui le constitue est fine, délicate et peu résistante. Cette masse graisseuse reposait sur les tendons fléchisseurs et était déprimée à son centre par l'aponévrose palmaire. La pression de l'aponévrose et la finesse de la graisse me semblent expliquer la fluctuation perçue dans la tumeur, et je crois que le frôlement rugueux était dû au déplacement de lobules profondes sur les tendons fléchisseurs.

Cette explication me paraît d'autant plus plausible, qu'au moment où j'extrayais la tumeur et où je faisais passer son lobe externe sous l'arcade aponévrotique et sur les tendons, j'éprouvai la même sensation de frottement saccadé.

Je retiens, en tout cas, que cette sensation ne ressemblait que très-imparfaitement à celles que donnent le déplacement, la collision et le passage, à travers une étroite ouverture, des grains rigiformes qu'on trouve dans les kystes synoviaux.

Aussi, à l'avenir, si j'avais à diagnostiquer une tumeur fluctuante occupant le même siége et que la crépitation hadéiforme ne fût pas nettement perçue, je garderais une prudente réserve. Si, de plus, la tumeur était rigoureusement bornée à la paume de la main, sans qu'il fût possible de la faire refluer sur le ligament annulaire du poignet, me souvenant de mon observation et de la malade que nous a présentée M. Boirut il y a deux ans, malade chez laquelle tous les membres présents diagnostiquèrent un kyste alors qu'il s'agissait d'un lipôme, je ne voudrais établir le diagnostic qu'après avoir fait une ponction exploratrice. C'est, en effet, le seul moyen de trancher le débat entre nos sens, qui disent : tumeur fluctuante, et par conséquent liquide; et la réalité, qui dit : tumeur graisseuse fluctante, mais non liquide.

(*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Sur l'excision de l'os incisif dans le bec de lièvre compliqué.

Strasbourg, le 9 mai 1868.

Madame de Sévigné, en parlant d'un sermon prêché à Versailles, disait : « Toute la France était là. » M. Broca ne suit-il pas cet exemple, lorsqu'il cite l'opinion de tous les chirurgiens? Ce savant et sympathique professeur affirme, à propos de la suture de l'os intermaxillaire dans le bec-de-lièvre compliqué, dont il vient de publier un succès (*Gazette des hôpitaux*, 5 et 7 mai 1868), « que les chirurgiens sont revenus aujourd'hui au principe qui avait prévalu depuis Franco jusqu'à Dessault, et qui consiste à pratiquer l'excision totale du tubercule incisif. » « On s'accorde généralement à dire aujourd'hui que le tubercule incisif doit être enlevé selon la méthode de Franco. » Et ailleurs : « Je pense que la méthode qui consiste à conserver le tubercule osseux, dans le cas de bec-de-lièvre double, compliqué de la saillie de ce tubercule, a été trop facilement abandonnée par les chirurgiens. »

Ces assertions magistrales, prises trop à la lettre par les étrangers, ne sont-elles pas de nature à justifier, jusqu'à un certain point, le reproche adressé aux savants français de ne rien lire et de n'être au courant de rien! Si cette accusation était fondée, elle n'atteindrait certainement pas M. Broca, qui est justement un des hommes qui lisent et qui savent le plus; mais pourquoi alors tenir si peu de compte de ce qui a été publié? Si M. Broca s'était donné la peine d'ouvrir un des derniers ouvrages de médecine opératoire qui ont paru, il y aurait vu qu'une École au moins, celle de Strasbourg, ne partage nullement la doctrine de Franco, et qu'elle compte des partisans très-nombreux et très-distingués, puisqu'elle peut aujourd'hui se faire honneur de rencontrer M. Broca lui-même parmi eux. Voici ce que nous écrivions en 1866 :

« Franco excisait l'os incisif et eut de nombreux imitateurs. Dupuytren n'agissait pas autrement. Les résultats semblent au premier mo-

ment favorables. La suture des lèvres se fait bien et la difformité disparaît; mais les inconvénients, s'ils sont secondaires ou consécutifs, n'en ont pas moins de gravité. La lèvre n'étant plus soutenue en arrière est entraînée dans ce sens à chaque inspiration et se désunit. Les enfants exercent sur elle un mouvement de succion et produisent le même effet que Goyrand a cherché combattre par un abaisseur permanent de la langue, dont l'application nous paraît trop difficile et trop gênante pour être adoptée. Les dents incisives sont à jamais perdues. Enfin, Desault avait remarqué le rétrécissement ultérieur de l'arcade dentaire supérieure qui, ne correspondant plus à l'inférieure, s'y enclavait et rendait la mastication embarrassée.

« *Nous repoussons en conséquence l'ablation de l'os intermaxillaire comme procédé habituel.* Nous serions plus disposés à conseiller une résection partielle et latérale de cet os, dans les cas où il présenterait une largeur exagérée. On pourrait enlever les bords avec les incisives latérales et conserver les incisives médianes. » (*Médecine opératoire*, t. II, p. 27 et 28; 3e édition 1866.)

Nous citons l'opération de M. le docteur Debrou, dont nous signalions le succès complet tel qu'il avait été annoncé. L'os intermaxillaire de son malade a présenté plus tard de la mobilité, mais M. Broca est-il bien certain que le développement des dents et les mouvements de la mastication n'amèneront pas le même résultat chez son petit opéré? Ce serait certainement à vérifier dans quelques années.

Nous ne nous étions pas borné à préconiser la conservation de l'os incisif et sa réunion, après avivement, avec les côtés du maxillaire supérieur; nous avions proposé dans un cas où les deux incisives médianes, fixées à un os incisif mobile, étaient séparées par un espace osseux assez large, de réséquer la partie moyenne de l'os, sans toucher aux dents, de manière à diminuer la largeur de l'incisif et de le faire rentrer dans l'intervalle des deux moitiés du maxillaire. (*Méd. opér.*, t. II, p. 23, 2e édit., 1855.)

« Dans le cas, disons-nous encore (1), où l'os incisif serait trop large pour être repoussé en arrière, on le réduirait à un plus petit diamètre par l'excision de ses bords. Les incisions latérales seraient sacrifiées, mais sans grand inconvénient, puisque ces dents sont ordinairement petites, vacillantes et condamnées à tomber et à disparaître. »

Enfin, dans le même mémoire, nous insistions avec plus de force encore sur les avantages de la conservation de l'os incisif :

« Parmi les autres indications du traitement des fentes palatines congénitales, *la conservation de l'os incisif est d'une importance capitale.* On a souvent donné le conseil d'enlever cet os pour faire disparaître la saillie du nez et du tubercule médian et favoriser le rapprochement des deux moitiés divisées de l'arcade dentaire. *Cette doctrine doit être absolument repoussée*, car bien loin d'être un obstacle à l'ouranoplastie, l'incisif en devient le meilleur élément de succès : ramené à sa place et *rétabli dans sa continuité avec l'arcade dentaire*, il reconstitue un point d'appui central aux lambeaux, diminue la longueur de la fissure et contribue à la fermer. »

Ces citations et ces remarques n'amoindrissent nullement le mérite et la valeur du procédé de suture osseuse de notre éminent collègue. La suture osseuse semble d'une application très-rationnelle dans un certain nombre de cas, et le trill, substitué au poinçon, exigerait moins de force et serait peut-être d'un emploi plus sûr. Nous serons des premiers, si l'occasion nous est offerte, à suivre l'exemple de M. Broca.

C. SÉDILLOT.

(1) *Des procédés d'ouranoplastie applicables aux fentes congénitales de la voûte palatine, compliquées de division antérieure de l'arcade dentaire et de projection et de projection de l'os incisif.* (Comptes-Rendus de l'Académie des sciences, 2 novembre 1863, et *Traité de l'Évidement des os*, 2e édition, 1867, p. 60 et 61.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 4 mai, ont été nommés, dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : MM. Bouquet et Louis, médecins-majors de 2e classe.

— Par décret en date du 8 mai 1868, 199 médailles (37 d'or, 106 d'argent et 56 de bronze) ont été décernées aux personnes qui se sont distinguées dans la dernière épidémie cholérique.

Dans cette liste de récompenses, nous relevons les noms des médecins suivants :

Médailles d'or. MM. Coqueugnot (Nolay); Guibert (Saint-Brieuc); Etesse (Yffiniac); Turquet (Lannion); Savidan (Lannion); Delannégrie (Morlaix); Lehir (Morlaix); Richer-Deforges (Morlaix); Brault (Saint-Servan); Richard (Fougères); Pitois (Rennes); Laffitte (Rennes); Yvonneau (Mer); Rabouin (Saint-Florent-le-Vieil); Dumoncel (Granville); Houssard (Avranches).

Médailles d'argent. MM. Clérissy (Nice); Scoffier (Nice); Sirop (Saint-Éloi-de-Gy); Pernin (la Rochepot); Latière (Yffiniac); Perrichon (Plenée-Jugon); Thémoin (Saint-Tréphine); Gillet (Lannion); Le Barzic (Lannion); Le Dantec (La Roche-Derrien); Guezennec (Tréguier); Toussaint (Lannion); Tassel (Lannion); Le Guern (Lannion); Cosmao-Duménez (Pont-l'Abbé); Guéguen (Pont-l'Abbé); Lannurien (Morlaix); Le Febvre (Morlaix); Le Stir (Morlaix); Le Bozec (Morlaix); Lacarduchère (Morlaix); Gonée fils (Saint-Servan); Deroyer (Fougères); Delatouche (Fougères); Pierre (Fougères); Manceau (Saint-Brice); Nicole (Antrain); Champion (Antrain); Gratien (Bazouges-la-Pérouse); Cabrye (Rennes); Drouadenne (Rennes); Havard-Duclos (Vitré); Cuny (Pleine-Fougères); Rocher (Pleine-Fougères); Cambernon (Granville); Touzé (Granville); Benoît (Granville); Davalis (Granville); Cochet (Saint-James); Gautier (Saint-James); Chevalier (Saint-James); Bellet (Pontorson); Laîr (Pontorson); Crépy (Longwy); Constantin (Moyeuvre); Lejeal (Valenciennes); Cuisinir (Guines); Garasse (Caffiers); Plouvier (Pernes); Robineau (Fontenay-le-Comte); Mangou (Fontenay-le-Comte).

Médailles de bronze. MM. Bourgonnière (Pordic); Joubin (Saint-Quay); Hourdel (Étaples); Héry (Plestin); Leclerc (Pont-l'Abbé); Hermange (Rennes); Guilloux (Rennes); Pahier (Etrelles); Lafond (Torcy); Ed. Paul (Amiens).

— Le concours ouvert pour deux places de chirurgien du bureau central de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. Meunier et Paul Horteloup.

— La Société des médecins des Bureaux de bienfaisance de Paris se réunira mercredi prochain, 13 mai, à huit heures du soir, à la mairie du 1er arrondissement.

Ordre du jour : 1° De la constatation des naissances à domicile (suite); 2° Du rôle des médecins inspecteurs des crèches et des salles d'asile; 2° Rapports des membres de la Commission de statistique sur les maladies régnantes.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 13 mai 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la tuberculose reste en panne. M. J. Guérin, que l'on présumait devoir prendre la parole, ne s'est point fait inscrire; il était d'ailleurs absent. M. Bouillaud, qui avait demandé la parole dans l'une des précédentes séances, a déclaré ne vouloir parler qu'après le résumé de M. Colin, lequel, à son tour, exprime le désir d'être entendu le dernier, afin de n'avoir pas à revenir encore sur une discussion déjà trop longue et de répondre en une seule fois à tous les orateurs. « Mais, dit M. Bouillaud, les expériences invoquées jusqu'ici ne me paraissant pas concluantes, j'attends que M. Colin, qui en fait de nouvelles, nous les ait fait connaître, et ce n'est que sur ce qu'il nous dira et d'après les faits nouveaux qu'il nous exposera, que je jugerai si je dois intervenir dans la discussion; il est possible, en effet, qu'après le résumé que nous présentera notre collègue je n'aie rien à dire. » A quoi M. Colin a répondu que la nouvelle série d'expériences qu'il a entreprises n'est pas encore terminée, et qu'il n'est par conséquent pas en mesure de présenter actuellement son résumé. Et voilà comment la discussion se trouve encore une fois indéfiniment ajournée. Il y a à cela plus d'un inconvénient sans doute, entre autres celui de paralyser les travaux de l'Académie ainsi tenue en suspens et qui a de la peine à remplir ses ordres du jour. Mais avec un rapporteur comme M. Colin, qui prend aussi au sérieux sa mission, il y a tout lieu d'espérer que nous ne perdrons rien pour attendre. Pour nous, nous sommes assez disposé à faire comme M. Bouillaud et à attendre, pour prendre la parole et résumer nos propres impressions, le rapport supplémentaire de M. Colin.

La séance a été occupée par la lecture d'un bon et consciencieux rapport de M. Gobley sur le Mémoire lu récemment par M. Buignet et dont nous avons reproduit les conclusions; par la suite du travail historique de M. Bouvier sur l'École de Pinel; et par une lecture de M. le docteur G. Lagneau sur une question intéressante d'ethnologie relative à la distribution géographique de certaines infirmités en France.

Le Président, en ouvrant la séance, a déclaré deux vacances ouvertes, l'une dans la section de médecine opératoire, l'autre dans la section de pharmacie. Les compétiteurs de M. Chassaignac, le dernier élu, vont tous se retrouver en ligne. Quant à la place vacante dans la section de pharmacie, les aspirants ne feront probablement pas défaut non plus.

Dr Brochin.

ASILE SAINTE-ANNE. (Bureau central d'admission.)

M. MAGNAN (1).

Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. — La paralysie générale.

(Leçons recueillies par M. Langlet, interne des hôpitaux de Paris).

L'appareil de la vision, Messieurs, a eu le privilége, dès les premières recherches sur la paralysie générale, d'attirer l'attention des médecins et de devenir, pour chacune de ses parties, l'objet d'études particulières. Les phénomènes observés se rapportent à des troubles de la motilité dépendant des muscles de la vie de relation et aussi des muscles de la vie organique, et quelquefois à des lésions du nerf optique et de la rétine. Ainsi on a noté :

1° L'état des sourcils : abaissement de la partie interne des sourcils (M. Billod); élévation ou abaissement de la partie moyenne des sourcils (M. Moreau), phénomènes qui sont en rapport avec le masque du paralytique produit par l'affaissement des traits de la face;

2° L'état des paupières avec la paralysie plus ou moins complète de la paupière supérieure;

3° Ces déviations du globe de l'œil en dedans, en dehors, en haut, en bas, constituent les diverses variétés de strabisme, tout autant de troubles de la motilité se rattachant aux fonctions des nerfs de la 3e, 4e et 6e paires;

4° La convexité plus marquée du globe oculaire (M. Moreau), la saillie et l'affaiblissement du globe de l'œil que l'on trouve quelquefois, sont deux phénomènes connexes que les progrès de l'anatomie et de la physiologie modernes nous ont appris à expliquer d'une façon très-nette.

Au mois d'octobre 1867, M. Sappey, dans une note à l'Académie des sciences, décrit plusieurs faisceaux des muscles lisses qu'il a trouvés dans l'orbite. Le 18 novembre suivant, MM. Prévost et Jolyet, dans une note adressée aussi à l'Académie des sciences, signalent que le mouvement de projection du globe de l'œil, sous l'influence de l'excitation du bout supérieur du grand sympathique après sa section au cou (fait vulgarisé par les expériences de M. Cl. Bernard), offre les caractères des mouvements produits par les muscles de la vie organique, et dépend de la contraction des fibres lisses qui font partie de l'aponévrose orbitaire. Cette aponévrose, en effet, grâce à la couche de fibres lisses dont elle est recouverte, devient une gaîne fibro-musculaire, une sorte de manchon contractile de forme conique, à base fixe dirigée en avant, qui, en se contractant, presse sur la partie postérieure du globe de l'œil et le projette en avant. On sait, d'autre part, qu'après la section du nerf sympathique au cou, on observe, entre autres phénomènes, la rétraction du globe oculaire dans le fond de l'orbite.

5° Les troubles pupillaires, qu'aucun médecin ne manque aujourd'hui de signaler dans ses observations, se rapportant soit à la dilatation, soit au resserrement, soit à l'inégalité des deux pupilles, soit même à l'irrégularité de leur contour. Ces phénomènes, que l'on peut rattacher à la fois au grand sympathique et à la 3e paire, peuvent, dans quelques circonstances, devenir un signe clinique important.

6° L'état du fond de l'œil a été exploré avec l'ophthalmoscope. Des faits isolés ont été signalés par divers auteurs et se rapportent, pour la plupart, à des atrophies de la papille. M. Galezowski, après des recherches assez nombreuses (1), en particulier à la Salpêtrière, avait indiqué l'anémie et l'atrophie progressive de la papille, toutes les fois que la vue était troublée chez les malades atteints de paralysie générale. Depuis cette époque, cet habile ophthalmologiste nous a indiqué un œdème péripapillaire que l'on rencontrerait dans quelques cas et se présenterait sous la forme d'un cercle brunâtre. Nous avons voulu par nous-même vérifier ces différents faits, et nous avons examiné indistinctement tous les malades atteints de paralysie générale soumis à notre observation; nous avons pu nous assurer que, dans au moins les deux tiers des cas, on ne trouvait aucune altération au fond de l'œil.

Les modifications que l'on constate sont, par ordre de fréquence : une altération particulière du système vasculaire dans laquelle on aperçoit, le long des vaisseaux qui partent du centre de la papille, un liséré d'un gris pâle, régulier, existant des deux côtés du vaisseau, s'étendant en général d'une façon uniforme dans toute sa longueur. Ce liséré se montre sur les artères, rarement sur les veines où il est aussi moins développé. Il diffère d'un liséré un peu jaunâtre que l'on trouve dans quelques cas de démence sénile sur les vaisseaux rétiniens et plus particulièrement sur les artères, liséré qui est irrégulier, avec des inégalités sur les bords et quelquefois même des interruptions dans son parcours. Cet aspect des vaisseaux, dans quelques cas de paralysie générale et de démence sénile, est en rapport avec ce que nous savons des changements anatomiques qui surviennent dans les parois des vaisseaux dans ces deux maladies, sclérose dans la paralysie générale, athérome dans la démence sénile. Ces deux formes de liséré le long des vaisseaux se distinguent de cet aspect un peu louche, diffus, que présentent les contours des vaisseaux et plus particulièrement des veines du voisinage dans quelques cas d'œdème de la papille. Quand ce liséré des vaisseaux existe chez les paralytiques, on le trouve en général dans les deux yeux; toutefois, dans quelques cas, il peut manquer dans l'un des yeux et même ne se montrer que sur un seul vaisseau.

L'œdème péripapillaire a aussi des caractères particuliers, il est brunâtre et présente quelquefois un reflet comme gélatineux. Il n'obscurcit pas en général le contour de la papille, il laisse un petit espace libre entre lui et le bord papillaire; il n'est pas toujours continu et quelquefois même il ne se montre que dans un tiers ou un quart de la périphérie de la papille. Les vaisseaux au niveau de ce cercle œdémateux forment un petit crochet et sont à ce niveau quelquefois un peu masqués. L'anémie papillaire avec l'atrophie de la papille sont des lésions peu fréquentes et qui se montrent avec les caractères que M. Galezowski a si bien décrits.

Nous avons trouvé dans quelques cas une congestion de la papille avec teinte rosée et aspect un peu trouble, dilatation des artères et surtout des veines, de plus apparition plus nette des petits vaisseaux péripapillaires. Cette hypérémie s'est montrée chez des paralytiques à la première période; c'est sans doute le premier degré du travail morbide qui aboutit plus tard à l'anémie et à l'atrophie.

(*La suite prochainement.*)

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(1) *Union médicale*, août 1866. Galezowski, *Sur les altérations de la papille et du nerf optique dans les maladies cérébrales.*

DES EFFETS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS DES EAUX-BONNES

Dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Par M. le Dr LEUDET, *médecin aux Eaux-Bonnes.*

(Lecture faite à la Société de médecine de Paris.)

. . . .

Les phénomènes présentés par le phthisique qui prend ou a pris les Eaux-Bonnes, sont de deux ordres : les uns sont immédiats ou *physiologiques*, les autres médiats, éloignés ou *thérapeutiques*. Ces deux ordres de phénomènes sont de même nature, c'est-à-dire que, déterminés par le même médicament, ressentis par le même individu, ils concluent au même résultat. La meilleure preuve de cette identité de nature est fournie par ce fait qui n'est pas rare, à savoir l'absence totale d'effets physiologiques chez un malade, qui n'en éprouvera pas moins les effets thérapeutiques. Les premiers, ou effets physiologiques, ne sont donc pas nécessaires pour que les effets thérapeutiques se produisent. Les effets physiologiques ou immédiats, quand ils sont perçus par le malade, sont déjà par eux-mêmes curatifs. Je ne parle pas ici des phénomènes de la saturation thermale, qui sont tout autre chose. Je parle de ces effets d'excitation générale et locale, que cause, assez souvent, l'Eau-Bonnes ingérée, et qui sont déjà la preuve d'une action salutaire ressentie par l'organisme entier et par l'organe plus particulièrement malade. Eh bien! ces effets d'excitation immédiate ne peuvent, je le répète, être séparés des effets thérapeutiques proprement dits; ils en sont la première manifestation.

Ce n'est que pour la commodité de la description que l'on sépare ces deux ordres de phénomènes. La suite de mon travail développera cette idée et montrera combien se confondent les effets immédiats et les effets éloignés de toute médication, et de la médication sulfureuse en particulier.

Les effets physiologiques des Eaux-Bonnes, observés pendant la cure thermale elle-même, se traduisent par des modifications fonctionnelles imprimées à la partie malade et à l'organisme entier. Toute l'économie est, en effet, plus ou moins troublée par les Eaux-Bonnes. Je m'appesantirai davantage sur les phénomènes qui se passent du côté du poumon, c'est-à-dire sur les modifications imprimées à la toux, à l'expectoration, à la dyspnée, et surtout aux signes fournis par l'auscultation et la percussion.

Toux. — En général, la toux augmente de force et de fréquence dans les premiers jours de la cure. Le malade se plaint, en même temps, d'un peu plus de chaleur et d'ardeur dans la poitrine. Si la toux était sèche, elle devient plus grasse. Vers le douzième ou quinzième jour, la toux perd de son intensité et de sa fréquence; quelquefois, elle disparaît complétement.

Expectoration. — L'expectoration suit à peu près les mêmes phases que la toux. Elle n'est cependant pas, d'ordinaire, aussi vite accrue. Ce n'est que vers le huitième jour que les crachats deviennent plus abondants, moins visqueux, moins adhérents, plus aérés et plus muqueux. C'est un fait à peu près général : les malades, au bout de quelques jours de traitement, se félicitent d'expectorer avec une facilité plus grande. Vers le quinzième jour, comme pour la toux, l'expectoration diminue beaucoup, sans jamais disparaître complétement.

Dyspnée. — La dyspnée si habituelle du phthisique est, en général, exagérée dès le début du traitement, surtout lorsque chez lui existe de l'asthme, affection si fréquente parmi les clients des Eaux-Bonnes. Les malades se plaignent d'être essoufflés, de ne plus pouvoir monter à la buvette avec la même facilité.

Cet essoufflement est quelquefois tel dès les premiers jours de la cure, que nous sommes forcés de suspendre la boisson. Le repos seul pendant un ou deux jours, ou le repos aidé d'un vomitif, et le malade reprend l'Eau-Bonnes sans avoir à craindre de nouveau cette exacerbation de sa dyspnée.

Signes stéthoscopiques. — Les signes révélés par la percussion et l'auscultation subissent, pendant la cure thermale et souvent très-vite, des modifications très-intéressantes qui m'arrêteront plus longtemps.

Certains malades arrivent à Bonnes avec les symptômes d'une maladie pulmonaire douteuse, mal dessinée, incomplète dans ses manifestations. Ils toussent et s'enrhument tous les hivers; ils sont

faibles et maigrissent; leur appétit est capricieux, leur humeur est changée. Ils ont ou n'ont pas de phthisiques dans leurs ascendants. On les ausculte avec soin, et voici ce que l'on constate : une diminution du son aux *deux* sommets de la cage thoracique (ce n'est pas une véritable matité), et une respiration faible, presque nulle, également faible et nulle *des deux côtés* de la poitrine. Impossible de surprendre un changement de rythme dans ce murmure vésiculaire qu'on entend à peine, à plus forte raison de constater un râle ou une bulle : rien autre chose que cette faiblesse extrême de la respiration et cette sonorité amoindrie des régions sous-claviculaires et sus-scapulaires *des deux côtés* du thorax.

Ces malades là sont-ils phthisiques? L'Eau-Bonnes va nous aider à répondre.

Ces malades boivent les Eaux-Bonnes depuis une huitaine de jours seulement; je les percute et les ausculte pour la deuxième ou troisième fois, et tout a déjà disparu. Le murmure vésiculaire a pris de la force, est normal des deux côtés; la sonorité est bonne.

Comment expliquer ce résultat si prompt, sur la réalité duquel je ne puis me tromper, car je l'ai constaté bien souvent? Par ce seul fait que l'Eau-Bonnes étant, par excellence, le médicament tonique du poumon, a rendu aux alvéoles pulmonaires des lobes supérieurs leur énergie et leur contractilité propres.

Pour moi, en effet, les malades auxquels je fais allusion ne sont pas tuberculeux, et les doutes que je pouvais avoir n'existent plus à mon deuxième examen; car si les signes qui pouvaient faire admettre la présence des tubercules ont disparu par l'effet de l'Eau-Bonnes, celle-ci ne leur a pas substitué d'autres bruits morbides caractéristiques de la phymatose pulmonaire. Nous verrons tout à l'heure des cas dans lesquels l'Eau-Bonnes révèle véritablement le tubercule, point sur lequel a insisté avec soin mon confrère, le docteur Édouard Cazenave. Mais ici, rien de semblable : aucun signe nouveau n'a pris la place des signes disparus. La respiration faible, presque nulle, et le son amoindri des *deux* sommets n'existent plus, et pendant toute la durée de la cure, il n'est pas possible de saisir chez ces malades le moindre signe de tuberculisation commençante. Ces malades engraissent, ne toussent plus, reprennent vite et complétement leurs forces et perdent leur déplorable facilité à contracter des rhumes.

S'ils ne sont pas tuberculeux, que sont-ils donc? Pour moi, ce sont des bronchitiques et des catarrheux, qui côtoient la phthisie durant toute leur vie sans jamais y tomber. Sous l'influence de bronchites répétées, et par le fait de leur faiblesse générale et aussi de la faiblesse native de leurs organes respiratoires, ils ont, aux deux sommets de leur poumon, une sorte de tassement des vésicules, d'affaissement des alvéoles, qui fournit les signes stéthoscopiques notés avant la cure. L'Eau-Bonnes, par son action élective sur l'organe pulmonaire et par sa propriété spéciale excitante et tonique, fait cesser cet affaissement vésiculaire, cette espèce d'état fœtal du poumon, et redresse ainsi le diagnostic faux et le pronostic fâcheux qui auraient pu être portés.

Il est d'autres malades, en plus grand nombre que les précédents, qui viennent nous consulter avec des symptômes manifestes, mais encore peu accusés, de phthisie pulmonaire. Ils ont des antécédents héréditaires ou personnels, qui, depuis longtemps, font redouter au médecin qui les soigne une explosion tuberculeuse. Ils ont offert, il y a un ou deux ans, et offrent encore quelques phénomènes morbides plus ou moins graves du côté des fonctions de la respiration, des hémoptysies répétées, par exemple. A la percussion et à l'auscultation, ils ne fournissent pourtant que des signes peu marqués : de l'obscurité relative du son à un sommet, de la douleur sous le doigt qui percute, une respiration faible, inégale, saccadée dans le même point, une expiration prolongée; mais aucun bruit morbide mêlé à cette respiration altérée dans sa force et dans son rythme, pas un râle; avec cela, une santé et des forces à peu près intactes.

Ces malades-là sont phthisiques, et on a bien fait de les diriger vers nos eaux. Il se passe d'ailleurs chez eux, dès le début du traitement, des changements remarquables du côté de leur poumon si justement soupçonné, changements qui affirmeront la réalité du diagnostic porté.

C'est ainsi qu'il m'arrive souvent, lorsque j'ausculte de nouveau ces malades après le premier septenaire de leur cure, de ne plus retrouver cette matité relative et cette faiblesse respiratoire d'un sommet, que j'avais notées à mon premier examen. La paroi thoracique résonne alors aussi bien du côté malade que du côté sain, et le murmure vésiculaire s'est égalisé aux deux sommets.

Que s'est-il passé là? Comment expliquer la disparition des signes physiques, qui ne font que traduire la lésion même du poumon? Cette lésion a-t-elle aussi disparu? Non, la lésion pulmonaire n'a pas disparu, et elle se traduira bientôt à mes sens par d'autres phénomènes stéthoscopiques, que l'Eau-Bonnes n'aura pas été étrangère à dévoiler. Mais ce que l'Eau-Bonnes a fait, c'est de donner plus de vitalité, plus de force, plus d'énergie à ce poumon malade. En rendant plus active la circulation vasculaire sanguine du poumon, en excitant et stimulant les vaisseaux pulmonaires, en irritant à sa manière ce poumon déjà irrité, elle a rendu l'afflux sanguin moins considérable, elle a donné aux vaisseaux pulmonaires et bronchiques une activité suffisante pour s'opposer au cours trop abondant du sang, et elle a détruit l'infarctus sanguin, qui allait se faire, ou était déjà fait, dans un point de la trame pulmonaire. — Le poumon n'étant plus congestionné et irrité, les signes qui dénotent l'existence de l'irritation et de la congestion ne doivent plus exister.

Congestions du sommet des poumons. — Ici se place une question très-grave et très-importante, que je ne veux pas traiter à fond, mais dont je dirai quelques mots.

Puisque cette congestion d'un sommet du poumon a disparu si complétement et si vite, ne pourrait-on pas dire que cette congestion est *primitive*, et qu'elle n'est nullement symptomatique des tubercules, cette lésion si stable et si peu éphémère? Cette opinion a été en effet soutenue dans un mémoire intéressant de M. le docteur René Briau. J'avoue ne pas partager l'opinion de mon confrère. MM. Hérard et Cornil, dans leur livre sur la phthisie pulmonaire, ont fait valoir contre cette opinion des arguments qu'il est inutile de rapporter ici. Les faits bien établis de tuberculisation pulmonaire rendent parfaitement compte des symptômes et de la marche des cas publiés et analysés par M. le docteur Briau, et il n'est pas besoin de créer une nouvelle entité morbide pour les expliquer. Pour moi, ces faits de congestion, d'irritation, d'inflammation pulmonaires, localisées dans les lobes supérieurs du poumon, avec conservation chez l'individu malade d'un état de santé satisfaisant et de forces à peu près intactes, rentrent tous dans le cadre de la tuberculose. S'ils ne ressemblent pas aux cas ordinaires de la phymatose pulmonaire, il faut en chercher la raison, non pas dans ce fait que l'Eau-Bonnes les guérit vite, mais dans cette loi pathologique, féconde entre toutes, pour la phtisie pulmonaire, que des associations morbides étrangères à la diathèse tuberculeuse impriment à celle-ci une marche spéciale et des terminaisons diverses. Ainsi cette congestion, que le traitement thermal a si vite dissipée, est pour moi *tuberculeuse* au même titre que le sera elle-même cette inflammation, qui tout à l'heure pourra frapper ce même poumon malade. Cette congestion, en effet, n'est souvent que le premier symptôme du travail diathésique qui envahit le poumon; elle est donc de même nature que ce travail. Irritation vasculaire qui fait la congestion, et irritation plasmatique qui fait le tubercule, sont deux processus pathologiques inséparables l'un de l'autre; ils naissent, vivent et meurent ensemble. C'est encore une grande loi de physiologie pathologique, qu'a développée mon maître, M. Pidoux, dans ses *Fragments sur la pneumonie chronique*, avec une puissance et une profondeur de vues qui défient la critique.

Et puis, comme je le disais tout à l'heure, l'Eau-Bonnes a bien fait disparaître les signes physiques que je constatais au début de la cure; mais en rendant la place *nette*, pour ainsi dire, elle me permet bientôt de découvrir d'autres bruits qui m'échappaient, bruits plus caractéristiques, qui sont activés ou engendrés par elle. Le poumon fortifié, rendu plus vivant, me laisse entendre une respiration forte, presque bronchique, une respiration soufflante et prolongée, un craquement, quelquefois un éclat, une déchirure de bulle; bruits bien limités, il est vrai, mais qui donnent au diagnostic une valeur et une portée qu'il ne possédait pas. — C'est dans ces cas que l'Eau-Bonnes est véritablement *révélatrice* du tubercule, comme l'a très-bien dit M. le docteur Cazenave. Elle révèle le néoplasme, non-seulement comme le pense mon confrère, en faisant disparaître la congestion péri-tuberculeuse, et laissant le tubercule *seul*, qui se traduirait alors à l'oreille par ses bruits propres, ce qu'il est incapable de faire. Mais elle le révèle bien mieux et plus sûrement par les bruits nouveaux qu'elle substitue aux anciens, nouveaux bruits qui résultent du travail qu'elle produit dans les vésicules pulmonaires et les radicules bronchiques, enveloppant et contenant le tubercule. L'action pathologique des Eaux-Bonnes se traduit ici par l'activité salutaire qu'elles donnent aux vaisseaux et par l'inflammation *saine* qu'elles substituent à cette inflammation *malsaine* et *spéciale*, qui est la tuberculose elle-même dans sa manifestation pulmonaire.

Je me suis étendu sur ces points de physiologie pathologique, parce qu'ils font déjà comprendre la façon d'agir de l'Eau-Bonnes, et que déjà ils dénotent son action élective sur le poumon, action excitante et substitutive qu'il me paraît difficile de nier.

Je n'oublie pas cependant que j'examine en ce moment les modifications apportées par le traitement thermal aux signes stéthoscopiques de la phthisie pulmonaire. Jusqu'ici ces signes étaient peu accusés; c'étaient ceux du premier degré, selon l'École. Je passe à d'autres malades qui présentent à l'auscultation des symptômes plus marqués, ceux du deuxième et du troisième degré.

Il existe des râles muqueux plus ou moins gros, quelquefois un véritable gargouillement, au sommet d'un poumon, dans une étendue plus ou moins grande de ce poumon, ou même dans les lobes supérieurs des deux poumons. Quels phénomènes va déterminer l'agent sulfureux dans cet organe si profondément lésé? Des phénomènes d'excitation et de substitution, comme ceux dont j'ai parlé plus haut, phénomènes qui se traduiront également par des modifications dans les bruits perçus avec le stéthoscope.

En général, pendant la cure thermale, tous ces râles humides augmentent de force et se généralisent. Mais si ces râles deviennent plus nombreux et plus gros, il arrive assez souvent qu'ils perdent ce timbre dur, *déchiré*, propre aux bruits caverneux, et qu'ils deviennent moins éclatants, plus moëlleux, plus muqueux, plus bronchiques, en un mot. Plus tard, à la fin de la cure, ou mieux quelques mois après cette cure, on voit se produire les modifications suivantes : là où l'oreille la plus attentive n'entendait que des bruits bullaires, masquant entièrement la respiration; là où le gargouillement ne permettait pas de percevoir le moindre bruit respiratoire, vésiculaire ou bronchique, il survient comme un apaisement de ces râles humides, et à la place de ceux-ci, l'oreille distingue une respiration plus ou moins sèche, bronchique et soufflante, comme si l'Eau-Bonnes, ayant mûri ce catharre de nature tuberculeuse, avait séché ces cavernes, arrêté le travail néoplasique, et débarrassé le poumon d'une phlegmasie funeste.

Nous verrons tout à l'heure les effets consécutifs de la cure thermale sur ces formes anatomiques de la phthisie pulmonaire, et les changements éloignés dans les signes stéthoscopiques qui en résultent. Mais avant de terminer ce qui a trait aux modifications immédiates imprimées par l'Eau-Bonnes aux différents symptômes fournis par le poumon lui-même, disons un mot de l'hémoptysie.

Hémoptysie. — Les Eeaux-Bonnes provoquent des hémoptysies; le fait ne peut être nié. Mais si en invoquant cette propriété de l'Eau-Bonnes de faire cracher le sang, on s'en fait une arme contre l'efficacité de nos Eaux dans la phthisie pulmonaire, on méconnaît la réalité et la puissance de leur action. Cette action, comme je l'ai déjà fait voir à l'occasion de ces congestions inflammatoires du sommet des poumons, est excitante et substitutive, c'est-à-dire qu'elle détruit la fluxion sanguine en exagérant la contractilité et la vitalité des vaisseaux, et qu'elle substitue plus tard à cette fluxion sanguine de mauvaise nature, tuberculeuse ou autre, une fluxion plus saine qui rétablit la nutrition pulmonaire dans sa fonction physiologique. Or, si je ne crains pas d'irriter avec l'Eau-Bonnes cette inflammation spéciale, cette pneumonie tuberculisante; si je cherche au contraire à la détruire avec cette médication active, pourquoi craindrais-je de manier le même médicament pour l'opposer à l'hémoptysie, qui n'est elle-même, après tout, qu'une fluxion sanguine sur le poumon, comme le dit très-bien M. Pidoux? Seulement, cette fluxion sanguine, au lieu de conclure à un processus inflammatoire, s'organisant dans la trame pulmonaire, conclut à une évacuation sanguine qui, par elle-même, est certainement moins dangereuse qu'une pneumonie.

Une hémopthysie serait-elle, en effet, plus à redouter chez le phthisique qu'une pneumonie? Je ne le pense pas.

Je ne m'effraye pas d'une bronchite aiguë, d'une broncho-pneumonie, que pourra contracter mon malade sous l'influence du traitement thermal, pendant qu'il prend les eaux, ou deux ou trois mois après qu'il les aura prises. Pourquoi donc m'effrayer d'une hémoptysie que le même médicament a provoquée dans la même maladie?

La phymatose pulmonaire marcherait-elle plus vite, serait-elle aggravée après ce crachement de sang déterminé par l'eau minérale? Non, certes. Je l'ai vue s'arrêter, au contraire, après ce phénomène que l'on pourrait alors appeler *critique*, car loin d'activer la maladie, l'hémorrhagie est le signal d'un arrêt, d'un retour vers une santé meilleure, d'une réparation graduelle dans la lésion du poumon.

Qu'il me soit permis, car le sujet en vaut la peine, de citer le fait suivant à l'appui de ma thèse.

(La suite au prochain numéro.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 12 mai 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1867, dans les départements de la Dordogne, des Ardennes et de l'Aisne. (Comm. des épidémies).

2° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Balaruc (Hérault), par M. le docteur Crouset; de Salies (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Nogaret. (Comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une note de M. Guilloux, interne à l'hospice de Saint-Meen, à Rennes, sur un procédé de ligature des artères ossifiées. (Comm., MM. Richet et Demarquay).

M. le Secrétaire perpétuel donne communication d'une lettre dans laquelle M. Foulquier, gendre de M. le docteur Poujol, explique et justifie la circulaire dont il a été question à l'occasion de l'un des rapports de M. Gubler dans la dernière séance.

M. Blot présente, de la part de M. le docteur Larcher, une brochure intitulée : *De l'Hypertrophie normale et temporaire du cœur liée à la gestation.*

M. Larrey présente en son nom : 1° les rapports extraits des archives de la Commission scientifique du Mexique, sur un mémoire de MM. Lucio et Alvarado, concernant le mal de Saint-Lazare, ou *elephantiasis* des Grecs; et sur la *Gazette médicale de Mexico*.

M. le Président annonce que deux vacances sont déclarées ouvertes, l'une dans la section de médecine opératoire, l'autre dans la section de pharmacie.

L'ordre du jour appellerait la suite de la discussion sur la tuberculose; M. le Président demande à M. Bouillaud s'il est prêt à prendre la parole.

M. Bouillaud exprime le désir de ne prendre la parole qu'après le résumé de M. Colin, qui a des faits nouveaux à faire connaître.

M. Colin, de son côté, voudrait ne parler que le dernier, afin de n'avoir pas à rentrer encore dans la discussion après son résumé, dans lequel il se propose de répondre en même temps à tous les orateurs. Il n'est d'ailleurs pas prêt encore, ses expériences n'étant pas terminées.

En conséquence, la discussion est encore ajournée.

RAPPORT.

Constitution chimique de la manne en larmes. — M. Gobley, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Boudet, lit un rapport sur le travail de M. Buignet, relatif à la constitution chimique de la manne en larmes.

M. Buignet, dans le mémoire qu'il a présenté à l'Académie, dit M. le rapporteur, jette un jour entièrement nouveau sur la composition intime de la manne. En analysant un échantillon de manne qui présentait une apparence toute particulière, M. Buignet est arrivé à y reconnaître l'existence d'une matière sucrée composée de deux sucres, du sucre de canne et du sucre interverti. L'énergie avec laquelle cette matière dévie vers la droite, le plan de la lumière polarisée a paru à M. Buignet la rapprocher de la dextrine qui tire son nom de cette propriété remarquable. L'expérience lui a démontré en outre que comme la dextrine, elle peut se changer en sucre sous l'action prolongée des acides et des ferments. La dextrine de la manne possède toutes les propriétés de la dextrine ordinaire. Elle a le même pouvoir rotatoire et les mêmes aptitudes vis-à-vis des dissolvants; elle offre les mêmes propriétés physiques et chimiques.

En résumé, dit M. le rapporteur, après avoir présenté une analyse détaillée du mémoire de M. Buignet, la détermination exacte de la matière sucrée contenue dans la manne et la découverte de la dextrine dans ce produit naturel, sont des faits d'une grande importance. Vos commissaires ont reconnu la parfaite exactitude des expériences de M. Buignet, et ils ont retrouvé dans les recherches nouvelles qu'il a soumises au jugement de l'Académie, les caractères d'habileté et de précision qui distinguaient ses précédents travaux. Ils proposent de remercier M. Buignet de son intéressante communication et de renvoyer son mémoire au comité de publication. (Adopté.)

LECTURES.

M. Bouvier termine la lecture qu'il a commencée dans la dernière séance.

Nous regrettons de ne pouvoir donner un compte rendu de ce travail dont le manuscrit n'a pas été laissé au secrétariat.

Distribution géographique des infirmités en France.

M. Lagneau donne lecture d'un travail ethnologique sur la distribution géographique de certaines infirmités en France.

Dans ce travail, accompagné de plusieurs cartes, après avoir rappelé que MM. J. Guérin, Velpeau, Legouest, Chauffard ont déjà signalé quelques différences médicales et chirurgicales entre les populations de l'Europe, indique les différents peuples Aquitains, Ligures, Gallo-Celtes, Belges, Francs, Burgundes, Normands, etc., qui concourent anciennement à la formation de notre nation.

S'appuyant sur les travaux statistiques de MM. Boudin, Sistach, De-

val et autres, il montre avec M. Broca la concordance remarquable qui existe encore actuellement entre les variations dans la taille des conscrits et la situation géographique de ces anciens peuples.

Passant successivement en revue les séries statistiques relatives à la répartition des jeunes gens exemptés pour myopie, mauvaise denture, hernies, varices et varicocèles, il fait voir que les populations des départements bretons et des départements du centre, deux régions anciennement habitées par les Gallo-Celtes, se distinguaient de celles de la plupart des autres départements de la France, non-seulement par leur proportion considérable d'exemptés pour défaut de taille, mais aussi par leur proportion minime d'exemptés pour infirmités, tandis que les départements du midi, en partie peuplés de descendants d'Aquitains et de Ligures, présentent beaucoup de myopes, que les départements correspondants à l'ancienne Gaule-Belgique comptent une assez grande proportion de myopes et d'individus atteints de carie dentaire; enfin que les départements de la région envahie au dixième siècle par les Normands, quoique dans des conditions géographiques et climatologiques analogues à celles de la Bretagne, se font remarquer par leurs proportions très-considérables de jeunes gens exemptés pour mauvaise denture, hernies, varices et varicocèles.

(Comm. MM. Béclard, Larrey et Broca). La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 29 avril 1868. — Présidence de M. Legouest (1).

—

DISCUSSION.

M. Chassaignac. Il y a longtemps que des faits, consignés dans nos Bulletins, prouvent que, dans beaucoup de cas, on croit percevoir la sensation véritable de la fluctuation, alors cependant qu'il n'y a pas de liquide dans les points soumis à l'exploration. Il ne faut donc pas dire que la fluctuation est un signe pathognomonique de la présence d'un liquide.

Dans le cas de lipôme, c'est lorsque celui-ci siége dans une région où il est fortement bridé, que l'on perçoit la sensation de fluctuation.

On conçoit assez facilement que, dans certains lipômes, on puisse observer un certain bruissement. Il suffit que, dans le voisinage, quelques gaînes tendineuses soient légèrement enflammées.

Je saisis cette occasion pour dire que, dans les cas de kystes synoviaux, ce n'est pas le froissement des grains rigiformes les uns contre les autres qui donne naissance au bruissement que l'on perçoit alors, mais bien le passage de ces grains à travers une ouverture étroite. J'ai pu m'assurer de ce fait en pratiquant une autopsie, dont j'ai autrefois donné la relation devant la Société.

Un individu avait un kyste synovial dans lequel on pratiqua une injection iodée; la guérison s'en suivit. L'année suivante, il mourut à l'Hôtel-Dieu à la suite d'une maladie du cœur. Je retrouvai, dans une des portions du kyste, des grains rigiformes; ceux-ci ne passaient plus par une ouverture étroite, et la sensation spéciale de froissement n'avait plus lieu.

M. Tillaux. J'ai vu chez M. Gosselin, en 1859, un malade qui présentait de l'analogie avec celui de M. Trélat. Au niveau d'un des tendons fléchisseurs de la main, il existait une tumeur molle, fluctuante, non accompagnée de froissement. On pensa à un kyste, c'était un lipôme.

M. Boinet. L'opinion de M. Chassaignac est trop absolue. La même sensation que l'on constate dans le cas de kyste synovial, peut être perçue lorsqu'il existe un lipôme; on ne peut plus cependant invoquer le passage d'un corps étranger par une ouverture étroite. Il faut donc chercher une autre explication.

Dernièrement, j'ai opéré un lipôme situé sur le dos de la main. La crépitation m'avait fait croire à l'existence d'un kyste. La fluctuation me paraissait évidente. Je pratiquai une ponction sans résultat.

M. Chassaignac. Je ne dis pas qu'il ne peut y avoir de bruit semblable à celui dont il s'agit que dans les cas de grains rigiformes, mais j'explique le mécanisme d'après lequel il se produit lorsqu'il existe des grains rigiformes.

Je crois que la sensation éprouvée par M. Boinet et moi, pendant l'exploration de quelques lipômes, doit être attribuée à ce que ces tumeurs sont extrêmement mobiles; en conséquence, la surface de ces tumeurs est facilement déplaçable sur les parties sous-jacentes; or, comme elles sont lobées, on comprend que ces déplacements donnent lieu à une crépitation, surtout s'ils ont lieu au niveau d'une série de tendons ou de petites brides fibreuses.

M. Desprès. Je partage l'avis de M. Trélat et de M. Chassaignac; mais je ferai remarquer que M. Morel-Lavallée a présenté de nombreux exemples de lipômes crépitants. Il a prétendu que la crépitation était due aux frottements des grains du lipôme les uns contre les autres.

Relativement au fait de M. Boinet, je dirai que les kystes synoviaux sont généralement très-tendus, et que la fluctuation y est beaucoup moins perceptible que dans les lipômes.

M. Larrey. Je ferai observer à M. Desprès que toutes ces observations ont été très-complétement consignées dans la thèse de concours de notre regretté collègue Michon.

COMMUNICATION.

M. Guéniot communique la note suivante :

Singulier phénomène de dentition, ou élimination spontanée des deux incisives moyennes supérieures chez un nouveau-né.

Le 10 avril dernier, un enfant de 9 jours, bien conformé, d'un développement ordinaire et du sexe masculin, fut apporté dans mon service, à l'hospice des Enfants-Assistés, avec les symptômes suivants :

La lèvre supérieure, tuméfiée, rouge et douloureuse dans ses deux tiers moyens, était le siége d'une inflammation phlegmoneuse qui avait manifestement pour point de départ une lésion de la gencive. Celle-ci, en effet, dans le point correspondant à la première incisive gauche, était en partie mortifiée, et des détritus gangréneux, noirâtres, intéressaient la muqueuse gingivale dans une étendue de 15 millimètres, à partir du filet labial. Le bulbe de l'incisive médiane, mis à nu par la chute de la dent, qui avait eu lieu dès la veille, faisait une saillie volumineuse dans cette plaie sanieuse et irrégulière. Il était plus gros qu'une lentille, d'un rouge-brun foncé, turgide, linguiforme et modérément sensible. Rien de semblable n'existait du côté droit, et tout le reste du bord gingival soit supérieur, soit inférieur, se trouvait dans des conditions normales.

Quelle pouvait être la cause d'un phénomène aussi singulier? Etait-ce la gangrène qui avait produit la dénudation de la dent, puis determiné sa chute; ou bien, au contraire, n'était-ce pas un travail tout à fait anormal d'*élimination* de cette incisive, qui avait provoqué la mortification de la muqueuse? Malgré la pénurie des renseignements, il me semblait peu probable que l'enfant eût subi, dans la région malade, quelque traumatisme propre à expliquer l'existence de la gangrène. D'ailleurs, cette étiologie ne pouvait rendre compte de tous les symptômes constatés. Ainsi, la gangrène était trop superficielle pour avoir pu atteindre une dent qui se serait trouvée profondément cachée dans la gouttière alvéolaire; de plus, le bulbe dentaire faisait une telle saillie sur le bord de la gencive mortifiée, qu'il était évident qu'un travail d'élimination avait dû favoriser sa propulsion. Le petit malade, né à l'hôpital des Cliniques d'une mère qui mourut de péritonite le quatrième jour de ses couches, avait toute la surface du corps en pleine desquamation épidermique; ses glandes mammaires, un peu tuméfiées, fournissaient à la pression quelques gouttelettes de lait; l'ombilic n'était pas encore complétement cicatrisé, et les parties génitales étaient le siége d'un érythème qui s'étendait jusqu'au milieu des cuisses. Quoique paraissant avoir souffert dans sa nutrition, l'enfant n'était ni inquiet, ni difficile, et, à défaut de nourrice, il prenait volontiers le biberon. Dans ces conditions, il me parut que la chute de l'incisive était vraisemblablement la conséquence d'une inflammation du bulbe dentaire, et que la gangrène de la gencive était le résultat, plutôt que la cause, d'un tel phénomène.

Cette interprétation, toutefois, restait jusque là contestable; mais elle reçut bientôt une évidente confirmation.

En effet, dès le lendemain, 11 avril, je pus assister à l'évolution d'un même travail d'élimination portant sur la dent voisine, c'est-à-dire sur l'incisive moyenne droite supérieure. La gencive correspondante faisait une saillie anormale et formait une tumeur grosse comme un pois, qui repoussait à gauche le filet labial.

Le 12, cette tumeur avait un peu augmenté de volume, la gencive était rouge, enflammée et déjà percée en un point par l'angle interne du bord de la dent. Enfin, le 13 au matin, celle-ci tomba d'elle-même après avoir traversé la gencive, laissant à nu un bulbe volumineux, brunâtre, exactement semblable à celui de la première dent expulsée, et, comme lui, modérément sensible. Il était saillant sur la gencive et se trouvait, en quelque sorte, étranglé à sa racine par l'ouverture de cette dernière. Il offrait ainsi une frappante analogie avec les premiers rudiments d'une plante, lorsque celle-ci vient de rompre les enveloppes de sa graine et qu'elle commence à s'épanouir au dehors. Le point précis de la petite plaie gingivale ne correspondait pas au milieu de l'épaisseur du bord alvéolaire, mais bien à l'angle antérieur de ce bord qui, chez le nouveau-né, est mince et comme tranchant. Dès le 14, c'est-à-dire vingt-quatre heures après la chute de la dent, le bulbe, si volumineux la veille, avait complétement disparu, et l'ouverture de la gencive ressemblait à une très-petite fente linéaire. Il ne s'était produit, cette fois, aucune mortification, à l'exception de celle du bulbe qui, sans doute, se détruisit ainsi par gangrène. Je ne découvris non plus, à aucun moment, des traces de suppuration.

Quant à la plaie gangréneuse résultant de l'élimination de la première dent ou incisive gauche, quoique compliquée et beaucoup plus étendue que la précédente, elle se comporta néanmoins avec une grande simplicité.

Trente-six heures après la chute de la dent, le bulbe avait disparu sans laisser de vestiges; des cataplasmes de fécule, appliqués sur la lèvre, enlevèrent promptement l'inflammation dont elle était le siége, et la plaie gingivale se détergea avec rapidité, mais seulement après que l'incisive droite fut tombée.

Bref, le 16 avril, la guérison me parut assez avancée pour que l'enfant pût être abandonné aux seuls soins d'une nourrice, et je signai son départ pour la campagne.

Les deux dents expulsées, ainsi qu'on peut le voir, sont rigoureusement configurées sur un même type. Elles sont symétriquement semblables, et elles ne diffèrent nullement des dents de nouveau-né encore cachées dans la profondeur de l'alvéole. Complétement dépourvues de racine, elles sont réduites à la couronne, qui est largement excavée. Elles représentent ainsi deux coques solides composées d'ivoire et revêtues, dans leur moitié libre, d'une mince couche d'émail (*chapeaux de dentine*).

J'ignore si des faits semblables au précédent se trouvent déjà consignés dans la science; la chose est assurément probable. Mais si l'on excepte les cinq cas publiés par M. le docteur Thore, dans la *Gazette médicale de Paris*, année 1859, qui s'en rapprochent sous beaucoup de rapports, les observations doivent en être d'une extrême rareté, car les auteurs spéciaux que j'ai consultés n'en renferment pas même d'analogues. Mon collègue de l'hôpital, M. Parrot, à qui j'ai fait voir le petit malade, ne connaît aucun cas de ce genre, et M. le docteur Magitot, malgré ses études sur la matière, n'en connaît pas non plus qui lui soient comparables. Des cinq faits brièvement relatés par M. Thore, quatre consistent dans une élimination de dents incisives, chez des enfants âgés d'un mois ou de six semaines, qui tous ont succombé à des affections viscérales. L'autopsie permit de constater l'absence de tout bulbe dentaire dans les alvéoles malades. Chez le cinquième enfant, âgé seulement de 15 jours, deux incisives supérieures furent expulsées avec leur bulbe à la suite d'une sorte d'abcès alvéolaire qui, pendant très-longtemps, fournit une suppuration à travers la narine gauche. On voit que, dans les quatre premiers cas, une maladie viscérale compliquée d'affection buccale, et, dans le cinquième, une lésion locale grave, peuvent expliquer assez bien l'inflammation du bulbe, la chute de la dent et les désordres plusieurs fois constatés de l'os maxillaire.

Chez mon petit malade, il n'en est plus ainsi. La lésion était isolée, indépendante de toute affection viscérale et, une fois les deux dents éliminées, les plaies ont marché rapidement vers la cicatrisation. L'évolution complète du travail d'expulsion, bien constatée pour la seconde dent, ne permet guère de douter qu'il s'agisse là d'une véritable élimination des deux incisives moyennes supérieures, élimination spontanée ayant la plus grande ressemblance avec celle d'un corps étranger accidentellement introduit dans les tissus. Le gonflement et l'inflammation du bulbe paraissent avoir été les agents immédiats de cette expulsion. Quant à la cause de l'inflammation du bulbe, je suis porté à penser qu'elle résulte d'une hétérotopie, ou situation anormale du germe en dehors de la gouttière alvéolaire. En effet, le bulbe dentaire, coiffé de son chapeau de dentine, n'a point fait éruption sur l'épaisseur du bord gingival, mais bien sur l'angle antérieur de ce bord; de plus, la petite tumeur formée par la propulsion de la dent, avant le percement de la gencive, se remarquait sur la face antérieure ou labiale de la muqueuse alvéolaire, et non sur la muqueuse gingivale proprement dite. Superficiellement placé au-dessous de la muqueuse antimaxillaire et en dehors de la gouttière alvéolaire, le bulbe de chacune des incisives aurait donc, d'après cette hypothèse, subi une forte hyperhémie ou même une réelle inflammation pendant la période où s'effectuent, chez le nouveau-né, la mue épidermique et la fluxion lactigène des mamelles.

DISCUSSION.

M. Blot. Il ne faut pas intituler cette note : *Travail singulier de dentition*; il faut dire tout simplement : *périostite alvéolo-dentaire*. De la lecture de M. Guéniot, il résulte pour moi que, dans ce cas, il y a eu un travail pathologique. Il ne s'agit nullement là d'un fait physiologique sortant seulement un peu de la voie ordinaire.

Sur 20,000 enfants nouveau-nés, je n'ai jamais vu de dents. On m'en a montré souvent, mais, je le répète, je n'en ai jamais vu. Sans nier d'une façon absolue ces cas d'éruption précoce des dents, je les crois excessivement rares, et je pense qu'il faut mettre des points d'interrogation devant les faits assez nombreux cités tout à l'heure par M. Guéniot.

Dans son observation, M. Guéniot eût dû nous parler de l'état général de l'enfant.

M. Guéniot. Je ne tiens pas au titre de mon observation; mais je n'en avais pas trouvé de meilleur.

Relativement aux faits d'éruption prématurée des dents chez les nouveau-nés, je ne suis pas plus fixé que M. Blot sur leur réalité. Je suis cependant tenté d'y ajouter foi. Dans les bulletins de la Société de biologie, on trouve une observation d'un enfant de trois semaines ayant *deux dents* bien marquées; or, il ne me répugne pas de croire que ces dents étaient visibles au moment de la naissance.

M. Blot n'a jamais vu un fait de ce genre, sur 20,000 enfants environ soumis à son observation; mais cela ne prouve pas grand chose, car ces faits sont tellement exceptionnels, que leur rareté peut être comparée à celle des grossesses de cinq enfants.

L'état général de l'enfant a été constamment bon, quoi qu'il ait souffert d'un défaut d'alimentation pendant quelques jours; sa mère étant morte à la Clinique d'une péritonite, l'allaitement a été suspendu pendant quatre à cinq jours.

Ce fait diffère de ceux rapportés par M. Thore, en ce que, sur cinq enfants, quatre avaient succombé par suite de lésions viscérales préexistantes et même d'une lésion locale; ici, rien de semblable n'a eu lieu; la gencive se rompt, la dent pousse, meurt, tombe; la gencive se referme, et l'enfant continue à se bien porter.

M. Blot. Il me semble que vous avez dit qu'il y avait eu de la tuméfaction et de la rougeur au niveau de la dent.

M. Guéniot. Sur la face labiale de la gencive, on a observé une petite tumeur, puis, le lendemain, de la rougeur et de la tuméfaction.

M. Forget. Dans le fait de M. Guéniot, il faut voir un arrêt de développement ayant donné lieu à une lésion morbide simple et non un phénomène physiologique. Il ne s'agit pas là d'un cas de dentition prématurée.

Je considère cette lésion comme le premier degré d'une lésion que j'ai décrite dans mon mémoire sur les anomalies dentaires, et dans laquelle l'os incisif est détaché en totalité des deux maxillaires avec deux étages de dents.

M. Chassaignac. Si l'on veut établir le véritable caractère de ces expulsions osseuses prématurées, avant tout il faut voir si, pour expliquer ces faits, on ne trouve pas autre chose qu'un phénomène de dentition physiologique.

Dans le fait de M. Forget, il y a eu de la périostite; dans celui de M. Guéniot, de la gangrène de la gencive. C'est là le point de départ : dans les deux cas, il y a eu maladie première. Ces Messieurs ne peuvent pas établir que c'est dans le germe qu'a eu lieu l'impulsion première du phénomène pathologique.

M. Forget. Je ne suis pas éloigné de voir là un fait d'ensemble; lorsque, dans un os incisif, on voit se développer hâtivement des bulbes dentaires, on peut penser que ce développement prématuré est le point de départ du fait secondaire, l'ébranlement de l'os.

M. Guéniot. Le fait de M. Forget est bien évidemment anormal. M. Chassaignac se demande si c'est le bulbe qui primitivement a été atteint, ou bien, au contraire, si c'est la gangrène de la gencive qui a provoqué la chute de la dent, l'expulsion du bulbe.

J'élimine cette dernière interprétation, parce que la gangrène était trop superficielle pour avoir gagné l'intérieur de l'alvéole, et, de plus, parce que le bulbe était saillant dès le début, ce qui tenait probablement à un travail qui se passait profondément derrière lui.

Le lendemain de la chute de la première dent, j'ai assisté à l'expulsion de la dent voisine. Il n'existait pas de gangrène de la gencive à son niveau, mais peut-être l'inflammation, partant de la gencive voisine, s'était-elle propagée.

PRÉSENTATIONS DE PIÈCES.

Corps étranger de l'oreille.

M. Lefort. Je mets sous vos yeux un corps étranger que j'ai retiré avec beaucoup de peine de l'oreille d'un enfant de 4 ans.

Des tentatives d'extraction avaient été faites en ville par plusieurs médecins.

Les parents croyaient qu'il s'agissait d'un œil de poupée en émail. J'explorai l'oreille, et je constatai qu'avec les pinces de trousse, je ne pouvais approcher du corps étranger.

Après des tentatives très-courtes et infructueuses, je pris la réso-

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

lution, me fondant sur le renseignement donné par les parents, de recourir au procédé suivant : j'introduisis un spéculum de l'oreille et me servis d'un foret, avec l'intention de faire éclater l'œil d'émail. Malgré mes efforts, l'instrument ne mordait pas sur le corps étranger, et je croyais toujours avoir affaire à un œil-d'émail.

Je constatai alors que je pouvais introduire une petite curette sur l'un des côtés du corps étranger.

J'introduisis alors un morceau de laminaria digitata pour dilater le conduit auditif. J'eus soin d'employer une tige d'un calibre inférieur à celui du conduit de l'oreille; la dilatation arriva rapidement, et l'enfant eut quelques vomissements.

Je pus alors arriver plus facilement sur le corps étranger : je pouvais le saisir, mais il m'était encore impossible de l'extraire.

Je pensai alors que j'avais affaire à quelque objet présentant deux diamètres différents, que le diamètre le plus considérable ne se trouvait pas dans l'axe du conduit; avec deux stylets, j'ai fait tourner le corps, et je l'ai alors extrait facilement. C'était une petite tête de poupée en porcelaine.

M. Marjolin. J'ai précisément sur moi un corps étranger que j'ai extrait de l'oreille d'un jeune enfant ces jours derniers : il s'agit d'un morceau de strass coloré.

Quand les corps étrangers sont très-friables, rien de plus facile que d'en avoir raison; mais lorsqu'ils sont durs et lisses, on peut se trouver en présence de véritables difficultés. Les tentatives d'extraction avec les pinces ne donnent pas habituellement de résultat satisfaisant, et peuvent provoquer des désordres très-graves.

On peut essayer avec avantage de passer, derrière le corps étranger, une anse de fil métallique ou de corde à boyau; mais le moyen le plus efficace consiste à faire des injections à l'aide d'une forte seringue ou d'un irrigateur.

M. Guersant. Je rejette toujours l'emploi des instruments qui peuvent devenir la source de graves blessures. Je me contente des injections, mais des injections à courant très-fort.

M. Demarquay. La supposition de la présence d'un corps étranger dans l'oreille peut donner lieu à des manœuvres chirurgicales très-graves. J'ai donné dernièrement des soins à un monsieur qui, se trouvant dans une de nos grandes villes de province, crut s'être introduit dans l'oreille un corps étranger, le bout d'un porte-plume. On fit appeler plusieurs chirurgiens; des tentatives réitérées d'extraction furent pratiquées; le tympan fut perforé, et cependant il n'y avait alors et il n'y avait jamais eu de corps étranger dans le conduit auditif externe.

M. Boinet. Je partage l'opinion de MM. Marjolin et Guersant sur l'efficacité des injections à fort courant.

M. Lefort. J'approuve l'emploi des injections et j'y ai volontiers recours. Dans le cas actuel, il s'agissait d'un corps étranger qui avait été enfoncé par suite de manœuvres exécutées, et autour duquel il était impossible de passer le stylet le plus fin. Dans ce cas, les injections n'auraient pu donner aucun résultat.

PRÉSENTATION DE CALCULS DE LA VESSIE.

M. Demarquay présente une série de calculs enlevés sur deux malades, présentant les particularités suivantes :

Le premier malade, âgé de 53 à 54 ans, souffrait de la pierre depuis dix ans. A l'examen, on constatait qu'il existait un volumineux calcul viscéral. La taille sus-pubienne fut pratiquée sans l'aide de la sonde à dard, qui aurait pu intéresser le péritoine. La pierre elle-même a servi de conducteur : son poids est de 172 grammes. Le malade n'a éprouvé aucun accident péritonéal; il est mort de suppression d'urine.

A l'autopsie, on a constaté une double néphrite purulente et une pyelo-néphrite.

Le second malade, 71 ans, opéré par la taille bilatérale, à cause du volume de la prostate et du nombre des calculs, qui étaient de 51 grammes. Un des calculs avait pour noyau une plume d'oie. Ce malade, qui était affecté de rétention d'urine avant l'opération, n'a point recouvré la faculté d'uriner d'une manière normale. Il urine par regorgement, ce qu'il ne faisait point avant, et cela toutes les heures.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire : Dr Léon Labbé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans sa séance du 12 mai, le Sénat a prononcé l'ordre du jour sur une pétition demandant qu'il soit interdit de faire, dans les écoles vétérinaires, des expériences chirurgicales sur les animaux vivants.

— M. Anatole Dubois, premier médecin adjoint de Vichy, vient d'être nommé inspecteur de Vichy, en remplacement de M. le docteur Alquié, décédé.

— On annonce que M. le professeur Denonvilliers doit occuper par permutation la chaire de clinique chirurgicale actuellement vacante par suite de la mort si prompte du très-regretté successeur de M. Nélaton, M. Jarjavay.

— La Société de médecine de Bordeaux met au concours les questions suivantes :

1° « Caractères qui établissent la viabilité chez les nouveau-nés, au « point de vue de la médecine légale. »

Le prix sera une médaille d'or de 300 francs. Le terme de rigueur du concours est fixé au 31 août 1868.

2° « Action physiologique et thérapeutique de l'alcool. »

Le prix sera une médaille d'or de 300 francs. Le terme de rigueur du concours est fixé au 31 août 1869.

Adresser les mémoires, sous les formes académiques, à M. le docteur Ch. Dubreuilh, rue saint-Victor, 1, à Bordeaux.

— M. le docteur Ed. Langlebert commencera un nouveau cours clinique sur les maladies vénériennes, lundi 18 mai, à deux heures, et le continuera à la même heure les vendredis et lundis suivants, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

Recherches sur la Carie dentaire, par les docteurs Leber et Rotteinstein. 1 vol. in-8° de 130 pages et 2 planches lithographiées. Prix : 3 francs, franco. — Paris, 1868. Chez Adrien Delahaye, éditeur.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 58. — SAMEDI 16 MAI 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 16 MAI 1868. — N° 58.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la Cholestérémie.

Dans un résumé succinct, que nous avons fait tout récemment (numéro du 2 mai), d'un très-remarquable travail de M. le docteur Flint (de New-York), sur une nouvelle fonction du foie, consistant dans la séparation de la cholestérine du sang et son élimination sous forme de stercorine, nous avons dit que nous exposerions en particulier quelques-uns des points cliniques importants qui se rattachent à cette question de physiologie. Tel est l'objet de cet article.

De tout temps les praticiens ont été frappés de l'énorme différence qui existe au point de vue des symptômes, de la marche et de la gravité, entre l'ictère simple et l'ictère grave, et ils se sont demandé d'où pouvait provenir cette différence entre deux états morbides procédant en apparence d'une cause identique.

Les chimistes ont analysé le sang des ictériques dans l'espoir d'en trouver l'explication; mais leur attention ne s'étant portée que sur les sels biliaires et ces sels n'ayant point été trouvés dans le sang, la question est restée indécise.

L'anatomie pathologique a fait un pas en rattachant certains ictères graves à une altération aiguë des cellules du foie. M. Flint vient d'aller plus loin en déterminant expérimentalement la conséquence immédiate de toute atteinte profonde portée à la texture de cet organe, c'est-à-dire l'abolition de la fonction excrétoire, et par suite la rétention dans le sang de l'élément excrémentitiel qu'il est destiné à éliminer, la cholestérine. Voici sur quels faits il s'est appuyé :

Ayant eu l'occasion d'observer en même temps un malade atteint d'une cirrhose du foie, parvenue à la dernière période, accompagnée d'ictère, et un cas d'ictère simple dépendant d'une duodénite, M. Flint a saisi cette occasion pour examiner comparativement le sang et les fèces de ces deux malades.

Il est bon de rappeler d'abord quelles sont les proportions moyennes de cholestérine que contient le sang normal chez des adultes. Elle a été trouvée chez des hommes sains dans les proportions suivantes pour 1,000 parties de sang : chez un homme de 35 ans, 445 centig.; chez un homme de 22 ans, 658 centig.; chez un homme de 24 ans, 751 centig.

Chez le malade atteint d'ictère simple avec duodénite, qui a été mené facilement à guérison, sur 13 gram. 764 centig. de sang, il a été trouvé 7 centig. de cholestérine, soit 508 centig. pour 1,000.

Dans le cas d'ictère avec cirrhose, qui s'est terminé par la mort, après avoir présenté des symptômes d'intoxication générale, et dans lequel l'autopsie a montré une altération profonde et générale des cellules du foie, l'analyse a donné le résultat suivant : Sur une quantité de sang de 3 gram. 290 centig., la quantité de cholestérine a été de 6 centig.; soit 1 gr. 850 centig. pour 1,000.

Dans le premier cas la proportion de cholestérine s'est montrée au-dessous même de la moyenne, tandis que dans le deuxième elle a été de deux tiers au-dessus.

Mais il fallait une contre épreuve. Si l'excès de cholestérine, constaté dans le sang du malade atteint de cirrhose, était bien effectivement le résultat d'une accumulation par suite de la non élimination de cette substance par le foie, la cholestérine ne devait plus se retrouver sous forme de stercorine en proportion normale dans les excréments. L'analyse des fèces a donné cette contre épreuve. La stercorine n'y a été trouvée qu'en proportion très-minime.

Ainsi, en résumé, l'examen du sang et des fèces d'une personne atteinte d'une altération grave du foie avec ictère et symptômes d'intoxication générale, a montré : une augmentation de la proportion de cholestérine dans le sang; une diminution correspondante de la stercorine dans les matières fécales.

D'où l'on voit qu'une affection désorganisatrice du foie troublant sa fonction excrétoire, de même que la maladie de Brigth trouble l'élimination de l'urée, la cholestérine, substance excrémentitielle que le foie doit séparer, s'accumule dans le sang et y produit par sa rétention des phénomènes toxiques analogues à ceux de l'urémie.

Dans les cas simples, au contraire, l'ictère n'est pas dû à l'accumulation des éléments éliminables, mais à la résorption de la matière colorante par suite d'un obstacle au cours naturel de la bile dans les conduits biliaires. Le malade souffre seulement alors de la maladie qui cause l'obstruction, et du dérangement de la digestion occasionné par l'absence de la bile dans le canal intestinal. Dans ces cas, qui n'offrent pas de lésion organique du foie, il n'y a pas de danger d'absorption de la cholestérine.

La quantité de cholestérine du sang n'est pas nécessairement augmentée dans l'ictère simple, car le foie continue à l'éliminer, et une fois qu'elle a été séparée du sang, celui-ci ne s'en empare plus.

Les selles peuvent être ou n'être pas décolorées, ce qui dépend de l'étendue de l'obstruction qui empêche le passage de la bile dans l'intestin. L'obstruction à l'écoulement de la bile disparaît souvent avant que l'économie ait eu le temps de dissiper la coloration de la peau, et les selles redeviennent normales, tandis que le malade reste ictérosé. Dans quelques cas, il n'y a pas de changement dans les selles pendant le cours de la maladie.

Les cas dans lesquels la jaunisse est accompagnée de cholestérémie diffèrent tellement de ceux de jaunisse ordinaire, qu'il n'y a aucune difficulté à les distinguer par leurs symptômes.

L'ictère avec cholestérémie et l'ictère simple sont aussi distincts que possible. Leur seul caractère commun est la coloration jaune de la peau. L'ictère simple, comparativement inoffensif, n'est pas sujet à dégénérer en l'espèce plus grave, qui ne peut se présenter sans changement organique du foie, tandis que la variété grave se montre lorsqu'on a des preuves de lésion dans la structure du foie. L'une n'offre pas plus de danger constitutionnel qu'une simple rétention spasmodique, tandis que l'autre présente des symptômes aussi graves que ceux qui accompagnent l'empoisonnement urémique causé par la désorganisation des reins.

Mais il y a une cholestérémie sans ictère qu'il est bien important de reconnaître.

Une des affections du foie les plus vulgaires, dit M. Flint, consiste dans les changements de structure compris sous le nom de cirrhose. Il est très-rare de trouver cette affection compliquée de jaunisse. Il eût été intéressant de rechercher si dans ces cas, comme dans certains états désignés par Frérichs sous le nom d'*acholie* sans jaunisse, on trouverait l'accumulation de cholestérine dans le sang. M. Flint l'admet, et c'est pour les cas de ce genre qu'il réserve la dénomination de cholestérémie sans ictère. Mais les faits sont encore insuffisants pour justifier cette proposition. Mais ce qu'il a plus péremptoirement démontré, c'est que la cholestérémie n'existe pas dans tous les cas d'altération du foie, de même que l'urémie ne survient pas chaque fois que la structure des reins est altérée. On comprend, en effet, que lorsque ces organes ne sont altérés que partiellement, leurs fonctions peuvent être accomplies par les parties restées saines, ainsi qu'on en connaît de nombreux exemples; ce n'est que lorsque l'organe est affecté dans sa totalité, ou tout au moins dans une très-grande étendue, qu'on voit survenir les symptômes de l'accumulation. C'est ainsi que deux malades atteints de cirrhose, dont M. Flint rapporte l'histoire, ont présenté ce contraste remarquable par rapport aux symptômes de la cholestérémie, les désordres constitutionnels étant considérables chez l'un, tandis que l'autre ne gardait même pas la chambre et se sentait à peine incommodé, bien qu'il eût subi environ trente fois l'opération de la paracentèse pour obvier à l'ascite. L'analyse chimique du sang a révélé le même contraste par rapport à la proportion de la cholestérine, qui était de 0,922 p. 1,000 dans le cas de cyrrhose avec symptômes graves, et de 0,246 seulement dans l'autre cas.

Ce sont là des recherches très-intéressantes à poursuivre.

Emphysème insolite des deux paupières à gauche, — effet tardif d'une fracture du nez. — De la percussion par chiquenaude pour le diagnostic de l'emphysème.

Un homme âgé de 46 ans, entré le 4 mai 1868 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Gosselin, raconte qu'il n'a eu aucune maladie grave, mais qu'il a eu à l'âge de 24 ans, étant alors au service, une fracture des os du nez avec une difformité assez grande pour que le chirurgien de son régiment ait dû faire une réduction avec des instruments portés par les narines. Il se portait très-bien le dimanche 3 mai, lorsque tout à coup il perdit un peu de sang par la narine gauche et par le grand angle de l'œil, sans cause connue et surtout sans aucun coup et sans blessure d'aucun genre. En même temps, les paupières du côté gauche devinrent gonflées très-rapidement, l'œil cessa de s'ouvrir, et quelques douleurs se firent sentir tant dans la région palpébrale que dans le front. Le malade fut surtout pris d'une grande inquiétude, sous l'impression de laquelle il demanda, le 4 mai, à entrer à l'hôpital.

A la visite du 5, M. Gosselin constate un gonflement indolent, sans rougeur et sans chaleur des deux paupières, et surtout de la supérieure. Ce gonflement n'est pas luisant; il est mollasse et se laisse aisément déprimer sans qu'il reste ensuite une empreinte analogue à celle de l'œdème.

Tout d'abord, M. Gosselin reconnaît que ce gonflement est moins résistant, moins élastique et beaucoup plus facilement dépressible que le gonflement phlegmoneux, plus dépressible encore et moins empâté que le gonflement œdémateux. Il explore alors par un procédé très-simple qu'il emploie souvent pour chercher la sonorité due à la présence de gaz sous la peau, c'est le procédé de la chiquenaude. M. Gosselin a constaté, dans tous les cas d'emphysèmes sous-cutanés dont il a été témoin après les fractures de côtes, que ce mode de percussion permettait d'entendre la sonorité qu'il appréciait, en comparant le résultat avec celui des parties circonvoisines où il n'y a pas d'infiltration d'air. Il a d'ailleurs remarqué que la percussion sur le doigt ou sur le plessimètre ordinaire ne donnait pas la même sensation. Appliquant donc le procédé au cas actuel, M. Gosselin a entendu et fait entendre à tous les assistants un son aérique sur lequel il ne pouvait exister de doute.

Cherchant alors la crépitation, il la trouva à diverses reprises, et plusieurs personnes la trouvèrent aussi. Cependant ce signe a été plus difficile à découvrir et moins constamment donné par chaque pression que dans les autres emphysèmes. M. Gosselin a déjà constaté ce fait dans l'emphysème palpébral, et il l'attribue à ce que le tissu cellulaire lâche de la région permet à l'air d'occuper des espaces plus larges, dans lesquels il y a des cloisons moins nombreuses et moins résistantes que dans le tissu conjonctif ordinaire.

En réunissant ces diverses données, M. Gosselin arrive donc au diagnostic d'un gonflement emphysémateux des paupières. Mais d'où vient donc l'air qui s'est infiltré dans cette région? Ici, M. Gosselin, faisant intervenir l'écoulement du sang qui a eu lieu le 3 mai par le nez et par le grand angle de l'œil, rapprochant cette circonstance de l'ancienne fracture du nez, émet l'opinion qu'une esquille soit de l'os conguis, soit de la branche montante de l'os maxillaire, qui au moment de l'accident ne s'était pas consolidée, s'est déplacée un jour en éraillant tout à la fois la muqueuse de la fosse nasale ou celle du sac lacrymal, ou toutes les deux en même temps, et que, dans l'action de se moucher, l'air est passé soit de la fosse nasale directement, soit du canal nasal dans le tissu conjonctif sous-muqueux du sac lacrymal et, de proche en proche, dans celui des paupières. M. Gosselin est d'autant plus fondé à accepter ce diagnostic et cette explication, qu'il a vu un fait analogue, il y a environ vingt-cinq ans, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Blandin, qui avait indiqué ce mode de production de l'emphysème en le signalant comme un accident tardif possible des fractures du nez.

La conclusion pratique est que la maladie est sans gravité, qu'elle disparaîtra promptement, et que le chirurgien a deux choses très-simples à faire : calmer l'inquiétude du malade par des paroles rassurantes, et l'engager à se moucher très-doucement. En effet, le 9 mai, cinq jours après la leçon clinique dont nous venons de donner l'analyse, le malade sortait guéri de son emphysème, des occlusions palpébrales et des quelques douleurs qui étaient survenues dans la région malade.

OVARIOTOMIE

Obs. XL. — Ovariotomie pratiquée le 20 février 1867. Mort.

Par E. Kœberlé.

Madame S..., de Kientzheim (Haut-Rhin), âgée de 28 ans, et mariée depuis huit ans, n'avait jamais eu d'indisposition notable. Avant son mariage, elle avait déjà le ventre un peu gros. Au commencement du mariage, il y eut trois grossesses d'année en année, mais elles n'arrivèrent qu'au septième et au huitième mois. Les enfants étaient hydrocéphales et ont tous succombé peu de temps après leur naissance. L'abdomen est devenu de plus en plus proéminent, et pendant cinq ans, il n'y eut plus de grossesse. Les règles se sont supprimées

au mois de juin 1866, et c'est surtout depuis cette époque que le ventre a pris un développement extraordinaire. La malade a été ponctionnée au mois de septembre par M. Stoltz. Lorsque je la vis au mois de novembre, je reconnus d'abord une grossesse qui devait remonter au moins à six mois et demi. Le col utérin était mou, très-dilaté. Le fœtus se trouvait logé à droite et en avant de la tumeur ovarique. La ponction était urgente. Il importait de faire arriver autant que possible la grossesse à terme. La ponction fournit 23 litres de sérosité grisâtre. On put alors percevoir parfaitement les battements redoublés et les mouvements du fœtus dont la tête ne paraissait présenter rien d'anormal. Je fis une nouvelle ponction au mois de décembre : cette ponction donna issue à 17 litres de liquide. L'accouchement eut lieu à la fin du huitième mois, le 30 décembre. Il naquit une petite fille, de petites dimensions, bien conformée, très-bien portante et qui s'est parfaitement développée. Le 23 janvier 1867, une nouvelle ponction devint nécessaire. Les veines abdominales étaient très-dilatées. La malade était alors notablement affaiblie et amaigrie. Le liquide évacué était brunâtre, ce qui était un indice d'hémorrhagie interne. L'ovariotomie eut lieu le 20 février 1867. A cette époque, le ventre mesurait 1 m. 15 de circonférence. Le kyste paraissait provenir de l'ovaire gauche. Il n'était pas possible de déterminer d'avance l'étendue des adhérences qui étaient manifestes.

Incision de 30 centimètres. Le kyste très-mince était adhérent à la paroi abdominale; il se laissait déchirer très-aisément. Évacuation de 15 litres de liquide brunâtre. On dut placer une pince sur une partie saignante de la paroi abdominale, à droite. Une autre adhérence qui fournissait un assez gros jet de sang, au niveau du ligament suspenseur du foie, fut divisée par le cautère actuel. Le kyste put être extrait après avoir été isolé de quelques autres adhérences à la région hépatique, qui cédèrent très-facilement au doigt. Il provenait de l'ovaire droit. L'ovaire gauche était sain. Le pédicule fut lié avec un fil de fer à ma manière ordinaire et l'ovaire fut excisé. Il s'était épanché une grande quantité de liquide cystique dans le bassin. Ce liquide fut puisé et vidé en partie à l'aide de petites cuvettes. Il y avait une hémorrhagie très-abondante du côté du foie, tout à fait à droite, à sa face concave, dont une surface triangulaire, d'environ 12 centimètres carrés était dépouillée de péritoine et qui fournissait une hémorrhagie en nappe de sang noir. Cette surface fut successivement comprimée dans toute son étendue à l'aide du doigt mouillé avec un peu de perchlorure de fer à 40°, pendant que je tenais le bord externe du foie avec la main gauche. L'hémorrhagie put heureusement être arrêtée ainsi. La cavité abdominale fut alors épongée et débarrassée du sang, des caillots et du reste du liquide du kyste, ainsi que de l'air renfermé dans le creux épigastrique. La pince que l'on avait laissée à demeure sur une partie saignante de la paroi abdominale fut enlevée. Il n'y avait plus aucun écoulement de sang. Après avoir étalé l'épiploon au devant de l'intestin grêle, la plaie fut réunie par quatre points de suture profonde et sept points de suture entortillée. Le creux épigastrique fut convenablement rembourré avec du linge, le bassin avec de la charpie et des compresses. La perte de sang a été de 700 grammes environ. L'opération a duré une heure et demie.

Après l'opération le pouls se releva peu à peu. Il y eut quelques vomissements chloroformiques. L'opérée se plaignit d'une soif prononcée; elle dormit par intervalles. Les vomissements cessèrent vers deux heures du matin. Un tube en verre avait été placé au-dessus du pédicule. Par son intermédiaire, on extraya, à l'aide d'une sonde, par intervalles de cinq à six heures, d'abord 30 grammes, puis 45 grammes, et à trois heures du matin, alors que le pouls était à 82 bien développé, 30 grammes de sérosité sanguinolente. Du reste l'opérée ne se plaignait d'aucune douleur. Elle ne prit que de l'eau glacée et un peu de vin de Champagne. Position demi-assise.

Le deuxième jour, on opéra l'extraction, à trois reprises, de 20 grammes, de 6 grammes, puis de 3 grammes de sérosité jaunâtre et le tube de verre fut enlevé. La sonde n'a pu être introduite jusqu'au fond du cul-de-sac recto-vaginal, parce que la malade, qui était très-pusillanime, n'a pas voulu permettre de l'enfoncer au delà d'un point où elle ressentait un peu de douleur. Le pouls était à 93; régulier le matin, il s'est un peu accéléré dans le courant de la journée, et est devenu un peu irrégulier dans la nuit. Soif moins prononcée. Urines claires et abondantes. Ventre très-affaissé. Café au lait le matin; bouillon, potage, eau rougie, vin de Champagne; pilule purgative.

Le troisième jour, le ventre avait repris un volume normal. Pouls irrégulier, très-petit par intervalles; de 95 à 105 pulsations; 32 inspirations; soif prononcée; agitation; urines assez abondantes, un peu chargées. Du reste, langue nette; appétit; pas de douleur abdominale, pas de teinte ictérique, pas de vomissements. Vers le milieu de la journée, pouls filiforme, agitation, tendance au refroidissement. Plusieurs selles avec évacuation de gaz. Il y avait une péritonite qui paraissait être exclusivement pelvienne et qui devait avoir été provoquée par un foyer putride. Cependant les symptômes de septicémie étaient peu prononcés. A quatre heures du soir, l'état de la malade ayant empiré de plus en plus, j'introduisis le doigt dans l'angle inférieur de la plaie et je donnai issue à environ 200 grammes de sérosité trouble, inodore. Plongeant ensuite une grosse sonde dans le bassin, jusqu'au fond du cul-de-sac recto-vaginal, j'en extrayai par aspiration environ 50 grammes de liquide brunâtre, qui répandait une odeur infecte. Ce liquide avait été le point de départ de la péritonite et de la septicémie. Je fis à plusieurs reprises une injection d'une solution de sulfite de soude, puis d'eau pure, jusqu'à ce que les liquides extraits fussent tout à fait incolores. On laissa un tube à demeure, mais il n'en sortit plus guère de sérosité. Cataplasmes et lavements très-chauds, suivis d'évacuation de gaz. Stimulation active par du vin de Champagne, de carbonate d'ammoniaque, etc. Malgré tous les moyens employés, la malade se refroidit de plus en plus, à mesure que la respiration devint plus embarrassée, plus fréquente. Agitation considérable jusqu'à quelques minutes seulement avant la mort, alors que les symptômes de péritonite et de septicémie paraissaient avoir presque entièrement disparu.

A l'autopsie, pas de balonnement du ventre; réunion parfaite. Il n'existait plus aucun foyer hémorrhagique. Du côté du foie, dans la région sus-ombilicale et épigastrique, il n'y avait point de signes de péritonite. La partie du foie qui avait été touchée avec du perchlorure de fer était blanchâtre, sans aucun signe d'inflammation périphérique. Le foyer hémorrhagique du bassin avait été complétement vidé. Il n'y avait guère plus de 20 à 30 grammes d'exsudat trouble entre quelques anses d'intestin grêle agglutinées ensemble du côté du bassin. Les matières intestinales n'exhalaient pas d'odeur fétide, comme on le remarque à la suite de mort par péritonite.

Remarques. — Le foyer hémorrhagique pelvien a été l'unique point de départ des accidents qui ont amené la mort. Il s'était fait une hémorrhagie consécutive par suite des vomissements chloroformiques; mais il y a lieu de noter qu'il existait chez l'opérée une disposition aux hémorrhagies en raison de l'injection habituelle très-prononcée des vaisseaux capillaires de tout le système cutané. Le sang paraît être provenu de l'incision abdominale. Sa partie séreuse a pu être extraite au moyen d'une sonde, mais le caillot était resté. Malheureusement le caillot s'est putréfié et a donné lieu à une péritonite pelvienne qui s'est étendue à toute la région sous-ombilicale. Sous l'influence d'un commencement de septicémie et de la péritonite, le pouls est devenu irrégulier, petit, filiforme; puis le ralentissement de la circulation du sang a amené la formation de caillots dans le cœur et dans les gros vaisseaux pulmonaires. La thrombose cardiaque et pulmonaire est alors devenue irrémédiablement la cause directe de la mort par asphyxie, ainsi qu'on l'observe dans des circonstances analogues dans le cours d'autres maladies. Il aurait fallu pouvoir intervenir activement dès le matin du troisième jour, alors que les accidents commençaient à se manifester sérieusement. Il est très-probable que la malade aurait pu être sauvée; car après l'évacuation du foyer hémorrhagique et de la sérosité péritonéale, la péritonite n'a plus fait de progrès : il n'y a pas eu de vomissements, de tympanite intestinale, de suppression de l'urine. Il n'y a pas eu non plus de tendance à la décomposition après la mort, ainsi que cela serait arrivé si la malade avait succombé à la septicémie. Quoique l'opération ait été longue et compliquée, la péritonite n'aurait probablement pas éclaté si l'on avait fait plonger le tube de verre dès le début jusque dans le foyer hémorrhagique, afin de pouvoir le vider facilement.

Presque toutes les opérées d'ovariotomie chez lesquelles il se produit une hémorrhagie consécutive et chez lesquelles le caillot putréfié ne peut être éliminé librement, sont vouées à la mort. C'est le sang, la sérosité, le pus putréfiés ou en voie de décomposition qui sont résorbés, qui sont la cause de la fièvre traumatique dans les opérations en général. Dans les opérations de gastrotomie, les liquides exsudés ou épanchés au voisinage des intestins, se putréfient avec la plus grande facilité. Si leur libre écoulement ne peut se faire, ils donnent bientôt lieu aux plus formidables accidents.

La mort, à la suite de thrombose cardiaque et pulmonaire, s'observe assez souvent. J'ai vu plusieurs de mes opérées succomber ainsi, alors que la péritonite et la septicémie, qui avaient déterminé le ralentissement de la circulation et la formation de caillots fibrineux dans le cœur droit et dans les gros vaisseaux pulmonaires, s'étaient complétement dissipées. Les malades font des inspirations profondes; elles se plaignent de manquer d'air; leur respiration est très-accélérée, et elles finissent par mourir asphyxiées.

Lorsqu'une malade meurt de péritonite, de septicémie, etc., il importe toujours de rechercher le mécanisme de la mort, afin d'éviter, s'il est possible, de retomber une autre fois dans les mêmes errements. Quant à moi, je suis convaincu que les opérées qui succombent, meurent, en majeure partie, non à cause de l'opération même, par suite d'une perte de sang trop considérable, de faiblesse extrême, etc., ce qui est irremédiable, mais par suite de la manière dont l'opération a été faite et dont les soins consécutifs ont été donnés. A mon point de vue mes résultats, quoique très-satisfaisants, laissent cependant beaucoup à désirer, car les deux tiers de mes opérées qui ont succombé auraient pu être sauvées si j'étais intervenu à temps, si j'avais pu reconnaître ou si je n'avais pas méconnu la cause des accidents, etc.

L'ovariotomie, quant à ses résultats, est loin d'être arrivée à sa perfection. L'expérience et l'observation, dans une opération si grave et parfois si compliquée, sont de grands éléments de succès.

DES EFFETS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS DES EAUX-BONNES (1)

Dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Par M. le Dr Leudet, *médecin aux Eaux-Bonnes.*

(Lecture faite à la Société de médecine de Paris.)

Obs. I. — Un de mes malades, jeune avocat distingué, issué de parents goutteux et atteint de phthisie pulmonaire, portait au sommet gauche des cavernules bien et dûment constatées par le médecin ordinaire, mon cher et excellent ami le docteur Adolphe Richard, par M. Pidoux, qui fut appelé en consultation, et par moi.

Ce malade vint pour la première fois à Bonnes, en 1861; quelques mois auparavant, il avait eu une hémoptysie assez notable, qui avait marqué le début des accidents thoraciques. Il prit les Eaux-Bonnes pendant cinq semaines sans éprouver de phénomènes dignes d'être notés, et passa l'hiver chez lui, en Normandie, se reposant et alternant l'usage de l'Eau-Bonnes transportée, avec l'usage de l'huile de foie de morue.

En 1862, retour aux Eaux-Bonnes; dix jours après le commencement de cette seconde cure, alors que l'Eau était bue à la dose d'un verre et demi depuis deux jours, hémoptysie effroyable, sang pur et rutilant vomi par la bouche et par le nez, remplissant une demi-cuvette. Quatre jours après, le 4 juillet, reprise de l'hémoptysie, et le 6, troisième hémorrhagie également très-abondante, mais plus courte et s'arrêtant plus tôt d'elle-même. Du 1er au 6 juillet, pendant tout le temps que dura ce molimen hémorrhagique vers le poumon, il n'y eut pas l'ombre de fièvre, et les forces restèrent intactes.

Trois jours après, c'est-à-dire le 9 juillet, le malade quittait les Eaux-Bonnes, sans présenter dans ses crachats la moindre teinte sanguinolente. L'hémoptysie s'était arrêtée aussi brusquement qu'elle avait débuté.

Aucun accident à noter dans l'hiver 1862-1863; la toux persiste, elle est plus grasse, l'expectoration est abondante, comme purulente; l'appétit est excellent, les forces sont bonnes.

Au mois de juin 1863, deux légères hémoptysies; le 25 de ce même mois, retour aux Eaux-Bonnes pour la troisième fois; saison d'un mois bien supportée, sans phénomènes d'excitation d'aucune sorte. Hiver 1863-1864 meilleur que les précédents, toux et expectoration beaucoup moindres; embonpoint notable.

En 1864, quatrième saison thermale également bien supportée, et hiver 1864-1865 excellent : plus de toux, plus d'expectoration, santé parfaite.

En 1865, cinquième et dernière saison aux Eaux-Bonnes n'offrant, comme les précédentes, rien de particulier à noter.

La lésion locale a été aussi heureusement influencée par le traitement que l'état général. Les râles humides, caverneux, ont progressivement diminué jusqu'à ce qu'ils aient totalement disparu. Aujourd'hui, la matité n'existe plus; l'oreille, appliquée sur le sommet gauche de la poitrine, n'entend plus qu'une respiration sèche, une inspiration faible et saccadée et une expiration bronchique et soufflante, là où des bruits bullaires et de gros râles sous-crépitants masquaient les deux temps de la respiration.

Des bruits inertes ont remplacé les bruits actifs et vivants, et persistent au sommet de ce poumon gauche comme les signes ineffaçables d'une ancienne et grave lésion, aujourd'hui réparée et guérie.

Je n'ai voulu donner, de cette observation, que ce qui a trait au phénomène que j'étudie en ce moment, c'est-à-dire à l'hémoptysie. D'autres circonstances favorisaient, chez mon malade, l'arrêt de son affection tuberculeuse, et j'en parlerai bientôt. Mais ici, je ne dois faire ressortir que ce seul fait : la vive excitation causée sur le poumon par l'Eau-Bonnes, et l'hémorrhagie qui en résulte. Je crois que c'est là une action pathogénétique de l'Eau-Bonnes, dont la production n'est pas nécessaire, sans doute, pour amener la guérison, mais qui peut être, dans certains cas, favorable au malade.

Ce qui ne peut être nié, c'est que, dans le cas actuel, l'amélioration date de l'hémoptysie, et que cette amélioration n'a pas cessé, depuis lors, d'aller grandissant.

J'ai exposé l'état actuel de mon malade; je l'ai revu, il y a un mois, dans mon cabinet : il vit de la vie de tout le monde; il a repris ses études, ses occupations; il ne tousse pas, il a toutes ses forces, il ne se plaint de rien. Pour moi, c'est une guérison véritable. Depuis trois ans, mon client ne revient plus aux Eaux-Bonnes et ne fait aucune espèce de traitement; la guérison ne s'est pas démentie.

Si l'hémoptysie causée par l'Eau-Bonnes est un phénomène d'excitation substitutive qui amène quelquefois une crise salutaire par le poumon, comme je le pense et comme je viens de le dire, s'en suit-il qu'il faille chercher à produire cette hémorrhagie, à provoquer cette crise? Évidemment, non.

Entre le malade assez fort, assez résistant pour ne pas se laisser envahir tout entier par la diathèse tuberculeuse, capable de s'imprégner favorablement des actions médicamenteuses, et aidé par elles de réagir victorieusement contre le processus pathologique : et le malade faible, débile, peu résistant, entraîné presque fatalement vers la cachexie ultime, malgré les médications employées, ne sachant pas faire tourner à son profit ces mêmes actions médicamenteuses, et même précipité plutôt que sauvé par elles, le point de départ est difficile à établir.

Les considérations tirées des antécédents, du tempérament, de la constitution, des affections concomittentes, peuvent indiquer, jusqu'à un certain point, de quel côté penche le malade, si les éléments restés sains de l'organisme l'emporteront sur les éléments malsains, et si la réaction de toute l'économie sera favorable ou défavorable. Mais une certitude, à cet égard, ne peut jamais être acquise. La prudence dans l'administration du remède doit donc être la règle, surtout lorsqu'on manie une médication aussi puissante que celle des Eaux-Bonnes. Il faut tâter son malade, l'exciter modérément, se contenter de modifications lentes et graduées et chercher la guérison dans le silence de l'organisme. Qu'on sache seulement que des excitations très-vives ne sont pas toujours à redouter et qu'elles dénotent quelquefois une crise heureuse et salutaire.

D'ailleurs, je me hâte de le dire, cette hémoptysie thermale est rarement aussi vive, aussi active, aussi abondante que celle dont je viens de donner un exemple. Les congestions pulmonaires sanguines que cause l'Eau-Bonnes ne se traduisent généralement que par des crachats rosés, quelquefois des crachats hémoptoïques. Ces crachats apparaissent vers le huitième ou dixième jour de la cure, durent deux ou trois jours, puis disparaissent complétement, sans même nécessiter la suspension du traitement. En même temps disparaissent progressivement et la toux, et l'expectoration, et la dyspnée.

Tels sont les principaux phénomènes qui se passent du côté des organes respiratoires pendant la cure thermale. Ils ne sont pas constants, comme je l'ai déjà dit, nullement nécessaires pour amener un résultat favorable, et s'ils ne se montrent pas pendant le temps même de la cure, peuvent éclater plus tard sous forme de *crise*, comme nous le verrons bientôt.

Des phénomènes non moins importants, mais plus cachés, moins *extérieurs*, pour ainsi dire, se passent également du côté des grands appareils de l'économie, les appareils nerveux, digestif et circulatoire. Ce sont toujours des phénomènes d'excitation passagère, qui se traduisent plus tard par une énergie plus grande et une activité nouvelle des grandes fonctions organiques de l'économie.

Mais ces modifications fonctionnelles, quoique très-importantes, ne m'arrêteront pas, car elles sont moins spéciales au phthisique que celles qui frappent le poumon; tous les malades qui boivent les Eaux-Bonnes les présentent à un degré plus ou moins grand, et dans mon mémoire sur les bains des Eaux-Bonnes, je les ai passées en revue et

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

analysées. J'ai hâte d'arriver aux effets éloignés ou thérapeutiques de la médication puissante que j'étudie.

Effets éloignés ou thérapeutiques. — « Pour se terminer, une maladie chronique doit devenir aiguë, » dit Bordeu; et cette théorie, il en trouve la confirmation dans les résultats cliniques et thérapeutiques que lui fournissent les Eauxminérales des Pyrénées dans le traitement de la scrofule en général, de toutes les affections strumeuses, externes et internes, du rhumatisme, et de la plupart des maladies constitutionnelles et diathésiques. L'idée de Bordeu, pour ce qui touche spécialement aux Eaux-Bonnes et à leur mode d'action, a été reprise et acceptée par Andrieu et Darralde. Ce dernier, en voulant préciser davantage, a en quelque sorte subtilisé la doctrine du grand vitaliste. Je lis en effet, dans ce résumé de la vaste pratique de Darralde, dont j'ai déjà parlé, que l'Eau-Bonnes aurait pour effet de reproduire les types primitifs des maladies chroniques des voies respiratoires, et de ramener momentanément l'inflammation légère ou intense qui aurait signalé le début de l'affection. L'Eau-Bonnes n'apporterait des résultats favorables qu'autant qu'elle produirait des phénomènes inflammatoires, semblables en acuité et en force, à ceux du début de la maladie. De là une méthode thérapeutique simple et facile, et des règles de traitement claires, nettes et précises.

Si la maladie pulmonaire ou bronchique a présenté, dans ses symptômes de début, des phénomènes inflammatoires, l'Eau-Bonnes reproduira ces mêmes phénomènes, et le traitement, ayant atteint son but, sera interrompu aussitôt; car si l'on veut pousser plus loin la médication sulfureuse, on pourrait compromettre la guérison.

Les choses se passent-elles réellement ainsi?

Le médecin trouve-t-il toujours, pour se guider, ce point de repère précieux d'une action pathogénétique constante de l'Eau-Bonnes?

J'ai déjà dit que ces phénomènes d'excitation, causés par nos eaux, pouvaient manquer; ils ne se produisent pas toujours pendant la cure, et sont plus ou moins tardifs : comment alors pourraient-ils être un guide sûr dans l'administration du remède?

Enfin, je ne comprendrais pas l'amélioration ou la guérison qui pourraient résulter de la médication sulfureuse, si celle-ci ne faisait que reproduire les phénomènes initiaux de la maladie. Ce que l'Eau-Bonnes produit, c'est une irritation *autre*, une irritation médicamenteuse, qu'elle substitue à l'irritation morbide; mais elle ne restitue pas à la maladie ses symptômes de début plus ou moins aigus, plus ou moins inflammatoires; car, alors, elle agirait dans le sens de la maladie et, loin de l'enrayer, pourrait en précipiter la marche.

Quoi qu'il en soit, l'idée de Bordeu sur la nécessité d'une poussée, d'une crise pour la guérison de toute maladie chronique et constitutionnelle, cette idée est vraie et féconde. Elle est vraie pour ce qui a trait spécialement à la phthisie pulmonaire et à son traitement par les Eaux-Bonnes. Quant à l'époque d'apparition de cette poussée, de ces phénomènes pathogéniques déterminés par l'Eau-Bonnes, elle est très-variable. Nous avons vu quelques-uns de ces phénomènes se produire pendant la durée même du traitement thermal. Il en est d'autres qui n'apparaissent qu'un temps plus ou moins long après la fin de la cure. Ces phénomènes éloignés de la médication sulfureuse peuvent ne se manifester que deux ou trois mois après la cure, quelquefois plus tard.

Certaines poussées congestives vers le larynx ou le poumon, certaines broncho-pneumonies très-aiguës, des éruptions vers la peau, des arthropathies spéciales, des névralgies diverses, éclatant brusquement 6, 8, 10 mois, 1 an après la cure, m'ont paru devoir encore être rattachées à la médication par les Eaux-Bonnes.

Incubation médicamenteuse. — Dans les maladies chroniques et constitutionnelles, on comprend très-bien qu'un temps d'incubation plus ou moins long soit nécessaire pour que le médicament employé produise tous ses effets. Comme l'action de ce médicament doit être profonde et durable, il faut qu'il imprègne l'économie toute entière, et qu'il produise, dans la nutrition et l'innervation générales, dans la nutrition et l'innervation spéciales de l'organe plus particulièrement lésé, des modifications telles que la guérison puisse être obtenne. Tout médicament avant d'agir ne subit-il pas, au sein de l'organisme, cette incubation dont je parle]? D'après la nature du médicament lui-même et aussi d'après la nature de la maladie que l'on traite, la durée de l'incubation est variable sans doute; mais pour tous les médicaments qui vont loin dans l'économie et s'adressent à une diathèse, cette incubation est la règle.

L'effet salutaire d'un antispasmodique ne se fait pas attendre, il est vrai; mais si l'éther soulage ou guérit vite, c'est qu'il s'adresse à un symptôme éphémère, sans grandes racines dans l'organisme; aussi, son action est-elle éphémère comme le mal lui-même, et ne prévient-elle pas le retour d'accidents semblables. Au contraire, les médicaments qui vont plus loin, qui s'adressent au fond même de l'organisme vivant, qui vont toucher à la trame même des différents organes, à ce tissu cellulo-vasculaire qui, selon M. Andral empruntant une expression de Bichat, « est le canevas commun où doivent venir « également se déposer et les matériaux ordinaires des nutritions et « des sécrétions normales, et les éléments morbides des nutritions et « des sécrétions anormales, » ces médicaments ont besoin de séjourner quelque temps au sein de l'organisme, d'y dormir en quelque sorte et d'y attendre l'heure propice à laquelle l'économie, consentant à se les approprier, réagit contre la maladie et fait taire les manifestations morbides. N'est-ce pas là le mode d'action de l'arsenic, du mercure, de l'iodure de potassium, ces grands modificateurs de la dartre et de la syphilis? L'incubation de ces médicaments, au sein de l'organisme, n'est-elle pas un fait avéré de tous? Tous les praticiens ne savent-ils pas qu'un certain temps, temps variable pour chacun d'eux, est nécessaire aux médicaments dits *altérants*, pour que ceux-ci manifestent leur action?

Il en est de même pour la médication sulfureuse et la médication par les Eaux Bonnes en particulier.

Double action de l'Eau-Bonnes. — Action générale et action locale. — L'Eau-Bonnes n'a pas seulement des effets d'excitation, d'irritation, de substitution, qu'elle exerce plus particulièrement sur le poumon, et qui peuvent la faire ranger par les médicaments excitants et substituteurs : elle a aussi des effets *altérants*, qui s'adressent à ce fonds commun de tous les appareils et de tous les viscères, le tissu conjonctif; qui sont lents à se manifester, et qui se traduisent par une reconstitution générale de l'organisme et une force nouvelle de résistance et d'antagonisme contre l'envahissement tuberculeux. C'est pour cela que l'Eau-Bonnes est si puissante contre la phthisie pulmonaire, car elle s'adresse aux deux termes de la maladie : à la lésion, par son action excitante et substitutive, à l'élément constitutionnel et diathésique, par ses effets toniques, reconstituants, anti-tuberculeux.

Si la phthisie, dans sa manifestation pulmonaire, est une irritation nutritive d'un ordre funeste et malin, attaquant le tissu conjonctif et les vaisseaux nourriciers des poumons — les vaisseaux lymphatiques — qui circulent dans ce tissu ; si cette irritation est spéciale dans sa marche et dans son allure, si elle tend constamment à ronger et à détruire, au lieu de tendre à la résolution comme une pneumonie ordinaire, à quoi doit-elle ces caractères funestes? Précisément à l'élément diathésique et constitutionnel de la maladie. Une médication qui s'adressera à cet élément constitutionnel et qui favorisera en même temps la résolution de la lésion locale sera donc une médication précieuse et utile. Les Eaux-Bonnes produisent ce double bénéfice. Elles ont en effet une double action sur le malade : action locale ou pulmonaire pour amener plus ou moins vite, plus ou moins complétement la résolution de l'engorgement tuberculeux, de l'irritation phymique, et action générale ou constitutionnelle pour modifier plus ou moins profondément la nutrition de l'organisme entier, redresser cet organisme et l'empêcher de céder à l'entraînement tuberculeux. Cette seconde action, ou action reconstituante générale et anti-tuberculeuse, est de beaucoup la plus importante : car, sans elle, la première action, ou action pulmonaire, serait éphémère et peu durable. Sans elle, l'irritation vasculaire tuberculeuse du poumon pourrait être combattue et pourrait disparaître, mais reparaîtrait bientôt par le fait même de l'existence de ce travail plus profond, toujours actif, que le traitement n'aurait pas enrayé, travail d'irritation nutritive générale, qui provient de la diathèse et qui reproduirait très-vite l'irritation vasculaire locale. Il faut donc s'adresser à l'état du poumon et en même temps à l'état général; c'est ce que fait l'Eau-Bonnes. Voilà pourquoi elle est si puissante dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Modifications définitives apportées à l'état local ou pulmonaire. — Parmi les effets éloignés ou thérapeutiques des Eaux-Bonnes, un des moins contestables est cette faculté que le phthisique acquiert *de ne plus s'enrhumer*, de pouvoir vivre hors de sa chambre, sans contracter ces bronchites si funestes qui hâtent trop souvent la marche de la tuberculose. Le plus ordinairement, une saison suffit pour donner au malade ce bienfait de l'immunité des rhumes. L'hiver qui suit cette saison est déjà meilleur, et quand le malade nous revient, l'été suivant, sa première parole est celle-ci : Je me suis moins enrhumé cet hiver. Il tousse toujours, il est encore faible, les mêmes signes stéthoscopiques existent; mais il n'a pas eu de rhumes et il a pu vivre au grand air. Cet immense bienfait qu'il doit à une première saison des Eaux-Bonnes lui est confirmé par les saisons suivantes. Non-seulement il perd sa déplorable facilité à contracter des rhumes, mais il tousse de moins en moins, son expectoration diminue, et les signes physiques disparaissent peu à peu. Tous ces symptômes, fournis par le poumon malade, qui sont le plus souvent exagérés et excités pendant la cure elle-même, comme nous l'avons vu, s'apaisent dans l'intervalle des saisons thermales, et cet apaisement, passager et se prolongeant plus ou moins longtemps après une ou deux saisons, devient définitif après 3, 4, 5 ou 6 étés passés aux Eaux. Car le retour à nos sources pendant un certain nombre d'années consécutives ou espacées, selon la gravité et l'allure de la maladie, est chose capitale et indispensable. Si le phthisique veut enrayer son mal, s'il veut guérir, il doit de toute nécessité revenir chaque année pour donner à son poumon ces excitations partielles et successives, si salutaires par leur répétition et leur intermittence mêmes. Une maladie chronique réclame une thérapeutique chronique. A la phthisie, dont la marche est intermittente et la lésion constante, il faut opposer une médication à longue portée, interrompue à propos, reprise avec persévérance.

Chaque année, la lésion pulmonaire est ainsi de plus en plus profondément atteinte par l'agent sulfureux, et les excitations salutaires de cet agent, attaquant d'abord le catarrhe tuberculeux, puis l'irritation plasmatique, l'irritation phymique elle-même, finissent par se substituer à la maladie et par en étouffer les manifestations.

A mesure qu'un plus grand nombre de saisons ont été faites par le malade, les symptômes pulmonaires diminuent donc et finissent même quelquefois par disparaître complétement. Les râles humides cèdent la place à des râles secs; le souffle *actif*, plus ou moins bullaire de la caverne, est remplacé par un souffle doux et *inerte*; les râles secs eux-mêmes prennent bientôt un caractère et un rhythme qui se rapprochent de plus en plus du caractère et du rhythme de la respiration normale.

Cet effacement et cette disparition des symptômes pulmonaires, et des signes fournis par l'auscultation, sont obtenus par les Eaux-Bonnes de trois façons différentes : ou le malade ressent pendant la cure les excitations thermales, sur lesquelles je me suis longuement étendu, et à la suite de ces excitations voit diminuer peu à peu la toux, l'expectoration, etc.; ou il ne ressent rien pendant ou après la cure, la reconstitution seule de l'organisme suffisant pour faire taire les phénomènes morbides du poumon et amener dans un silence complet la résolution graduelle de la lésion anatomique; ou enfin il ressent plus ou moins longtemps, après la cure, ces phénomènes aigus du côté des voies respiratoires, que j'ai appelés des *crises par le poumon.*

Crises par le poumon. — J'ai déjà parlé de l'hémoptysie critique. J'ai pu en outre constater chez plusieurs malades des congestions pulmonaires, des pleuro, des broncho-pneumonies, survenant deux ou trois mois après le traitement thermal, et m'offrant également tous les caractères d'une crise favorable.

Un de mes clients, venu six années de suite aux Eaux-Bonnes, pour un engorgement phymique localisé au sommet du poumon droit, n'éprouva chaque fois les effets de la médication que sous cette forme de crise par le poumon et qu'après sa rentrée à Paris, vers le mois de novembre ou décembre. Chaque fois, il eut une poussée vive vers les organes pulmonaires, se traduisant d'ordinaire par une bronchite intense, généralisée, mais très-vite apaisée et toujours suivie d'une amélioration réelle dans l'état local et l'état général, amélioration se maintenant pendant tout l'hiver. A la suite de la saison thermale de 1865, il eut une poussée plus vive encore. A cet époque, je constatai une oppression extrême, une barre douloureuse dans le côté droit de la poitrine, le côté malade, de la matité dans toute la hauteur du poumon droit, et dans cette même région, une respiration soufflante et superficielle, mêlée à des râles secs, comme crépitants; de la toux, quelques crachats rosés et de la fièvre. Au bout de trois jours, l'orage était dissipé. Aucun signe fonctionnel, aucun signe physique n'était plus perçu; le malade reprenait bientôt sa vie habituelle, sans accidents nouveaux, sans rechute pendant l'hiver.

(*La suite au prochain numéro.*)

ÉTUDES SUR LES EAUX DE VALS,

Par M. le Dr CLERMONT, de Lyon.

Fièvres intermittentes. — Infection paludéenne. Engorgements de la rate.

A tout seigneur, tout honneur, nous dit un vieux proverbe; au quina, la première place, quand il s'agit de fièvres et d'accidents intermittents. Ce serait certainement chercher à induire en erreur le jeune praticien, et parfois de le jeter dans une route fausse et dangereuse, que de lui présenter l'eau de la source *Dominique* comme le meilleur moyen à choisir pour combattre les fièvres d'accès. Sous le rapport de leurs propriétés anti-périodiques, le quina ou les sels de quinine ont fait leurs preuves et manquent rarement de produire l'effet qu'on en attend, s'ils sont administrés dans des conditions convenables.

Cependant, et sans qu'il soit nécessaire de s'appuyer sur le dire des auteurs, de Torti, de Nepple entre autres, car il est peu de praticiens qui ne l'aient constaté *de visu*, il est des fièvres d'accès cédant aisément au quinquina, mais qui se reproduisent aussi très-facilement après quelques jours. On voit, d'autre part, le malade s'habituer et ne plus être sensible aux effets de ce médicament avant que les accès soient complétement disparus. Ceux-ci éloignés dans leurs retours, parfois atténués ou dénaturés, le quina devient alors incapable de les vaincre, et d'ailleurs les vertiges, la surdité et les autres accidents qu'il peut provoquer, lorsqu'il est pris à trop forte dose, en font redouter l'emploi au médecin comme au fébricitant.

C'est à cette résistance de l'élément morbide, insaisissable et ignoré dans sa nature, quoi que l'on en ait dit jusqu'à ce jour, c'est contre les désordres qu'il produit peu à peu, que l'on opposera avec succès l'eau de la source *Dominique*, et qu'on la verra, grâce à l'arsenic qu'elle contient, mériter, à côté et parfois au-dessus du quinquina, le titre de médicament anti-périodique. En outre, grâce encore à ses éléments toniques, elle justifiera celui que nous lui avons expérimentalement reconnu, de remède anti-cachectique. Or, cette dernière et importante propriété curative est d'autant plus essentielle que, par leur durée, on ne le sait que trop dans les pays où elles sont endémiques, les fièvres d'accès ont pour accidents consécutifs, des engorgements du foie, de la rate ou des intestins, produits ordinaires des troubles de la digestion et de la circulation; puis des hydropysies plus ou moins étendues, une cachexie générale et enfin la mort.

Fowler, Pearson, M. Boudin et d'autres, ont obtenu des cures promptes et solides de névralgies périodiques et de fièvres d'accès, par l'emploi de leurs liqueurs arsénicales, que l'eau de la source *Dominique* peut remplacer avec avantage, puisqu'elle contient 3 milligrammes et 1/10 d'arsénic par litre, et qu'en outre elle introduit dans le sang des éléments minéralisateurs toniques; ce qui la rend plus apte que les liqueurs arsénicales citées plus haut, à intervenir heureusement contre l'état de marasme et d'hydropisie dont sont affectées les anciennes victimes d'infections palustres, contre la cachexie, en un mot, qui est la conséquence des énormes engorgements de la rate, du foie et des autres viscères de l'abdomen. Établissons, par les deux exemples ci-après, la propriété anti-périodique de l'eau de la source *Dominique*.

Observation. — Fièvre intermittente tierce. — M. A..., âgé de 26 ans, habite momentanément à Livron (Drôme), où il s'occupe d'affaires commerciales. Il avait contracté à Sidi-bel-Abès, province d'Oran, en Afrique, une fièvre intermittente à type tierce pendant le mois de mars précédent. On lui a fait prendre à cette occasion, dit-il, beaucoup de quinine, et sa fièvre avait été coupée à deux reprises différentes. Elle revint encore, il y a deux mois, et offre des accès irréguliers, tous les 4, 3 ou 2 jours, avec les trois stades de frisson, de chaleur et de sueur.

Quoique le foie et la rate soient plus volumineux que dans l'état normal, ce malade est encore actif et vigoureux. S'il n'est pas encore atteint d'anémie, il éprouve des troubles dyspeptiques; il sent que ses forces vont diminuer, que son courage commence à s'abattre, et il vient à Vals le 20 du mois d'août avec le vif désir de s'y guérir. Aussi ne recule-t-il pas devant six verrées par jour de l'eau de la source *Dominique* jusqu'au 30, et ensuite huit verrées jusqu'au 10 septembre. Notons ici que les personnes atteintes de fièvres intermittentes éprouvent, pour l'eau acide de Vals, la même tolérance que les goutteux ou les graveleux possèdent pour les eaux alcalines.

En trois semaines le malade fut complétement débarrassé de ses accès fébriles, et les engorgements hépatiques et spléniques disparurent presque entièrement. Les nouvelles que nous avons reçues quatre mois plus tard ont confirmé la permanence de son bon état de santé.

Observation. — Fièvre intermittente irrégulière. — Henri Lagarde, âgé de 36 ans, ancien soldat de l'armée d'Afrique, d'où il est revenu depuis trois mois seulement, a eu, à trois ou quatre reprises différentes, la fièvre tierce bien caractérisée par les stades de frisson, de chaleur et de sueur, avec complication de vomissements, de vertiges, etc.

Chaque fois qu'il était à nouveau atteint de la fièvre, il devenait plus difficile à guérir, et même, la dernière fois (il y a sept ou huit mois), à Boghard, sur le chemin de Laghouat, étant entré à l'hôpital,

il a pris, dit-il, en 40 jours, 30 fois du sulfate de quinine sans aucun succès. Aujourd'hui les accès sont de forme irrégulière et reviennent tous les jours. Ainsi, le dimanche précédent, il a éprouvé des frissons et des vomissements à 2 heures ; le lundi, vomissements et transpiration à midi; le mardi, frissons, grande chaleur sèche, non suivie de sueur ; aujourd'hui, mercredi 1er août, le malade se présente à notre examen.

Cet homme, qui paraît doué d'un tempérament sanguin et d'une constitution vigoureuse, commence à devenir anémique. Les vomissements pénibles et réitérés de matières liquides qui accompagnent les accès de fièvre, la fatigue des camps, ses séjours prolongés dans hôpitaux, ont brisé son énergie native ; la rate et le foie sont gonflés, la langue est blanche ; le pouls est à 75 ; enfin, l'appétit est nul et la digestion mauvaise.

Nous commençons le traitement par six demi-verrées chaque jour de l'eau de la source *Dominique* et nous arrivons graduellement jusqu'à 4 verrées matin et soir. Au bout de la première semaine de l'usage de cette eau, les accès avaient déjà disparu ; le traitement est suivi pendant 25 jours, et il amène heureusement chez le malade, avec la guérison des accès fébriles, non-seulement la cessation des troubles dyspeptiques, mais aussi une diminution notable dans le volume des organes engorgés, le foie et la rate.

Nous avons relaté dans les journaux de médecine un fait clinique remarquable, dont nous avons été témoin pendant le mois de juin 1866. M. P..., de Marseille, avait contracté en Morée une fièvre intermittente quarte qui, depuis 18 mois, avait résisté à plusieurs essais de traitement, mais avait été modifiée seulement dans ses manifestations périodiques. Les accès revenaient tous les 18 jours, et pendant 5 à 6, le malade était obligé de se tenir au lit, éprouvant du frisson, des malaises accablants, des sortes d'angoisses inexprimables. Il vint à nos thermes, et fut mis à l'usage de l'eau de la *Dominique* par l'un de nos collègues, qui eut le bonheur de le renvoyer parfaitement guéri après 35 à 40 jours de traitement.

Si le cadre, que nous pouvons donner ici à chaque genre de maladie, n'était si restreint, nous aimerions à relater d'autres observations, et entre autres celle d'une fièvre intermittente, compliquée de névralgie de la rate, chez une dame envoyée à Vals par M. le docteur Richoud, de Marseille. Essoufflée en marchant, anémique, la figure boursouflée, le ventre enflé et les jambes œdématiées, cette dame en était venue à être presque cachectique, et tout cela, par suite de l'engorgement de la rate qui était douloureuse. Nous vîmes tous ces symptômes disparaître en moins de 15 jours, sous l'action de l'eau de la source *Dominique;* il ne lui restait plus qu'un peu d'oppression quand elle partit pour Marseille, nous promettant bien d'y continuer encore l'usage de l'eau arsenicale pendant deux ou trois semaines.

Combien de fois témoin, ainsi que nos confrères de Vals, des succès obtenus par l'eau de la source *Dominique* dans le traitement de fièvres intermittentes, rebelles au sulfate de quinine et ayant amené des engorgements de la rate, parfois même un état cachectique, des urines albumineuses, des suffusions séreuses dans les membres inférieurs ou dans le ventre, n'avons-nous pas reporté notre pensée vers nos soldats d'Afrique, encore si fréquemment atteints de l'infection palustre? Quel grand bienfait leur serait rendu, s'ils étaient dirigés vers notre station thermale, près de laquelle ils trouveraient, en outre, des eaux alcalines préconisées par M. le professeur Trousseau dans le traitement d'anciennes fièvres paludéennes, l'eau de la source *Dominique* si reconstituante et si éminemment efficace contre les accidents morbides affectant des formes périodiques!

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par un arrêté du Ministre de l'Instruction publique, en date du 10 mai 1868, M. le docteur Ch. Loiseau, professeur d'hygiène à l'Association philotechnique, a été nommé officier d'académie.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dieulafoy, ancien professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Toulouse, membre correspondant de l'Académie de médecine.

— L'Académie des Sciences tiendra sa séance publique annuelle le lundi 18 mai, à deux heures précises, sous la présidence de M. Chevreul. On proclamera les prix décernés en 1867 et les sujets de prix proposés.

M. Dumas lira un éloge historique de Faraday, associé étranger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'électricite, par J. Baille. Ouvrage illustré de 71 vignettes par A. Jahandier. 1 vol. in-18 jésus. Prix : 2 francs. — Paris, 1868. Chez L. Hachette et Ce.

Transformation des forces. Chaleur et mouvement musculaire. Unité des phénomènes naturels, par le docteur Paul Dupuy, professeur à l'École de médecine de Bordeaux. — Paris, 1867. — In-8o. Prix : 2 francs. — Chez Adrien Delahaye.

Enseignement et liberté. Lettre à M. Guéroult, député au Corps-Législatif, par M. Pascal. — In-8o de 62 pages. Prix : 1 franc. — Paris, 1868. — Chez Adrien Delahaye.

De l'emploi de la fève de Calabar dans le traitement du tétanos, par M. le docteur Bourneville, interne des hôpitaux de Paris. — In-8o de 16 pages. Prix : 50 centimes. — Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 59. — MARDI 19 MAI 1868. 41e ANNÉE. MARDI 19 MAI 1868. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Les Bureaux et les Ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le Journal ne paraîtra pas Jeudi prochain.

FACULTÉS, SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

On ne saurait trop le répéter, l'École de Paris a dû toujours une grande partie de son éclat à l'enseignement non officiel des hôpitaux et de l'École pratique.

En province, les circonstances sont pour le moment moins favorables; et cependant il se fait déjà quelques tentatives pour organiser auprès des Écoles un enseignement libre complémentaire. Par exemple à Reims, on nous a parlé d'un cours de ce genre, et à Nancy, les médecins des hôpitaux qui ne sont pas professeurs de clinique, font parfois quelque conférence auprès d'un malade intéressant.

Mais pour que la France pût avoir, en dehors de la capitale, des Écoles vraiment prospères et pleinement développées, il faudrait qu'il y existât des épreuves semblables à celles que subissent les *privat-docenten* en Allemagne, ou les *agrégés honoraires* à la Faculté de Bruxelles. Il faudrait que le jeune médecin, qui veut se livrer à l'enseignement de telle ou telle branche de la science, pût emporter, en quittant Paris, un titre spécial, acquis à la suite d'examens très-rudes.

On ne pourrait pas élever beaucoup le niveau d'un titre professionnel indispensable pour exercer, comme est celui de docteur en France. Être trop sévère en pareil cas, ce serait briser la carrière d'un très-grand nombre. Le temps et l'argent que le jeune homme peut consacrer à ses études n'est pas toujours illimité; il faut donc prendre une moyenne qui rende les examens sérieux sans qu'ils deviennent inabordables dans les conditions les plus habituelles.

Mais aujourd'hui, la science médicale est si vaste qu'on ne saurait la faire entrer, en son entier, dans un programme ainsi conçu. On doit forcément se contenter de quelques notions superficielles sur bien des questions qu'il aurait fallu approfondir pour les comprendre.

Aussi le titre de docteur couvre-t-il souvent bien des lacunes dans l'instruction de celui qui le porte.

S'il existait des titres supérieurs, titres de luxe, qui répondraient à des épreuves vraiment sérieuses et pratiques, ceux qui les prendraient auraient prouvé par cela même qu'ils se dévouent au culte élevé de la science; et comme professeurs particuliers, ils posséderaient un prestige qui les soutiendrait dans leurs efforts.

Alors on verrait s'organiser tout naturellement des foyers semblables à ceux qui rayonnent en Allemagne; et les travailleurs de province n'auraient bientôt plus à se plaindre d'un isolement qui fait leur faiblesse.

Académie des sciences. — M. Poiseuille a lu un Mémoire sur la pression du sang dans le système artériel.

Cette pression ne diminue pas, comme le pensait Bichat, au fur et à mesure qu'on s'éloigne du cœur, de manière à s'éteindre complétement dans les capillaires; mais, au contraire, à l'aide de l'hémo-dynamomètre appliqué sur un point quelconque de l'arbre aortique, on a constaté que ces pressions sont les mêmes en tout point.

Ces expériences, rapportées d'abord dans une thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, il y a longues années, ont été répétées depuis par la plupart des physiologistes.

Le fait est donc parfaitement établi, et M. Poiseuille cherche à l'expliquer.

Dans des expériences d'hydrodynamie faites soit avec des tubes rigides, soit avec des tubes de caoutchouc, il a constaté que dans ces deux cas il faut absolument que le liquide se meuve dans des espaces qui vont en diminuant pour que la pression reste égale sur tous les points.

Dans les tubes rigides, il faut, par exemple, que la somme des lumières des orifices de sortie soit moindre que le quart ou le tiers de la lumière du tuyau.

Mais les physiologistes disent que le sang se meut au sortir du cœur, en parcourant des espaces de plus en plus grands, de manière que l'ensemble du système artériel jusqu'aux capillaires formerait un cône tronqué dont la petite base serait à l'origine de l'aorte, et la grande aux capillaires. Suivant M. Poiseuille, les physiologistes sont dans l'erreur.

Toute l'ondée sanguine lancée par le cœur dans l'arbre artériel ne passe pas, dit-il, dans les capillaires; il n'y en a que le tiers environ; les deux autres tiers servent à dilater les artères et à rendre continu par leur retrait le mouvement du sang dans les petits vaisseaux.

Or, si le sang parcourait des voies de plus en plus larges, comme sa pression dans les veines, au delà des capillaires, est bien plus faible que dans les artères, il est impossible d'admettre que dans ce cas toute l'ondée sanguine poussée par le cœur ne passe pas en même temps dans les capillaires.

Pour qu'il en passe seulement le tiers, il faut nécessairement qu'il y ait insuffisance des vaisseaux capillaires, c'est-à-dire que l'ensemble des lumières qu'ils présentent soit trop petit. De là il résulte que la portion perméable au sang des dernières ramifications artérielles et des capillaires est bien inférieure à la lumière de l'aorte, condition indispensable à l'égalité de pression.

Nous venons de dire, ajoute M. Poiseuille, la partie perméable des dernières ramifications artérielles et des capillaires, et non la somme de leurs lumières, ce qui est bien différent. En effet, on sait que la surface intérieure des petits vaisseaux est tapissée d'une couche immobile de liquide dont l'épaisseur est d'autant plus grande que leur diamètre est plus petit, de sorte que la présence de cette couche diminue beaucoup leur partie perméable; ajoutons que le frottement du liquide contre lui-même tend au même but en ralentissant sa marche.

Telle est, dans toute sa puissance, l'argumentation de M. Poiseuille.

Société de médecine de Bordeaux. — M. Betbeder emploie depuis longtemps, contre les névralgies, l'éther appliqué localement. La méthode qui lui réussit consiste à faire tomber goutte à goutte cet éther sur une compresse qu'on maintient appliquée sur le point malade. On a soin de maintenir cette compresse imbibée, sans y verser un excès d'éther qui coulerait sur les parties voisines, et l'on ne cesse cette application que quand la douleur est calmée.

Une nouvelle observation, citée à l'appui de cette méthode à la Société de médecine, a été publiée dans l'*Union médicale de la Gironde*.

Sociétés des sciences médicales de Lyon. — Nous trouvons dans le journal de médecine de Lyon un mémoire important, lu à cette Société par le docteur Lortet, sur la pénétration des leucocytes à travers les membranes.

Les poches membraneuses choisies par M. Lortet ont été : soit des poches en baudruche, soit surtout des vessies natatoires de tanches ou de perches, membranes qui sont presque entièrement fibreuses et dont les parois ne contiennent aucun noyaux ou cellules qui puissent être confondues avec des leucocytes.

Il y a placé : soit de l'albumine d'œuf pure, soit du liquide rachidien, soit des solutions de substances non azotées telles que de la gomme ou du sucre, soit de l'eau distillée ; et dans certains cas, il les a simplement insufflées.

Or, en introduisant dans des plaies récentes des poches membraneuses ainsi préparées, il les a toujours vu contenir en peu de temps des leucocytes.

Dans ces expériences, on avait bien soin d'éviter toute pression ; et il est évident que les leucocytes ont pénétré, pour ainsi dire, d'une manière active, car leur nombre a toujours été d'autant plus grand que la plaie, plus récente, contenait un pus moins altéré.

Voici la principale conclusion de M. Lortet : « Dans un blastème amorphe enfermé dans une poche perméable et placé dans des conditions d'endosmose et de température déterminées, puis introduit dans un milieu sanguin ou purulent, il n'y a pas génération spontanée de leucocytes; mais ces organites passent entre les fibres des membranes, grâce probablement à la facilité avec laquelle ils peuvent changer de forme. »

Hôpitaux. — Nous avons parlé précédemment d'une jeune fille, opérée pour un pied creux *valgus* par M. le professeur Richet.

Nous avons dit que ce pied creux valgus était causé par la contracture de plusieurs muscles, à savoir : d'abord le long péronier latéral, puis accessoirement le court péronier latéral, l'extenseur commun des orteils et le péronier antérieur. Les tendons de ces muscles furent coupés sous la peau, et le pied fut enfermé dans un appareil inamovible.

Après quelques semaines, cet appareil fut enlevé, et l'on put constater d'abord que la déformation ne s'était pas reproduite. Mais la malade ayant marché pendant deux jours, on s'aperçut que le pied recommençait à tourner en dehors.

Il se faisait un nouveau pied *valgus* qui, cette fois n'était pas *creux*, mais au contraire *plat*.

Ainsi se trouva vérifiée d'une manière expérimentale, pour ainsi dire, la théorie que M. Duchenne, de Boulogne, a formulée sur la genèse des pieds bots valgus (1).

Le pied bot valgus, quand il est creux, tient, suivant lui, à la contracture, à l'action excessive du long péronier latéral, qui abaisse le premier métatarsien, en exagérant la voûte plantaire. Quand il est plat, au contraire, il tient à la paralysie, au défaut d'action du même muscle, qui, ne soutenant plus le premier métatarsien, laisse le pied se tordre en s'appuyant sur son bord externe.

Chez la malade de M. Richet, les tendons coupés se sont allongés, le long péronier agit peu, il soutient à peine la voûte plantaire, et la torsion du pied en dehors se produit.

Ce fait est curieux, car il met en garde contre les prétendues guérisons de pied creux valgus obtenus par la section des tendons. Restent-elles définitives? Il faudrait revoir les malades après quelque temps pour le savoir ; car le bénéfice serait mince, s'il se bornait à la transformation du pied creux en pied plat valgus.

Dr Victor Revillout.

ASILE SAINTE-ANNE. (Bureau central d'admission.)

M. MAGNAN (2).

Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. — La paralysie générale.

(Leçons recueillies par M. Langlet, interne des hôpitaux de Paris).

Passons maintenant, Messieurs, à un autre ordre de phénomènes qui, sans avoir l'importance capitale des troubles moteurs, ont néanmoins dans quelques circonstances, par leur ensemble, une valeur réelle. Ces troubles somatiques n'ont pas en général été présentés d'une façon bien nette par les auteurs, et cela tient à ce que l'on retrouve des phénomènes analogues dans la démence sénile, l'alcoolisme chronique et certaines lésions cérébrales. Mais il existe quelques caractères qui peuvent les faire distinguer.

Dans la paralysie générale, Messieurs, il est très-rare que les malades n'éprouvent pas au début de la lourdeur, de la pesanteur de tête, quelquefois une céphalalgie plus particulièrement frontale. « *J'ai comme un bandeau sur le front* », disent souvent les malades; ces symptômes s'accompagnent souvent de bourdonnements d'oreilles, quelquefois de sifflements ou de bruits de torrents et de vagues, rarement de tintements et de bruits de cloche.

Il survient aussi de petits vertiges ou des éblouissements pendant lesquels le malade est obligé de s'arrêter ou de s'appuyer un instant; pendant ce temps il y a de la pâleur, quelquefois de la rougeur de la face. Ces phénomènes très-passagers, ne s'accompagnant d'aucune perte de connaissance, peuvent être suivis d'une gêne un peu plus marquée de la parole; c'est généralement après les repas, après une émotion, une fatigue plus grande qu'ils se montrent.

Chez certains malades, ils diminuent et s'arrêtent à mesure que la maladie progresse, mais plus habituellement ils augmentent avec elle et suivent sa marche progressive. Les crises convulsives épileptiformes, que l'on observe dans quelques circonstances à une période plus avancée, me paraissent être des phénomènes de même ordre, mais plus accentués. De même qu'entre l'hésitation passagère de la parole au début et le bredouillement de la fin de la maladie il y a une distance très-grande, de même l'étourdissement et le vertige du commencement me paraissent être les phénomènes primordiaux des accidents convulsifs habituellement tardifs.

Mais en même temps on voit des phénomènes plus caractéristiques, ce sont de l'engourdissement, du fourmillement des mains, quelquefois des pieds, puis des crampes, plus particu-

(1) *Traité de l'électricité localisée*. 2e édition, 1861. J.-B. Baillière et fils. — *Physiologie des mouvements*. Paris, 1867. J.-B. Baillière et fils.

(2) Suite. — Voir les numéros des 12 et 14 mai.

lièrement dans les mollets, avec des éclairs de douleur, du tiraillement et du tortillement musculaire; quelquefois, dans l'épaisseur des muscles, de petits mouvements dont les malades ont conscience. Rarement des douleurs analogues se montrent dans les membres supérieurs. Ces phénomènes méritent de fixer votre attention; on ne les observe guère que dans la paralysie générale avec les caractères que je viens de vous indiquer.

Les fonctions organiques sont en général assez bonnes. La nutrition se fait bien, et il est à remarquer que très-souvent, vers la fin de la première période, les malades engraissent, prennent un embonpoint considérable qui se soutient quelquefois jusqu'à la dernière période et ne disparaît complétement que dans certains cas de lienterie ou de diarrhée chronique.

Un mot sur la température chez les paralytiques. M. Meyer (1) avait pensé que la température était augmentée dans la paralysie générale. J'ai fait des recherches dans ce sens sur un certain nombre de paralytiques, et après avoir pris plusieurs jours de suite, matin et soir, la température à l'aisselle et au rectum, j'ai trouvé une augmentation de 1 degré à 1 degré 1/2 (de 35° à 38° 5), seulement dans les cas où les malades présentaient une certaine excitation. Chez une femme paralytique qui avait une légère contraction des membres avec de petits mouvements convulsifs, augmentant à certains moments, chez laquelle on voyait aussi se développer du malaise et de la pesanteur de tête, j'ai trouvé deux fois 39 degrés centigrades dans le rectum. On comptait en outre, par minute, 112 à 116 pulsations et 36 respirations. La température ne me paraît donc pas devoir donner de renseignements bien importants.

Nous venons de voir, Messieurs, les troubles physiques tels qu'ils se présentent à l'état de simplicité. Les troubles du côté de la parole, du côté des mains et des jambes sont les plus importants. Eh bien, à ces symptômes viennent quelquefois se surajouter des phénomènes qui les compliquent et qui peuvent les masquer plus ou moins complétement. Il me suffira de vous énoncer quelques-unes de ces complications, une description détaillée m'entraînerait trop loin.

On observe quelquefois des tics convulsifs de la face, des yeux, des paupières; dans d'autres cas plus rares, de véritables convulsions choréiformes étendues à tout le corps et qui cachent complétement les troubles caractéristiques de la motilité; j'ai eu l'occasion d'observer deux faits de ce genre à Bicêtre et un cas à la Salpêtrière. Quelquefois il survient, même avant la période ultime, une roideur des membres, plus rarement une contracture de presque tous les muscles du corps; dans quelques cas rares, à la raideur s'ajoutent de petits mouvements convulsifs, tantôt limités à une main, un bras, une jambe, d'autres fois étendus à tout le corps. Des attaques épileptiformes se montrent aussi dans la paralysie générale, mais plus particulièrement à la fin de la maladie.

Enfin, quelquefois on voit survenir des hémiplégies, des paraplégies, des paralysies plus ou moins complètes limitées à un membre, des accidents apoplectiformes; en dernier lieu, des troubles ataxiques des membres inférieurs, sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir.

Permettez-moi de vous indiquer encore quelques complications qui surviennent en général à la fin de la maladie. Ce sont des sphacèles partiels, d'un doigt, d'un orteil; des eschares plus ou moins étendus; des accidents divers du côté du tube digestif par suite de la paresse des muscles de la vie organique; des pneumonies auxquelles un séjour au lit prolongé n'est pas étranger.

Je ne dois pas oublier de mentionner l'hématome de l'oreille que l'on trouve dans quelques cas rares de paralysie générale, et dont la pathogénie a soulevé tant de discussions.

Cet épanchement de sang siége, comme l'indique M. Foville (2), entre le cartilage et le périchondre; mais dans les deux autopsies que j'ai eu l'occasion de faire à Bicêtre, dans le service de Marcé, j'ai constaté une rupture du cartilage. J'ai vu en outre, à l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, une véritable épidémie d'hématomes s'arrêter à la suite du renvoi de trois infirmiers violents, de sorte que je suis disposé à rattacher à un traumatisme le développement de ces hématomes.

(*La suite prochainement.*)

DES EFFETS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS DES EAUX-BONNES (3)

Dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Par M. le Dr Leudet, *médecin aux Eaux-Bonnes.*

(Lecture faite à la Société de médecine de Paris.)

Modifications définitives apportées à l'état général. — Mais ce n'est pas seulement sur la lésion anatomique et sur les symptômes produits par elle que portent les modifications heureuses de la médication sulfurée. Des effets non moins considérables sont déterminés par les Eaux-Bonnes sur l'économie tout entière, sur ce terrain si variable, qui donne naissance au tubercule. On peut dire d'une façon générale que l'état constitutionnel le plus propre au développement de la phthisie et le plus voisin de la diathèse tuberculeuse, est cet état que l'on décrit sous le nom de *tempérament lymphatique*. Si la scrofule n'est pas la tuberculose, si même dans sa période de puissance et d'état, dans la période écrouelleuse et ganglionnaire, elle exclut en quelque sorte le processus tuberculeux, il n'en est pas moins vrai que lorsqu'elle perd ses caractères les plus tranchés, lorsqu'elle vieillit, lorsqu'elle dégénère et donne naissance à ces tempéraments difficiles à classer, appelés tour à tour lymphatiques, faibles, mous, il est positif, dis-je, que cette diathèse scrofuleuse, ainsi modifiée, prépare excellemment l'organisme à se laisser envahir par la diathèse tuberculeuse.

Cet état lymphatique, ces tempéraments faibles et mous, ces constitutions prédestinées au tubercule, dont il est inutile de retracer ici les caractères, sont puissamment relevés, redressés, *changés* par la médication sulfureuse des Eaux-Bonnes. Car l'Eau-Bonnes ne relève pas seulement les forces déprimées de l'économie; comme ces forces sont *altérées*, elle doit aussi les *changer*. C'est ce qu'elle fait, en entraînant dans un sens anti-tuberculeux l'économie qui n'a pas su résister à l'infection phymique.

Pour cela les Eaux-Bonnes s'adressent aux fonctions nutritives et profondes de l'organisme. Elles excitent l'appétit, donnent de l'embonpoint, activent la circulation générale et celle des capillaires sanguins. Les malades perdent leur pâleur, leur abattement, leur faiblesse. Le système nerveux, mieux équilibré, résiste aux émotions et aux fatigues. L'aspect général lymphathique et mou disparaît pour faire place à un tempérament plus vif, sorte de tempérament sanguin factice, qui opposera une digue efficace, aux progrès de l'évolution tuberculeuse. Mais si ce tempérament physiologique nouveau, créé par l'Eau-Bonnes, peut suffire quelquefois pour arrêter les débuts d'une affection tuberculeuse des poumons, il faut souvent, quand la phthsie a fait de plus grands ravages, chercher dans l'économie un autre contre-poids, chercher par exemple à réveiller ce que le tubercule a fait disparaître en faisant explosion dans l'organisme. Ceci m'amène à la question des métamorphoses diathésiques et des antagonismes pathologiques, question que je ne dois pas traiter, mais dont je dirai nécessairement quelques mots à l'occasion des observations qui suivent.

Obs. II. — Une dame de 23 ans me fut adressée pour la première fois, en 1860, par son médecin, mon excellent confrère et ami, le docteur Costilhes. Elle était phthisique, et M. Gendrin, consulté par elle, avait porté le pronostic le plus fâcheux. Depuis deux ans, elle toussait, maigrissait et avait de la fièvre de temps en temps. Ce rhume si persistant avait débuté à la suite de la disparition, spontanée ou provoquée, d'un eczéma occupant le genou droit, le côté droit du cou et l'oreille du même côté. Le fait m'était confirmé par le docteur Costilhes.

Les deux sommets étaient pris, le droit principalement. Il y avait de la matité, une respiration faible, inégale, une expiration rude et prolongée et des râles sous-crépitants assez gros, plus nombreux à droite qu'à gauche. Aucun antécédent tuberculeux n'était noté dans la famille. Le père et la mère accompagnaient la malade. Le père s'enrouant facilement, sujet à des maux de gorge, atteint d'un coryza chronique avec écoulement mucoso-purulent, présentait les autres attributs ordinaires de la scrofule, gros os, lèvres épaisses, etc. La mère était lymphatique et légèrement rhumatisante; la malade était elle-même profondément lymphatique.

Cette dame fit quatre saisons aux Eaux-Bonnes pendant quatre ans consécutifs, et une cinquième saison en 1866. La toux, l'expectoration, les signes physiques se modifièrent considérablement; l'embonpoint et les forces revinrent, la fièvre disparut. La malade, qui avait fait une fausse couche quelques mois avant sa première saison à Bonnes, a eu depuis plusieurs enfants; et aujourd'hui, elle vit de la vie commune. L'auscultation la plus attentive ne découvre plus chez elle qu'un peu de faiblesse respiratoire au sommet droit, sans matité, sans râles d'aucune espèce. Ce n'est pas sur ce résultat du traitement que j'appelle l'attention. Ce que je désire mettre en relief, c'est la route que l'Eau-Bonnes a suivie pour arriver à ce résultat.

A la suite de la seconde saison des Eaux-Bonnes, la malade fut prise d'un écoulement vaginal abondant, accompagné de démangeaisons très-vives aux parties génitales externes. Cet écoulement et ces démangeaisons, combattus avec un demi-succès par le docteur Costilhes, disparaissaient pendant quelque temps pour reparaître encore. La persistance de ce mal était évidente; la malade s'en plaignit à moi en 1862, en 1863, en 1866, quand elle revint à Bonnes pour la dernière fois. Le mode d'apparition, la marche, la persistance de ce mal dénotaient sa nature. Nous avions affaire à une *vaginite herpétique*, à une *dartre* de la vulve et de la membrane muqueuse du vagin. En 1866, enfin, je constatai moi-même chez la malade l'existence, sur la peau du mollet droit, d'un *eczéma sec*, dont l'apparition était très-récente.

Ai-je besoin de dire, — car ma conclusion est déjà connue, — que le déclin des accidents thoraciques et la reconstitution de l'économie avaient coïncidé avec l'apparition ou la réapparition de ces *herpétides* muqueuses et cutanées?

Que l'on explique ces faits comme on le voudra : que ce soit là l'effet d'une crise, d'une métastase, d'un antagonisme pathologique, d'une transformation diathésique, peu m'importe! Le fait est là, fait clinique important et indiscutable.

Il m'est pourtant permis d'ajouter que, plus d'une fois, des résultats semblables m'ont été fournis par les Eaux-Bonnes, que j'ai dû naturellement chercher la relation de ces faits entre eux, et que, pour moi, un des grands bienfaits de l'Eau-Bonnes dans le traitement de la phthisie, est la création ou le réveil de maladies constitutionnelles moins graves que la phthisie pulmonaire elle-même.

Les deux observations suivantes viendront encore à l'appui de la thèse que je soutiens.

Obs. III. — M. A..., 23 ans. Début de la maladie à 18 ans, par des hémoptysies répétées et abondantes; amaigrissement rapide, fièvre, etc. Première saison à Bonnes, en 1864 : matité dans le tiers supérieur du poumon droit en avant et en arrière, gros râles muqueux, gargouillements mêlés à une expiration soufflante et caverneuse dans la même étendue; dans les deux tiers inférieurs de ce même poumon droit, en arrière, râles muqueux plus fins, plus doux, plus muqueux. A gauche, rien à noter, respiration normale. Saisons nouvelles à Bonnes en 1865, 1866 et 1867. Les hivers qui suivirent ces cures thermales furent passés, les deux premiers à Cannes, les deux autres à Pau; loin de sa famille, entraîné par sa jeunesse, M. A... y viola toutes les lois de l'hygiène. En 1866 et 1867, je note les changements suivants survenus dans le poumon droit si gravement atteint : les bruits humides ont totalement disparu et sont remplacés par un souffle intense, sec, dépourvu de toutes bulles, *souffle inerte*, existant dans l'inspiration et l'expiration. Des râles fins, crépitants, mêlés à une respiration saccadée, bornent les limites de ce souffle inerte, entendu dans les deux premiers espaces intercostaux de la région sous-claviculaire droite, et en arrière, dans la fosse sus-épineuse. La toux a disparu; il n'y a plus de fièvre, les forces sont revenues; le malade a passé ce dernier hiver à Caen, près de sa famille, vivant de la vie commune, et ne se privant pas des plaisirs du monde. Il y a un mois, dans mon cabinet, il me disait qu'il ne savait plus ce que c'était que tousser.

L'heureuse et profonde modification de la lésion anatomique révélée par l'auscultation, la disparition de la toux et de la fièvre, la reconstitution des forces, ne font pas tout l'intérêt de cette observation. Je n'ai pas encore dit que mon malade était issu d'une race manifestement goutteuse. Sa mère est morte phthisique à 30 ans, il est vrai, et son père a succombé jeune aux suites d'une chute de cheval. Mais de ses grands parents paternels et maternels, les uns sont morts à un âge très-avancé, les autres vivent encore, et tous ont été ou sont goutteux. J'avoue que l'origine du phthisique, la race dont il est issu, a pour moi une importance de premier ordre. Je préfère une lésion tuberculeuse avancée chez un phthisique issu d'une famille arthritique, goutteuse ou rhumatisante, à cette même lésion peu grave et peu étendue chez un malade dont les parents sont lymphatiques ou scrofuleux. La constitution goutteuse est, en effet, plus antipathique au tubercule que la constitution lymphatique. La goutte franche exclut même, en quelque sorte, la diathèse tuberculeuse, et j'ai toujours vu la phthisie marcher irrégulièrement et être plus facilement enrayée, quand une manifestation arthritique, rhumatismale ou goutteuse, pouvait naître sous l'excitation du traitement thermal. Dans le cas actuel, l'Eau-Bonnes a manifestement provoqué ces phénomènes goutteux dont je parle. Depuis deux ans, M. A... a des *hémorrhoïdes* qui fluent abondamment; de plus il est tourmenté de temps en temps par un *vertige stomacal*, cette affection singulière si propre aux tempéraments arthritiques.

Je crois donc que, chez ce malade, les Eaux-Bonnes, en réveillant ou créant de toutes pièces des affections, dont la parenté avec la diathèse goutteuse n'est niée par personne, ont servi puissamment à modifier la diathèse tuberculeuse, qui déjà avait imprimé au poumon une désorganisation si profonde. Ce n'est pas l'ordinaire en effet de voir arrêtées dans leur marche ces phthisies qui ont creusé dans les poumons une vaste caverne; et ce n'est pas trop chercher que de vouloir opposer à ces phthisies non seulement une médication profondément reconstituante et anti-tuberculeuse, mais encore des états constitutionnels, physiologiques ou pathologiques, manifestement antagonistes du tubercule.

Cette association de plusieurs diathèses neutralisant la diathèse tuberculeuse, se retrouve également dans l'observation qui suit :

(*La suite au prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du vendredi 8 mai. — Présidence de M. Gubler.

De la période d'incubation dans les maladies éruptives.

(Extrait du rapport de M. Besnier.)

Dans quelques-uns de mes précédents rapports, je m'étais attaché à mettre en saillie quelques idées relatives à la question, très-mal connue encore, de l'*incubation* des maladies en général et des fièvres éruptives en particulier. Après avoir rappelé que la période latente des fièvres *variait dans sa durée*, selon les sujets, selon les conditions d'origine, etc., j'avais ajouté que ces variations pouvaient être très-considérables et donner lieu, entre ces différents cas, à un *écart* très-étendu; que l'on ne devait pas conclure nécessairement d'après les seuls faits d'inoculation, etc. (Voy. Rapports de février et de mars 1868.) J'avais dit, enfin, que ces diverses questions, toutes très-importantes en pratique, n'ayant pas reçu jusqu'alors l'attention qu'elles comportaient, il était nécessaire de les remettre à l'étude, ne fût-ce même que pour contrôler à nouveau des faits dont l'observation est déjà quelque peu ancienne.

Or, quelques-unes de ces propositions ayant paru exorbitantes ou dénuées de fondement à quelques-uns de mes collègues, je n'ai pas cru pouvoir me dispenser de revenir sur ce sujet et de l'approfondir davantage.

Voici d'abord les deux objections principales : d'une part, à propos de la *variole*, M. Chauffard repoussait comme un non sens médical l'idée d'une incubation réduite à vingt-quatre ou à quarante-huit heures, et, de l'autre, M. Bucquoy s'étonnait tout haut de me voir considérer comme devant être remise à l'étude une question qui, selon lui, au moins pour la variole, ne présentait plus aucun doute, aucune obscurité.

Sur le premier point, tout en admettant, dans une certaine mesure, avec M. Chauffard (1), que l'on puisse difficilement comprendre l'éclosion d'une maladie spécifique sans « ce travail recueilli et silencieux » qui constitue l'incubation, et qu'il y faille « une préparation et du temps », nous ne pensons pas que l'auteur qui a si éloquemment parlé de la « *spontanéité vivante*, » veuille en concentrer l'action dans des limites mathématiques exclusives qui sont plutôt le propre des phénomènes physico-chimiques que des phénomènes biologiques normaux ou anormaux. Il suffirait, en effet, pour détruire une semblable proposition, de rappeler que les maladies inoculées elles-mêmes, celles qui sembleraient le plus exactement devoir se soumettre à une règle invariable, offrent, dans la durée de leur période d'incubation, les écarts les plus extrêmes, même pour la variole (quatre à vingt-huit jours, par exemple, d'après Marsh (2), pour la variole inoculée), sans parler de la rage, ni de la syphilis, ni de la morve, etc.

On n'a d'ailleurs jamais protesté aussi explicitement contre la réduction possible, dans certains cas particuliers, de la durée de la période d'incubation, même pour la variole : Joseph Frank, à qui l'on ne voudra certes pas refuser le bon sens médical, rapporte le fait

---

(1) Meyer. *Annalen des Charite-Krankenhauses*. Berlin, 1858. Band. VIII. S. 44.

(2) Foville. Recherches sur les tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille chez les aliénés. (*Ann. médico-psychol.*, 1859.)

(3) Suite. — Voir le dernier numéro.

(1) P.-E. Chauffard. *De la spontanéité et de la spécificité dans les maladies*. Paris, in-12, 1867.

(2) *Dublin hosp. rep.* 1827. Cit. Empis.

observé par lui, en 1801, d'une dame chez qui la période d'invasion aurait immédiatement suivi la cause contaminante; je suis loin de me porter garant de l'exactitude du fait, et je sais parfaitement que le cas particulier peut être discuté par cela seul que la variole régnait alors épidémiquement; aussi l'ai-je rapporté seulement pour montrer qu'un médecin, même parmi les plus éminents, a pu ne pas considérer une semblable exception à l'égsl d'une absurdité. Dans la même série d'idées, je rencontre deux observateurs de premier ordre, Rilliet et M. Barthez (1), lesquels concluent de leurs recherches « que la durée de la période d'incubation de la variole est comprise entre un et quarante-six jours, sans affirmer qu'elle atteigne ces chiffres extrêmes, » et ajoutent, avec M. Bousquet, que « les semences végétales ne lèvent pas toutes à la même heure et qu'il doit en être de même des maladies qui naissent d'un germe (2) ».

Pour la scarlatine, il serait facile de multiplier les exemples : Trousseau rappsrte un cas de scarlatine observé par lui dans lequel l'incubation n'a duré que vingt-quatre heures; Gintrac père (3) cite deux faits, également observés par lui, dans lesquels l'incubation n'a duré que vingt-quatre ou trente-six heures; Guersant et M. Blache (4) constatent que des exemples authentiques de cette nature existent dans la science, et déclarent avoir vu des enfants être atteints après être restés deux jours seulement exposés à la contagion.

D'autres faits semblables ont été sans doute observés, mais, comme ils sortent de la règle traditionnelle, ils ont dû le plus ordinairement être méconnus.

Pendant le mois d'avril entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Moutard-Martin, un malade atteint d'une affection de la moelle, et qui, au troisième jour de son entrée, offre les prodromes de la variole. Si ce malade était reconnu n'avoir eu aucun contact antérieur avec des varioleux, et si pareille observation se renouvelait fréquemment, on serait tout aussi autorisé à invoquer une incubation à courte durée qu'un développement spontané ou épidémique proprement dit.

Quant au fait en lui-même, point de départ de ce différend, j'ai déclaré moi-même, avant les observations de M. Chauffard, qu'il était sujet à discussion, que vingt-quatre ou quarante-huit heures représentaient *bien peu* un fait d'incubation, mais j'ai ajouté, et je maintiens que, si chacun a le droit de mettre le fait en doute, personne n'est autorisé à le rejeter comme impossible et encore moins comme absurde.

Mais, avant d'aller plus loin, voyons, d'après les documents authentiques publiés dans la science, ce qu'il faut penser au juste de la durée de la période d'incubation envisagée dans la scarlatine, la variole et la rougeole. Nous pensons que cet examen ne sera pas dépourvu d'utilité et d'intérêt, car l'enseignement médical actuel ne fournit à cet égard à la pratique aucun guide ni aucun règle.

Dans sa remarquable thèse sur l'*incubation des maladies* (5), notre savant collègue M. Empis prend grand soin de faire remarquer qu'aucune question n'est plus litigieuse que la durée de l'incubation dans les diverses maladies; il s'attache à montrer à quels écards peut arriarriver la durée de la période latente pour une même maladie ches les divers individus, et il établit très-excellemment que ces variations dépendent de la nature de la cause spécifique, de son mode d'application sur l'économie, des conditions individuelles, des conditions extérieures du climat, de saison, de température, de génie épidémique, etc. M. Bouchut déclare également (6) que l'incubation n'est pas uniforme pour une même maladie chez les différents sujets, et qu'il y aurait de la témérité à vouloir en préciser les limites. Trousseau (7) fait la même remarque, et il ajoute que cette inégalité dépend des dispositions particulières à chaque organisme.

La Société se rappelle certainement l'intéressante communication faite, en 1865, par M. Girard (de Marseille), qui voulait ramener à un chiffre invariable de quatorze jours la durée de la période d'incubation pour toutes les fièvres éruptives (8). Dans la discussion qui suivit la communication, il fut nettement établi qu'il était absolument impossible d'admettre une semblable proposition; les faits de tous les jours montrent, au contraire, la variabilité de cette période. Notre savant et bien cher maître, M. Henri Roger, cita, en particulier, un exemple dans lequel plusieurs enfants ayant été soumis pendant un même temps et au même moment à la contagion rubéolique, présentèrent cependant entre les époques d'éclosion de la maladie un écart de cinq à dix jours : les faits observés à l'hôpital, et trop souvent observés, ajoutait M. Roger, démontrent que les fièvres éruptives qui y sont contractées se manifestent après une incubation très-variable ; enfin, « nous savons tous, ajoutait M. Fauvel, combien sont variables les faits relatifs à l'incubation des maladies, et, lorsque deux enfants sont pris à une certaine distance l'un de l'autre, rien ne prouve qu'ils n'aient pas contracté la maladie à la même source. »

Scarlatine. — Joseph Frank déclare, d'après sa propre observation, que la durée ordinaire d'incubation de la scarlatine est de cinq jours ; mais il admet avec Binns qu'elle ne puisse durer que deux jours; avec Withering, trois ou quatre ou, au contraire, qu'elle dépasse la moyenne de cinq jours. Les auteurs du *Compendium* sont muets sur la durée de la période d'incubation de la scarlatine; M. Barrier (9) dit qu'elle est de quelques jours, pas un mot de plus; Rilliet et M. Barthez (10) ne fixent pas non plus un nombre de jours, ni même une moyenne; ils remarquent seulement que la scarlatine a une incubation moins longue que la variole, et ils ajoutent que, chez les malades qui ont été infectés à l'hôpital, l'éruption a toujours paru assez promptement pour qu'aucun d'eux n'ait eu le temps de quitter la salle; Guersant et M· Blache donnent à cette période une durée moyenne de trois à sept jours; M. Bouchut, trois à dix jours, mais il admet que l'éclosion puisse être retardée jusqu'à six semaines; M. Grisolle indique neuf jours; Niemeyer huit environ; M. Empis précise, d'après les observations de différents auteurs, un minimum inférieur à vingt-quatre heures et un maximum de douze jours.

(1) *Traité des maladies des enfants.*
(2) *Traité de la vaccine.*
(3) *Traité de pathologie interne.*
(4) *Dictionnaire en 30 volumes.*
(5) G.-S. Empis. *De l'incubation dans les maladies.* Thèse d'agrégation, Baris 1857.
(6) Bonchut. *Traité des maladies des enfants.*
(7) Trousseau. *Clinique de l'Hôtel-Dieu.*
(8) *Bulletins et Mémsires de la Société médicale des hôpitaux de Paris.* t. II, 2e série, 1865, pages 157-162.
(9) *Traité des maladies des enfants.*
(10) *Dictionnaire de médecine en 30 volumes.*

Sauf l'écart de six semaines dont parle M. Bouchut, on a pu voir que, pour la scarlatine, il est assez facile de conclure que la durée probable d'incurbation, dans la généralité des cas, est fort courte, que l'invasion peut suivre presque immédiatement l'acte contagieux, et que le temps moyen de cette période peut être évalué, comme le faisait Joseph Frank, à cinq à six jours (1), mais ce chiffre étant donné à titre de moyenne, et nullement à titre de règle ou de loi, puisqu'il existe des exemples incontestables dans lesquels ce temps a été beaucoup moins long ou beaucoup plus prolongé; mais, enfin, tous les médecins arrivent, à peu de chose près, au même résultat, et nous allons voir qu'il n'en est pas tout à fait de même pour la variole, bien que celle-ci soit inoculable.

D'après Joseph Frank, la période d'invasion pourrait succéder presque instantanément à l'action contagieuse; pour Stall et Boerhaave, la durée de la période d'incubation variolique est de cinq à sept jours, de quatre à dix-huit jours pour la variole inoculée, et de six à vingt et un pour lo variole non inoculée, d'après Marsh. Ozanam mentionne la période d'incubation, mais il ne dit pas un mot de sa durée. Guersant et M. Blache croient que l'incubation que l'on a vue être de quatre à cinq jours s'est prolongée dans quelques circonstances jusqu'au quinzième, vingtième et même vingt-troisième jour. Rayer admet un écart de dix à vingt jours. Les auteurs du *Compendium*, qui ne parlent ni de l'incubation de la scarlatine ni de celle de la rougeole, n'ont pas d'opinion personnelle à propos de la variole. Rilliet et M. Barthez, ainsi que nous l'avons déjà dit, donnent comme chiffres extrêmes un et quarante-six jours, et ils ajoutent que, chez quatre malades sur 47 observés par eux, la variole s'est développée quatre ou six jours après leur entrée à l'hôpital. Pour M. Bouchut, la germination de ta variole est variable, et sa durée n'est pas bien déterminée; il indique, pour la deuxième enfance, de six à quatorze jours. Trousseau indique huit à onze jours d'incubation pour la variole discrète, mais il ajoute : à moins de circonstances exceptionnelles. M. Gintrac admet dix à seize jours d'incubation pour la variole miasmatique; il ajoute que la durée peut en être plus courte, et fait encore qu'elle varie selon que l'individu reste dans le foyer ou qu'il s'en éloigne; l'éminent professeur a vu maintes fois, à l'hôpital Saint-André, des individus venus pour des indispositions légères, ou des convalescents placés dans des salles où se trouvaient des varioleux, être atteints au bout de quelques jours, et ceux qui sortaient presque immédiatement après leur entrée revenaient au bout de huit à quinze jours, offrant les préludes ou le début de la variole.

La seule conclusion possible à tirer de ces faits est manifestement que si, selon toute vraisemblance, la durée de la période d'incubation variolique peut être évaluée en moyenne à un ou deux septénaires, il existe des exemples authentiques de chiffres inférieurs et supérieurs, et que, si le chiffre de quatre jours indiqué par M. Barthez paraît être le plus court, il n'est en aucune manière prouvé qu'il ne puisse pas être abaissé encore, et, par conséquent, qu'il y a lieu d'examiner à nouveau la question des incubations à courte période avant de leur vouloir imposer une barrière quelle qu'elle soit.

Cette variabilité dans la durée de la période latente des affections varioliques est d'ailleurs parfaitement naturelle si l'on veut bien réfléchir un seul instant à l'extrême variété des conditions individuelles, et il reste à l'observation clinique bien des points encore à fixer; cette période est-elle la même pour la variole discrète ou pour la variole confluente? est-elle la même chez les sujets vaccinés ou non vaccinés? S'ils séjournent dans le foyer épidémique ou s'ils ne font que le traverser, s'ils sont dans l'état physiologique ou pathologique, etc.

La durée de la période d'incubation, courte et assez facile à préciser pour la scarlatine, plus longue et plus variable pour la variole, paraît être un peu plus longue pour la *rougeole*, mais tout aussi variable. Guersant et M. Blache indiquent de deux à sept ou huit jours pour la durée ordinaire; mais ils ajoutent qu'elle peut se prolonger bien davantage, et rapportent, d'après Borsieri, deux faits où la période d'incubation varia de quinze à vingt-cinq jours. Pour MM. Barthez et Rilliet, ce n'est plus sept ou huit jours qui constituent la règle, mais bien de dix à quinze, les extrêmes étant indiqués par six et vingt et un jours. D'un autre côté, M. Hecquet, dans sa très-remarquable relation de l'épidémie d'Abbeville, indique un écart de trois à dix-huit jours; puis on revient, avec Niemeyer, de douze à quatorze jours, et à quatorze jours (en comptant du moment de l'éruption) avec Panum et M. Empis.

Je ne veux pas fatiguer plus longtemps la Société de l'exposé de tous les chiffres que j'ai colligés sur cette question, et je me résume en disant de nouveau :

Que l'étude de la période d'incubation des fièvres éruptives réclame de nouvelles recherches; qu'il y a le plus grand intérêt, non seulement à connaître les *moyennes*, mais encore à fixer les *minima* et les *maxima*;

Que l'incubation envisagée dans les fièvres éruptives paraît être dans un rapport déterminé avec la période d'invasion (rapprochement que nous n'avons trouvé signalé nulle part). *Scarlatine* : incubation courte, période d'invasion rapide; *variole* et *rougeole*; incubation plus longue; période d'invasion également plus étendue.

DISCUSSION.

M. Chauffard. Il n'est jamais entré dans ma pensée de prétendre que M. Besnier ait dit un *non-sens*. J'ai pu soutenir que notre honorable rapporteur, avec le zèle et la large impartialité qui caractérisent ses travaux, avait reproduit une opinion qui me paraissait mal fondée; mais je ne suis pas allé plus loin, et je ne me permettrais jamais, à l'occasion de M. Besnier, une expression semblable à celle qu'il m'attribue.

Ceci posé, je déclare que le travail que nous venons d'entendre ne peut changer en rien mes convictions sur la durée de l'incubation variolique, car les tableaux de M. Besnier ne présentent que vague et incertitude.

La période d'incubation peut échapper à notre observation ; mais par la régularité des autres périodes, on peut juger de la régularité qu'elle doit présenter elle-même. Or, dans la variole, les autres périodes ont une régularité presque mathématique. Ainsi, prétendre que la seule période d'incubation y peut varier du premier jour au quarantième peut-être, *à priori* cela révolte le sens médical.

On nous a rassemblé des faits; mais je le déclare, à mes yeux, ces faits n'existent pas; pas plus ceux de Joseph Frank que ceux de Desprez.

Il y a toujours la spontanéité de l'éclosion dont il faut tenir compte; lorsque cette cause d'erreur est écartée, l'inoculation nous démontre une régularité presque mathématique. C'est ce qui arrive pour la vaccine, où chaque phase du développement survient jour pour jour, parce que la vaccine n'est jamais spontanée chez l'homme. Ici les faits sont certains, et alors la variabilité est nulle.

Dans la petite vérole, qu'est-ce que c'est que ces inoculations suivies d'éruption en quatre jours? Le plus souvent, l'inoculation de la variole se fait pour préserver de la variole épidémique; on est dans un foyer morbide, et rien ne prouve que l'influence ne s'en soit pas déjà fait sentir lorsqu'on inocule. Alors on se trompe sur la durée de la période d'incubation, déjà existante lorsqu'on a voulu intervenir. A supposer même qu'on pût invoquer un fait ou deux qui sembleraient présenter plus de garantie, un pareil nombre ne suffirait pas pour infirmer une loi générale ; ce serait une exception, *rara avis*, dont on devrait tenir peu de compte.

Toutes les fois que les circonstances m'ont permis de remonter à l'origine de la variole, j'ai toujours trouvé que la durée de l'incubation avait été de dix à quinze jours, ou, pour mieux dire, de treize à quatorze.

M. Hervieux. Je prends la parole pour m'élever contre l'assertion de M. Chauffard en ce qui touche la vaccine. L'inoculation vaccinale ne présente presque jamais cette régularité qu'a supposée M. Chauffard. Avec du vaccin de génisse, la durée de la période d'incubation est excessivement variable, souvent de deux à huit jours.

La régularité des périodes apparentes de la variole n'existe pas non plus quant à la fièvre.

En généralisant la question, je pourrais citer quelques faits qui montrent la variabilité la période d'incubation dans l'empoisonnement puerpéral. Selon le degré de gravité ou, au contraire, de bénignité de l'épidémie, l'apparition des accidents se fait attendre plus ou moins longtemps.

L'incubation est excessivement courte, parfois d'un jour, quand l'épidémie est excessivement intense. Dans le cas contraire, elle peut être très-longue, jusqu'à dix ou quinze jours, même dix-sept ou vingt, suivant M. Paul Dubois. Ces différences tiennent simplement à l'intensité du poison, intensité variable.

S'il y avait une loi, comme le prétend M. Chauffard, pour la durée de l'incubation dans les maladies aiguës contagieuses, cette loi devrait s'appliquer également aux maladies puerpérales.

M. Chauffard. Je ne crois pas que l'exemple des maladies puerpérales puisse éclairer la question. Les fièvres puerpérales n'ont pas de périodes réguliè res comme celles des fièvres éruptives.

Quant à la vaccine, je suis allé souvent assister aux vaccinatures qui se pratiquent à l'Académie de médecine, et j'y ai toujours vu les diverses périodes se succéder de la manière la plus régulière. Ainsi, je crois que la variabilité prétendue doit être des plus limitées, si elle existe.

Je ne crois pas non plus qu'il soit permis de dire que la variole peut présenter des périodes irrégulières, par cette raison qu'elle peut être discrète ou confluente, et que la fièvre en peut durer plus ou moins longtemps.

M. Hérard. Je crois à la grande variabilité de la période d'incubation de la variole; il m'a semblé que les limites en étaient de quatre à vingt et un jours. La rougeole présente dans toutes ses périodes une grande irrégularité.

Dans les affections éruptives, il y a deux choses : 1° le poison morbide; 2° l'organisme. L'organisme aura résisté plus ou moins longtemps. Il peut arriver qu'on ne prenne le mal qu'un certain jour, après y avoir été exposé jusqu'alors impunément. Selon les dispositions individuelles, la santé générale et mille circonstances qui peuvent changer, on restera, ou non, indemne.

M. Roger. Combien les observations sont difficiles! Il semble qu'elles doivent être probantes lorsqu'elles sont présentées par des hommes tels que Rillet et Barthez; mais, au fond, quand ils prétendent avoir vu la variole se développer à l'hôpital après une incubation de quatre jours ou quarante jours, la preuve qu'ils apportent est illusoire. Les influences contagieuses du dehors peuvent expliquer les incubations courtes, et qui peut dire à quel moment ont commencé celles qu'on a cru longues?

Ainsi, comme la langue d'Ésope, la statistique est à la fois la pire et la meilleure des choses.

M. Pidoux. Je crois, comme M. Hervieux, que le temps d'incubation dépend de la violence de la cause morbide.

Plus on met du sien dans la formation de la maladie, plus l'incubation sera longue. Aussi est-elle beaucoup plus longue pour ceux qui *font* la maladie que pour ceux qui la reçoivent toute formée sur la pointe d'une lancette à inoculation.

Ainsi je crois que la variole, avant qu'elle n'ait commencé, peut avoir une période d'incubation très-longue.

M. Hervieux. Il n'y a pas de maladie où il soit plus facile de déterminer le début de la période d'incubation que les maladies puerpérales. Si une femme entrée de la veille est prise le lendemain, l'incubation aura été d'un jour, et lorsque dans une épidémie grave on voit toutes les femmes prises le premier jour, on sait que la période d'incubation est courte.

D'ailleurs, pour prendre la maladie, il faut être dans l'état puerpéral; on ne peut pas la contracter avant; on ne le peut plus un certain temps après ; il est donc facile de remonter à l'origine.

Or, je le répète, dans les épidémies les plus violentes l'incubation est courte; le fait a été observé par Tonnelé et bien d'autres.

M. Guérard. Il y a en effet en présence, d'une part, le miasme et, d'autre part, l'organisme. La période d'incubation est celle pendant laquelle l'organisme lutte contre le miasme; elle peut varier suivant les forces de l'organisme.

J'ai vu souvent des jeunes gens, arrivés à Paris, éprouver des malaises qui indiquaient une menace de fièvre typhoïde. Ils présentaient des alternatives d'accablement et de mieux être; plusieurs, en rentrant chez eux, échappèrent à la maladie, tandis que les autres furent atteints. En pareil cas l'incubation peut être longue, car l'organisme succombe et se relève plus d'une fois avant de céder.

M. Chauffard. Il faut s'entendre sur ce qu'est le mot incubation. Évidemment ce mot représente la période pendant laquelle l'organisme a reçu le poison morbide et prépare la maladie. Suivant M. Hérard,

(1) *Hist. gén. et part. des malad. épid.*, t. III, in-8°. Paris et Lyon, 1835.

rien n'est plus variable que la disposition à recevoir ce poison. C'est vrai, mais c'est tout à fait étranger à la question. En effet, lorsqu'on parle d'incubation, il ne s'agit pas d'organisme en état de résister, il s'agit d'un organisme qui ne résiste plus. On ne dira pas que l'incubation ait une durée de quarante ans chez celui qui, pendant quarante ans, aura été exposé, sans rien prendre, à la contagion d'une maladie qui finira par l'atteindre. L'incubation commence alors que l'organisme a cédé, et il est souvent très-difficile de fixer le moment précis où il a subi l'influence.

J'accorde qu'il y a des maladies très-variables dans leur éclosion et dans leurs diverses périodes; mais la variole n'en est pas une.

Quand à la fièvre puerpérale, je crois que la durée de l'état puerpéral est assez longue pour permettre le doute sur l'instant précis du début de cette maladie.

M. Hérard. Il est souvent facile de fixer le moment même de l'incubation. Souvent un malade vous dira : « Je suis allé tel jour à l'hôpital voir un varioleux, et j'ai été pris moi-même de variole après tant de jours. »

M. Chauffard. En pareil cas, j'ai toujours vu la durée de l'incubation à peu près la même.

M. Hérard. J'ai vu, pour ma part, un assez grand nombre de faits de ce genre, où l'incubation a varié de cinq à vingt jours.

M. Guillot. J'ai vu des enfants vaccinés chez lesquels l'éruption a paru le huitième, le cinquième et le quatrième jour après l'inoculation. Chez M. Gendrin, bien souvent, j'ai vu survenir des ruptures secondaires, des boutons tardifs.

M. Hervieux. Demandez à M. Lanoix combien de fois il a vu l'éruption paraître au sixième, septième, huitième jour après l'inoculation du vaccin de génisse.

M. Isambert. Ces diversités tiennent peut-être à l'âge. M. Hervieux, dans une maternité, vaccine des enfants naissants. Or, avec M. Legroux, nous avons remarqué que chez les enfants vaccinés dans les huit premiers jours après la naissance, l'évolution était beaucoup plus lente. Souvent l'éruption mettait alors quatorze à quinze jours à peu près poqr arriver au même point qu'elle eût atteint dès le huitième où troisième jour chez un adulte.

M. Besnier. Il n'est pas rare qu'on puisse connaître avec certitude le moment précis de l'invasion. Ainsi, on apporte un enfant d'un collége où régnait une maladie épidémique, ses frères et sœurs la prennent. Des faits semblables s'observent tous les jours. Eh bien! en tenant compte seulement de ceux-là, on trouve encore que la durée de la période d'incubation varie entre quatre et vingt jours. La régularité des périodes subséquentes ne prouve rien absolument; car la rage, une fois développée, a des périodes très-régulières, tandis que la durée de son incubation présente des écarts extrêmes : quelques jours, des mois, des années. Je répète donc qu'il importe de fixer les *maxima* et les *minima*, et non pas seulement les moyennes.

M. Gubler. Je crois qu'il faut écarter du débat les maladies puerpérales. Il ne faut pas, en effet, confondre les affections épidémiques avec les affections infectieuses.

Quant aux premières, on peut avancer trois opinions et soutenir : 1° leur invariabilité absolue; 2° leur variabilité absolue; 3° leur variabilité restreinte. Selon moi, c'est cette troisième qui est la vraie.

Il est clair que toutes les affections éruptives sont variables dans une certaine mesure. Ainsi la fièvre d'invasion, ordinairement de deux jours dans la variole normale, peut durer jusqu'à dix et douze jours dans une variole modifiée. J'ai vu supposer, en pareil cas, une fièvre typhoïde.

M. Chauffard. Mais la variole modifiée n'est plus la variole.

M. Gubler. C'est toujours la variole; et la preuve en est que par elle on peut communiquer la variole la plus complète. Nous en avons fait l'expérience plus d'une fois avec Trousseau.

Il en est de même pour la période de suppuration, de même pour la vaccine, où l'on voit parfois survenir après le dixième, le douzième, le quatorzième jour, une nouvelle éruption de véritables pustules qui se développent comme les p emières. Ainsi je crois à une certaine variabilité, mais restreinte. Les seuls faits probants sont ceux dans lesquels on n'a été soumis qu'un moment au contage. Il serait absurde de dire que la période d'incubation aura duré 25 ans chez le médecin qui aura été 25 ans exposé à la maladie avant de la prendre.

M. Besnier. L'invasion est toujours plus prompte quand l'exposition à l'influence contagieuse est plus prolongée : dans les hôpitaux, par exemple. M. Gintrac a fait cette remarque et l'a vérifiée avec soin par de nombreuses observations.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences vient de tenir sa séance publique annuelle. L'heure avancée ne nous permet pas de donner le détail des prix décernés à des médecins.

Voici seulement les noms des lauréats :

Prix de physiologie expérimentale. MM. Cyon, Baillet; *mention honorable*, M. Moura.

Prix de médecine et de chirurgie. MM. Chauveau, Courty, Lancereaux; *mentions honorables*, MM. Max Schultze, Hérard et Cornil, Foissac, Villemin, Bergeron, Magitot; *citations honorables*, MM. Bouchard, Prévost et Cottard, Estor et Saintpierre, Ordonez, Commenge.

Prix Breant, *récompenses*. MM. Charles Huette, Mesnet; *mentions honorables*, MM. Jobert, Rigodit, Michou (d'Essoyes).

Prix Barbier. M. Huguier.

Prix Godard. M. Charles Legros; *mention honorable*, M. Larcher.

— M. le docteur Houel est nommé chirurgien au lycée impérial Saint-Louis, en remplacement de M. le docteur Jarjavay, décédé.

— M. Balansa est nommé voyageur naturaliste du Muséum d'histoire naturelle de Paris. Il est chargé, en cette qualité, d'une mission d'exploration à la Nouvelle-Calédonie, afin de réunir les collections les plus complètes en botanique et en zoologie, particulièrement les animaux invertébrés.

— Par décision du 7 mai 1868, M. le pharmacien inspecteur Poggiale a été désigné pour procéder, en 1868, à l'inspection pharmaceutique des hôpitaux de la division d'Alger.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 60. — SAMEDI 23 MAI 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 23 MAI 1868. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 22 mai 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Un rapport de M. Chauffard, sur un travail de M. le docteur Durand (de Gros), a fait tous les frais de cette séance. Ce travail de M. Durand (de Gros), lu dans la séance du 6 juin de l'année dernière, a pour titre : *Histologie, organologie et médecine*, et pour objet de chercher à assigner à la physiologie et à la médecine leur méthode ou leur système de principes généraux. Ce mémoire n'est lui-même qu'un nouveau développement donné à quelques-uns des principes que l'auteur a déjà exposés dans un livre publié il y a deux ans sous le titre d'*Essais de physiologie philosophique* (1). M. Durand (de Gros) est un systématiseur et un novateur. C'est du moins de sa part une prétention avouée. Il n'en est pas, du reste, à son coup d'essai. Déjà, en 1855, il a fait paraître, sous le pseudonyme de J.-P. Philips, un ouvrage intitulé : *Electro-dynamisme vital, ou les relations physiologiques de l'esprit et de la matière;* plus tard, en 1860, un cours théorique et pratique de Braidisme; et depuis, plusieurs Mémoires sur des questions de médico-psychologie. C'est dans l'essai de physiologie philosophique, dont le Mémoire qui a fait le sujet du rapport de M. Chauffard n'est lui-même qu'une sorte de résumé, qu'il faut chercher la systématisation entière des idées de M. Durand. C'est là, en effet, que M. Chauffard est allé la chercher.

Nous n'aurons rien à ajouter à ce qu'il en a dit dans une savante analyse dont nous n'avons pu, à cause de son étendue, reproduire que quelques fragments seulement. M. Chauffard a saisi cette occasion pour rappeler et defendre le grand fait de l'unité de la personne humaine, moins méconnu peut-être qu'il veut bien le dire par la physiologie expérimentale, par la médecine comparée et par l'auteur du Mémoire lui-même. Du reste, les objections qu'il s'est proposé de combattre n'enlèvent-elles pas toute la réalité et toute l'importance qu'il a paru y attacher, nous ne regretterons pas à coup sûr les frais qu'il a faits pour justifier contre elles le point de vue physiologique élevé d'où il a cherché à faire ressortir toutes les conséquences pratiques utiles du fait indéniable et évident pour tous de l'unité. Nous leur saurions gré même de lui avoir inspiré les quelques belles pages que nous mettons en grande partie sous les yeux de nos lecteurs, et qui ont été accueillies par les applaudissements de l'assemblée.

A mardi prochain la reprise de la discussion sur la tuberculose. M. J. Guérin prendra la parole.

Dr Brochin.

ASILE SAINTE-ANNE. (Bureau central d'admission.)

M. MAGNAN (2).

Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. — La paralysie générale.

(Leçons recueillies par M. Langlet, interne des hôpitaux de Paris).

§ II. — SIGNES INTELLECTUELS.

De même que les symptômes physiques, les symptômes intellectuels, très-apparents dès que la maladie a progressé, sont difficiles à saisir au début; vous le comprendrez, Messieurs, en songeant qu'à ce moment de la maladie vous ne pouvez rechercher que de simples déviations de l'état normal, des modifications qui ne sont encore que des nuances dans les allures, les habitudes, le caractère, la partie intellectuelle de vos malades.

Mais quelque difficile que soit cette étude, il faut cependant la faire avec le plus grand soin; c'est surtout au début de la maladie qu'il est bien important d'établir le diagnostic, dans l'intérêt du malade, de la famille et du médecin lui-même.

N'est-ce pas, en effet, à cette période que l'on est en droit d'espérer une rémission? N'est-ce pas à ce moment aussi que le médecin doit développer toutes les ressources de la thérapeutique et surtout écarter les thérapeutiques intempestives? Il vous arrive quelquefois des malades dont la première période a été activée par l'application de moyens hydrothérapiques conseillés par un ignorant empirisme. Que de désastres, en outre, dans bien des cas n'aurait-on pas empêchés, si l'intervention suffisamment hâtive des médecins était venu avertir la famille que telles spéculations aventureuses, que telles hardiesses commerciales, que telles entreprises projetées, loin d'être le résultat de combinaisons adroites et ingénieuses, n'étaient que le fruit d'une imagination maladive! Que de ruines n'aurait-on pas évitées! Que de malades, sous le coup de la loi, n'aurait-on pas affranchi des rigueurs de la justice! Vous ne sauriez croire, Messieurs. de combien d'événements fâcheux est cause cette période initiale de la paralysie générale, période qu'on aurait presque le droit de désigner sous le nom de médico-légale. Les malades avec les apparences de la santé et de la raison commettent quelquefois les actes les plus répréhensibles; plus tard, quand la maladie a progressé, on a moins à redouter les accidents de ce genre, parce que le paralytique, en raison même de son état, est soumis à une surveillance plus attentive. Au bureau central d'admission, où nous voyons un nombre considérable de malades, nous sommes à chaque instant appelés à enregistrer des faits de ce genre.

Passons donc à l'étude de ces troubles intellectuels, de cette démence particulière du paralytique, différente comme caractères de la démence des vieillards, de la démence consécutive aux vésanies, de la démence liée à l'épilepsie, en un mot de toutes les autres espèces de démences; et qui présente comme degrés toutes les nuances de l'affaiblissement intellectuel, depuis la simple diminution de la mémoire jusqu'à l'abolition complète de toutes les facultés. Eh bien! au début, que trouve-t-on?

Une aptitude moins grande au travail, une fatigue plus facile, des conceptions plus lentes, une sorte de torpeur intellectuelle qui pèse sur toutes les opérations de l'intelligence; quelquefois, au contraire, une activité très-grande, mais une activité irrégulière, non continue, vagabonde, sans portée sérieuse; une activité qui enfante des projets nombreux, quelques-uns possibles, mais toujours mal coordonnés.

Nous n'apprécierons bien ces changements que chez les malades dont la position sociale exige certains efforts de l'esprit. Il en est de ces symptômes comme des symptômes physiques; nous ne remarquons de bonne heure les troubles de la motilité des bras et des mains que chez les malades qui ont besoin journellement pour leurs travaux d'une certaine habileté. Aussi, est-ce en vain que nous rechercherions ces modifications intellectuelles dans les antécédents du malade occupé à des travaux faciles, toujours les mêmes, qui exigent peu d'initiative; les malades par habitude, en quelque sorte, continuent à s'acquitter assez bien de leur tâche; mais néanmoins, Messieurs, ces malades eux-mêmes, dont les occupations exigent un faible effort intellectuel, s'aperçoivent déjà que leur mémoire est moins précise; ce sont des objets oubliés, des visites projetées que l'on ne pense pas à faire, des dates erronées, des indications inexactes, des affaires importantes laissées de côté par oubli, et une foule de petits incidents qualifiés au début du nom d'étourderies.

Cette diminution de la mémoire est un symptôme très-important, et si au commencement on peut regarder ces légers changements comme des faits de la vie ordinaire, leur persistance, leur reproduction, leur fréquence de plus en plus grande, malgré tout le soin du malade pour les éviter, indiquent une cause plus profonde, un changement radical et non un accident passager.

En outre, de l'atteinte portée aux forces intellectuelles, de la diminution de la mémoire, on trouve encore une perversion des facultés affectives et morales.

Le caractère change quelquefois d'une façon complète et présente les oppositions les plus marquées; ainsi tel individu prodigue jusque-là, devient parfois d'une avarice sordide. La femme du paralytique avec intoxication saturnine, que vous avez vue, m'a raconté que, depuis quinze mois, son mari mettait tout sous clef, qu'il avait fait placer des serrures nouvelles à toutes les armoires, que si elle n'était intervenue à plusieurs reprises, il se serait privé lui-même des choses les plus nécessaires à la vie.

Dans d'autres cas, au contraire, à des habitudes parcimonieuses succèdent des goûts de dépense inusités; les malades ont changé, *ils ne sont plus les mêmes*, comme disent les parents. Mais ce qui est encore plus remarquable, ce sont les oppositions, le désaccord entre les différents actes du malade; ainsi, le paralytique fera des dépenses considérables pour des objets futiles, tandis qu'il refusera d'acheter des objets de première nécessité; il deviendra irritable et se mettra en colère pour de simples oppositions, tandis qu'il acceptera les contradictions les plus graves; il se montrera blessé pour une observation bienveillante et ne s'offensera point des reproches les plus amers; il résistera avec une opiniâtreté désespérante aux instances les plus pressantes et se laissera, un moment après, diriger avec une docilité enfantine. A cette période de la maladie, vous le verrez aussi commettre des actes indélicats, des faux en écriture, des vols, des délits accomplis avec une souveraine imprévoyance. Le paralytique prend fréquemment, aux étalages, des objets insignifiants qu'il emporte tranquillement sous les yeux de tout le monde, et il paraît profondément étonné quand on vient l'interpeler et lui reprendre ce qu'il a dérobé. D'autres fois, il monte dans une voiture qu'il ne peut pas payer; entre dans un restaurant quand il n'a pas d'argent, et semble fort surpris ensuite quand on lui réclame la dépense qu'il vient de faire. Ce sont des faits de ce genre qui, pour le dire en passant, provoquent assez souvent leur séquestration.

Vous le voyez, Messieurs, on aperçoit déjà, dans la manière d'être du paralytique, les caractères généraux qui se décèlent plus tard, que l'on retrouve dans leurs diverses formes de délire, et que M. J. Falret a bien indiqués en disant que les idées délirantes des paralytiques sont multiples, mobiles, non motivées, contradictoires entre elles, absurdes.

Voilà, Messieurs, le tableau de la période initiale de la paralysie générale, non-seulement de la paralysie générale simple, dans laquelle toutes ces modifications intellectuelles sont à l'état d'ébauche, mais aussi de toutes les autres formes de paralysie qui, suivant la prédominance plus marquée de telle variété de délire, mettront en relief dès le début des changements de l'intelligence en rapport avec sa forme délirante.

Mais il ne faut pas perdre de vue, cependant, qu'en raison de la motilité et de la variété des idées délirantes qui peuvent toutes se succéder, se croiser en quelque sorte irrégulièrement chez le même malade, on peut trouver aussi réunies à la fois, chez le même sujet, toutes les modifications dont je viens de parler. Ces modifications, qui se trouvent toujours soit en totalité, soit en partie chez les paralytiques, doivent être considérées comme constituant des caractères communs fondamentaux, plutôt que des caractères se rattachant à une forme déterminée.

On a parlé à plusieurs reprises de l'excitation génésique des paralytiques; ne trouvant pas d'une façon prédominante dans leur délire des idées relatives aux fonctions sexuelles, j'ai voulu savoir par les familles ce qui se passait tout à fait au début de la maladie. Eh bien! Messieurs, si dans quelques cas j'ai pu noter une salacité plus ou moins vive, quelquefois, au contraire, les renseignements indiquaient une frigidité notable, et le plus souvent rien de particulier n'avait été remarqué. Il en est donc de ces troubles fonctionnels comme des autres, il y a quelquefois perversion, mais non prédominance constante dans un sens déterminé.

Autour de ces troubles intellectuels essentiels qui, avec les troubles physiques essentiels, constituent le fond de la maladie, viennent se grouper diverses variétés de délire dont quelques-unes, en raison de leur fréquence et surtout des caractères généraux qu'elles empruntent au terrain même sur lequel elles se développent, ont fait admettre des formes différentes de paralysie générale; mais comme il ne peut y avoir rien de précis dans ces divisions, puisque les variétés de délire peuvent successivement se présenter toutes chez le même malade, se succéder irrégulièrement, disparaître pour se montrer de nouveau, il est arrivé nécessairement que ces divisions arbitraires ont varié avec les auteurs.

Ainsi, M. J. Falret admet quatre formes de paralysie, deux basées sur la prédominance des signes physiques, les formes congestive et paralytique, deux autres basées sur la prédominance des signes intellectuels, les formes mélancolique et expansive. Cette dernière forme, qu'on désigne habituellement du nom de forme ambitieuse, est celle, vous le savez, qui se présente le plus fréquemment à l'observation, celle qui pendant longtemps avait eu seule le privilége de fixer l'attention des médecins.

---

(1) *Essais de physiologie philosophique suivis d'une étude sur la théorie de la méthode en général*, par M. J.-P. Durand (de Gros). Un vol. in-8. Paris, 1866. Librairie Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine. Prix, 8 fr.

(2) Suite. — Voir les numéros des 12, 14 et 19 mai.

M. Linas, dans sa thèse, admet également quatre formes basées sur les caractères du délire, et une cinquième forme mixte dans laquelle on peut trouver, diversement combinées, les formes précédentes.

Mais ces divisions sont loin de répondre aux exigences d'une analyse un peu rigoureuse, et M. Calmeil, dans son traité des maladies inflammatoires du cerveau, divise en dix séries les modes ou les aspects sous lesquels la paralysie générale peut se présenter au début. Cette division, quoique renfermant la majorité des cas, laisse encore échapper un assez bon nombre de faits qui semblent à première vue très-différents de tous les autres. Ajoutez encore à ces formes diverses de paralysie générale, celles qui sont basées sur l'étiologie, les paralysies générales pellagreuse, saturnine, alcoolique, etc., et vous obtiendrez ainsi des divisions qui n'auront plus d'utilité pratique. Ceci vous montre une fois de plus, Messieurs, quelle variété d'aspects présente cette maladie au début, et c'est pour vous retrouver au milieu de ce dédale que je me suis efforcé de vous montrer l'ensemble des signes essentiels qui existent dans tous les cas. Si au commencement de la maladie vous en voyez manquer quelques-uns, vous ne tardez pas à les apercevoir au bout d'un certain temps, et vers la fin de la première période, il est rare qu'ils ne se montrent pas tous à la fois. C'est, du reste, à cause, d'une part, de la marche progressive de ces symptômes essentiels qui deviennent de plus en plus marqués, et d'autre part, au contraire, de la diminution successive des côtés saillants des symptômes accessoires qui tendent à s'effacer en s'imprégnant en quelque sorte de plus en plus du cachet de démence, que vous retrouvez, à la fin, la paralysie générale toujours la même, avec ses caractères propres et incontestables, avec ses signes essentiels arrivés à leur complet développement.

DE L'OXYDE DE CARBONE

Au point de vue hygiénique et toxicologique.

Voici les conclusions d'un travail très-intéressant sur ce sujet, qui a servi de thèse inaugurale à M. Lelorrain près la Faculté de médecine de Strasbourg.

1° On est exposé à l'action toxique de l'oxyde de carbone plus fréquemment que cela n'a été admis jusqu'ici ; des quantités notables de ce gaz sont fournies par le gaz de l'éclairage, les poêles en fonte, les combustions du charbon, qui se produisent d'une façon incomplète dans une foule de circonstances.

2° L'appareil d'Ansell, trop vanté dans ces derniers temps, permet de constater avec une exquise sensibilité la présence des gaz hydrocarbonés, mais ne peut servir avec la même facilité à dévoiler la présence de l'oxyde de carbone.

3° L'oxyde de carbone agit sur le globule sanguin en déplaçant l'oxygène et en le modifiant dans son volume, sa couleur et sa densité.

4° Les lésions pulmonaires constatées chez les individus intoxiqués par l'oxyde de carbone ne sont pas dues à ce gaz, mais aux poussières tenues en suspension dans l'atmosphère où ils respiraient.

5° Il y a deux formes d'empoisonnements causés par l'oxyde de carbone : une forme aiguë, une forme chronique.

6° Dans l'empoisonnement aigu, l'oxyde de carbone agit comme le chloroforme, en produisant d'abord l'anesthésie et ensuite la mort, si l'action se prolonge.

7° Dans l'empoisonnement chronique, l'oxyde de carbone enlevant au sang ses propriétés revivifiantes, il en résulte des troubles de nutrition qui retentissent sur toute l'économie en produisant l'anémie, la chlorose, etc.

8° Le traitement applicable à la forme aiguë est le même, dans ses indications principales, que celui qu'exigent toutes les asphyxies.

9° Dans la forme chronique, il faudra soumettre le malade à l'influence de l'oxygène, car ce dernier gaz finira par le déplacer lentement l'oxyde de carbone.

10° Pour prouver avec certitude la présence de l'oxyde de carbone dans le sang, il est nécessaire que l'emploi du réactif d'Eulenberg, le chlorure de palladium, l'analyse spectrale aient donné des résultats concordants.

11° Lorsque la présence de l'oxyde de carbone est démontrée avec les moyens indiqués, on a la preuve de l'intoxication par ce gaz.

12° Si l'analyse du sang ne donne pas de résultats positifs, la mort doit être attribuée à une autre cause que celle de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone.

13° On peut, à l'aide de l'analyse spectrale, reconnaître dans le sang d'un animal la présence de l'oxyde de carbone pendant trois à quatre jours, lorsque le milieu est froid ; ce temps est plus restreint lorsque le milieu est à une température un peu élevée.

Du sang desséché, analysé au bout de trois mois, nous a donné des résultats négatifs.

14° Si l'asphyxie a lieu, non par le gaz pur, mais par un mélange, il est très-difficile, avec les moyens dont nous disposons, de démontrer l'empoisonnement.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 19 mai 1868. — Présidence de M. RICORD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

L'ampliation d'un décret en date du 9 mai courant, par lequel est approuvée l'élection de M. Chassaignac comme membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Follin, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Chassaignac prend place parmi ses collègues.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce adresse :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1867, dans les départements du Puy-de-Dôme, de l'Indre-et-Loir, de la Haute-Vienne, des Basses-Pyrénées et des arrondissements de Saint-Jean-de-Maurienne et de Moustier. (Comm. des épidémies).

2° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Bourbonne (Haute-Marne), par M. le docteur Renard; de Néris (Allier), par M. le docteur de Laurès; de Castera-Verduzan (Gers), par M. le docteur Martel; de Saint-Amand (Nord), par M. le docteur Marbotin; d'Enghein (Seine-et-Oise), par M. le docteur de Puisaye; d'Eugénie-les-Bains, de Dax, de Tercis et Daubusse, de Préchacq et de Gamarde (Landes), par MM. les docteurs Arrat-Ralons, Batbedat et Massie. (Comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Alphonse Guérin, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de médecine opératoire;

2° Des lettres de MM. Buignet et Jules Lefort, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de pharmacie ;

3° Une lettre du Comité du Congrès international d'hygiène navale du Havre, qui informe l'Académie que des diplômes et des médailles ont été mis à sa disposition par la direction de l'Exposition maritime, afin d'être décernés aux auteurs des meilleurs travaux sur l'hygiène et sur les maladies des pays chauds;

4° Une note supplémentaire sur l'épidémie cholérique de Batna (Algérie), par M. le docteur Dukerley. (Comm. du choléra);

5° Un rapport de M. le docteur Louis Gaucher (d'Oran), sur l'épidémie de typhus abortif qui a régné à Aïn-Témouchent (province d'Oran), en avril 1868. (Comm. des épidémies);

6° Une notice sur l'épidémie de méningite spinale qui règne à Trieste depuis le 11 février 1868, par le docteur Moulon, membre correspondant. (Comm., M. Chauffard);

7° Une note sur la composition chimique de la manne en larmes, par MM. Genevoix, Palangié, pharmaciens à Paris, à l'occasion du rapport de M. Gobley sur un travail de M. Buignet;

8° Une lettre de M. le docteur Merveilleux (de Fontaine-Chalendray), accompagnant l'envoi d'une boîte renfermant quatre vers trouvés dans les crachats d'un malade, avec prière de déterminer le genre et l'espèce de ces entozoaires. (Comm., M. Davaine);

9° Un pli cacheté déposé par MM. Depaul et Miahle (accepté);

10° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Beaunis (de Strasbourg (accepté);

11° Une note de M. Leteurtre, ex-interne des hôpitaux d'Arras, contenant la description et le mode d'emploi d'un instrument de son invention, qu'il nomme *oto-irrigateur*, et destiné à pratiquer des irrigations continues dans le conduit auditif externe. (Comm., M. Gosselin).

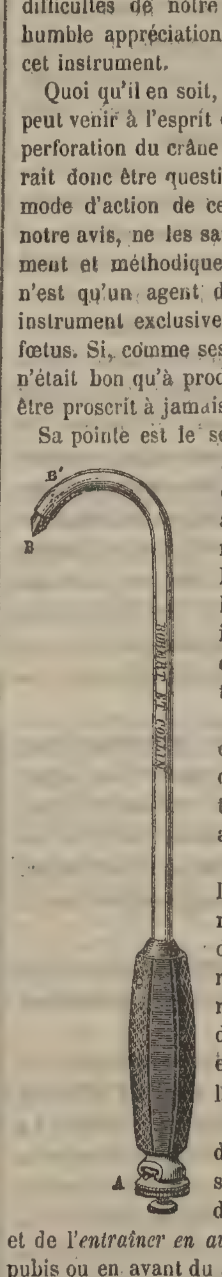
M. BÉCLARD met sous les yeux de l'Académie un crochet aigu à pointe cachée, exécuté par MM. Robert et Collin, sur les indications de M. le docteur Bassard.

Cet envoi est accompagné de la note suivante :

Crochet aigu à pointe cachée. — En soumettant à la haute appréciation de l'Académie la modification que nous avons apportée à un instrument à peu près délaissé, nous ne nous dissimulons pas les difficultés de notre tentative de restauration, tant d'après notre humble appréciation, ont été exagérés les inconvénients que présente cet instrument.

Quoi qu'il en soit, dans l'état actuel de la science obstétricale, il ne peut venir à l'esprit de personne de se servir du crochet aigu avant la perforation du crâne et l'évacuation de la matière cérébrale; il ne saurait donc être question des intérêts de l'enfant, quand on envisage le mode d'action de cet instrument; quant à ceux de la mère, rien, à notre avis, ne les sauvegarde mieux que le crochet aigu, régulièrement et méthodiquement employé. Pour nous, en effet, le crochet n'est qu'un agent de déplacement de la base du crâne, et non un instrument exclusivement de traction et de dilacération de la tête du fœtus. Si, comme ses détracteurs paraissent le croire, le crochet aigu n'était bon qu'à produire ce dernier effet, il est évident qu'il devrait être proscrit à jamais.

Sa pointe est le seul inconvénient réel qu'on puisse lui reprocher,



attendu qu'elle peut blesser la mère ou l'accoucheur inattentif. La modification que nous lui avons fait subir consiste à pouvoir faire disparaître cette pointe à volonté, afin de donner à l'opérateur plus de facilité, d'assurance et de liberté dans la manœuvre. Charrière, sur nos indications, se chargea de ce soin, en 1861, et depuis, nous avons pu apprécier tous les avantages de cette modification.

En appelant aujourd'hui l'attention de l'Académie sur notre instrument, nous avons moins à cœur cet instrument lui-même que le mode d'action, par trop négligé ou méconnu du crochet aigu.

On ne saurait assez redire, en effet, que loin de chercher, à son aide, à entraîner violemment la tête du fœtus, loin de chercher à déchirer les pièces composant la base, pour réduire celle-ci, il faut, autant que possible, respecter cette dernière, afin de déplacer l'espèce de disque osseux auquel elle se trouve réduite, en réalité, après l'évacuation de son contenu et la mobilisation des pariétaux.

Le crochet aigu, régulièrement employé, a donc pour effet essentiel, quand il est appliqué sur un point quelconque de la surface basilaire, d'*incliner* le disque qu'elle représente, de l'*abaisser* et de l'*entraîner en avant*; conséquemment, il fait glisser derrière le pubis ou en avant du sacrum, selon qu'il est implanté sur un point qui correspond à la partie antérieure ou postérieure, l'extrémité correspondante du diamètre engagé, en imitant le travail naturel. Ce mécanisme explique comment un bassin de 5 cent. 1/2 (2 pouces), limite extrême de l'embryotomie, peut être franchi sans violence, par une tête normalement conformée, si le diamètre bi-temporal, qui n'est que de 7 à 8 cent. 1/2 (2 pouces 1/2 à 3 pouces), se substituant au bi-pariétal, par suite de la déplétion du crâne et de ses conséquences, parvient à être incliné, de façon que les 2 centimètres ou 2 cent. 1/2 en excès soient éludés.

Ce résultat est certain et facile à obtenir quand on procède aux tractions avec ménagement, et qu'on réapplique le crochet autant de fois qu'on le doit pour dégager la tête sans précipitation.

Notre instrument est introduit et porté fermé sur le point que la main, *qui ne doit plus quitter les parties maternelles jusqu'à la fin de l'opération*, choisit et *touche* d'avance; il est retenu en place par cette main, tandis que celle qui est au dehors tourne l'écrou qui termine le manche, pour faire saillir la pointe; le crochet, sous de légers mouvements de traction et de demi-rotation combinés, ayant traversé le disque osseux, est fermé de nouveau, et des tractions plus actives sont exercées. Si la partie accrochée menace de céder, ce que constatent parfaitement l'une et l'autre main, on dégage l'instrument pour le replacer avec les mêmes précautions, jusqu'à ce que l'opération soit terminée.

Notre manière de comprendre l'action du crochet aigu explique suffisamment pourquoi nous n'avons pas élargi ou aplati sa portion courbe, et pourquoi nous n'avons pas disposé le manche pour de grands efforts de traction.

Nous n'avons pas à comparer ici l'instrument que nous voudrions remettre en honneur avec le céphalotribe, qu'on lui préfère généralement aujourd'hui; seulement, qu'il nous soit permis de dire qu'ils peuvent se suppléer ou se compléter l'un l'autre, dans bien des cas.

M. PIORRY présente, au nom de M. le docteur E. Barbier, une brochure sur les sels de Vichy, appliqués à l'hygiène et au traitement des maladies de l'estomac; et, au nom du même auteur, un volume intitulé : *la Vie ecclésiastique et les maisons religieuses*, au point de vue des maladies qu'on y observe.

M. TARDIEU présente, au nom de M. le docteur Durand-Fardel, un volume intitulé : *Traité pratique des maladies chroniques*.

M. ROBINET dépose sur le bureau un volume intitulé : *Études sur la réforme et les systèmes pénitentiaires*, par M. le docteur Herpin (de Metz).

M. GOSSELIN présente une brochure de M. le docteur Armand Després, sur les chancres phagédéniques du rectum.

M. DELPECH présente une brochure sur les propriétés thérapeutiques de l'acide picrique, et spécialement de son emploi comme succédant du sulfate de quinine, par M. Parisel.

M. DEVILLIERS présente, de la part de M. le docteur Rivoire (de Lyon), un nouveau céphalotribe.

RAPPORT.

M. CHAUFFARD lit, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Béclard et Barth, un rapport sur un mémoire de M. Durand de Gros, intitulé : *Histologie, organologie et médecine*. C'est, dit M. le rapporteur, tout un plan de réforme de l'anatomie générale, de la physiologie et de la médecine à exposer et à juger, c'est tout un ensemble de théories abstraites à dérouler devant vous.

Suivant M. Durand, de Gros, la physiologie, fondement scientifique de l'art de guérir, n'est pas constituée.

Bichat, cependant, avait entrevu les bases et la méthode de la physiologie générale en déterminant l'échelle entière de l'analyse anatomique. Mais l'auteur de cette découverte immense, ajoute aussitôt M. Durand, ne l'avait pas plus tôt mise au jour qu'il la méconnut. Il venait de dévoiler le programme mystérieux de l'anatomie générale en traçant sous les dénominations de tissu, système, organe et appareil, les quatre grandes catégories qui le constituent; et ce résultat obtenu, il s'empresse de le détruire en confondant l'anatomie générale avec l'histologie; c'est-à-dire en confondant la distinction systématique des différents degrés successifs d'organisation avec l'étude particulière d'un seul de ces degrés. L'auteur n'a pas d'expressions trop énergiques pour condamner cette prétendue erreur de Bichat.

Il ne faut donc pas se borner à connaître l'élément et le tissu; il faut également connaître l'organe et l'appareil.

Si l'on est arrivé à la connaissance exacte des différents tissus spéciaux, c'est que l'on avait pris pour point de départ la notion de tissu en général. On a fait le contraire à propos des organes. On a voulu connaître les organes particuliers avant de savoir ce que c'était que l'organe en général. L'investigation anatomique demeure par suite dans une ignorance profonde de son objet.

Savoir ce que c'est que l'organe est la connaissance qui importe le plus à la physiologie, et c'est la connaissance qui lui fait le plus complètement défaut.

Cette notion est subordonnée à celle de l'organisme, ou mieux, du mécanisme de la vie, suivant l'expression de l'auteur. « Contrairement, dit-il, à une opinion à peu près universellement admise, notre organisme est une collection de véritables organismes, de véritables unités animales similaires, possédant individuellement tout ce qui constitue l'essence d'un organisme animal quelconque, tous les attributs vitaux essentiels de l'organisme collectif lui-même; et ajoutons que ces organismes élémentaires qui sont similaires, qui ne diffèrent les uns des autres que par de pures modifications, sont en outre, d'une composition très-simple. »

C'est cette unité intégrante de l'organisme que l'auteur désigne sous le nom d'organe entier primaire : là est la notion d'organe vainement cherchée par la physiologie moderne.

L'organisme des animaux supérieurs n'a donc rien de cette unité chimérique qu'on s'était complu à lui attribuer : c'est une collection d'unités, d'organes primaires, de moi absolument divers ou du moins distincts. Chacun de ces organes, chacun de ces moi est une machine parfaite, ayant lui toutes les conditions essentielles d'un tout mécanique complet, d'une unité mécanique entière. Ces machines animales élémentaires, ces organismes simples, unités intégrantes et irréductibles de l'organisme humain, sont les véritables organes constituants de la machine multiple et complexe qui compose l'animal entier.

Poursuivant son analyse, M. Durand (de Gros), décompose les organes entiers primaires, ou machines animales élémentaires, en trois organes partiels, parties fondamentales de la machine : 1° Un centre nerveux, cérébral, spinal ou ganglionnaire, remplissant le rôle de moteur dans les fonctions actives, et celui d'outil dans les fonctions

passives; 2° Un conducteur nerveux ou organe de transmission, à action centrifuge dans les fonctions actives, à action centripète dans les fonctions passives, organe qu'il appelle encore vecteur ou radical; 3° Une structure périphérique spéciale, plus ou moins compliquée, comme celle du globe oculaire, par exemple, caractérisée par la dénomination nouvelle d'organe différentiateur ou organe outil. Le rôle de ce dernier organe est de mettre le centre nerveux en rapport avec l'agent fonctionnel externe, soit pour recevoir ses impressions et les communiquer au centre nerveux dans les fonctions passives, soit pour appliquer l'impression nerveuse centrifuge à opérer la modification de cet agent dans les fonctions actives.

Enfin, l'organe entier primaire offre encore à considérer, comme ses deux pôles dynamiques, deux forces extrêmes dont le conflit constitue l'acte même et la raison d'être de tout le mouvement fonctionnel en vue duquel est instituée la machine organique : Ce sont, d'une part, une force intime ayant son siége dans le centre nerveux, une force que nous ne pouvons autrement définir que comme une subjectivité, c'est-à-dire comme une faculté de conscience, capable de sentir les impressions apportées par les nerfs afférents, et de réagir volontairement par ses conducteurs afférents; d'autre part, c'est l'action spécifique du dehors, c'est ce qu'on est convenu d'appeler assez improprement l'agent physiologique spécial.

Cette faculté de conscience, capable de sentir et de vouloir, dont M. Durand (de Gros), fait le caractère de la force intime qui réside, suivant lui, dans le centre nerveux de tout organe, c'est la partie originale de la notion de l'organe telle qu'il la propose. La distinction entre les centres encéphaliques et les centres rachidiens ou ganglionnaires, admise par les physiologistes, n'a rien que d'arbitraire à ses yeux, et est en opposition avec toutes les données de l'anatomie comparée et de la physiologie expérimentale. Pour lui, chacun des centres nerveux de la vie rachidienne et de la vie ganglionnaire est, rigoureusement parlant, un véritable cerveau dont les attributs ne diffèrent de ceux de l'encéphale qu'en étendue, et non quant à leur nature propre. Chacun des centres nerveux, qu'il soit rachidien ou ganglionnaire, possède, comme le cerveau, son âme propre, capable de sentir et de vouloir : il y a donc des âmes rachidiennes et ganglionnaires analogues de tout point à l'âme cérébrale.

M. Durand développe cette proposition sous les formes les plus variées, et entourée d'un long appareil logique.

Ici M. le rapporteur cite un extrait du livre de M. Durand (de Gros), puis il ajoute :

Ne vous semble-t-il pas, dit M. le rapporteur, en entendant ce langage, y retrouver un écho inattendu du seizième siècle, et ne croyez-vous pas voir se ranimer ces fictions éteintes de l'archée suprême et des archées subalternes? Pourquoi M. Durand, de Gros, n'invoque-t-il jamais à l'appui de ses conceptions le nom demeuré illustre de Van Helmont? Comme beaucoup de novateurs, M. Durand, de Gros, préfère demander au présent seul le soutien et les preuves physiologiques de ses idées renouvelées.

Ce soutien et ces preuves, il les emprunte surtout à l'histoire comparée du règne animal.

Il a été reconnu et démontré, dit-il, que les animaux invertébrés ne sont pas des animaux simples, mais des collections, des colonies de nombreux animaux distincts, vivant réunis en une seule masse corporelle. Or, ne voit-on pas ce qui arriverait s'il pouvait être constaté que l'économie humaine descend en droite ligne de celle des invertébrés, qu'elle n'en est qu'une modification, qu'elle n'en diffère que dans la mesure dans laquelle l'organisation des invertébrés les plus élevés diffère elle-même de celle des invertébrés les plus bas?

C'est là une proposition hardie et qui vraiment appartient toute à M. Durand, de Gros. Il ne faut pas la regarder comme émanant de cette grande vue de Geoffroy Saint-Hilaire, qui cherche l'unité du plan dans le regne animal. M. Durand, de Gros, ne s'occupe que d'un seul fait, la pluralité des organismes réels dans un grand organisme apparent, l'organisme humain. L'unité du plan, pour lui, ne résiderait que dans la constitution de l'organe entier primaire, zoonite primitif, identique dans tous les organismes, lesquels deviennent uniquement des collections, des assemblages plus ou moins complexes de ces zoonites. Cette unité nouvelle s'adresse non à l'individu réel et complet, mais aux individus systématiques que l'analyse prétend découvrir dans l'être apparent :

De la constitution de l'organe entier primaire, l'auteur déduit ce qu'il appelle l'équivalence pathogénique des éléments fonctionnels.

L'organe entier primaire reconnaît cinq éléments fonctionnels, etc.

Les conséquences pratiques et thérapeutiques qu'il déduit de cette loi ne tendent à rien moins qu'à une révolution radicale dans la matière médicale, à la suppression même de cette matière au profit d'une action toute immatérielle. En raison de l'équivalence toute pathogénique des éléments constitutifs de l'organe primaire, il est indifférent, pour obtenir un effet pathogénique ou thérapeutique, d'agir sur l'un ou sur l'autre de ces éléments. On peut troubler ou modifier pareillement la fonction organique en sollicitant, par exemple, ou le centre nerveux organique, ou le conducteur nerveux, ou l'appareil différentiateur, ou encore l'âme, qui occupe le centre nerveux moteur. Si donc on pouvait agir directement sur cette âme, cette action pourrait se substituer à toutes les autres; on n'aurait plus besoin d'exercer une contrainte matérielle, une action physique sur les autres éléments de l'organe; on inciterait le principe même de l'action organique, et, suivant la qualité de cette incitation, on obtiendrait tel ou tel effet pathogénique ou thérapeutique.

L'auteur croit à la réalisation possible et même facile de ce programme, et c'est à son livre, où sont longuement développés ses enseignements sur ce sujet, que nous emprunterons les formules mêmes sous lesquelles il résume sa pensée :

« L'encéphale, où siége l'âme principale, l'âme céphalique, se relie à tous les centres nerveux, spinaux et ganglionnaires, dans lesquels résident les âmes secondaires, les âmes spinales et ganglionnaires. Ces rapports s'établissent par un double faisceau de fibres, fibres efférentes et afférentes, ou autrement fibres actives et fibres passives. De cette façon, l'âme céphalique tient sous son influence toutes les âmes secondaires, et subit à son tour l'influence de chacune d'elles.

La loi suivante est présentée comme l'expression absolue de la vérité : « En l'âme, c'est-à-dire dans l'impression mentale, réside la puissance de réaliser tous les effets morbides ou curatifs, réalisables par n'importe quel spécifique physique, connu ou à connaître. »

Mais comment provoquer cette puissance, comment déterminer l'âme céphalique à cette action spéciale sur telle ou telle âme secondaire? Par l'énonciation et par l'affirmation, répond M. Durand.

M. le rapporteur, après avoir signalé les illusions et les témérités dont abonde cette conception systématique déclare qu'il ne tentera pas de réfuter de point en point ce mémoire, il se bornera à rappeler et à défendre la vérité fondamentale qui y est méconnue et dont la notion vraie et entière eût suffit à retenir l'auteur sur les pentes où il a glissé. Cette vérité, mère de la plupart des grandes vérités médicales, c'est l'unité de la personne humaine. L'idée de l'unité s'est profondément affaiblie dans la science biologique; elle est même contestée, plus ou moins ouvertement, par d'illustres savants, et beaucoup de ceux qui n'osent la nier pleinement n'en donnent qu'une notion amoindrie et contradictoire, qui ne vaut guère mieux qu'une négation. La physiologie expérimentale, en effet, qui a conquis une si juste et si féconde autorité, ne voit devant elle que division et multiplicité; les organes et les appareils, plus ou moins mêlés et liés les uns aux autres, elle les dissocie pour les analyser, pour saisir le mécanisme des actes qu'ils accomplissent; plus elle sépare et divise, et mieux elle distingue et connaît. Le tout, l'être entier, que peuvent ils être à ses yeux, sinon la juxtaposition et la collection de ces organes, de ces appareils, de ces tissus et de ces cellules, dont l'analyse pure montre l'indépendance tout au moins relative, sans jamais montrer, sous une forme visible, l'unité qui les pénètre? Si l'unité est un fait réel, un caractère vrai de l'organisme, où en est le siége, demande t-on, quel en est l'instrument? Existe-t-il une fonction sans organe, un caractère organique sans tissu, sans matière vivante qui le supporte? Où est l'organe de l'unité? Si cet organe existe, tout ce qui est dans l'organisme n'est pas cet organe, n'est-il pas en dehors de l'unité, et dès lors que devient celle-ci?

L'anatomie comparée, d'ailleurs, et l'expérimentation directe ne réfutent-elles pas cette idée préconçue et fictive d'unité? Ces annélides que l'on divise en plusieurs tronçons, et dont chaque tronçon vit aussitôt séparément, ne démontrent-ils pas que l'unité prétendue de l'animal entier n'était qu'une chimère? Qui prouve que l'animal supérieur est absolument distinct de l'annélide; et, si sa disposition anatomique s'y prêtait, si l'intrication de ses parties constituantes était moins compliquée, n'est-il pas probable qu'on pourrait aussi le séparer en parties, en zoonites, en organes entiers primaires, possédant chacun la vie entière, et doués de leur âme propre, pour parler le langage de M. Durand, de Gros? Ces analogies ne sont-elles pas légitimes, et l'expérimentation ne les fortifie-t-elle pas de jour en jour? Que sont toutes ces expériences, aujourd'hui si multipliées, de greffe animale, sinon la démonstration qu'un animal, même supérieur, peut être divisé en parties, sans que ces parties meurent, chacune d'elles, au contraire, conservant sa vie particulière pourvu que les conditions de milieu le permettent? Que devient l'unité dans cette division qui laisse subsister la vie et son évolution régulière? L'unité animale, si elle n'est pas indivisible, n'est-elle pas un vain mot, et ne perd-elle pas le seul caractère qui puisse lui donner la réalité? L'unité de la vie est elle indivisible, alors que la vie se poursuit sur des parts d'organisme séparées l'une de l'autre?

Ces objections contre l'unité de l'organisme sont incessamment reproduites; il est beaucoup d'expérimentateurs qui les regardent comme péremptoires, et se croient autorisés à en conclure que l'autonomie de la vie est pareillement une illusion à effacer de la science; car, unité et autonomie vitale sont, au fond, solidaires, celle-ci ne se concevant que par celle-là, et réciproquement. Telle est, en particulier, la conclusion doctrinale qu'un savant physiologiste, M. Bert, prétend tirer de ses expériences de greffe animale, expériences si habilement conduites et si ingénieusement variées. Ces conclusions sont-elles légitimes? L'expérimentation prononce-t-elle réellement contre l'unité et l'autonomie de la vie? Permettez-moi, Messieurs, d'établir devant vous les preuves du contraire, et de montrer que, rigoureusement interprétée, l'expérimentation dépose en faveur de ces hautes vérités, qui ont fondé notre science dans le passé, qui seules peuvent l'assurer dans l'avenir.

C'est l'un des caractères éminents de la vie qu'elle s'engendre et se multiplie sans se diviser, sans se diminuer ni s'affaiblir par cela même. La génération, dans ses modes divers, qu'elle s'opère par spores détachés de leur souche, qu'elle soit gemmipare ou scissipare, ovipare ou vivipare, la génération qui est la marque suprême de la vie n'est que la mise en jeu de cette faculté; car la création, pour l'être vivant, c'est le pouvoir de produire, sans se diviser, un être semblable à soi. La cause première, créatrice de l'organisme, multiplie ses effets, émet d'autres organismes, sans qu'elle-même soit divisée ou divisible. Celui qui engendre conserve toutes ses facultés et tout son être après avoir engendré. Il ne perd rien, quoiqu'une autre unité vivante, aussi pleine et entière que la sienne, soit émise par lui. Un organisme nouveau émerge ainsi de l'organisme créateur sans que la division physique et matérielle intervienne, quoiqu'il y ait cependant séparation visible de matière : parce que l'organisme c'est la vie, et que, dans l'ordre l'ordre vivant, il n'y a plus division et séparation, mais création.

Ces faits bien compris, ces principes acceptés, que deviennent la plupart des objections que nous rappelions plus haut? Ces polypiers que l'on partage, ces annélides que l'on divise en autant d'êtres vivants, nous offrent-ils l'image d'une division réelle de la vie, ou celle plutôt d'un mode spécial de génération? La vie du polypier et de l'annélide divisés n'est elle pas entière dans chaque section nouvelle de l'animal? Qui oserait soutenir qu'il y a une simple portion de la vie dans chacune de ces sections; et un aussi étrange énoncé n'enfermerait-il pas en ses termes une contradiction choquante? Ces tronçons, par cela seul qu'ils demeurent animés et vivants, ne deviennent ils pas un animal nouveau et entier? Ce ne sont pas des organes entiers primaires, des organismes élémentaires, que l'on dissocie, dont on dénoue les liens plus ou moins étroits; ce n'est pas une unité fictive dont on sépare les membres juxtaposés; non, l'œuvre est autrement profonde et saisissante dans sa trompeuse simplicité : cette division, si grossière en apparence, devient, en s'opérant, l'acte organique suprême; elle se transforme en une génération véritable, et, de tout point, comparable à d'autres modes de génération, et, en particulier, à la génération scissipare ou fissipare.

La greffe animale nous présente un autre ordre de faits, mais non moins compatible avec la notion d'unité vitale et d'indivisibilité, caractère de cette unité. Et, en effet, la portion de membre, le morceau de tissu que l'on sépare d'un animal vivant pour le greffer sur un autre animal, diminue-t-il la vie, atteint-il l'unité du premier animal? Qui pourrait prétendre qu'ici cette vie ne subsiste pas pleine et entière dans toute sa puissance d'évolution, dans son harmonie finale, dans sa cause créatrice, en un mot? L'organisme peut être mutilé matériellement : si cette mutilation ne frappe pas l'organisme dans ses instruments nécessaires, dans ses actes fondamentaux, dans sa puissance de création organique, l'organisme demeure entier au point de vue de la vie : il ne perd rien de ses facultes essentielles; il n'est atteint que dans des actes accessoires de la vie de relation, dont il peut être dépouillé ou muni sans que la vie augmente ou diminue en lui.

Quant au membre retranché, il ne retient rien en réalité de l'unité vivante dont il dépendait; car le mouvement vital qui l'agite n'est que le retentissement éphémère, l'effet plus ou moins prolongé d'une cause propre de mouvement qui ne lui appartient pas; et bientôt, séparé de l'unité dans laquelle et par laquelle il vivait, il meurt, et, matière inanimée, il rentre sans retour sous l'empire des lois inorganiques. Cependant, greffé sur un autre animal vivant, ce débris d'organisme retrouve la vie qui lui échappait. En quoi cela prouve-t-il que l'unité de la souche vivante où ce débris a été enlevé est altérée; que cette unité est divisible, et, avec elle, le principe, la cause propre dont elle est la manifestation? Ne reste-t-elle pas entière d'un côté; et, de l'autre, peut-on dire que ce membre greffé offre l'image d'une unité vivante distincte, ou retient une part d'unité? Sa vie ne rentre-t-elle pas dans la vie de l'organisme nouveau dont il fait partie, et sur lequel il se présente comme une sorte de monstruosité artificielle? L'évolution de cette greffe s'opère, il est vrai, suivant les lois spéciales de l'organisme premier auquel on l'a arrachée : c'est qu'en effet, chaque partie a sa destination et son évolution marquées dès l'origine, raison même de son existence à laquelle elle ne saurait se soustraire. Recevant d'un tronc nouveau la vie commune ou nutritive, base de toute vie organique, la partie greffée conserve fatalement la direction de type qu'elle possédait au sein de l'unité vivante dans laquelle était née et avait vécu primitivement; et cette direction se poursuit dans le milieu où la greffe est transplantée, et où elle puise les éléments de sa vie végétative. Qu'y a-t-il là qui ne soit un témoignage saisissant de cette unité que l'on prétend nier, de sa puissance durable, alors même que les artifices de l'expérimentation changent ses conditions normales d'exercice et de développement? Ces expériences n'affirment-elles pas, loin d'y contredire, la double et stable unité des deux organismes sur lesquels on opère, l'unité de l'organisme auquel on emprunte, et celle de l'organisme auquel on ajoute; la première continuant son œuvre sur la partie qu'on lui enlève et que l'on fait vivre par le rayonnement d'une vie étrangère; et celle-ci s'emparant à son tour par la vie nutritive, et se soumettant ainsi un morceau de matière animée qu'elle ne connaissait pas, parce qu'il n'émanait pas d'elle? Il y a comme un vrai et étrange mariage des deux vies; mariage inégal, toutefois, car la vie fondamentale et une n'appartient jamais à la greffe animale, mais appartient toujours à l'organisme subsistant, à celui qui conserve l'intégrité de ses parties essentielles, l'harmonie de ses fonctions générales, la puissance de poursuivre par lui-même son évolution finale.

Vous le voyez, Messieurs, la physiologie expérimentale est loin de détruire cette vérité traditionnelle de l'unité de l'organisme vivant. Celui qui sait regarder au delà du fait matériel, et en chercher l'intelligence dans ses rapports et dans sa cause, celui-là voit l'affirmation de cette unité dans les faits mêmes que l'on allègue contre elle.

Si je demande une place légitime pour l'enseignement de ces vérités dans les études physiologiques, c'est qu'il est bon que l'esprit de celui qui veut devenir médecin en soit fortement imprégné; car elles dominent la pathologie et sont l'âme de toutes les inspirations médicales. Qu'est la maladie, en effet, sans l'idée d'unité? Où trouver en dehors de cette idée la raison commune de tout cet ensemble de symptômes qui s'élèvent, se succèdent suivant un ordre voulu, et que des circonstances fortuites ne gouvernent certainement pas? Ira-t-on demander cette raison à la mécanique pure, et alléguer qu'un ressort primitivement dérangé ou lésé dans la machine amène la succession des troubles et des lésions morbides? Est-il une seule maladie primitive où cette application puisse être invoquée sans révolter l'observation clinique, sans être dementie par l'expérimentation physiologique? Niera-t-on la maladie, et soutiendra-t-on qu'elle n'est qu'un assemblage de lésions distinctes, d'altérations organiques que rien n'autorise, réunion hypothétique et sans valeur, que l'observation exacte et positive doit repousser avec le mot qui en est l'expression malheureuse, pour ne laisser subsister dans la science que l'étude isolée de chacune de ces lésions.

Nous n'ignorons pas que ces opinions ont rencontré de vaillants défenseurs; mais, nous osons le dire, elles ne prévaudront pas, malgré tous les efforts, contre le sentiment traditionnel et universel des médecins. La clinique imposera toujours l'idée de maladie et celle d'unité qui lui est corrélative. Avoir retrouvé cette idée par l'étude clinique, lui avoir donné un corps pratique, et l'avoir sauvée du naufrage où semblaient sombrer, au commencement de ce siècle, les plus hautes vérités médicales, n'est-ce pas là, en effet, l'une des meilleures gloires de l'École de Paris, j'entends de cette grande et vaste École qui travaille, observe, enseigne incessamment dans tous les services hospitaliers, et là juge en dernier appel les systèmes exclusifs, les négations téméraires de la tradition médicale.

C'est peut-être le caractère le plus réel de cette École, et le progrès le plus certain accompli par elle, que d'avoir restauré au lit du malade la notion de spécificité morbide, prise dans sa plus large acception, dans le sens d'espèce pathologique, possédant ses symptômes et sa marche propre, relevant d'une affection primitive du système vivant, affection qui est la cause et l'unité de la maladie elle-même. Au lieu de l'uniforme à priori de l'inflammation commune et banale où s'étaient engouffrées les maladies les plus disparates, l'École de l'observation clinique a relevé l'idée de spécifité, raison de la plupart des maladies aiguës, et l'idée de diathèse, raison de la plupart des maladies chroniques.

Sans rien abandonner des progrès de l'analyse, sans amoindrir l'étude minutieuse des lésions et des symptômes, elle a su découvrir une même unité affective à travers les formes anatomiques les plus diverses, à travers les troubles fonctionnels en apparence les plus étrangers entre eux; une détermination morbide, pour se porter sur tel ou tel système organique, ne lui a point paru, par cela seul, distincte de nature, mais souvent, au contraire, a été rapportée aux mêmes conditions étiologiques, soumise à la même action thérapeutique. Que d'exemples à produire, si je voulais énumérer toutes les conquêtes faites dans cette voie par cette laborieuse et libre École de

Paris! A n'en mentionner qu'un, consacré déjà par le temps, et reconnu de tous, je rappellerai les inflammations de l'endocarte et du péricarde, ramenées à l'affection rhumatismale, dont elles sont une manifestation presque nécessaire. L'étiologie des maladies organiques du cœur se découvre ainsi jusque dans sa source vivante et son principe pathologique; l'unité s'empare dès lors de tout un ensemble de lésions jusque-là isolées et indépendantes. Ne sont-ce pas là d'éminents services? En est-il qui les égalent parmi ceux qui nous viennent de l'étranger, quels que réels que soient ces derniers?

Voir l'unité dans la physiologie et dans la pathologie, tel est donc le but suprême que ne doit jamais perdre de vue celui qui veut aborder les problèmes généraux de la vie. Cette notion est la sauvegarde réelle contre les entraînements de l'esprit de système et contre les suggestions d'une expérimentation qui ne sait voir, toucher, interroger et entendre que l'organe dont elle s'empare. Cette sauvegarde a manqué à M. Durand, de Gros; aussi n'a-t-il pu se préserver des longs entraînements d'hypothèses pour lesquelles il a si stérilement dépensé les ressources d'un esprit vigoureux et pénétrant.

Que M. Durand, de Gros, quitte le recueillement solitaire où il me paraît se complaire, qu'il sorte de la contemplation opiniâtre et tendue de sa propre pensée, qu'il interroge nos grandes traditions, qu'il cherche à en pénétrer le sens profond à travers les lacunes et les mille faiblesses qui leur valent tant de vulgaires mépris, qu'il aborde surtout la clinique qu'il me semble avoir trop absolument délaissée, et j'ai la confiance qu'il modifiera ses convictions, avec quelque ardeur qu'il les ait soutenues. Il abandonnera cette multiplicité d'âmes dont il doue l'organisme humain, et la conception de l'organe entier primaire qui l'a conduit à tout ce nombre d'âmes. Il verra le côté chimérique de cette thérapeutique mentale qu'il prétend substituer à la thérapeutique et à la matière médicale en usage; il ne croira plus surtout que la thérapeutique du symptôme soit toute la thérapeutique; il comprendra que le traitement de l'affection passe avant tout autre, et qu'avec ou sans remède, c'est la nature qui est la vraie et l'universelle médicatrice. Si M. Durand, de Gros, entre dans cette voie, il y marquera sa trace; car il a à son service des facultés puissantes, et il aime les préoccupations et les plaisirs austères de la science.

J'ai dû, malgré moi, critiquer une œuvre dont j'apprécie sincèrement la virilité et l'indépendance : j'ai montré ses faiblesses plus que les qualités incontestables qu'elle renferme; que l'auteur ne voie là qu'une preuve de haute estime; je l'ai cru digne d'entendre toute la vérité, et je l'ai dite, telle du moins qu'elle m'apparaissait.

Nous avons l'honneur de proposer à l'Académie :

D'adresser des remercîments à M. Durand, de Gros, et de déposer honorablement son mémoire dans nos archives.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle en date du 7 mai 1868, l'inspection médicale du corps de santé de l'armée de terre pour 1868 aura lieu de la manière suivante :

1er *arrondissement.* — M. Lévy, médecin inspecteur, directeur de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Les 11e et 12e divisions territoriales et l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

2e *arrondissement.* — M. le baron Larrey, président du conseil de santé.

Les 1re, 2e et 3e divisions territoriales, moins l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

3e *arrondissement.* — M. Hutin, membre du conseil de santé.

Les 15e, 16e, 18e et 19e divisions territoriales.

4e *arrondissement.* — M. Sédillot, médecin inspecteur, directeur de l'École du service de santé militaire, à Strasbourg.

Les 4e, 5e et 6e divisions territoriales.

5e *arrondissement.* — M. Cazalas, membre du conseil de santé.

Les 7e, 8e, 9e, 17e et 22e divisions territoriales.

6e *arrondissement.* — M. Laveran, médecin inspecteur.

Les 10e, 13e, 14e, 20e et 21e divisions territoriales.

Il sera statué ultérieurement en ce qui concerne l'Algérie.

— Par décret en date du 20 mai 1868, a été promu au grade de médecin inspecteur dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre, pour prendre rang dans le cadre à la date du présent décret, M. Lustreman (Urbain-Achille-Louis), sous-directeur et professeur à l'école impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

— M. Laveran, médecin inspecteur, est nommé membre du conseil de santé des armées.

— M. Larrey, médecin inspecteur, est nommé président du conseil de santé des armées.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Le 15 mars 1869, il sera ouvert, à la faculté de médecine de Montpellier, un concours pour trois places d'agrégés stagiaires, savoir : deux places (section des sciences anatomiques et physiologiques), dont une pour l'anatomie et la physiologie, l'autre pour l'histoire naturelle, et une place (section des sciences physiques),

— *Faculté de médecine de Strasbourg.* — M. Meyer (Charles) est nommé aide de botanique à la faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Ferry, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille.* M. Follet, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille.

M. Petit, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants à ladite école.

M. Wintrebert, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de matière médicale et thérapeutique, pharmacie et toxicologie, à la dite école.

M. Paquet (Alphonse), docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie à ladite École.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 61. — MARDI 26 MAI 1868. 41e ANNÉE. MARDI 26 MAI 1868. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 22 mai 1868.

FACULTÉS, SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX.

Faculté de médecine de Paris. — Nous sommes heureux de pouvoir publier aujourd'hui la lettre que M. le doyen Wurtz avait adressée à S. Exc. M. le Ministre de l'Instruction publique :

Monsieur le Ministre,

Depuis quelque temps, la Faculté de médecine est l'objet d'attaques qui jettent une vive émotion dans le monde savant et dans le public. Des protestations se sont élevées contre plusieurs professeurs. Divers cours ont été incriminés successivement. Telle proposition accidentellement émise dans une leçon et inexactement rapportée, telle définition scientifique transformée à tort en affirmation dogmatique, tel propos malicieusement inventé et mis dans la bouche d'un médecin d'hôpital appartenant à la Faculté, une thèse de médecine légale sur le libre arbitre, récemment soutenue devant un jury qui, tout en blâmant la doctrine, avait cru pouvoir admettre le candidat, tout cela a été habilement exploité, si bien que l'enseignement est représenté comme imprégné d'idées subversives et la Faculté dénoncée comme une école de matérialisme.

Rien n'est plus inexact et plus injuste. La Faculté de médecine fait des médecins; elle est à la fois une école professionnelle et une institution de haut enseignement. Les études y présentent un double caractère de théorie et d'application : d'un côté, la démonstration des faits; de l'autre, leur interprétation, leur enchaînement; ainsi, la pratique donnant la main à la théorie, telle est la double condition que doit présenter l'enseignement dans une école de médecine. L'art du médecin ne serait, en effet, qu'un vain empirisme s'il n'était éclairé par la science. C'est cette science elle-même qui est en cause dans les attaques dirigées contre la Faculté.

De nos jours, la médecine est entrée dans des voies nouvelles. Elle ne cherche plus l'alliance de tel ou tel système philosophique qui puisse servir de prémisses à ses déductions, de fondement à ses doctrines. Rompant avec les traditions du passé, elle a renoncé à la méthode *à priori* et a trouvé une base plus solide dans l'expérience et dans l'observation. Voulant mériter le nom de science, elle a adopté franchement la méthode scientifique. Ainsi que la physique et la chimie, la médecine commence aujourd'hui par établir des faits, et après avoir tiré de ces faits les conséquences immédiates, prochaines, elle ne s'élève à des inductions plus générales qu'à la condition que la base affermie permette l'accès des hauteurs.

Telle est la méthode expérimentale, instrument de découvertes sans nombre. Pour être positive, elle n'a rien de commun avec le positivisme, doctrine philosophique avec laquelle certaines personnes affectent de la confondre.

La science est maîtresse de choisir la méthode qui lui convient, de répudier cette vaine dialectique qui faisait plier les faits devant l'autorité d'un système, de se maintenir sur son domaine, qui est celui de la raison et du libre examen. Il faut qu'elle y conserve une indépendance absolue.

La Faculté de médecine a introduit dans son enseignement cette méthode exacte de la science moderne. Elle enseigne la physiologie d'après les expériences, la médecine d'après les faits. Dans ces cours, des maîtres autorisés exposent la structure des organes, le jeu régulier ou troublé de leurs fonctions, en se préoccupant uniquement des conditions matérielles des phénomènes. C'est là la tendance qu'on voudrait faire condamner, en l'accusant de conduire au matérialisme. On voudrait que l'État, affirmant une doctrine opposée à celle qui prévaut aujourd'hui, et se chargeant de la faire triompher, imposât aux professeurs, non-seulement des programmes, mais des convictions.

Il n'en sera pas ainsi; la Faculté en a la ferme espérance. Elle ne s'émeut point de toutes ces attaques, et poursuit avec calme le cours de ses travaux en se maintenant dans la voie purement médicale. Elle ne prend parti pour aucun système philosophique, et respecte ce qui est respectacle en dehors et au-delà de la science. Elle ne redoute point la liberté de l'enseignement, mais elle demande énergiquement, pour ses programmes scientifiques, la liberté des doctrines, et, pour ses membres, ce premier droit de tous les citoyens, la liberté de conscience.

Le doyen, WURTZ.

Académie des sciences. — Lundi dernier, après la séance solennelle de l'Académie, nous n'avons pu qu'indiquer les noms des médecins ou physiologistes lauréats. Aujourd'hui, nous devons mentionner les travaux qui leur ont valu des récompenses.

M. E. Cyon a reçu le premier prix de physiologie expérimentale pour ses recherches sur « l'innervation du cœur par la moelle épinière. »

Ce physiologiste avait d'abord découvert un nerf cardiaque accélérateur spécial, qui émerge de l'épine avec le troisième rameau du ganglion cervical. Lorsque ce nerf est excité, les battements du cœur deviennent plus rapides, et le même effet se produit si l'excitation porte sur la moelle épinière, où ce nerf a ses origines.

Dernièrement, M. Cyon a trouvé un autre nerf qui unit le cœur à la moelle, mais qui, au lieu d'être moteur comme le premier, est sensitif. Par l'intermédiaire de ce nerf, il se produit une action reflexe qui, partant du cœur, vient influencer la circulation capillaire dans tous les organes. Cette action est *paralysante*, suivant M. Claude Bernard : c'est-à-dire que, se transmettant par les nerfs vaso-moteurs dont l'origine est dans la moelle, au lieu d'augmenter leur énergie, comme le ferait toute autre excitation portant sur eux ou sur la moelle, elle la diminue au contraire; et par suite, elle diminue la contraction des petits vaisseaux et la tension du sang dans le système artériel.

Comme le dit très-bien M. Claude Bernard, cette excitation paralysante est jusqu'à présent inexplicable; mais le fait est bien démontré.

On pourrait y voir un argument en faveur de cette hypothèse, qui fait supposer dans tous les organes deux ordres de nerfs vaso-moteurs : les uns produisant la contraction, les autres la dilatation des petits vaisseaux; mais une hypothèse physiologique n'a vraiment le droit de se produire que quand elle a reçu directement la consécration expérimentale.

Quelque soit du reste la manière dont on l'explique, il faut que les médecins connaissent cette dilatation des petits vaisseaux par suite d'une excitation portant sur le cœur.

Le cœur, à l'état de santé, règle pour ainsi dire le degré de résistance que peut lui opposer la tension artérielle; si cette tension est trop forte, s'il est vivement excité par l'afflux du sang, il dilate les petits vaisseaux par action reflexe, et la résistance diminue.

Lorsqu'il existe une insuffisance de l'orifice aortique, ce mécanisme fait comprendre le peu de gravité des symptômes observés chez certains malades. La tension artérielle est alors à son minimum entre les contractions cardiaques, et l'hypertrophie *providentielle* du ventricule gauche ne suffirait pas à faire comprendre comment le sang peut passer dans les veines à peu près comme à l'ordinaire. Mais l'excitation du ventricule par le reflux du sang ayant pour effet d'accélérer la circulation périphérique, le sang ne s'accumule pas, comme il le ferait autrement, dans les artères.

Il faut interpréter ainsi le résultat des expériences que MM. Onimus et Legros ont relaté à la Société de biologie dans le mois de février dernier, et qui ont été publiées par la *Gazette médicale*.

Prenant un animal vivant, éthérisé, ils lui ont ouvert l'abdomen et lié l'aorte un peu au-dessus des artères rénales; au-dessous de la ligature, ils ont ouvert la veine cave; un entonnoir, muni d'un tube en caoutchouc et plein d'une solution de gélatine colorée par du carmin, était placé à côté de l'animal et élevé de 2 décimètres; ils ont mis en communication le tube de caoutchouc avec la canule, et l'injection s'est faite d'elle-même pendant la vie : la gélatine colorée, après avoir pénétré les tissus, est venue ressortir par la veine cave.

Comment comprendre la facilité avec laquelle l'injection s'est faite en pareil cas sur l'animal vivant, tandis qu'il faut une pression énergique pour la pousser dans les vaisseaux d'un animal mort?

MM. Onimus et Legros ont invoqué la contracture propre des artères; mais il est probable qu'au contraire il se fait une dilatation par action reflexe partant du cœur.

La ligature de l'aorte engorge en effet cet organe et met en jeu sa sensibilité; celle-ci réagit, suivant le mode indiqué par M. Cyon, sur la circulation périphérique; et la gélatine colorée

---

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE.

—

Commentaires thérapeutiques du Codex

Par AD. GUBLER,

Médecin de l'hôpital Beaujon, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Membre de l'Académie de Médecine, etc. (1)

Il y a de cela vingt-quatre ans. Un jeune homme, parfaitement inconnu en dehors des murs de son hôpital et de sa pharmacie, se présente chez tous les éditeurs du quartier latin, portant sous son bras un volumineux manuscrit qu'il désirait faire imprimer. Malgré leur flair pratique, les éditeurs tournent, retournent, feuillettent le manuscrit, toisent des pieds à la tête le jeune homme, qui n'est pas de haute venue, et lui déclarent que l'ouvrage n'aurait aucune chance de succès. Était-ce habileté commerciale? Était-ce ignorance de leur part? Je ne saurais le dire. Un d'entre eux cependant fut plus hardi; il proposa d'éditer l'ouvrage en commun, ce qui ne fut pas accepté. L'auteur se fit son propre éditeur, et il fit bien.

Ce jeune homme était M. Dorvault, aujourd'hui directeur de la Pharmacie centrale de France; le manuscrit refusé était l'*Officine* (2), volumineux ouvrage qui est devenu le centre du mouvement de la pharmacie, qui a eu en vingt-trois ans sept éditions, tirées à un très-grand nombre d'exemplaires, et dont la sixième — chose inouïe dans les fastes de la librairie scientifique — a été complétement épuisée en 15 jours. Or, à propos du Codex, écoutons ce que dit M. Dorvault, dont nul ne niera la compétence : « ..... Contrairement à ce que beaucoup souhaiteraient, le Codex ne peut donner les formules que d'une manière simple et magistrale, ne peut enregistrer que celles consacrées par l'expérience, ne peut être, en un mot, qu'un livre officiel. Il prononce et ne discourt pas (1). » Cependant le laconisme officiel ne plaît pas toujours dans la science, et puis le Codex n'est pas comme la Constitution, il peut être discuté, révisé. Quand, en 1837, parut l'avant-dernière édition, A. Cazenave y avait annexé un Appendice thérapeutique de plus de 200 pages, appendice fort estimé et dans lequel il développe certaines considérations sur les médicaments.

Mais, en 1866, les rédacteurs officiels du nouveau Codex ont voulu une édition princeps, un Code sans notes, sans commentaires, le texte, rien que le texte, aride et sec, comme tout ce qui est officiel, et ils ont exproprié Cazenave — pour cause d'utilité publique.

Cependant si le Codex ne veut pas souffrir de commentaires *ad calcem*, il est bon prince et tolère des commentaires de voisinage; il a permis qu'un volume s'élevât, à côté de lui, ayant même format, même texte, même reliure, un vrai frère jumeau. — Ce volume s'appelle les *Commentaires thérapeutiques du Codex*, et a pour auteur M. Gubler, qui, par ses connaissances encyclopédiques, était plus que personne en mesure d'entreprendre et de mener à bonne fin un pareil travail.

Ce n'est pas que M. Gubler ait eu l'intention de critiquer les préceptes du Codex, de relever des erreurs vraies ou prétendues vraies du livre officiel — il en serait bien capable s'il le voulait, — mais il a pris chaque substance admise au Codex pour en faire l'histoire thérapeutique, en suivant très-exactement l'ordre, en côtoyant le texte.

Le Codex est trop connu pour que nous en reparlions ici, d'autant plus que la *Gazette des Hôpitaux*, qui tient à mettre ses lecteurs au courant de toutes les nouveautés bibliographiques, a déjà publié plusieurs articles à ce sujet. Nous n'avons donc pas à redire le progrès réalisé dans l'édition de 1866. Rappelons seulement que le Codex est divisé en deux parties; que dans la première, il traite des substances végétales, animales, minérales et des produits chimiques employés en nature ou figurant dans les formules; que la deuxième contient la pharmacopée, c'est-à-dire les produits auxquels la pharmacie a fait subir une élaboration spéciale, afin de les purifier ou de les approprier à leur emploi médical, ou bien de former avec eux de nouveaux agents thérapeutiques. Cette partie contient dans le Codex 75 chapitres; M. Gubler, dans ses Commentaires, ne l'a pas parcourue en entier; il s'est arrêté au vingt-troisième chapitre, après les Produits pyrogénés, laissant de côté la préparation des pulpes, tisanes, émulsions, potions; toutes choses qui intéressent plus le pharmacien que le médecin.

M. Gubler part de ce principe, que c'est de l'action physiologique des médicaments que découlent leurs effets thérapeutiques, c'est-à-dire que les médicaments modifient les organes ou leurs fonctions, mais ne vont pas combattre des entités morbides. « Ils n'atteignent, dit-il, que nos organes pour en modifier la composition et la structure, ou bien les actes sécrétoires, moteurs, sensitifs, nutritifs et plastiques. Très-rarement ils s'adressent à une cause pathogénique, jamais à une de ces entités morbides qui ne sont que des conceptions de notre esprit, des abstractions de système, sans réalité matérielle. » Pour M. Gubler, le catarrhe, l'inflammation, l'herpétisme, la goutte, la scrofule, etc., ne sont pas des types subsistant par eux-mêmes et réclamant l'emploi des anticatharaux, des antiphlogistiques, des antiherpétiques, des antigoutteux; mais il ne voit dans ces manifestations diverses qu'un organisme souffrant, et, dans la succession des symptômes morbides, qu'un enchaînement naturel des phénomènes de la vie

M. Gubler, logique avec lui-même, ne croit pas à la spécialité; pas plus à la spécialité morbide inventée par Paracelse (1) au seizième

(1) 1 vol. in-8°, relié, 1868; chez J.-B. Baillière. Prix : 12 fr.
(2) 1 vol. in-8°, relié, 1867; chez Asselin, 7e édit. Prix : 15 fr.

(1) OFFICINE, préf. p. VI.

(1) *Opus paramirum*, lib. II, cap. 7.

pénètre alors dans les petits vaisseaux, comme le sang y pénètre chez les malades atteints d'une insuffisance aortique.

Les autres travaux qui ont également reçu des prix de l'Académie sont déjà connus de nos lecteurs ou sont beaucoup trop considérables pour être susceptibles d'une courte analyse; nous nous bornerons donc à les énumérer.

Le second prix de *physiologie* a été donné à M. Baillet pour son « Histoire naturelle des helminthes des principaux animaux domestiques. »

Une mention honorable à M. Moura, pour son mémoire sur « l'acte de la déglutition et son mécanisme. »

Prix de médecine et de chirurgie : Trois prix, de 2,500 francs chaque, ont été décernés : 1° A M. Chauveau, pour ses « Recherches sur la vaccine primitive »; 2° à M. Courty, pour son « Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes »; 3° à M. Lancereaux, pour son « Traité de la syphilis ».

Trois mentions honorables, avec 1,500 fr. : 1° à M. Schultze (Structure de la rétine); 2° à MM. Hérard et Cornil (Traité de la phthisie pulmonaire); 3° à M. Foissac (Influence des climats sur l'homme).

Trois autres mentions honorables : 1° à M. Villemin (Études sur la tuberculose); 2° à M. Bergeron (de la Salivation pancréatique dans l'empoisonnement mercuriel); 3° à M. Magitot (Recherches sur la carie dentaire, sur la salive, sur les altérations des dents).

Des citations très-honorables à MM. Bouchard (Dégénérations secondaires de la moelle épinière); — Prévost et Cottard (Études sur le ramollissement cérébral); — Estor et Saint-Pierre (Du siége des combustions respiratoires; Recherches sur les causes de la coloration rouge des tissus enflammés; sur le moment où fonctionne la rate); — Ordonez (Études sur le développement des tissus fibrillaires et fibreux); — Commenge (du Traitement de la coqueluche par l'inhalation des substances volatiles).

Pris en considération : les travaux de MM. Larcher, Clémenceau, Allix, Bouchut, Joulin, Galezowski, Empis et Faure.

Prix Bréant : A M. le docteur Charles Huette, une récompense de 2,500 francs; — à M. le docteur Mesnet, un encouragement de 1,500 francs, pour leurs travaux sur le choléra.

Prix Barbier : A M. Huguier, pour son ouvrage intitulé : « De l'hystéromètre et du cathétérisme utérin. »

Prix Godard : 1,000 francs à M. Charles Legros, pour ses « Recherches sur l'anatomie et la physiologie du tissu érectile des organes de la génération des mammifères, des oiseaux et des reptiles. »

Mention honorable à M. O. Larcher, pour ses deux mémoires sur les polypes intra-utérins à apparition intermittente; — et sur la rupture spontanée de l'utérus dans ses rapports avec les polypes sus-nommés.

M. Dumas, secrétaire perpétuel, a prononcé l'éloge de M. Faraday; nous regrettons que l'étendue de ce document nous empêche de l'insérer dans la *Gazette*. Il sera publié dans la *Revue de Paris*.

Collége royal des médecins de Londres. — Nous mentionnerons seulement aujourd'hui les expériences de M. Vilson Fox sur la production artificielle des tubercules. Comme M. Sanderson, et en même temps que lui, M. Fox a pris les produits pathologiques les plus divers pour inoculer des lapins et des cabiais. Les deux expérimentateurs anglais ont poursuivi isolément leurs recherches; et ils sont arrivés aux mêmes résultats. Ils ont vu souvent des granulations généralisées, tout à fait semblables aux granulations dites tuberculeuses, se produire chez des animaux auxquels ils avaient inoculé tout autre chose que des tubercules. Nous exposerons l'état actuel de cette question dans une prochaine revue.

Hôpitaux. — MM. Bazin, Lallier, Hardy font en ce moment chacun un cours clinique sur les maladies de la peau; et ils suivent, dans leur enseignement, chacun une méthode différente.

Les leçons de M. Bazin sont principalement doctrinales; et prennent par conséquent tout leur développement à l'amphithéâtre.

M. Lallier fait examiner, de lit en lit, tous ses malades comme ils se présentent, et développe plus ou moins, suivant leur importance, le diagnostic, l'étiologie, le pronostic, etc.

M. Hardy suit une méthode mixte qui nous a paru présenter de grands avantages. Les auditeurs sont rangés en cercle à l'une des extrémités de la salle où se trouvent les malades. Ceux-ci sont introduits par ordre dans ce cercle et le professeur poursuit sa leçon, en rapprochant les cas semblables et mettant en opposition ceux dont le diagnostic est délicat.

Samedi dernier, par exemple, sur une série de malades, il a montré quels sont les signes différentiels qui distinguent, suivant lui, les ulcères scrofuleux de ceux qui sont dus à la syphilis ou au cancer. Dans les premiers, les bords sont décollés; tandis qu'ils sont taillés à pic dans les ulcères syphilitiques ou cancéreux; ils font en outre saillie dans le cancer. Ceci n'a été qu'un incident d'une leçon très-longue et très-instructive.

Pour initier rapidement des auditeurs dont le nombre est toujours considérable, rien ne pourrait valoir cette revue de sujets savamment classés.

D[r] Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. Voillemier.

Du collodium employé pour limiter la cautérisation par le fer rouge.

(Extrait d'une leçon clinique recueillie par M. Maurice, interne du service.)

Tous les chirurgiens, messieurs, savent combien il est difficile de borner l'action du cautère actuel, surtout quand on ne veut le porter que sur des points très-limités. Plus l'extrémité de l'instrument est tranchante ou pointue, plus elle a besoin d'être surmontée d'une partie épaisse ou renflée qui sert de réservoir au calorique indispensable pour obtenir une cautérisation profonde. Mais de ce réservoir le calorique rayonne sur les tissus voisins de ceux qu'on se propose d'atteindre et détermine des brûlures du premier ou du second degré dans une étendue plus ou moins grande. Cet accident a une certaine importance. C'est à lui que sont dues les douleurs qu'éprouvent les malades à la suite de toute cautérisation, douleurs vives dont la durée est de plusieurs jours et dont l'intensité est bien peu diminuée par l'application continue de topiques réfrigérants. Au bout de quelques jours l'épiderme se détache, laisse le derme à nu et il existe autour du point, souvent très-limité, détruit par le fer rouge, une plaie superficielle assez étendue. Il n'est pas rare de voir ces plaies superficielles persister longtemps et se confondre avec celles qui succèdent à la chute des escares. On a imaginé de remédier à ces inconvénients en entourant les points sur lesquels le fer rouge doit porter avec des linges mouillés, des plaques de bois. Mais ces moyens que je me borne à énumérer sont insuffisants et nuisent, bien souvent, à la bonne exécution de l'opération. Aujourd'hui, messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter un procédé plus simple et plus sûr, dont j'ai tiré grand profit depuis près de cinq années que je l'emploie. Voici en quoi il consiste.

Les parties sur lesquelles on doit appliquer le fer rouge étant préalablement essuyées avec soin, on commence par les enduire d'une ou deux couches de collodium. Au bout de quelques minutes, ces couches sont sèches, ce dont on est averti par la couleur blanche qu'elles prennent. Il faut attendre ce moment pour agir; autrement les vapeurs d'éther qui se dégagent s'enflammeraient au contact du fer rouge. Ce petit accident est sans importance; il suffit de souffler sur ces vapeurs, ou pour les empêcher de s'enflammer ou pour les éteindre. Mais il peut causer quelque frayeur au malade et il est préférable de le prévenir. Cela fait, on pratique la cautérisation suivant les règles ordinaires. Le collodium est détruit à l'instant dans les points touchés par le cautère dont il n'affaiblit pas l'action, mais il reste étalé sur les parties voisines, sur lesquelles il forme une sorte d'épiderme artificiel. Cet épiderme est très-mince, mais composé de cellulose pure, corps moins conducteur encore que le bois, il suffit pour protéger efficacement les tissus contre le calorique rayonnant qui s'échappe du cautère.

La cautérisation terminée, si on vient à enlever le collodium, on trouve, au-dessous de lui, la peau blanche et saine. Cependant, il est préférable de le laisser en place : son action constrictive, quoique peu prononcée, sert encore à empêcher, dans une certaine mesure, l'abord des liquides dans les tissus, provoqué par la chaleur du cautère.

A la suite de la cautérisation, il est inutile de recouvrir les parties de linges mouillés, car le malade n'éprouve, pour ainsi dire, aucune douleur. Et il doit en être ainsi : les points touchés par le fer rouge sont désorganisés et insensibles; autour de ces points la peau est saine et n'a pas été intéressée par le calorique rayonnant.

Ce procédé déjà utile quand on pratique la cautérisation sur des articulations, l'est bien plus encore quand on agit dans le creux de l'aisselle ou sur l'anus, parce que les parties voisines de celles qu'on veut toucher sont très-rapprochées du cautère. Il peut encore rendre service lorsqu'on a besoin de porter le feu dans une cavité profonde comme le vagin. Vous m'avez vu plusieurs fois enduire de collodium le col de l'utérus avant de le toucher avec le feu, et quand je retirais le spéculum, l'extrémité antérieure de cet instrument présentait un diaphragme percé dans son centre par une ouverture indiquant la place très-limitée sur laquelle le cautère avait agi.

Je me borne à vous indiquer ici quelques-unes des principales circonstances dans lesquelles ce procédé doit être employé. Mais il est évident qu'il peut se rencontrer bien d'autres cas où il conviendrait.

ÉTUDES SUR LES EAUX DE VALS,

Par M. le D[r] Clermont (de Lyon).

Conclusion.

Dans les études que nous venons de faire des eaux de Vals, et que nous avons soumis à la bienveillante attention du lecteur, nous avons cherché à rappeler aux médecins les ressources hydrothérapiques et minérales de notre station thermale. Pour ce faire, nous avons donné quelques observations cliniques à l'appui de notre manière de voir, touchant les modifications physiologiques que les principes fixes de nos eaux provoquent sur l'organisme.

La plupart, sinon l'unanimité des auteurs qui se sont occupés ou s'occupent encore d'hydrologie médicale, nous ont paru incliner vers cette opinion : que les effets thérapeutiques d'une eau minérale naturelle se modifient en raison des affections auxquelles on l'oppose, ce qui revient à dire qu'elle ne se comporte pas de même, si on veut combattre la chlorose ou la névralgie, qu'elle agit d'une façon dans la goutte et d'une autre dans le catarrhe de vessie.

---

siècle, ressuscitée au dix-huitième siècle sous les auspices de J. Hunter, admise aujourd'hui par la plupart des médecins, qu'à la spécialité thérapeutique : il croit que les lumières de la biologie feront évanouir les fantômes de la spécialité. Pour lui, la doctrine des vertus spécifiques des médicaments, issue de l'ontologisme, doit périr avec l'ontologisme, et il est fermement convaincu que la thérapeutique doit être un corollaire de la physiologie, ce qui arrivera sûrement quand l'action physiologique des médicaments sera mieux connue.

L'auteur ne reconnaît pas aux médicaments des propriétés ou effets thérapeutiques spéciaux; il ne voit pas dans leur action une lutte entre la substance médicamenteuse et le mal; mais il admet qu'ils déterminent une modification dans la composition chimique, dans la structure, dans les actes organiques du sujet, modification par laquelle l'équilibre est rétabli. Donc, pour M. Gubler, l'organisme se guérit lui-même; le médecin ne fait que le placer dans des conditions favorables au retour de l'état normal.

Voilà, en quelques lignes, la doctrine de M. Gubler.

L'action physiologique des médicaments a donc été pour le médecin de l'hôpital Beaujon l'objet d'études approfondies, grâce à l'impulsion donnée chez nous à la physiologie expérimentale par M. Claude Bernard, — dont les travaux ne nous causent pas d'alarmes.

M. Gubler a suivi une marche simple, et toujours la même, dans l'étude des substances médicamenteuses. Il en fait connaître le nom en français, en latin, en allemand et en anglais; il dit leur composition, qu'il représente, autant que possible, par les formules analytiques; il étudie l'action topique des médicaments, leurs effets sympathiques ou reflexes, leur action générale qui se produit par l'effet de la circulation, puis leurs effets directs ou positifs, et leurs effets réactionnels. Pour y parvenir, l'auteur a mis à contribution toutes les notions acquises en physique, en chimie et surtout en physiologie expérimentale.

Mais tout cela ne suffit pas encore pour bien connaître un médicament : il faut savoir quels sont ceux qui ont une action analogue, qui peuvent être considérés comme auxiliaires ou synergiques; quels sont ceux qui sont incompatibles, antagonistes, correctifs ou antidotes. C'est là, disons-le en passant, un point fort important en thérapeutique pour prévenir ces formules polypharmaques où certains médicaments peuvent se neutraliser ou être surpris de se trouver ensemble.

C'est après cette étude que M. Gubler énonce les usages des médicaments, selon qu'ils sont employés d'une façon rationnelle ou empirique ou contradictoire, et enfin leur mode d'emploi, leur posologie. Comme tous les bons praticiens, il recommande d'éviter les formules banales, polypharmaques, et en donne quelques-unes sanctionnées par l'expérience clinique.

Dans cet ouvrage, on trouve des articles remarquables et originaux. Je citerai entre autres presque tous ceux qui sont consacrés aux alcalis végétaux qu'on doit, autant que possible, préférer aux composés et qui sont appelés à rendre tant de services à la thérapeutique; je citerai encore les articles sur l'alcool, l'iodoforme, l'albumine, etc. L'albumine, selon M. Gubler, joue un rôle important et un peu méconnu, elle enrobe les substances médicamenteuses, leur fait parcourir l'estomac et le cercle circulatoire sans agir sur les vaisseaux et leur fait recouvrer leurs propriétés irritantes dans les émonctoires, ou bien, lorsqu'ils ont perdu leur albumine d'enveloppe, et alors ils s'unissent aux éléments anatomiques du système nerveux ou viscéral, ou bien se dissolvent dans l'urine, la sueur, etc., d'où le bon usage de l'albumine dans les intoxications pour enrober le poison.

M. Gubler signale une foule de considérations trop souvent ignorées, omises ou négligées dans la pratique. Je citerai entre autres celles qui sont relatives aux différentes voies d'élimination. Enfin, il admet un groupe de médicamemts qu'il appelle *dynamophores*, parce qu'ils cèdent à l'économie la force dont ils sont chargés; tels sont le thé, le café, le coca. Toutefois, ces médicaments ne sauraient remplacer les aliments, bien que quelques médecins aient voulu leur accorder cette vertu. Payen, Flourens ont déjà démontré que le café ralentit le double mouvement de composition et de décomposition de notre organisme; puis, partant de ces données, le docteur Petit (de Château-Thierry) a cherché à démontrer (1) que le café empêche la formation des dépôts calcaires dans les vaisseaux, peut prévenir certaines maladies chez les vieillards et prolonger l'existence. Ce serait une question fort intéressante assurément à traiter ici, mais elle nous éloignerait de la mission que nous avions de signaler l'apparition d'un livre à idées neuves, originales et pratiques, et dont le seul défaut, selon nous, est d'être né deux ans trop tard.

D[r] A. Corlieu.

(1) *Prolongation de la vie humaine par le café*, 1862.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques, par le docteur Charcot, médecin de la Salpétrière, recueillies et publiées par le docteur Bouchard. — 2e série : *Maladies du cerveau*, 1er fascicule, prix : 1 franc. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Des différentes variétés de la paralysie hystérique, par le docteur Lebreton, ancien interne des hôpitaux de Paris. — In-8° de 156 pages. Prix : 2 fr. 50 c. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Pathologie générale de l'empoisonnement par l'alcool, par le docteur Audhoui, ancien interne des hôpitaux de Paris. — In-8° d 130 pages. Prix : 2 fr. — Paris, chez Adrien Delahaye.

Étude médico-psychologique du libre arbitre humain, par P.-J. Grenier, 3e édition. Prix : 2 fr. *franco*. — Paris, 1868, chez Adrien Delahaye, éditeur.

Cette opinion, malgré ses nombreux adhérents, ne nous semble pas acceptable sans réserve, parce que selon nous elle ne traduit pas sainement les faits tels qu'ils se passent dans l'économie malade. M. Patissier, croyons-nous, n'écrirait plus aujourd'hui que tout modificateur va de préférence *aboutir* à l'organe souffrant, et le célèbre Bordeu n'abuserait sans doute plus de la métaphore, jusqu'à dire que les eaux minérales (celles des Pyrénées) *frappent à toutes les portes*.

Comme tout autre médicament, chaque eau médicinale naturelle est douée d'une action *spéciale* qui ne se plie pas, comme un artiste pourrait le faire, aux caprices ou aux besoins d'un client. Cette action reste invariable pour toutes les maladies et exerce toujours la même influence, simple ou complexe, sur un appareil d'organes dont elle rectifie la fonction. Cette rectification a pour résultat consécutif le redressement d'autres fonctions placées sous la dépendance de la première.

Chargez une pile électrique, condensez la vapeur dans une chaudière, retendez le ressort d'une horloge, par tous ces actes, vous communiquerez la force et le mouvement aux rouages secondaires de tout un appareil mécanique, même aux plus éloignés du foyer de la force et de la cause motrice.

Tel a été notre thème. Nous avons cherché à montrer que les eaux minérales, surtout celle de Vals, ne vont pas d'organe en organe colporter la guérison; mais que leur rôle plus large, plus fécond, nous allions dire plus noble, est de redonner de la vigueur au grand *tenseur* de la vie, au système nerveux, ce qui a pour conséquence immédiate de ramener à leur état normal les actes essentiels et solidaires organiques : la digestion, la sanguification et les sécrétions, s'il n'existe pas de dégénérescence de tissus trop profonde.

Dès ce moment, l'organe lésé reçoit sa part d'influx nerveux; il tend à la guérison, mais non point, comme on l'insinue, parce que l'eau minérale se prête à tous rôles et se comporte avec cet organe tout autrement qu'avec un autre.

Quant aux actions *électives*, elles dérivent de l'intervention de substances différentes de celles qui produisent l'action spéciale ou générale. Ajoutez de la magnésie ou du fer à l'eau carbo-sodique, elle devient laxative ou éminemment reconstituante.

Encore une fois, l'action est modifiée en raison des substances minéralisatrices, mais non en raison des maladies. Comme l'arme du faucheur abat ce qui est devant elle, de même l'eau minérale, sans faire acte d'intellect qui ne saurait lui appartenir, court droit à son but : le redressement des grandes fonctions. Les guérisons locales en dérivent.

Pour les eaux alcalines gazeuses, nous avons admis : 1° une action commune, qui a pour effet la stimulation du système nerveux, et, en conséquence, l'amélioration de la nutrition, de la respiration et de la circulation, une plus grande activité des organes sécrétoires et des fonctions de la peau. Cette *action spéciale*, avons-nous dit, n'est variable que d'intensité, dans chacune de nos sources d'eaux alcalines; 2° nous avons admis secondairement des *actions électives*, résultant de principes autres que le bi-carbonate de soude et l'acide carbonique libre, mais produites aussi par une grande différence de proportion dans ces éléments communs; à ce double point de vue et en raison de leur influence variable sur l'économie, nous avons divisé les eaux carbo-sodiques de Vals en catégories, sous les trois chefs suivants :

1° Eaux toniques, reconstituantes, très-minéralisées, et contenant en plus grande proportion les éléments stimulants et reconfortants. Les eaux des sources *Rigolette* et *Magdeleine* en sont des types;

2° Eaux laxatives, qui contiennent de la magnésie, et qui, par leur effet purgatif, agissent d'une manière tout opposée aux précédentes; elles coulent des sources *Désirée* et *Précieuse;*

3° Enfin les eaux tempérantes et sédatives, dont nous avons donné pour type l'eau de la source *Saint-Jean* (car elle contient des atomes d'arsenic), forment la troisième catégorie et se distinguent par leur faible minéralisation.

Nous avons peut-être insisté un peu plus qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, sur le contingent d'influence modificatrice apporté à nos eaux alcalines gazeuses, dans leurs effets thérapeutiques, par le gaz carbonique, agissant sur l'innervation pendant toute la durée de la cure thermale, comme une sorte de courant électrique, et nous avons ainsi montré la véritable raison des guérisons inespérées que l'on voit en peu de jours s'effectuer à Vals, par l'emploi des eaux alcalines gazeuses.

Nous avons tâché de coordonner les effets directs de ces dernières avec leurs effets consécutifs, en faisant voir que leurs substances médicinales, une fois absorbées, n'avaient pas uniquement, dans leur sphère d'activité, les organes avec lesquels elles étaient d'abord mises en contact, mais qu'avant tout elles allaient presque instantanément s'attaquer à la cause première de la plupart des maladies chroniques, c'est-à-dire aux altérations atoniques des centres nerveux ou de leurs ramifications. Or, pour établir ce fait important, nous avons prouvé que par l'usage de nos eaux alcalines, l'innervation générale étant réveillée, les digestions deviennent meilleures, le sang, à son tour, devient tempérant et plus réparateur. Ce n'est, en effet, qu'en ce sens que l'on peut considérer ce dernier comme le modérateur des nerfs, car il en provoque, au contraire, les aberrations, et en excite les désordres, quand il est vicié ou appauvri.

Enfin, avons-nous dit, en excitant les nerfs au travail, à la manière d'une pile de Volta, représentée dans nos eaux par l'acide carbonique, celles-ci redonnent au système musculaire, à celui de la vie organique comme à celui de la vie de relation, une nouvelle vigueur, ce qui est pour le médecin physiologiste le véritable premier pas d'acheminement vers l'état de santé.

Cette manière d'expliquer l'action des eaux alcalines gazeuses agrandit le cadre nosologique déjà si vaste, que nos honorables confrères ont assigné à la thérapeutique des eaux carbo-sodiques de Vals, et permet à l'induction de prévoir tout ce que l'on peut espérer en obtenir dans le traitement des névropathies, source de tant d'autres maladies.

Elle fait encore comprendre comment la plupart des affections chroniques attaquées par nos eaux dans leurs manifestations locales, après l'avoir été dans leur origine, ont fourni à Vals, comme nous le disions plus haut, des exemples de guérisons promptes, inespérées, et pour ainsi dire la résurrection soudaine des forces vitales et organiques.

Quant à l'eau de la source *Dominique*, ses propriétés *reconstituantes* et *anti-périodiques*, mises au jour par la cure célèbre du Dominicain, il y a près de trois siècles, ont été, depuis cette époque, bien souvent constatées, et sont connues aujourd'hui de tous les médecins. Sans négliger le rappel de ses effets toniques, nous avons insisté particulièrement sur les qualités *altérantes* et *sédatives* qu'elle doit à son arseniate de fer.

Cette précieuse prérogative d'agir à la manière des altérants, fera, de l'eau sulfo-ferro-arsenicale de Vals, un agent thérapeutique d'autant plus employé, que les dermatoses et les maladies produites par la présence d'infusoires ultra-microscopiques, ou d'autres substances anormales dans le sang et les tissus, seront mieux connues, c'est-à-dire à mesure que les moyens d'investigation seront plus perfectionnés, et répondront mieux à la légitime curiosité de l'ardente et studieuse jeunesse que nous avons précédée.

Si notre tâche n'a pas été suffisamment remplie, si, comme nous le craignons, le lecteur a rencontré nombre de lacunes et de *desiderata*, qu'il veuille bien se souvenir que, plaçant un jalon sur la voie qui mènera un jour à la véritable théorie des effets thérapeutiques de nos eaux minérales, nous avons nous-mêmes, pour d'autres plus habiles ou plus heureux, réservé le champ de l'avenir, et que nous n'avons pas commencé ce modeste travail par l'*Exegi monumentum ære perennius* d'Horace.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 6 mai 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Une lettre de madame Laborie conçue en ces termes :

« A M. le Président de la Société impériale de chirurgie.

« Monsieur le Président,

« J'ai recours à votre bienveillante intervention pour prier la Société impériale de chirurgie de vouloir bien instituer un prix qui portera le nom de mon mari (prix Édouard Laborie).

« J'affecte à cette fondation une rente annuelle de 1,200 francs, et il me serait agréable qu'il n'y eût point d'exclusion parmi les concurrents.

« Je joins ci-incluse la somme destinée au prix de la première année. Les formalités d'usage seront remplies en temps voulu pour perpétuer un souvenir qui m'est si cher.

« Veuillez, monsieur le Président, agréer l'assurance de ma parfaite considération.

« M. Laborie. »

L'original de la lettre de madame Laborie sera déposé dans les archives de la Société.

M. le Président remet à M. le trésorier le mandat de 1,200 francs envoyé par madame Laborie.

M. le Président annonce que M. le docteur Azam, de Bordeaux, et M. le docteur Notta, de Lisieux, membres correspondants, assistent à la séance.

Sur les Dentitions prématurées.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. Giraldès. Quelques membres de la Société semblent considérer comme très-extraordinaires les faits de dentition précoce. Je ne veux pas rappeler les faits historiques, mais les faits modernes sont assez nombreux. Billard avait observé plusieurs fois cette disposition; j'ai pu, moi-même, faire souvent cette observation à l'hôpital des Enfants assistés et à la consultation de l'hôpital des Enfants malades.

M. Guéniot aurait pu trouver, dans le bulletin de la Société de biologie, une note de moi, dans laquelle sont rapportés beaucoup de ces faits.

M. Guéniot. L'objet de ma communication ne portait pas sur le fait de la dentition prématurée, mais sur l'élimination très-rapide, en 24 heures, des dents.

M. Guéniot a reçu de M. Ernest Besnier, médecin des hôpitaux, une lettre dans laquelle celui-ci dit avoir observé, il y a peu de temps, un enfant venu au monde avec deux dents incisives très-complétement développées. Les matrones, lorsqu'elles observent des faits semblables, dit M. Besnier, ont l'habitude de pratiquer l'extraction des dents le lendemain de la naissance. Dans le cas observé par M. Besnier, les personnes qui entouraient l'enfant lui firent presque un reproche de n'avoir pas suivi cette pratique.

Extraction des corps étrangers de l'oreille.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. Giraldès. L'usage des douches, dans le cas de corps étrangers de l'oreille, est admis par la généralité des chirurgiens, et il n'est pas justifiable d'aller chercher ces corps avec des instruments et surtout avec les pinces, qui causent tant de désordres.

M. Lefort. Les douches ne donnent pas des résultats aussi merveilleux que M. Giraldès veut bien le dire. Je n'ai agi comme je l'ai fait que parce qu'il était impossible de procéder autrement. On m'a ramené l'enfant à l'hôpital, il va bien.

M. Blot. Le moyen sur lequel M. Giraldès insiste n'est pas aussi inoffensif qu'il le croit. J'ai vu Ménière enlever ainsi un bouchon cérumineux. La douche très-forte que l'on employa, amena une suppuration de l'oreille; la surdité devint d'abord plus considérable et plus tard incurable. Je ne puis dire si le tympan fut détruit par la douche, mais en tout cas il le fut par la suppuration.

Je conclus qu'il ne faut pas manier les douches sans une certaine précaution.

M. Chassaignac. On ne doit renoncer aux douches qu'après les avoir essayées très-sérieusement. Je ne crois pas que l'accident signalé par M. Blot puisse être attribué à la douche, à moins que le tympan ne fût préalablement malade et friable.

M. Giraldès. Dans les cas d'accumulation de cérumen, il y a dilatation du conduit auditif, le tympan est dépouillé de son épithélium et un peu ramolli. Si l'on pratique alors une injection, on se trouve dans des conditions bien différentes de celles qui se présentent lorsqu'un corps étranger est introduit dans l'oreille complétement saine.

J'ajouterai que l'usage des instruments métalliques peut donner lieu à des erreurs. On peut prendre pour un corps étranger une portion d'os dénudé.

M. Blot. Je n'ai pas voulu être aussi affirmatif que paraissent le croire mes collègues. Je n'ai pas dit que c'était la douche qui avait perforé le tympan.

M. Guersant. Dans les cas très-nombreux où j'ai employé les irrigations, je n'attachais pas beaucoup d'importance à employer une force très-grande; mais je tenais à répéter les séances d'irrigation.

LECTURE.

M. Notta, de Lisieux, membre correspondant, lit un travail intitulé :

Réflexions sur deux cas de mort à la suite d'injections de liqueur de Villate.

Ce travail sera publié prochainement.

La Société se forme en comité secret pour entendre un rapport sur les titres des candidats à la place de membre titulaire.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

CORRESPONDANCE.

Sur la Faradisation thérapeutique du cœur (1).

Le procès-verbal de la séance du 20 mars 1868, dont je n'ai pu entendre la lecture et que je viens de lire dans la *Gazette des hôpitaux* du 11 avril suivant contient, pour ce qui me concerne, des inexactitudes qu'il importe de rectifier.

Voici sommairement les observations que j'ai faites après l'intéressante communication de M. Durozier sur l'électrisation thérapeutique du cœur :

La faradisation directe du cœur (par le procédé de notre collègue, M. Durozier) à travers la paroi thoracique dont cet organe est séparé par le péricarde, me paraît difficile, sinon impossible; d'ailleurs, si, par ce procédé, le cœur avait été réellement fadarisé, je crois qu'il en aurait pu en résulter des accidents; c'est ce que je vais démontrer.

Lorsqu'il est question d'électriser le cœur dans un but thérapeutique, il importe de se rendre un compte exact des phénomènes électro-physiologiques que l'on va produire, afin de ne pas faire courir de dangers aux malades soumis à ce genre de traitement.

Depuis longtemps, le hasard m'a fait connaître ces dangers en fadarisant le pharynx d'une malade atteinte de disphagie. Elle m'avait été présentée, en 1848, par M. Chomel, qui croyait que sa paralysie du pharynx était consécutive à une pharyngite granuleuse (c'était un des premiers cas de paralysie glosso-labio-laryngée que j'observais, maladie que j'ai décrite plus tard). L'un des rhéophores d'un appareil d'induction assez puissant et marchant avec des intermittences rapides, étant promené sur les parois du pharynx, pendant que l'autre était appliqué à la nuque, avait produit, dès qu'il s'étai trouvé en contact avec son côté gauche, une syncope qui nous avait inspiré de vives inquiétudes, à M. Chomel et à moi.

J'avais, dans ce cas, arrêté les contractions cardiaques par la fadarisation du pneumo-gastrique, ce dont je me suis assuré dans d'autres expériences (2). C'est ainsi, du moins, que j'ai interprété ce fait; mais aujourd'hui, je me demande si je n'avais pas excité en même temps le nerf du cœur découvert, en 1866, par MM. Ludwig et Sion, et appelé par eux nerf dépresseur (3).

La fadarisation directe du cœur, qui, avec des intermittences rapides, produit la contraction continue de cet organe, au lieu de l'ar-

(1) Cette lettre a été adressée à M. le Président de la Société de médecine de la Seine.

(2) C'est à ce fait que j'ai fait allusion en parlant de la faradisation du pneumo-gastrique, à la page 70 de mon *Traité d'électrisation localisée*, édition de 1855.

(3) L'excitation de ce nerf, dont les racines, au nombre de deux, naissent du nerf vague et du laryngé supérieur au niveau de la partie moyenne de la région cervicale, produit, par action reflexe, selon ce physiologiste, la diminution de la pression sanguine et du nombre des battements du cœur. Les expériences qui démontrent ce fait physiologique ont été répétées, en 1867, avec succès par M. Lion, au Collége de France, dans le laboratoire de M. Cl. Bernard.

rêter, comme la faradisation du nerf vague, offre, en somme, les mêmes dangers, car elle doit suspendre les battements cardiaques, et conséquemment l'arrêt de la circulation.

En somme, tout ce qui précède doit faire comprendre les dangers de la faradisation réelle du cœur. Pour moi, toutes les fois que j'ai eu à électriser l'un des nerfs du cœur, ou si mes rhéophores étaient exposés à rencontrer le pneumo-gastrique, par exemple en électrisant le pharynx, instruit par l'expérience, j'ai eu le soin d'espacer les intermittences d'une seconde au moins du courant, qui était d'une force modérée.

En agissant ainsi, je ne me suis plus exposé à suspendre les battements cardiaques. Quand il m'est arrivé alors de toucher le nerf vague avec mon rhéophore, l'excitation, à chaque intermittence, se faisait sentir dans la région précordiale, sans produire de syncope comme dans le cas dont il a été question ci-dessus, et dans lequel le pneumo-gastrique avait été faradisé avec un courant intense et à intermittences rapides. J'ai répété cette expérience sur moi-même.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

107. Roque (Félicien). De la Fièvre puerpérale.

108. Rousseau (Adrien). De l'Aérothérapie.

109. Parisel (Francisque). Propriétés thérapeutiques de l'acide picrique, et spécialement de son emploi comme succédané du sulfate de quinine.

110. Pouliot (Gustave). Ponction vésicale hypogastrique, rapports de la paroi antérieure de la vessie.

111. Lebreton (A.). Des différentes variétés de la Paralysie hystérique.

112. Laféron (Augustin). Recherches sur la Paralysie des nerfs du plexus brachial, et plus particulièrement du nerf radial résultant de l'usage des béquilles.

113. Schaeuffele (Adolphe). Étude sur les hôpitaux de Rome, suivie de quelques observations critiques.

114. Lhuillier (Émile). De la Chute du rectum et de son traitement.

115. Gros (Adrien). Considerations sur la pesanteur, et ses applications au corps de l'homme.

116. Audhoui (Victor). Pathologie générale de l'empoisonnement par l'alcool.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.* — M. Chatin, docteur en médecine, est nommé suppléant pour la chaire de thérapeutique et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Crolas, docteur en médecine, pharmacien de 1re classe, est nommé suppléant pour la chaire de pharmacie et toxicologie à ladite école.

M. Lortet, docteur en médecine et docteur ès-science naturelles, est nommé professeur d'histoire naturelle médicale à ladite école.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.* — M. Tournier (Paul-Marie-Antoine), docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, en remplacement de M. Bornier, appelé à d'autres fonctions.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy.* — M. Lallement, chef des travaux anatomiques et suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, dont la délégation est expirée, est maintenu dans ces deux fonctions pour une nouvelle période de trois ans.

— Un concours pour un certain nombre d'emplois d'élèves en médecine du service de santé militaire à l'école de Strasbourg, lequel concours s'ouvrira :

A Paris, le 1er septembre 1868; à Strasbourg, le 10 du même mois; à Lyon, le 18 du même mois; à Montpellier, le 21 du même mois; à Toulouse, le 24 du même mois; à Bordeaux, le 28 du même mois.

Un concours pour un nombre indéterminé d'emplois d'élèves en pharmacie à ladite école, lequel s'ouvrira :

A Paris, le 10 septembre 1868; à Bordeaux, le 15 du même mois; à Toulouse, le 18 du même mois; à Montpellier, le 21 du même mois; à Lyon, le 24 du même mois; à Strasbourg, le 27 du même mois.

En ce qui concerne ce dernier concours, l'Administration de la guerre se réserve de réunir les candidats à Paris, dans le cas où le nombre de ceux qui se seront fait inscrire dans les localités désignées ci-dessus, serait trop peu considérable pour motiver le déplacement du jury d'examen.

— *Annuaire de l'internat.* — La Commission instituée pour cette publication a décidé que l'annuaire serait composé de trois parties.

La première comprendra toutes les promotions depuis la fondation de l'internat, en 1802.

La deuxième, la liste des internes par ordre alphabétique.

Ces deux premières parties sont complétement terminées.

La troisième comprendra l'indication de la résidence des internes, en France ou à l'étranger. Pour celle-ci, les membres de la Commission n'ont à leur disposition que peu de renseignements. Aussi, pour qu'elle soit aussi complète que les deux premières, ils prient de nouveau leurs collègues qui n'ont pas encore répondu à leur appel de vouloir bien envoyer dans le plus bref délai, *à M. le docteur L. Martineau, rue de Beaune, n° 14, à Paris*, les renseignements suivants :

1° Leurs nom et prénoms,

2° La date de la promotion,

3° L'indication de leur résidence.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Nº 62. — JEUDI 28 MAI 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 28 MAI 1868. — Nº 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 27 mai 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

De tuberculose, point. Mais des communications et des lectures en nombre. M. Broca, mis en cause dans une pétition qui vient de faire quelque bruit dans le monde, au sujet d'un passage de l'une de ses argumentations sur le mouvement de la population en France, avait eu le bon goût de garder le silence tant qu'on aurait pu donner à ses explications l'apparence ou le caractère d'une justification du passage incriminé. Aujourd'hui qu'il se trouvait complétement désintéressé par la solution donnée à l'objet de la pétition, il s'est cru obligé d'entrer dans quelques explications vis-à-vis de l'Académie sur le sens d'une proposition qui avait pu se prêter à de fausses interprétations. On trouvera ces explications au compte rendu.

Cinq lecteurs ont ensuite occupé successivement la tribune. M. Eug. Caventou, le fils de l'honorable M. Caventou, l'un des doyens de l'Académie, et lui-même candidat pour la place vacante dans la section de pharmacie, a lu un travail chimique sur la cinchonine, qui échappe à notre appréciation.

M. le docteur Bailly, médecin à Bains, a donné lecture d'un travail étendu sur les maladies catarrhales.

M. le docteur Garrigou (de Tarascon), qui l'année dernière avait déjà lu la première partie d'une Etude comparée des sources thermales des Pyrénées au triple point de vue géologique, chimique et médical, a lu hier un court résumé d'un deuxième mémoire sur le même sujet.

M. Bonnafont a communiqué une observation de trépanation pour un cas d'exostose du conduit auditif externe ayant entraîné la surdité. Cette observation sera publiée.

Enfin M. Pidoux, en bon débiteur, a tenu à mettre ses comptes en règle avec l'Académie, au moment de la quitter pour quelque temps, en lisant un rapport qu'il avait été chargé de faire sur un très-bon travail de M. le docteur Gaillard (de Poitiers).

Un mot d'abord du mémoire de M. Bailly.

M. Bailly, exerçant dans une petite localité, a pu apprécier et mettre très-intelligemment à profit les avantages de cette position, qui sont de pouvoir suivre et étudier beaucoup mieux que dans les grands centres et les grandes agglomérations de population, les liens étiologiques et nosologiques qui relient souvent entre elles des affections différentes en apparence, à ne s'en rapporter qu'à leur expression symptômatique. C'est ainsi que, pendant le cours d'une épidémie de fièvres catarrhales qu'il a observée à Bains, il a pu remarquer que des pneumonies, des pyrexies sans détermination précise, des suettes développées simultanément, relevaient évidemment des mêmes conditions étiologiques et n'étaient que des formes ou des expressions différentes d'un état morbide, le même au fond, et qui traduisait sous ces apparences diverses l'influence commune d'une constitution médicale spéciale. Une foule de cas morbides plus ou moins indéterminés, se rattachant d'une manière manifeste à la même influence, étaient à ses yeux comme autant d'anneaux de la chaîne qui reliait ainsi entre elles toutes les manifestations de cette affection complexe.

Ce premier point établi, M. Bailly, poussant l'analyse plus loin, a cherché à démontrer que les trois formes principales sous lesquelles s'est montrée cette épidémie, peuvent être regardées comme les éléments dissociés d'un composé pathologique ternaire analogue à celui qui constitue les fièvres exanthématiques. De là, il s'est élevé à des considérations nosologiques qui l'ont conduit en tenant moins compte, bien entendu, des signes différentiels dépendant des organes lésés que des caractères communs se rapportant aux symptômes généraux et aux éléments histologiques, à considérer la suette et les pneumonies comme devant être rattachées au groupe des maladies catarrhales.

La question d'épidémiologie et de nosologie soulevée dans le travail de M. Bailly, est de celles qui feraient très-utilement l'objet d'un rapport.

C'est sur un travail qui, à de certains égards, n'est pas sans analogie avec celui-ci, que M. Pidoux a fait un rapport. Le travail de M. le docteur Gaillard (de Poitiers) ayant pour titre : *Essai sur les familles pathologiques*, soulevait aussi plusieurs points importants de doctrine, entre autres cette grande question de pathologie générale de la notion de l'état aigu et de l'état chronique, et de la différence beaucoup plus réelle que nominale que rappellent à l'esprit les qualifications de maladies aiguës et de maladies chroniques. Personne mieux que M. Pidoux n'était à même de commenter et de développer devant l'Académie les conséquences pratiques qui ressortent de ce point de vue. Malheureusement il était un peu pressé par le temps, et sur quelques interpellations qui semblent prouver que ces idées de pathologie générale ne sont pas également familières à tous les membres de l'Académie, et que les mots maladie, lésion, diathèse, etc., sont encore mal ou incomplétement définis, M. Pidoux en a été réduit à exprimer le regret de ne pouvoir développer en ce moment ce point de doctrine. Nous prenons acte de l'engagement qu'il a pris de reprendre la question à la campagne prochaine.

Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. DOLBEAU.

Néphrite suppurée consécutive à un rétrécissement ancien de l'urèthre. — Dysentérie cachectique. — Mort.

(Observation recueillie par M. Magdelain, interne du service.)

Dans le numéro 97 de la *Gazette des Hôpitaux*, année 1865, M. Lolliot, interne distingué des hôpitaux, publiait l'observation d'un nommé William P..., âgé de 35 ans, auquel Jarjavay avait fait la ponction sus-pubienne pour une rétention complète d'urine consécutive à un rétrécissement blennorrhagique de l'urèthre.

Ce malade, entré le 20 juin 1865 à l'hôpital Beaujon, quittait le service de Jarjavay le 19 juillet. La guérison était complète; pas de fistule abdominale; les incisions qu'on avait été obligé de lui faire au périnée parce qu'il avait eu une infiltration urineuse, étaient complétement cicatrisées.

Le canal de l'urèthre, dilaté graduellement, admettait des sondes du nº 20 ou 22 de la filière Charrière. On avait recommandé à ce malade de se passer de temps en temps la sonde comme moyen préventif, mais abandonné à lui-même, il négligea bientôt cette précaution. Peu à peu revint la difficulté pour uriner, et sa santé s'altéra profondément. Lorsqu'il est revenu, 23 décembre 1867, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Dolbeau, il était, pour ainsi dire, épuisé. Il avait d'assez fréquentes envies d'uriner, et ne satisfaisait à ces besoins qu'avec beaucoup de difficultés. Les urines étaient mêlées de pus; l'exploration du canal de l'urèthre, au moyen des bougies à boules, fit reconnaître un rétrécissement très-notable à 12 centimètres du méat.

On tenta plusieurs fois de franchir ce rétrécissement, et jamais on ne put y parvenir avec une bougie plus volumineuse que le nº 6 de la filière Charrière, jamais non plus la bougie ne put pénétrer dans la vessie. Ce malade resta ainsi dans un état à peu près stationnaire jusqu'au 15 janvier 1868; tous les jours, on renouvelait les tentatives de dilatation, mais sans obtenir de résultat plus favorable. Enfin, le 20 janvier, il fut pris de frissons, de fièvre et de diarrhée; phénomènes qui, en dépit de tous traitements, augmentèrent rapidement d'intensité jusqu'au 22 janvier, jour de sa mort.

A l'autopsie, faite le 24 janvier, on trouva : les poumons parfaitement sains; le poumon gauche adhérait, par sa base, au diaphragme.

Le péricarde adhérait au cœur.

Le cœur était un peu plus volumineux qu'à l'état normal.

La cavité abdominale était souillée de matières fécales vert-brunâtres d'odeur infecte; des pseudo-membranes de production récente, entre le gros intestin et la paroi abdominale, témoignaient d'une inflammation très-intense que révélait, du reste, l'injection considérable du gros intestin dans toute son étendue, et particulièrement vers l'iliaque où se trouvait une perforation pouvant admettre la pulpe du petit doigt. Cet intestin ouvert, on découvrit plusieurs places où la muqueuse manquait.

Mais les désordres les plus remarquables se trouvaient dans l'appareil urinaire.

Les reins, diminués de volume, n'avaient pas leur coloration habituelle; leur surface était inégale, noirâtre par places; la capsule cellulo-adipeuse était très-adhérente, surtout à droite.

Une coupe faite suivant le grand axe des reins et du bord externe vers le bord interne, fit constater la présence du pus dans les calices et les conduits urinifères.

Les parois de la vessie avaient plus d'un centimètre d'épaisseur.

Entre la vessie et la face antérieure du rectum, un peu au-dessus de la prostate, était un gros abcès qu'on crut tout d'abord provenir de la prostate, mais une dissection minutieuse démontra que ce dernier organe, hypertrophié, ne présentait aucune autre altération.

Cet abcès fut considéré comme un abcès urineux, bien qu'on ne pût découvrir le point par lequel l'urine aurait pu s'étancher.

La pièce anatomique ayant été disséquée avec autant de soin que possible, M. Dolbeau fit une incision, suivant la partie supérieure du canal de l'urèthre dans toute son étendue, et l'on vit qu'au niveau du col de la vessie, se trouvait une saillie du volume d'une aveline, formée par le lobe médian; en avant et sur les côtés de ce lobe médian, des diverticulum dans lesquels venait s'engager le bout des sondes ou bougies, lorsqu'on voulait cathétériser le malade, et le petit calibre de ces sondes ne permettait pas de leur imprimer une direction qui aurait pu faire éviter ces obstacles.

A 6 centimètres du col de la vessie commençait un rétrécissement fibreux à parois très-dures, formées d'un tissu qui résistait à l'instrument tranchant; ce rétrécissement n'avait pas moins d'un centimètre et demi d'étendue; il se terminait à 11 centimètres du méat urinaire; il siégeait un peu en avant du collet du bulbe. En arrière du rétrécissement était un orifice qui correspondait à plusieurs trajets fistuleux dont l'orifice externe correspondait à un ancien abcès urineux des bourses, abcès resté fistuleux depuis longtemps; le testicule gauche formait la paroi externe de cet abcès.

J'ai eu l'honneur de présenter la pièce à la Société anatomique, le 31 janvier.

Tels sont les détails que j'ai cru devoir communiquer, pour compléter l'observation pleine d'intérêt qu'a publiée mon excellent ami et collègue, M. Lolliot.

DE LA LÉTHALITÉ DE LA MORSURE DES VIPÈRES

Par le Dr Viaud-Grand-Marais,

Professeur suppléant à l'École de Médecine de Nantes.

Un certain nombre d'auteurs affirmant, sur l'autorité de Fontana, que les morsures des vipères indigènes ne sont jamais mortelles pour l'homme, nous croyons devoir publier le résultat de nos recherches sur ce sujet.

Sur 316 morsures par l'aspic ou le péliade, recueillies par nous en Vendée et dans la Loire-Inférieure, 44 ont été mortelles. Trois autres faits pareillement malheureux nous ont été communiqués des Deux-Sèvres et de Maine-et-Loire, ce qui donne un total de 47 morts occasionnées par les vipères.

Voici quelques-unes de ces observations :

I. — Vers le milieu du mois de septembre 1836, un homme de Vertou labourait un champ près des Sorinières et suivait nu-pieds sa charrue. Le soc heurta un aspic rouge de forte taille, qui se rua sur le malheureux cultivateur et lui enfonça profondément ses deux crocs au devant du coude-pied gauche. Le blessé, vigoureux et dans la force de l'âge, ne put continuer son travail. Il plaça au-dessus de son genou une ligature qui n'empêcha pas la tuméfaction d'envahir en moins d'une demi-heure le membre entier. Transporté chez un propriétaire voisin, il fut traité *intus* et *extra* avec de l'alcali, et, de là, conduit à son propre domicile. Six semaines après, il boitait encore; les ecchymoses n'avaient point complétement disparu, et les piqûres, transformées en ulcères, laissaient suinter un liquide sanieux; les troubles digestifs et même les nausées revenaient de temps en temps. Le blessé avait considérablement vieilli; il manquait de force pour les travaux des champs, et mourut dix-huit mois après, sans avoir pu se remettre de cet état valétudinaire. (*M. Thomas, naturaliste à Nantes.*)

II. — En 1849, Céleste Ariail, femme Babonneau, âgée de 47 ans, domiciliée en la métairie de Coinsaule, en Boussay, fut blessée par un aspic. Prétendue guérie par un conjureur, elle resta souffrante depuis lors. Chaque année elle éprouvait, à l'époque anniversaire de sa morsure, des troubles digestifs, à la suite desquels elle devint de plus en plus débilitée. Sa santé alla ainsi en déclinant jusqu'au 1er janvier 1853, jour où elle fut emportée, presque subitement, par une apoplexie.

La malade jouissait auparavant d'une excellente santé et n'offrait aucune disposition apparente aux accidents cérébraux; son habitation, parfaitement saine, était située sur un coteau au-dessus de la Sèvre. (*M. Merel, curé de Boussay.*)

III. — Au mois de juillet 1854, le jeune Hérie, âgé de 7 à 8 ans, du village de l'Étier, commune de Bouaye, jouait sur les bords du lac de Grand-Lieu tandis que son père travaillait dans un champ voisin. Le petit garçon aperçut dans un fossé en partie desséché, des animaux qu'il crut être des anguilles; il appela son père pour l'aider à prendre *ces beaux margains* et fut mordu à la jambe par l'une de ces vipères pendant qu'il cherchait à la saisir. On négligea d'appeler un médecin et l'on eut recours aux soins d'un empirique. Le quatrième jour, l'enfant n'existait plus. (*M. Thomas et M. Olive, médecin à Saint-Aignan.*)

IV. — En 1858, Jeanne Pinelle, âgée de dix ans et demi, habitant à la Grande-Cheminée, près Nantes, suivait au mois de mai un chemin qui, du Pont-du-Cens, remonte vers la route d'Orvault, quand elle fut mordue à la cheville par une vipère. La petite fille poussa un cri aigu et s'évanouit. Elle fut trouvée par des passants qui la firent revenir à elle. Le gonflement douloureux de sa jambe l'empêchant de marcher, ils la transportèrent dans une maison voisine et lui placèrent une ligature. Un médecin appelé ensuite cautérisa l'endroit blessé avec la pierre infernale et ordonna une potion contenant quelques gouttes d'ammoniaque; mais la pauvre enfant ne put être tirée de

'état de syncope et de torpeur dans lequel elle se trouvait et succomba le matin du quatrième jour. (*Une amie de la blessée, témoin des faits.*)

V. — Le 28 juin 1865, vers 7 heures du matin, la veuve Bretagne, âgée de 61 ans, du village de la Renouerie, commune de Saint-Mars-de-Coutais, gardait ses vaches le long d'une haie ; elle était pieds-nus dans ses sabots et marchait en filant sa quenouille. Tout à coup elle ressentit une vive douleur au bas de la jambe gauche et recula effrayée : une vipère rouge, sur laquelle elle avait monté, s'enfuyait dans le buisson voisin. La femme Bretagne regagna avec peine son domicile, situé à près d'un kilomètre de là. De retour chez elle, elle lava à l'eau salée l'endroit mordu et enleva ainsi une petite quantité de sang répandue au voisinage des piqûres. La tuméfaction, d'abord limitée autour du point atteint par les crochets s'étendit avec rapidité ; à neuf heures on appliqua au-dessus du genou un mouchoir plié en cravate. Cette constriction assez lâche n'empêcha pas l'œdème de gagner la cuisse. Le mal progressant toujours, on envoya chercher M. Patry, médecin à Port-Saint-Père, et ancien interne des hopitaux de Nantes, auquel nous devons cette observation, la plus complète de toutes celles qui nous ont été communiquées.

Notre confrère n'arriva près de la malade qu'à midi, c'est-à-dire cinq heures après l'accident, et voici les symptômes qu'il constata :

La veuve Bretagne offrait beaucoup d'agitation et d'anxiété. Elle avait de la difficulté à respirer, des lypothimies et des nausées suivies de vomissements bilieux. Elle était entièrement refroidie et couverte d'une sueur glacée ; ses yeux hagards donnaient à sa physionomie une étrange expression de terreur ; son pouls était fréquent et petit. La malade répétait sans cesse qu'elle allait mourir.

L'examen de la jambe fit reconnaître, à trois centimètres environ au-dessus de la malléole interne, deux piqûres profondes, distantes de quelques millimètres et entourées d'un cercle inflammatoire. Une douleur aiguë s'étendait de ce point à tout le membre et était exagérée par la pression ; la tuméfaction gagnait la hanche ; il y avait gêne très-prononcée des mouvements ; la peau de la jambe offrait une teinte jaune verdâtre, plus marquée à la cuisse, où la lividité prenait l'aspect de marbrures.

A sa première visite, M. Patry administra 20 gouttes d'alcali dans une infusion de tilleul, conseilla une potion à l'acétate d'ammoniaque, des infusions aromatiques alcoolisées et du vin chaud. Il fit une incision cruciale sur la blessure, et par la succion directe pratiquée à plusieurs reprises, retira une certaine quantité de sang. Il la lava ensuite avec de l'ammoniaque et prescrivit des frictions aromatiques chaudes et fréquemment renouvelées sur tout le corps. Une compresse imbibée d'eau ammoniacale fut maintenue sur la malléole.

29 juin. — Mêmes symptômes généraux que la veille, mais exagérés. L'anxiété est extrême et le refroidissement complet. La veuve Bretagne, dans un état d'anéantissement profond, a un pouls misérable ; l'œdème s'est généralisé ; le membre gauche devenu énorme est couvert de phlyctènes.

M. Patry fait envelopper la partie malade dans des feuilles de lierre chauffées au four et continuer les boissons excitantes autant que le permet l'état de l'estomac.

30 juin. — L'œdème a pris une telle extension que la blessée ne peut plus soulever ses paupières. Elle répond à peine aux questions qu'on lui adresse, tant est grande sa torpeur ; son intelligence, du reste, est affaiblie. Son pouls est filiforme et intermittent ; les syncopes se rapprochent ; il y a une prostration générale des forces. La malade refuse de prendre le moindre liquide et accuse une violente douleur dans le côté gauche du thorax. Ce triste état va en s'exagérant et se termine à quatre heures du soir par la mort, après deux heures de pénible agonie.

VI. — Au moins de juin 1827, le jeune Vilain, âgé de 6 ans, du village de la Grouyère-en-Sainte-Pazanne, fut mordu à onze heures du matin par une vipère. Dans l'après-midi l'enfant offrait un œdème général. Le père avait envoyé à Chémeré prendre conseil d'un homme redouté par ses sortilèges, portant le nom de guerre d'Henri du Grand-Houx. Le sorcier se rendit dans un champ, fit des invocations et consulta son oracle, bœuf noir désigné par les paysans sous le nom de Grand-Diable. Le bœuf levait la patte droite ou la gauche, suivant que sa réponse était affirmative ou négative. Henri du Grand-Houx promit la guérison du blessé qui, pendant toutes ses manœuvres, n'avait reçu aucun soin. Au retour du messager l'enfant était dans un coma profond. Il succomba le jour même, malgré le cataplasme de lait caillé prescrit par le conjureur. (*Le docteur Bourdin, de Sainte-Pazanne.*)

(*Sera continué.*)

DES EFFETS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS DES EAUX-BONNES (1)

Dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Par M. le Dr Leudet, *médecin aux Eaux-Bonnes.*

(Lecture faite à la Société de médecine de Paris.)

Obs. IV. — Madame B..., 36 ans. — Depuis dix ans vient chaque année faire une saison à Bonnes. Je la vis pour la première fois en 1860. Elle toussait depuis quatre ans et avait fréquemment des crachats hémoptoïques. De la diarrhée, des sueurs nocturnes abondantes, des règles irrégulières et très-médiocres comme quantité et comme qualité, de la fièvre revenant tous les soirs avaient jeté la malade dans un état de marasme, qu'un amaigrissement profond et une décoloration générale des téguments dénotaient à première vue. Les signes fournis par l'auscultation étaient plus graves encore : les deux poumons étaient profondément atteints. A gauche et en arrière, dans la fosse sus-épineuse et une portion de la fosse sous-épineuse, souffle caverneux mêlé à de gros râles humides, voix et toux caverneuses ; en avant, sous la clavicule, respiration soufflante et bronchique ; dans le reste du poumon gauche, respiration rude. A droite et en arrière, râles sous-crépitants ; en avant, respiration faible et inégale. Matité aux deux sommets, prononcée surtout dans les deux fosses sus-épineuses.

Comme on le voit, les signes stéthoscopiques concordent ici avec les symptômes rationnels : c'est une phthisie arrivée au troisième degré de l'École, et dans ses manifestations locales et dans son allure générale. Aujourd'hui pourtant la malade vit ; elle a très-notablement engraissé, et tous les symptômes généraux ont disparu. Elle a passé tous ses hivers à Paris, les premiers d'une façon pénible, les derniers comme une personne absolument bien portante, allant au spectacle, au bal, et s'y décolletant, ce qu'elle n'aurait jamais pu faire il y a quatre ou cinq ans, à cause de sa maigreur extrême. Les signes fournis par le stéthoscope révèlent une amélioration au moins égale survenue dans la lésion pulmonaire. Il n'existe plus de bruits bullaires aux deux sommets, et surtout en arrière, la respiration est soufflante, bronchique ; mais ce souffle est doux, inerte, sans bulles. La matité a disparu ; le son est encore un peu sourd en arrière, dans les deux fosses sus-épineuses. Les espaces sous-claviculaires, si profondément excavés il y a huit ans, sont bombés aujourd'hui et donnent à la percussion un son presque exagéré.

Pourquoi cette malade a-t-elle pu résister à la diathèse tuberculeuse qui s'était localisée d'une façon si grave sur les deux poumons et imprégnait si profondément toute l'économie ? Qu'a-t-elle trouvé en elle pour vaincre son mal ? Quelle aide lui a prêtée dans cette lutte la médication sulfureuse des Eaux-Bonnes ?

Madame B... a un frère très-bien portant, qui n'a jamais été malade. Elle est fille d'un père très-robuste, sanguin, fortement hémorrhoïdaire, atteint de coliques néphrétiques, et d'une mère nerveuse, dyspeptique, vomissant tous les matins un liquide glaireux et filant, et cela depuis un grand nombre d'années, et sans autre retentissement fâcheux sur la santé générale. J'ai vu et soigné plusieurs années de suite les parents de madame B... Ce n'est donc pas sur les *on dit* de la malade que je note ces renseignements. Madame B..., elle-même, a toujours eu des douleurs vagues, erratiques, aux poignets, aux coudes, aux genoux, etc. Sous l'influence des saisons répétées des Eaux-Bonnes elle est devenue sujette à des névralgies faciales, alternant avec des névralgies intercostales. Elle a, de temps en temps, de la gastralgie, se traduisant par des crampes et des vomiturltions. Elle a de la dysménie au moment de ses époques menstruelles. Le cœur a des battements énergiques et son volume paraît augmenté, mais il n'existe aucun bruit de souffle : des palpitations purement nerveuses tourmentent plus ou moins la malade. Depuis deux ans l'arrière-gorge est douloureuse et offre tous les signes de l'angine glanduleuse chronique. En même temps un embonpoint remarquable, une circulation plus vive, un visage plus coloré, une activité nouvelle de toutes les fonctions ont remplacé cette maigreur extrême, cette pâleur tégumentaire, cette langueur générale et cet affaissement de l'organisme, notées dans les premièues années de la cure.

Grâce à ce tempérament nouveau, à cette reconstitution de l'économie, grâce aussi à la création ou au réveil de ces névralgies diverses, les progrès de la diathèse tuberculeuse ont été arrêtés et la réparation graduelle des lésions anatomiques s'est accomplie.

Quoique en apparence assez éloignées des grandes maladies constitutionnelles, que je regarde avec mon maître, M. Pidoux, comme antagonistes du tubercule, les névralgies n'en rentrent pas moins dans le cadre de l'Herpétisme.

Madame B... avait hérité de ses parents d'une double diathèse, la diathèse goutteuse du côté paternel, et la diathèse herpétique du côté maternel. Ces deux diathèses, déjà peu tranchées et incomplètes dans leur phrase symptomatique, affaiblies et dégénérées chez le père et la mère, ont été réveillées chez la fille par les Eaux-Bonnes. Sous l'influence de l'excitation thermale, elles se sont traduites chez la malade sous la forme d'affections moins tranchées encore, bâtardes, superficielles et vagues, mais qui n'en portent pas moins le cachet de leur origine, et servent pour leur part à redresser l'organisme et à l'empêcher de céder à l'entraînement tuberculeux.

Plusieurs observations de phthisies enrayées et guéries par l'apparition ou le réveil d'un asthme, donneraient à l'opinion que je défends une force nouvelle. Mais cet antagonisme de l'asthme et de la phthisie est admis par un assez grand nombre de médecins, depuis qu'un maître éminent, M. Guéneau de Mussy, en a fait le sujet d'un intéressant mémoire dans les archives de médecine. Je dois d'ailleurs me restreindre, et ne pas oublier que mon travail a surtout pour but de faire connaître les effets thérapeutiques des Eaux-Bonnes dans le traitement de la phthisie pulmonaire. — En donnant les observations que j'ai citées, je n'ai point voulu aborder la question des antagonismes pathologiques et des métamorphoses diathésiques, et de leur influence sur la marche et les terminaisons de la phthisie ; c'est une question que je réserve et que j'espère pouvoir traiter un jour. J'ai voulu simplement, sans entrer dans aucune discussion de doctrine, et en m'appuyant sur les effets les moins contestables de la médication sulfureuse, montrer le rôle prépondérant que joue l'état général dans la tuberculose pulmonaire, et combien les qualités du terrain, dans lequel germe le néoplasme, influent sur le pronostic de la maladie. Tout le problème de la curabilité de la phthisie réside dans la considération attentive de cet état général ; l'histoire de la phthisie en fait foi. La lésion anatomique est-elle seule en honneur ? prime-t-elle toute autre étude ? Le tubercule sera fatal dans sa marche, et, pour l'enrayer et le guérir, on devra attendre que l'on ait trouvé son spécifique. Au contraire, l'attention est-elle ramenée sur les conditions multiples qui régissent le terrain envahi par le tubercule ? La maladie n'est plus *une* ; ses variétés sont aussi multiples que ses origines ; elle devient l'aboutissant et la terminaison d'états constitutionnels variés ; elle n'est plus nécessairement funeste, et des médications diverses et salutaires peuvent lui être opposées. Je comprends que du temps de Morton on se soit égaré en scrutant l'état général du malade pour en faire sortir les variétés de la phthisie, et partant les indications thérapeutiques. Mais aujourd'hui, grâce au génie de Laënnec, la crainte de s'égarer est vaine, car la lésion pulmonaire est toujours reconnue et le diagnostic toujours établi avec certitude. Il faut donc aller plus loin : il faut chercher et dire les raisons pour lesquelles tel phthisique vit avec des cavernes, et tel autre meurt avec une lésion commençante. La réponse à ces questions est tout entière dans l'étude attentive de l'état général et de toutes les conditions internes et externes qui influent sur cet état général, la condition d'origine, de tempérament, de constitution, de maladies héréditaires ou acquises, etc., etc. C'est, en un mot, la grande étude de l'étiologie de la diathèse tuberculeuse qui fournira la connaissance des variétés de la phthisie, connaissance qui est, je le répète, la source des indications thérapeutiques.

Résumé.

Je résume mon mémoire par les propositions suivantes :

Les Eaux-Bonnes, employées à leur source dans le traitement de la phthisie pulmonaire, constituent une médication active et puissante.

Cette médication est excitante et substitutive dans ses effets immédiats, reconstituante et anti-tuberculeuse dans ses effets éloignés ou définitifs.

Les Eaux-Bonnes agissent sur le poumon du phthisique en détruisant le catarrhe tuberculeux, en substituant à une irritation morbide une irritation médicamenteuse, en amenant des modifications salutaires dans ces fonctions nutritives altérées, qui font la tuberculose, et en ramenant ces fonctions déviées dans la voie physiologique.

Elles agissent sur l'organisme entier en le reconstituant, en faisant prédominer l'appareil sanguin sur l'appareil lymphatique, en créant des états physiologiques ou pathologiques réfractaires au tubercule.

Trois grands résultats, trois grands modes de guérison peuvent être ainsi obtenus par les Eaux-Bonnes, dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Ce sont :

1° La création d'un tempérament nouveau physiologique, sorte de tempérament sanguin, qui combat la diathèse et fait taire la maladie du poumon ;

2° La formation ou le réveil de maladies constitutionnelles moins graves, antagonistes d'une maladie plus grave ;

3° Des crises par le poumon, des hémoptysies, des broncho-pneumonies ; descrises par la peau, une éruption furonculeuse, le réveil d'un eczéma, etc., etc.

Ces trois modes de guérison, plus ou moins associés chez le même malade, ne sont en définitive que la reproduction de la belle et grande doctrine de Bordeu sur la nécessité d'un état aigu pour pouvoir guérir une maladie chronique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 26 mai 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1866 dans le département du Doubs (comm. des épidémies) ;

2° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Laurent (Ardèche), par M. le docteur Coutet ; de Bagneux (Lozère), par M. le docteur Raynald de la Tissonnière (comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Giraldès, Verneuil, Maurice Perrin, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de médecine opératoire ;

2° Des lettres de MM. Roussin et Coulier, qui se présentent comme candidats pour la section de pharmacie ;

3° Une lettre de M. le docteur F. Garrigou, médecin consultant aux eaux d'Ax (Ariège), qui sollicite le titre de membre correspondant ;

4° Une lettre de M. le docteur Mordret (du Mans), accompagnant l'envoi de son rapport sur la médecine cantonale dans le département de la Sarthe (comm. des épidémies) ;

5° Une lettre de M. de Paravey indiquant un moyen employé de temps immémorial par les Chinois pour réparer une santé épuisée ; ce moyen consiste à boire à l'aide d'un tube en roseau, enfoncé dans la veine jugulaire, le sang d'un cerf fraîchement tué (comm. M. Littré) ;

6° Une note de M. Mathieu concernant un nouveau genre de pessaire en alluminium, fabriqué sur les indications de M. Sims, d'après le modèle de M. le docteur Hodge.

M. Béclard met sous les yeux de l'Académie un instrument imaginé par M. le docteur Poznanski et auquel il a donné le nom de sphygmomètre. (Nous exposerons plus tard le mécanisme de cet instrument.)

M. Cerise présente : 1° Au nom de M. le docteur Ranieri Bellini, une brochure sur l'empoisonnement par le phosphore ; 2° au nom de M. le docteur Paventa, une brochure sur le muguet.

M. Larrey présente, de la part de M. Wecker, une brochure intitulée : *des Nouveaux procédés opératoires de la cataracte.*

M. Richet présente une note sur un nouveau procédé de réduction des luxations, de M. le docteur S. Pirondi.

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Dieulafoy, de Toulouse, membre correspondant.

M. Broca demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

— M. Broca. J'ai demandé la parole à l'occasion du procès-verbal, parceque ce que j'ai à dire fait suite à une discussion antérieure. Quelques-unes des opinions que j'ai émises l'année dernière, dans mon premier discours sur la population, ont donné lieu à des objections qui ont été présentées, soit à cette tribune, soit dans la presse médicale. Je me suis efforcé d'y répondre dans mon second discours, mais j'avais évité même de faire allusion à des attaques d'un autre ordre qui s'étaient produites dans une certaine catégorie de journaux non scientifiques. On avait dénaturé mes idées en tronquant mes paroles, en ajoutant des membres de phrases pris çà et là dans mon discours, en supprimant certains mots pour altérer le sens, en me faisant citer Malthus dont je n'avais nullement parlé. A ce procédé de discussions déloyales, je n'avais opposé que le silence du dédain ; mais un jour la phrase apocryphe qu'on me prêtait s'est étalée entre guillemets, dans la fameuse pétition au Sénat qui vient de faire tant de bruit. Il y avait dans le passage incriminé une grosse erreur scientifique qui, dans un document de ce genre, ne tirait pas à conséquence, mais qu'il est devenu nécessaire de réfuter depuis que l'éminent rapporteur du Sénat, trompé par l'assurance des pétitionnaires, l'a insérée dans son rapport sans la rectifier. Je me suis donc promis de revenir sur ce sujet. Mais je n'ai pas voulu le faire avant que la discussion du Sénat fût close. On aurait pu croire que je cherchais, non à relater la vérité scientifique, mais à me justifier, ce qui eût été contraire à la dignité de l'Académie, non moins qu'à ma propre dignité.

Maintenant que la partie politique est vidée, et que les ouvriers sou-

(1) Fin. — Voir le numéro de samedi dernier.

terrains sont rentrés dans leurs trous, la science reprend ses droits, et je vous demande la permission de les faire valoir.

Discutant devant vous les causes qui ont ralenti en France l'accroissement de la population, et cherchant si ce fait ne dépendait pas de la dégénérescence de la race, je vous ai dit l'année dernière : « Non, Messieurs, notre race n'a rien perdu de sa fécondité; le phénomène qui nous occupe est la conséquence naturelle d'une loi que les économistes ont proclamée, savoir que, dans une population quelque peu serrée, tout ce qui tend à diminuer le nombre des prolétaires tend, par lui-même, à ralentir la natalité. » (Séance du 26 mars 1867).

Telle est la proposition qu'on a présentée d'abord dans les journaux obscurantistes, puis dans la pétition et enfin dans le rapport, comme une proposition malthusienne. En l'énonçant ici, je n'avais pas cru devoir ajouter qu'elle était contraire à l'opinion de Malthus. C'est cette démonstration que je viens vous donner aujourd'hui.

Les premiers auteurs qui ont étudié les conditions de la vie des peuples n'ont pu méconnaître le lien étroit qui existe entre la population et les subsistances. Ce lien, déjà indiqué par Montesquieu, fut signalé surtout par les économistes de la fin du dix-huitième siècle. On ne possédait pas alors de documents statistiques suffisants pour établir ce qu'on appelle aujourd'hui *l'équation des subsistances*; mais, à défaut de preuves rigoureuses, on connaissait du moins ce fait général, que la population tend à se mettre en équilibre avec les ressources alimentaires.

Malthus, dont le livre parut pour la première fois en 1798, se demanda quelle était la cause de ce rapport, et chercha à déterminer les conditions de l'accroissement de la population. Suivant lui, la population tendait à s'accroître en proportion géométrique, tandis que les subsistances ne pouvaient s'accroître qu'en proportion arithmétique, formule célèbre que personne, pas même son auteur, n'a pu prendre sans doute au pied de la lettre, et qui est connue de tout le monde sous le nom de *loi de Malthus*.

Malthus, après avoir énoncé sa loi, en étudia les conséquences. La natalité fournissant toujours, suivant lui, un excédant de population supérieur aux ressources d'un pays à un moment donné, il fallait bien que cet excédant disparût; la mort moissonnait donc les êtres humains jusqu'à ce que l'équilibre fût rétabli, et, de la sorte, le rapport de la population aux subsistances ne changeait pas. C'était un grand mal que ce sacrifice continuel de ceux qui ne pouvaient trouver place « au banquet de la vie, » et l'auteur n'y vit d'autre remède que la *contrainte morale*. Tout homme, d'après lui, devait s'imposer la loi de ne procréer qu'un nombre d'enfants proportionnel à ses ressources, et, de la sorte, les pauvres gens auraient dû, pour la plupart, se priver des joies de la paternité; mais ce dur conseil ne s'appliquait ni aux riches ni aux gens simplement aisés qui peuvent assurer l'existence de leurs enfants.

C'est là la doctrine malthusienne. Mais Malthus n'était pas sans avoir aussi une théorie sur les subsistances. En bon Anglais, habitué à voir souvent tous ces paysages, toute la terre visible jusqu'à l'horizon, ne former qu'un seul domaine appartenant à un seul lord, il croyait que la grande propriété était une des premières conditions de la grande production, et que par conséquent la division du sol, l'augmentation du nombre des propriétaires devait inévitablement amener la diminution des subsistances, et, par là même, la diminution de la population. Mais, pendant que se succédaient les éditions de son livre, une expérience décisive, si contraire à sa théorie, se faisait en France. Il y avait une chose parfaitement évidente, c'est que depuis la Révolution de 89, le nombre des propriétaires du sol français s'était immensément accru. La production, c'est-à-dire les subsistances avaient donc dû diminuer, et dès lors, si la théorie était vraie, la population avait dû décroître. Au lieu de cela, et en dépit des disettes, des révolutions politiques et des plus gigantesques guerres des temps modernes, la population de la France avait toujours été en augmentant. Il s'agissait d'expliquer ce résultat contradictoire et inattendu, et voici ce que nous trouvons dans la cinquième édition, publiée en 1817. L'auteur fait d'abord remarquer qu'il y a toujours eu en France un grand nombre de petits propriétaires, et que ce nombre s'est considérablement accru depuis la Révolution, par suite de la vente des biens nationaux. Et il ajoute : « Quoiqu'un pareil état de choses ne soit nullement favorable à la production d'un excédant de subsistances, dans une nation, quelquefois cependant il peut ne pas être défavorable au revenu absolu, et il a toujours *une grande tendance* à encourager le peuplement. » (Malthus, *an Essay on the Principle of Population*, cinquième édit. Lond. 1817, in-8, vol. II, p. 12).

Ainsi, d'après Malthus, l'augmentation du nombre des ménages aisés a une grande tendance à augmenter la population, et cette cause, qui résulte de l'accroissement de l'aisance, est assez puissante pour contrebalancer, et au delà, l'influence contraire qui résulte de la diminution du revenu général, consécutive à la division de la propriété.

Vous voyez, Messieurs, que cette expérience de Malthus est précisément l'inverse de celle que les économistes modernes ont fait découler d'une étude plus complète et d'une plus exacte appréciation des faits. Loin donc que la loi que je leur ai empruntée soit une loi malthusienne, elle est au contraire en opposition avec les théories de Malthus, et je pourrais dire quelle est anti-malthusienne, si je jugeais opportun de me servir de ces épithètes dérivées d'un nom propre dont on a singulièrement abusé.

Malthus a écrit ce livre important, riche de faits scientifiques et fort remarquable pour l'époque. Dans ce livre, comme dans la plupart des autres, il y a d'excellentes choses, puis il y en a de médiocres, et aussi de mauvaises. Il n'y a personne, aujourd'hui (parmi ceux qui l'ont lu), qui ne loue les unes et ne rejette les autres, et qui ne soit ainsi à la fois malthusien et anti-malthusien. Ces épithètes sont donc de mauvais aloi; ce sont des moyens de polémique, et rien de plus. Il y a vingt ans, Proudhon, dans ses éloquentes sorties contre les malthusiens, désignait sous ce nom les capitalistes, ses adversaires. Aujourd'hui, de l'extrémité opposée de la série des doctrines, on décoche ce même mot, comme une injure, contre une tout autre catégorie d'adversaires; mais Proudhon, du moins, savait ce qu'il voulait dire, tandis que ses imitateurs actuels parlent à tort et à travers de ce qu'ils ne connaissent pas.

LECTURES.

Cinchonine.— M. Eug. Caventou fils lit un travail intitulé : *De la Cinchonine sous l'influence de l'oxygénation et des produits qui en dérivent*. C'est le commencement d'un travail fait en commun avec M. Ed. Wilm, chef des travaux chimiques de la Faculté, sur l'action qu'exerce à froid une solution saturée de permanganate de potasse sur la cinchonine. (Renvoi à la section de pharmacie.)

Épidémie des fièvres catarrhales. — M. Bailly lit un travail intitulé : *Études sur les fièvres catarrhales les suettes et les pneumonies, considérées comme les expressions diverses d'une même maladie causée par un miasme et développée en différents points du tissu épithélial.* C'est la relation d'une épidémie observée à Bains.

Après avoir fait l'exposé du sujet et montré comment des observations réitérées sur l'association de certaines maladies l'ont amené à concevoir une opinion particulière touchant leur nature, M. Bailly entre dans quelques développements pour démontrer que l'étude des causes des maladies épidémiques et des rapports qu'elles ont entre elles ne peut être faite convenablement que sur un champ d'observation bien limité au milieu de petites agglomérations qui permettent d'embrasser à la fois tous les éléments du problème. C'est dans de pareilles conditions, dit-il, que j'ai cru remarquer que les pneumonies, comme plusieurs autres phlegmasies réputées franches, se produisaient le plus souvent de la même manière que les pyrexies épidémiques et notoirement infectieuses, c'est-à-dire par série, par groupe et en dehors des causes généralement admises, de refroidissement et d'influence saisonnière.

C'est dans ces conditions favorables d'observation que nous avons aussi remarqué que des espèces morbides qui passent pour très-différentes se trouvent associées et confondues.

Ainsi, les faits que nous rapportons sont tous compris dans un même groupe épidémique, relèvent de la même cause et se rapportent évidemment à une même maladie; ces faits, cependant, ont pu être classés en trois catégories très-distinctes :

La première, comprenant des pyrexies sans détermination précise; nous les avons divisées elles-mêmes, suivant leur degré d'intensité en formes abortives, — apyrétiques et aiguës, — en formes réactionnelles et en formes typhiques.

La deuxième, comprenant des pyrexies parfaitement déterminées par un exanthème miliaire, c'est-à-dire des suettes.

La troisième, enfin, la plus nombreuse, comprenant des pneumonies.

Nous signalons des cas intermédiaires qui établissent une transition entre ces trois classes. La chaîne qui relie ainsi toutes les manifestations de cette maladie complexe est parfaitement continue, depuis la langueur épidémique et la fièvre grave jusqu'à la suette nerveuse en passant par la pneumonie.

Dans les considérations qui suivent la description de cette épidémie, nous nous sommes attachés à démontrer dans autant de chapitres à part :

Premièrement, que les trois formes sous lesquelles s'est montré notre typhus catarrhal, peuvent être regardées comme les éléments dissociés d'un composé pathologique ternaire analogue à celui qui constitue les fièvres exanthématiques.

Ces éléments sont : l'éruption, le catarrhe et la pyrexie proprement dite, c'est-à-dire cet état général dyscratique et nerveux qui, loin d'être subordonné aux inflammations locales, externes ou internes, les précède et les domine.

Secondement, que si l'impression du froid, brusque ou prolongée, peut provoquer des irritations et des congestions qui, suivant certaines aptitudes, deviennent parfois des inflammations, celles-ci, le plus souvent, éclatent d'emblée, d'une manière épidémique et sont d'origine infectieuse. Ce dernier mode, accepté seulement pour la grippe, doit être étendu à la pneumonie et appliqué à des formes phlegmasiques très-diverses, graves ou bénignes.

Troisièmement, qu'il n'y a qu'une seule pneumonie : la *fibrineuse*, quelles que soient ses variétés, et qu'elle s'accompagne ou non de bronchite.

La pneumonie muco-purulente des enfants est un catarrhe alvéolaire avec atélectasie ou hyperémie du poumon. La pneumonie vraie, qui apparaît spontanément et par cas isolés, fait partie, le plus souvent, de quelque petite épidémie catarrhale dont on méconnaît les manifestations minimes.

Quatrièmement, qu'il y aurait avantage à remplacer l'expression de *catarrhe*, employée par M. Fuster et les anciens épidémiographes, pour désigner cette affection protéiforme, cette unité morbide fondée sur une identité de cause et de nature et comprenant la grippe, les fièvres muqueuses, les érysipèles, les rhumatismes aigus, etc., et de lui substituer le terme de *fièvre épithéliale*, qui est à la fois plus général et plus précis, en ce qu'il désigne le siége positif de la maladie et fait comprendre, d'un mot, que la diversité des manifestations est plus apparente que réelle.

Nous faisons ressortir les caractères essentiels de ces maladies, afin d'arriver à la détermination d'un type général qui les représente.

Nous avons essayé de résumer ces considérations par les propositions suivantes : une même cause peut produire des affections qui semblent très-opposées par leur nature, mais que l'on reconnaîtra comme devant appartenir à une même espèce, si l'on tient compte moins des signes différentiels qui dépendent des *organes* lésés que des caractères communs qui se rapportent aux symptômes généraux et au véritable siége, c'est-à-dire aux *éléments histologiques*.

C'est ainsi que, pour nous, la suette et les pneumonies, même fibrineuses, se rattachent au groupe des catarrhales.

Les caractères essentiels de ce groupe sont ceux des fièvres infectieuses; ils se rapportent à trois éléments principaux :

1° Une *dyscrasie* préparée par des causes générales, et déterminée par un agent spécifique;

2° Une *action toxique* exercée sur le système nerveux, et consistant en une ataxo-adynamie développée plus encore dans la sphère d'activité du système nutritif et vasomoteur que cérébro-spinal.

3° Une *irritation épithéliale* plus ou moins étendue, avec *fluxion* et *hypergénèse* constituant l'infarctus inflammatoire.

C'est ce dernier élément qui, par ses variétés topographiques, a servi exclusivement à caractériser les maladies. Cela devait être, car il est le plus en évidence. Alors qu'on n'arrive à la connaissance de la cause infectieuse et de son action sur les éléments nerveux que d'une manière indirecte, alors que l'altération de la crase sanguine n'a pu encore être parfaitement appréciée, la lésion du tissu et les symptômes qui en résultent se révèlent facilement et comme d'eux-mêmes à l'observateur.

Cependant l'élément inflammatoire ne doit pas absorber toute l'attention du médecin, car s'il fournit les renseignements qui servent à spécialiser les espèces morbides, les indications thérapeutiques seront plutôt tirées des deux autres éléments qui touchent de plus près à la cause. Pour porter remède, il faut se placer, dans l'ordre de succession des faits, au point le plus rapproché du commencement de l'évolution. Or, le fait primitif, c'est l'intoxication.

Par les deux premiers éléments, les maladies infectieuses se rapprochent, c'est-à-dire par l'analogie de la cause et de l'altération sanguine, par les effets généraux provenant du système nerveux et de la fièvre.

Aussi pourrait-on constituer un type applicable à toutes les variétés, indépendant des formes spéciales qu'affectent les manifestations morbides, type qu'on retrouve effectivement réalisé, en quelques cas, au milieu de la plupart des épidémies, et qui, dans ses trois degrés, est représenté par : 1° la langueur et la courbature prodromiques; 2° la fièvre simple; 3° le typhus.

Par le troisième élément, les maladies se séparent et se divisent en autant de variétés qu'il y a de régions épithéliales ou de départements peuplés par des familles cellulaires distinctes.

Ainsi, d'abord les trois grandes divisions des épithelium *muqueux, cutané et séreux*, correspondant : 1° aux fièvres catarrhales et muqueuses, 2° aux fièvres exanthématiques, et 3° aux fièvres arthritiques, péritonéales et méningitiques, que nous réunirions volontiers sous le nom de fièvres séreuses.

Puis, les subdivisions dans chacun de ces ordres.

Suivent quelques développements sur les épidémies particulières.

Eaux sulfureuses chaudes des Pyrénées.— M. le docteur F. Garrigou, de Tarascon (Ariége), lit un ouvrage ayant pour titre : *Observation sur les eaux sulfureuses chaudes des Pyrénées. — Cause de leur formation. — Installation des divers établissements de la station sulfureuse d'Ax (Ariége).*

L'auteur s'est proposé de faire connaître succinctement dans ce travail : 1° sa théorie sur la formation des eaux sulfurées sodiques, pleinement vérifiée par l'observation et par l'expérience; 2° les variations diverses que subissent les sources sulfureuses, principalement celle d'Ax, et les conséquences de ces variations; l'étude comparative des bains et des sources d'Ax, pour arriver à quelques considérations pratiques générales.

1° *Causes de la formation des eaux sulfurées sodiques.* Les eaux de neige et de pluie qui s'infiltrent dans les terrains granitiques, laurentiens, cambriens, de transition (mais non secondaires), des Pyrénées, dissolvent à la surface du sol des sulfates, du chlorure de sodium, de la matière organique, etc., et descendent ainsi dans les profondeurs du sol. Elles s'échauffent en rencontrant des couches à température élevée et subissant sans doute l'action de courants électriques. Sous l'influence de pressions et de températures très-considérables, les sulfates sont changés en sulfure en présence de la matière organique et l'eau revient à la surface du sol, chaude et sulfureuse, après avoir emprunté aux roches, d'autres éléments, mais ayant dissous les sels de soude à la surface du sol.

A l'appui de cette théorie, on peut invoquer les faits suivants :

1° Les eaux des Pyrénées descendant des terrains antérieurs aux secondaires dans les Pyrénées, et qui auraient la même provenance que les eaux sulfureuses, contiennent comme elles des sulfates, de la soude, du chlore, de la matière organique, etc.;

2° Les sources sulfureuses subissent des variations de sulfuration, de température, de volume, en rapport avec la quantité d'eau tombée dans la région où naissent ces sources. La sulfuration augmente avec la température et les sulfates diminuent dans ces cas;

3° On produit artificiellement de l'eau sulfureuse en portant à des températures surélevées dans la marmite de Papin de l'eau distillée tenant en dissolution du sulfate de soude et une décoction de foin.

2° *Des variations journalières que subissent les sources sulfurées sodiques dans leur composition.*

Les sources varient journellement dans tous leurs éléments.

M. Garrigou termine par une *Etude comparative des bains et des sources d'Ax* et par l'exposé de quelques conséquences pratiques générales qui en découlent.

(Renvoyé à la commission des Eaux minérales).

Trépanation pour une exostose du conduit auditif externe. — M. Bonnafous donne lecture d'une observation d'un cas de surdité complète de l'oreille gauche due à l'obstruction du conduit auditif externe, par une tumeur osseuse (exostose) siégeant près la membrane du tympan, guérie par la trépanation.

RAPPORT

Sur les Familles pathologiques.— M. Pidoux donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Gaillard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, intitulé : *Essai sur les Familles pathologiques.*

Les familles pathologiques, sur lesquelles insiste le plus l'auteur, ne sont pas prises dans les maladies aiguës. Il s'agit des maladies chroniques ou constitutionnelles, et de ces affections qu'on nomme diathésiques, parce que ayant pour siége les profondeurs de l'organisation, elles peuvent se manifester dans les organes les plus différents et sous les formes les plus diverses, en conservant partout l'unité de leur nature, et par conséquent celle de leur pronostic et de leur traitement général.

Non-seulement ces maladies constitutionnelles président à la production d'un grand nombre de maladies chirurgicales, mais elles exercent une influence considérable et trop peu appréciée sur le sort des opérations qu'elles nécessitent.

En énumérant les espèces aiguës, l'auteur a fait une observation de premier ordre.

Il est d'usage dans les nosologies d'indiquer ce qu'on appelle le passage à l'état chronique comme un des modes de terminaison des maladies aiguës. Il y a là une locution vicieuse qui témoigne d'une idée fausse à l'endroit de la notion comparée des maladies aiguës et des maladies chroniques.

Une maladie aiguë, pure et simple, ne peut pas plus passer d'elle-même à l'état chronique qu'elle ne peut être aiguë et chronique tout à la fois. Il n'y a de passage possible d'une espèce aiguë à une espèce chronique, que si la maladie aiguë excite chez le sujet une maladie

chronique préexistante, soit qu'il en eût déjà été affecté, soit qu'elle fut restée latente jusque-là.

M. Gaillard a tenté ce problème. Il a cherché à quels caractères on pouvait reconnaître ces associations, d'où résultent des maladies composées, qui ne sont ni des maladies aiguës, franches, ni de simples maladies chroniques, mais ce que j'appelle depuis longtemps aiguë chroniques et des maladies chronique-aiguës. A ses yeux le caractère principal de ces espèces mixtes doit être tiré de la durée...

Je crois, dit M. le rapporteur, qu'on peut aller plus loin et reconnaître l'immixtion d'une affection chronique dans une maladie aiguë et par conséquent diagnostiquer les espèces aiguë-chroniques d'après d'autres données cliniques que la durée.

Un de ces caractères est celui-ci : lorsque des éléments de maladies chroniques s'introduisent dans le processus d'une maladie aiguë, ils arrêtent et fixent ce processus, de manière à empêcher son mouvement cyclique. Ses périodes ne changent plus. Sa maladie semble arrêtée dans la période d'augment et on attend vainement la période de décroissance.

Ici M. Pidoux développe cette proposition.

Il est d'autres cas, ajoute-t-il, qui sont l'inverse de ceux-ci. Il s'agit non plus des maladies aiguës-chroniques, mais des maladies chroniques-aiguës, dans lesquelles ce n'est plus une maladie réellement aiguë qui excite les manifestations d'une maladie chronique latente, mais où l'on voit une maladie réellement et primitivement chronique débuter sous une forme aiguë.

L'auteur a indiqué d'autres signes, en l'absence desquels la clinique marche sans direction. Il a ramené les maladies chroniques à quelques types capitaux auxquels les grands cliniciens de tous les temps ont toujours cherché à réduire les espèces chroniques. Il n'a pas hésité, par exemple, à faire jouer à l'herpétisme son véritable rôle dans les viscéralgies et les névroses.

Tel est l'esprit dans lequel est conçu le travail de M. Gaillard. M. le rapporteur lui donne une entière approbation et propose, pour conclusions, de déposer honorablement son mémoire aux Archives et de lui adresser une lettre de remerciement

M. Bouley. Si je ne me trompe, j'ai entendu M. Pidoux émettre, dans ce rapport, cette opinion : à savoir qu'une maladie chronique ne peut pas naître d'une maladie aiguë, ou, autrement dit, qu'une maladie aiguë ne devient jamais chronique. Je n'ai jamais fait que de la clinique vétérinaire, mais j'ai pu, cependant, souvent observer des faits qui se rencontrent également chez l'homme. Je prends, par exemple, une vache en parfaite santé. Survient chez cette vache une fluxion de poitrine; puis, bientôt, ses bronches se prennent et deviennent le siége d'un catarrhe; si ce n'est pas là une maladie chronique provenant d'une maladie aiguë, je demande à M. Pidoux comment il appelle cet état qui a suivi l'acuité.

M. Pidoux. Ce n'est pas là du tout une maladie chronique; c'est, si vous voulez, un reliquat de maladie aiguë. Ainsi, soit la blennorrhagie, par exemple, je n'admets pas, quelle que soit sa durée, qu'elle devienne jamais chronique, c'est une maladie qui reste toujours aiguë.

Une maladie chronique a toujours été chronique, elle est chronique dès le moment où elle se déclare : et la maladie aiguë, alors même qu'elle dure fort longtemps, est toujours une maladie aiguë. Ce n'est donc pas le plus ou moins de durée d'une maladie qui fait qu'elle est aiguë ou chronique, c'est sa nature même, c'est son caractère constitutionnel.

M. Ricord. Je ne suis pas de l'avis de M. Pidoux. Vous avez, je suppose, une maladie qui débute avec tous les phénomènes d'acuité, telle par exemple qu'une blennorrhagie ou une bronchite; cette maladie change d'état, mais elle occupe toujours le même siége, c'est toujours le même tissu qui est attaqué, et vous ne feriez pas dériver cet état chronique de cet état aigu? Maintenant je ne veux pas dire par là que toute maladie aiguë peut devenir chronique. Pour passer à l'état chronique, il faut certaines conditions inhérentes à l'individu, telles que l'anémie, l'herpétisme, la goutte; cela devient alors une complication. Mais cet état que prend la blennorrhagie, par exemple, quand elle demeure et qu'elle résiste, est pour moi un état chronique.

M. Chauffard. Avant tout il faudrait qu'on s'entendît sur le sens du mot *maladie chronique*; il est évident que ce mot ne signifie pas seulement maladie durable.

Une suppuration interminable, par exemple, est bien un mal durable, mais ce n'est pas une maladie chronique; il n'y a, dans le fait de suppuration, rien qui donne la notion de maladie chronique. Pour la blennorrhagie, c'est différent; il est certain que la blennorrhagie peut constituer une maladie chronique; bien qu'il y ait des blennorrhagies qui peuvent passer à l'état durable, sans devenir chroniques. Il y a là une distinction à faire entre ces deux faits.

M. Briquet. Il y a des cas où l'individu n'est pour rien dans la marche que suit la maladie : je prends, par exemple, un simple rhume, je suppose que la personne qui en est atteinte ne se soigne pas; voilà une maladie qui, au lieu de durer huit jours au plus, va en durer plusieurs semaines, plusieurs mois même. Ce sont là des causes qui ne dépendent en rien de la constitution de l'individu. Il en sera de même pour une gastrite ou un ulcère de l'estomac, une entérite, etc., etc. Toutes ces maladies peuvent tourner à l'état chronique, sans que l'organisation de l'individu y soit pour rien.

M. Pidoux. Je maintiens qu'une maladie chronique est chronique le jour de son début, et qu'une maladie aiguë ne devient jamais chronique; je le répète, ce que vous prenez pour des maladies chroniques n'est autre, pour moi, que des reliquats de maladies aiguës. Il faudrait du temps pour développer cette proposition. Je le ferai plus tard si l'Académie le désire.

La séance est levée à cinq heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur les accidents produits par les piqûres anatomiques, par le Dr Henri Pernot. In-8° de 105 pages. Prix : 2 francs. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Nos Médecins contemporains, par Paul Labarthe (orné de 24 portraits photographiés et de 8 autographes). 1 vol. in-12. Prix : 3 fr. 50 c. — Paris, 1868. Chez Lebigre-Duquesne, rue Hautefeuille, 16.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 63. — SAMEDI 30 MAI 1868. 41° ANNÉE. SAMEDI 30 MAI 1868. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'état du nerf optique et de la rétine dans la folie.

La nouvelle méthode d'exploration du cerveau et de la moelle, dont M. Bouchut a fait connaître les principes et les lois en 1862, se généralise de plus en plus, et, à l'étranger comme en France, l'ophthalmoscope est devenu, pour les médecins au courant du progrès de la science, un *cérébroscope*, pour employer l'expression de notre confrère. Il n'est guère possible aujourd'hui de se passer de faire l'examen à l'ophthalmoscope des malades qui ont une lésion cérébro-spinale, car les altérations qui existent presque toujours dans ces cas, sur la rétine, dans la choroïde et dans le nerf optique, rapprochées des autres symptômes de la maladie, donnent au diagnostic une précision et une netteté plus grandes.

M. Bouchut, qui ne néglige aucune des informations qui peuvent contribuer à éclairer de plus en plus ce point de séméiologie et de diagnostic, nous transmet la note suivante qui mettra nos lecteurs au courant des progrès et des résultats les plus récents de ce mode précieux d'exploration.

« Dans mes premiers essais et dans mon *Traité d'ophthamoscopie appliquée au diagnostic des maladies du système nerveux*, je me suis surtout appliqué à faire connaître les lois anatomiques et physiologiques de la coïncidence des maladies de l'œil avec les lésions cérébro-spinales. Le temps s'est écoulé, et bien que les faits se soient considérablement multipliés, ces lois sont restées telles que l'expérience m'avait permis de les formuler.

Seulement, comme on aura pu le remarquer, si toutes les maladies des méninges, du cerveau et de la moelle ont été l'objet de mes recherches ophthalmoscopiques, il est quelques-unes de ces maladies qui, moins que d'autres, ont pu être étudiées par moi. Ce sont celles qu'on ne trouve en grand nombre que dans les hôpitaux spéciaux, et notamment la paralysie générale progressive et l'aliénation mentale. Pour celles-là, je n'ai pu donner que quelques indications, et j'ai été très-heureux de voir ce travail fait à l'étranger d'après mon exemple. C'est la confirmation éclatante de mes recherches, le dédommagement des attaques dont elles ont été l'objet.

Ainsi M. Cliffort Allbrett a eu la patience de vouloir étudier la question au point de vue de ce qu'on appelle *la folie*. Ses résultats sont identiques à ceux que j'ai publiés. Ainsi, j'avais dit en 1862 que *dans la paralysie générale progressive* il y avait quelquefois atrophie de la papille avec tremblement de cet organe, et voilà que, d'après l'examen de 53 malades atteints de paralysie générale, 41 furent reconnus comme ayant une atrophie de la papille, 7 avaient une lésion douteuse, et 5 seulement n'avaient rien du tout. C'est une lésion qui ne se voit que vers la fin de la première période du mal.

Sur 38 *cas de démence chronique*, il y eut 23 fois des lésions du nerf optique et de la rétine, et toujours alors il y avait une lésion organique de la substance cérébrale; mais, dans les cas de démence sans lésion organique, M. Clifford Allbrett n'a jamais rien trouvé. C'est ce que je me suis toujours efforcé de faire connaître en disant que toutes les fois qu'il y a un trouble des fonctions cérébro-spinales, si le fond de l'œil est malade, c'est que le cerveau, la moelle, ou les méninges, ou les sinus renferment une lésion organique.

Dans 43 *cas d'épilepsie*, il n'a observé que 15 fois des altérations de la papille, absolument comme moi qui, sur 220 observations, n'ai constaté que 40 cas de névro-choroïdite. Et dans ces cas, il s'agissait d'épilepsie symptômatique. En ce moment même, il y a dans mon service une enfant épileptique qui offre deux granulations tuberculeuses choroïdiennes, et il n'y a rien d'exagéré à conclure que l'épilepsie est de même nature et dépend de quelques granulations méningées.

Chez les *idiots*, la maladie datant de l'enfance, il y a souvent une atrophie de la papille, et le fait a été constaté 5 fois chez 19 malades.

Dans la *mélancolie*, il y a constamment anémie de la rétine.

Dans la *manie* enfin, il a constaté les lésions de la méningite, l'hyperémie de la papille après les accès, et pendant les accès une anémie produite par la contraction des vaisseaux.

Ici, je dois le dire, je ne saisis pas trop ce que M. C. Allbrett a voulu dire, car, en déclarant que la manie offre les altérations oculaires de la méningite, pour ajouter ces mots : « Anémie par contraction des vaisseaux dans l'accès et hyperémie après l'accès », cela ne me représente pas ce que j'ai observé. Il faut donc faire quelques réserves à cet égard. Je ferai aussi une autre remarque relative à l'embarras qu'on doit éprouver pour bien voir à l'ophthalmoscope l'œil d'un maniaque au milieu d'un accès d'agitation et de fureur. L'ophthalmoscopie pratiquée dans ces conditions doit être bien difficile.

Quoi qu'il en soit, ces recherches ajoutées aux miennes, les complétant et les confirmant sous certains rapports, doivent être prises en sérieuse considération et montrer aux praticiens tout le parti que l'on peut tirer de l'ophthalmoscopie dans le diagnostic des maladies cérébro-spinales et nerveuses.

Voir dans l'œil ce qui se passe dans le cerveau, telle est la prétention de la nouvelle séméiotique de l'encéphale, et elle est aujourd'hui justifiée par l'innombrable quantité de faits venus de tous les points de l'horizon à l'appui de ceux que j'ai publiés il y a six ans. «

Sur la médication phosphorée.

Nous avons déjà appelé plusieurs fois l'attention de nos lecteurs sur la médication phosphorée qui tend de plus en plus à s'accréditer dans la thérapeutique. Nous avons exposé notamment les essais cliniques récents que M. le docteur G. Dujardin-Beaumetz a faits dans le traitement de l'ataxie locomotrice. Poursuivant ses études sur ce sujet, M. le docteur Dujardin-Beaumetz nous transmet la note suivante que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

« En présence des expériences thérapeutiques qui sont faites de toutes parts sur l'emploi du phosphore, il nous a semblé qu'il serait peut-être utile de faire connaître les préparations qui nous ont donné jusqu'ici les meilleurs résultats.

Il est bien entendu que nous réservons la question des phosphures qui devront très-probablement occuper par la suite la première place dans la médication phosphorée, nos expériences n'étant pas encore assez avancées pour fournir à cet égard des données précises et certaines. Il s'agit en effet de savoir si, comme le veut M. Vigier, le phosphure de zinc doit être employé à l'exclusion des autres phosphures métalliques. Nous avons fait et nous faisons en ce moment de nombreuses recherches qui nous permettront d'obtenir prochainement un résultat positif.

Ce sont des solutions de phosphore que nous avons employées : ce corps est, comme l'on sait, soluble dans le sulfure de carbone, l'éther, le chloroforme et l'huile. Nous avons repoussé le premier de ces dissolvants, malgré la rapide dissolution du phosphore dans le sulfure de carbone. Nous croyons en effet que l'introduction de cette substance dans l'économie n'est pas sans danger, et que les effets qu'elle y détermine combattent dans une certaine mesure ceux que l'on recherche dans l'action du phosphore. Restaient les solutions de phosphore dans l'éther, le chloroforme et l'huile. Nous ne parlons pas de l'alcool dans lequel le phosphore est à peine dissout. Toutes ces solutions ont été placées dans des capsules gélatineuses, capsules plus ou moins volumineuses selon le pouvoir dissolvant du véhicule, mais contenant toutes la même dose de principe actif, 1 milligramme de phosphore.

Ce mode d'administration du phosphore offre de grands avantages; il est très-bien accepté par les malades, il empêche la rapide oxygénation du phosphore, il permet enfin de doser très-facilement la quantité du médicament qu'on administre. Ce sont donc ces capsules que nous avons employées comparativement chez les malades qui sont soumis à la médication phosphorée. Les capsules d'éther phosphoré ne nous ont pas fourni des résultats bien avantageux : la solubilité du phosphore dans l'éther est peu considérable, il faut de plus, pour qu'elle s'opère, un temps assez long; aussi les capsules, pour contenir 1 milligramme de phosphore, doivent-elles renfermer une certaine quantité d'éther, 40 à 60 centigrammes au moins, et si l'on vient à élever la dose des capsules, cet éther produit alors des troubles gastriques et des phénomènes qui nous ont fait abandonner promptement cette préparation.

Le chloroforme phosphoré est la préparation dont nous nous sommes servi au début même de nos recherches, c'est elle qui a été employé dans le traitement des premiers cas d'ataxie locomotrice progressive par le phosphore. Le chloroforme, en effet, dissout avec une grande facilité le phosphore, et sans élever la température, on obtient rapidement la solution de 1 gramme de phosphore dans 100 grammes de chloroforme.

Des capsules d'un petit volume, contenant 10 centigrammes de la solution précédente et par conséquent 1 milligramme de phosphore, ont été administrées à nos malades et nous ont donné d'assez bons résultats. Mais cependant, lorsque nous avons dû prolonger la médication, nous avons vu survenir de la chaleur à la région stomacale, se montrer l'inappétence et les vomissements, phénomènes qu'au début de nos expériences nous attribuions au phosphore, mais que nous croyons aujourd'hui dus en grande partie à l'action irritante du chloroforme sur la muqueuse gastrique. A cet égard, notre conviction est devenue plus ferme encore lorsque nous avons essayé comparativement l'huile phosphorée. Les capsules d'huile phosphorée sont jusqu'ici la préparation qui nous paraît réunir le plus d'avantages. Nous avons vu, en effet, des malades prendre jusqu'à 12, 13 de ces capsules par jour, et même davantage, sans éprouver aucun trouble du côté des voies digestives, ce que nous n'avions jamais observé avec les autres préparations.

Cette huile phosphorée ainsi dosée présentait cependant un inconvénient, c'est qu'au bout d'un certain temps on voyait quelquefois, dans les capsules, se produire un dépôt de phosphore insoluble, et cela malgré la coloration brune ou verdâtre que nous avons donnée aux parois de ces dernières. M. Méhu, après un récent travail publié dans les Archives, paraît avoir obvié à cet inconvénient : il obtient en effet, en ayant soin de chauffer l'huile au delà de 175 degrés, un corps qui non-seulement a un pouvoir dissolvant beaucoup plus considérable, mais encore qui fournit avec le phosphore une combinaison qui ne s'altère pas même aux rayons lumineux. Ce perfectionnement dans la préparation de l'huile phosphorée constitue, nous le croyons, un grand progrès et vient augmenter encore les avantages de l'huile phosphorée dans la médication phosphorée. »

Lithotritie uréthrale.

Dans notre numéro du 30 avril dernier, nous avons fait connaître le nouveau brise-pierre uréthral très-ingénieux que M. le docteur Reliquet a présenté à l'Académie de médecine. A l'occasion de cette présentation, M. le docteur A. Amussat a bien voulu nous rappeler une opération de lithotritie uréthrale qu'il a pratiquée il y a quelques années, et dont la relation nous a paru de nature à offrir quelque intérêt à nos lecteurs. Nous en reproduisons ici les principaux détails, ainsi que les réflexions pratiques qu'elle a inspirées à son auteur.

Un enfant de 10 ans, ayant un calcul engagé dans l'urèthre au niveau du bulbe, depuis huit heures environ, fut amené auprès de M. Amussat par M. le docteur Belloli. On sentait facilement, au travers du périnée, le corps étranger qui avait le volume et la forme d'un noyau de cerise. Il y avait rétention d'urine depuis le moment où le corps étranger était dans le canal. Le méat urinaire de cet enfant étant assez étroit, M. Amussat essaya d'abord de faire rentrer le calcul dans la vessie, en le repoussant avec une sonde courbe d'enfant en argent, par laquelle on injectait de l'eau tiède. Mais le calcul était si bien fixé par les parois du canal, dans le point qu'il occupait, que ces tentatives n'eurent aucun résultat. Il essaya alors de l'amener dans la partie antérieure du canal avec une petite pince de Hunter, mais il fut impossible de le saisir. L'enfant étant déjà fatigué, on cessa pour le moment toute tentative. Le soir, rien n'étant changé dans la position du calcul, M. Amussat essaya alors le procédé suivant.

Nous laissons M. Amussat le décrire lui-même, d'après la relation insérée dans le *Bulletin général de thérapeutique* de 1855.

« L'enfant couché sur le dos, les cuisses fléchies sur le bassin, j'introduisis dans le canal la canule de la pince de Hunter qui m'avait servi dans la journée, et dans cette canule, je fis passer une tige d'acier terminée par une pointe de foret. Je priai alors M. le docteur Belloli de vouloir bien, avec une main, maintenir le calcul dans une position fixe, tandis qu'avec l'autre il tirait sur la verge, de manière à éviter qu'un pli de muqueuse ne vînt s'interposer entre ma canule et la pierre, et m'exposer à dilacéler le canal avec la pointe du foret. Maintenant avec ma main gauche la canule appliquée sur le calcul, j'imprimai avec la droite un mouvement de rotation au foret, dont la pointe agissait sur le corps étranger. Je recommençai cette manœuvre délicate cinq fois, et, chaque fois, le jeune malade put rendre de l'urine qui entraînait une certaine quantité de parcelles noi-

râtres et dures appartenant au calcul. A la dernière tentative, j'éprouvai la sensation d'*une plus grande résistance vaincue;* alors je substituai au premier instrument une petite curette ordinaire, et, dans l'effort que je fis pour l'engager derrière le corps étranger, celui-ci se brisa en trois fragments. Je retirai l'instrument, et le malade urina assez abondamment. »

Le jour suivant, l'enfant avait continué à uriner et avait rendu deux fragments de calcul noirâtres et en forme de coque.

Quelques jours après, les parents l'avaient fait transporter à l'hôpital de Charenton, où le fragment de calcul fut extrait très-facilement avec une petite curette ordinaire.

Repousser le calcul dans la vessie et le broyer ensuite, telle avait été la première pensée de M. Amussat lorsqu'il eût examiné l'enfant. Ce procédé, ayant été très-souvent employé avec succès par son père en pareille circonstance, lui avait paru le plus simple et le plus inoffensif. Il aurait réussi peut-être en se servant d'une sonde plus volumineuse, mais cela eût nécessité le débridement du méat urinaire. La lithotritie uréthrale fut écartée comme offrant trop de dangers, et l'on a vu que la pince de Hunter ne put lui servir à atteindre le but qu'il se proposait. En résumé, M. Amussat pense que le moyen qu'il a mis en usage a réussi, surtout parce que le calcul était composé d'une coque dure, renfermant à l'intérieur une espèce de tissu calcaire spongieux, peu résistant. On ne peut donc considérer avec lui ce moyen que comme exceptionnel, jusqu'à ce que d'autres faits viennent établir sa valeur réelle.

RÉFLEXIONS SUR DEUX CAS DE MORT

A la suite d'injection de liqueur de Villate (1).

Par le Dr NOTTA, *chirurgien de l'hôpital de Lisieux.*

Deux cas de mort à la suite d'injection de liqueur de Villate, par M. Heine (*Extraits de Wirchow archiv.*, 18 novembre 1867), ont été publiés dans la *Gazette hebdomadaire*, numéro du 14 février dernier. Ces deux cas, d'après M. Heine, ajoutés à celui que M. Legouest a signalé à la Société de chirurgie en 1866, portent à trois le nombre des morts attribuées à l'usage de ce médicament. Ces faits seraient de nature à jeter une certaine défaveur sur cette médication, s'ils étaient accompagnés de détails précis, indiquant qu'aucune des règles que j'ai posées pour l'emploi de ces injections n'a été omise. Fort heureusement il n'en est rien, et, ainsi que j'espère le démontrer, les observations publiées dans la *Gazette hebdomadaire* ne prouvent pas que la liqueur de Villate soit responsable de ces funestes résultats.

De ces trois faits, j'en écarterai deux qui, en définitive, n'en sont qu'un seul, car celui de M. Legouest, qui n'avait pas été observé par cet éminent chirurgien, n'est autre que celui de M. Hergott, dont il avait eu connaissance indirectement lorsqu'il le signala à la Société de chirurgie.

Dans ce fait de M. Hergott, observé en 1863, et cité dans le travail de M. Heine, il s'agissait d'un petit garçon de 10 ans, atteint de fistules dans la région trochantérienne. On fit une injection d'une très-petite quantité de liqueur de Villate. Douleur très-vive. Un vomissement, refroidissement et mort le soir même de l'injection.

L'analyse du sang et du foie et l'autopsie ne donnèrent que des résultats négatifs. Est-ce à cause de ces résultats négatifs que l'on attribue la mort du malade à la liqueur de Villate? Qu'entend-on, d'ailleurs, par les résultats négatifs de l'autopsie? Mais si je posais toutes les questions que suggère un fait présenté de cette façon, que prouverais-je, sinon que cette observation manque de tous les éléments nécessaires pour avoir quelque valeur, à moins que le *post hoc, propter hoc,* ne deviennent une preuve scientifique. Aussi ne m'y arrêterai-je pas plus longtemps et aborderai-je immédiatement le seul fait important, qui est celui observé par M. Heine.

Dans cette observation (2), « Il s'agissait d'une jeune fille de 12 ans, chez laquelle, à la suite d'une résection des os du tarse, existaient des trajets fistuleux fongueux qui n'avaient aucune tendance à la guérison. On pratiqua une injection de liqueur de Villate, la moitié d'une petite seringue à injection environ fut injectée *sous une pression assez forte.* La malade accusa aussitôt une vive douleur, et, *pendant l'injection, une assez grande quantité de sang s'écoula de la plaie.* Quelques minutes plus tard, la malade était d'une pâleur cadavérique, plombée : un frisson violent avec claquement de dents, le refroidissement des extrémités s'étaient brusquement établis; le pouls était petit, accéléré; la plaie avait une teinte brunâtre; la température qui, le matin, était de 38 degrés, s'abaissa peu à peu, vers le soir, jusqu'à 34°,2. Le pouls s'affaiblit, et le soir, il était à 140 pulsations. Le frisson, qui dura plusieurs heures, fut suivi, dans la nuit, d'une période de chaleur, puis de sueurs; peu à peu la malade devint somnolente, elle eut une évacuation diarrhéique, elle s'affaiblit de plus en plus et mourut à minuit, le jour même de l'injection.

« A l'autopsie nous noterons, parmi les particularités, la couleur rouge cerise ou carminée du sang, l'œdème des poumons et l'hyperémie bronchique; enfin, dans une préparation du sang fluide contenu dans le ventricule droit, on trouva, au microscope, un cristal rhomboédrique de sulfate de cuivre. »

M. Heine n'hésite pas à rapporter la mort, dans ce cas, à une intoxication brusque par l'entrée de la liqueur de Villate dans les vaisseaux. Nous partageons son opinion. Il est évident qu'une veine a été ouverte, et que l'injection de liqueur de Villate pure a pénétré dans le torrent de la circulation; le cristal de sulfate de cuivre trouvé sur le champ du microscope dans une préparation de sang fluide contenu dans le ventricule droit, et les autres détails de l'observation, paraissent ne laisser aucun doute à cet égard. Mais je le demande, de bonne foi, peut-on attribuer, dans ce cas particulier, la mort de la malade à l'action toxique de la liqueur de Villate? Que l'on eut injecté dans la veine de la teinture d'iode ou une solution de nitrate d'argent, on eut obtenu le même résultat et personne n'en eût été surpris. Eh bien! la liqueur de Villate, comme l'iode, comme le nitrate d'argent, doit être injectée dans les trajets fistuleux et non dans les veines, et alors elle n'est pas toxique. Ce n'est donc pas elle qu'il faut rendre responsable de la mort de la malade, mais bien la manière dont on l'a employée. Et ici, qu'il me soit permis de dire à ce propos, malgré les nombreux *desiderata* que l'on trouve à chaque pas dans cette observation, que la plupart des règles que nous avons tracées pour l'emploi de ce médicament n'ont point été observées.

D'abord, on ne nous dit pas combien il y avait de temps que la résection des os du tarse avait été faite, lorsque l'injection fut pratiquée. Or, nous avons recommandé de n'employer la liqueur de Villate que dans les affections anciennes, et même plus la maladie est chronique, plus les résultats obtenus sont remarquables. Dans les affections d'origine récente, elle peut présenter des inconvénients, mais jamais elle n'a occasionné la mort.

Avait-on, ainsi que je l'ai conseillé, dilaté les trajets fistuleux pour prévenir la rétention de la liqueur de Villate? Avait-on essayé préalablement des injections de teinture d'iode ou de vin aromatique pour s'assurer de quelle manière elles se comportaient et pour se rendre compte de la quantité de liquide qui pouvait rester dans les clapiers? Enfin, a-t-on commencé par tâter la susceptibilité de la malade en faisant une injection de cette liqueur, étendue d'eau? Rien de tout cela n'a été fait, ou du moins on ne le mentionne pas dans l'observation.

Si j'insiste sur ces questions de détail, c'est plutôt pour montrer le peu de valeur de cette observation que pour expliquer la mort, qui l'est suffisamment par l'injection de la liqueur dans une veine.

Maintenant, M. Heine ne nous dit rien de la composition de la liqueur dont il s'est servi; cela a pourtant son importance. Cependant, par la lecture des réflexions qui suivent son observation, je serais porté à croire que la liqueur qu'il a employée n'est point exactement celle que nous avons préconisée. Ainsi, il parle de *précipité brunâtre.* La liqueur de Villate, faite suivant la formule de Villate (1), donne un précipité blanc de sulfate de plomb, précipité blanc qui prend une teinte sale à cause de la coloration vert-foncée du liquide dans lequel il est en suspension, mais qui n'est aucunement brunâtre, comme le dit M. Heine.

M. Heine a trouvé au microscope, dans une préparation de sang fluide pris dans le ventricule droit, un cristal rhomboédrique de sulfate de cuivre. Je ne le conteste pas; mais alors, quelle était la proportion de sulfate de cuivre dans sa liqueur? Celle dont nous avons donné la formule contient 0,065 milligr. de sulfate de cuivre par gramme, en supposant que l'acétate de plomb soit sans action sur ce sel. Mais l'acétate de plomb, décomposant au moins un tiers du sel de cuivre, il en résulte qu'un gramme de liqueur de Villate contient au plus 0,04 centig. de sulfate de cuivre. En admettant, dans le fait de M. Heine, que l'on ait injecté dans les veines 5 grammes de liqueur de Villate, ce qui est le poids du liquide contenu dans la moitié d'une petite seringue à injection, il n'aurait pénétré dans le système circulatoire que 0,20 centig. de sulfate de cuivre dissous. Or, peut-on admettre que ces 0,20 centig. de sel de cuivre dissous et mêlés à la masse totale du sang de sa malade pendant douze heures, saturent ce liquide à un point tel qu'il dépose un cristal microscopique, il est vrai, mais enfin reconnaissable? Il me semble qu'une pareille hypothèse est inadmissible, et que l'on se trouve forcé d'en conclure ou que M. Heine a injecté une liqueur de Villate autrement saturée de sulfate de cuivre que la nôtre, ou qu'il a pris pour un cristal de ce sel ce qui n'en était pas.

Plus loin, M. Heine parle d'acide acétique, et il attribue la mort à l'action de cet acide. Mais, et j'ai beaucoup insisté sur ce point (*Réponse à quelques objections à l'emploi de la liqueur de Villate, etc.,* l'*Union médicale,* 22 et 24 novembre 1866), ce n'est pas de l'acide acétique qui doit entrer dans la composition de la liqueur de Villate, mais du vinaigre de vin. Le vinaigre de vin blanc est bien de l'acide acétique, mais beaucoup moins corrosif que l'acide acétique des pharmaciens, et il y a, au point de vue physiologique, une différence capitale entre la liqueur de Villate préparée avec l'un ou l'autre de ces acides. Celle préparée avec l'acide acétique cause des douleurs tellement insupportables chez l'homme, qu'elle peut causer des accidents, et que j'ai dû y renoncer. Le vinaigre de vin blanc est beaucoup mieux toléré par les malades.

Par tous ces motifs que nous venons d'énumérer, nous sommes autorisé à nous demander quelle était la composition de la liqueur employée par M. Heine.

Nous avons, comme M. Heine, cherché à nous rendre compte du degré de danger que pouvait présenter la liqueur de Villate lorsqu'elle pénétrait dans l'économie soit par absorption, à la suite d'une injection sous-cutanée, soit brusquement dans le système circulatoire à la suite d'une injection dans une veine; et prenant pour base l'observation de M. Heine, nous avons pensé que si le liquide contenu dans la moitié d'une petite seringue à injection, dont le poids est de 5 grammes, avait pu déterminer la mort chez un enfant de 12 ans, dont nous estimerons le poids approximativement à 25 kilogrammes, dix à douze gouttes, ou 0,50 centigr., devraient empoisonner un lapin pesant 2 kilog. 1/2.

Expérience I. — Le 11 avril (2), nous avons pris deux lapins pesant chacun 5 livres, et nous avons injecté, sous la peau du dos de ces deux animaux, avec la seringue de Pravaz, 10 gouttes de liqueur de Villate pure. Chez l'un, nous avons injecté la liqueur verte faite avec le vinaigre; chez l'autre, la liqueur bleue faite avec l'acide acétique. Ce dernier a paru plus incommodé que le premier. Pendant deux heures, ces animaux n'ont pas mangé. L'extrémité du nez se contractait; les flancs battaient avec précipitation, puis, peu à peu, ces accidents se sont calmés, et, le lendemain, ils paraissaient très-bien portants.

Expérience II. — Le 14 avril, sur les deux mêmes lapins, je mets à nu la veine crurale et j'injecte doucement, avec la seringue de Pravaz, dans cette veine, 20 gouttes de liqueur verte à l'un et 10 gouttes de liqueur bleue à l'autre.

Après l'opération, ils paraissent éprouver quelques instants d'anxiété. Battements précipités des flancs, particulièrement chez celui chez lequel j'avais injecté la liqueur bleue. Deux heures après, ils mangent et ne paraissent plus incommodés.

Expérience III. — Sur un des deux lapins qui ont servi aux expériences précédentes, le 17 avril, j'injecte sous la peau du dos 20 gouttes de liqueur verte. Mêmes phénomènes que précédemment. Les jours suivants, il est bien portant.

Expérience IV. — Le 20 avril, sur chacun de mes deux mêmes lapins, j'injecte sous la peau 40 gouttes de liqueur de Villate. Pour cela, je pratique une piqûre sur chaque flanc, et par chaque piqûre, j'injecte 20 gouttes. A l'un de ces animaux, j'injecte de la liqueur bleue; à l'autre, de la liqueur verte. Ils ne sont pas plus incommodés que dans les expériences précédentes. Au bout de deux heures, ils mangent la nourriture qu'on leur apporte, et le lendemain et les jours suivants, ils paraissent bien portants.

Expérience V. — Le 17 avril, à deux heures de l'après-midi, sur un chien d'assez forte taille pesant 15 livres, nous mettons à nu la veine crurale droite, et nous injectons avec les plus grandes précautions, sans qu'une seule bulle d'air pénètre dans la veine, 1 gramme de liqueur de Villate verte.

La plaie est réunie par une suture; l'animal est inquiet, souffrant, ses flancs battent avec violence; la respiration est profonde. Cet état dure une heure environ, puis peu à peu il se remet, et le soir, à sept heures, il mange de la viande, et la nuit, il mange une soupe au lait qu'on a placée auprès de lui. Les jours suivants, il paraît ne pas se ressentir de cette injection.

Expérience VI. — Le 20 avril, sur le même chien, nous mettons à nu la veine humérale, et nous y injectons 6 grammes de liqueur de Villate verte. Immédiatement la respiration devient profonde, précipitée. Il y a du hoquet, deux vomissements; il rend ses urines, puis des matières fécales, et il meurt sans convulsions tétaniques, un quart d'heure après l'injection.

Le lendemain matin, nous pratiquons l'autopsie : raideur cadavérique prononcée; les poumons ne sont point œdématiés. A la coupe, il ne s'écoule pas de liquide séro-sanguinolent. Ils sont souples, crépitants et manifestement emphysémateux dans toute leur étendue. A peine présentent-ils quelques traces de congestion à leur partie inférieure. Le cœur et les gros vaisseaux renferment un sang noir, non coagulé, ayant la consistance d'un sirop épais, mais ne présentant nullement la coloration de laque carminée signalée par M. Heine. Le ventricule droit est médiocrement distendu par ce sang. Quant au gauche, il est contracté et n'en contient qu'une très-petite quantité.

Des expériences qui précèdent, il résulte que la liqueur de Villate injectée sous la peau des lapins ne détermine aucun accident à des doses même fort élevées en égard au volume de l'animal. Ainsi, ils ont pu supporter 40 gouttes ou 2 grammes de cette liqueur sans être incommodés, alors que déjà ils avaient servi, les jours précédents, à de nombreuses expériences du même genre qui auraient dû affaiblir notablement leur résistance vitale, si la liqueur de Villate était aussi toxique que le feraient supposer les expériences de M. Heine.

L'injection de liqueur de Villate à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme dans les veines des lapins et d'un chien n'a point amené de troubles durables dans la santé de ces animaux.

Ces expériences nous démontrent l'extrême tolérance avec laquelle l'économie paraît supporter cette injection. Il est vrai qu'une dose de 6 grammes a déterminé la mort du chien, mais quel est le médicament même le plus innocent qui, injecté dans une veine humérale à cette dose, ne déterminerait pas la mort?

Nous pouvons donc conclure que, contrairement aux expériences et aux assertions de M. Heine, la liqueur de Villate peut, sans inconvénient, être injectée en petite quantité, dans le sang, chez les animaux.

En résumé, je crois avoir établi que la mort, dans le fait de M. Heine, est due à l'injection de la liqueur de Villate dans les *veines de sa malade;* que son observation est, du reste, fort incomplète et que, d'après ses propres expressions, il a dû employer une injection dont la composition diffère de celle que nous préconisons; d'où il suit que, jusqu'à présent, aucun fait ne prouve que la liqueur de Villate employée *d'après les règles que nous avons indiquées,* ait déterminé la mort.

Si un cas malheureux se présentait, nous demandons qu'il soit publié dans tous ses détails, afin que chacun puisse juger si la faute en est au médicament ou à la manière dont il a été employé, et si j'insiste sur ce point, c'est que j'ai, par devers moi, des faits que je me propose de publier plus tard, dans lesquels j'aurais dû perdre mes malades, si la liqueur de Villate était aussi toxique que l'on veut bien le dire : c'est qu'il est vraiment étonnant que la liqueur de Villate ait été employée pendant des années, dans le service de M. Velpeau, pour le traitement des fistules rebelles succédant aux abcès du sein, et qu'elle soit journellement mise en usage par M. Nélaton dans les affections les plus diverses, sans que ces habiles chirurgiens aient eu aucun accident à déplorer. Aussi suis-je heureux de pouvoir m'appuyer sur l'exemple et l'autorité de ces illustres maîtres pour mettre en garde sur les cas de mort publiés jusqu'à ce jour, et pour appeler sur eux une enquête sévère et détaillée qui permette de se prononcer sur leur valeur.

OVARIOTOMIE

Obs. XLI. — Ovariotomie pratiquée le 26 février 1867. Guérison.

Par E. KŒBERLÉ.

Mademoiselle P..., de Grenoble, âgée de 38 ans, très-nerveuse, amaigrie, affectée depuis quinze ans d'une manière presque continue de dyspepsie, de gastralgie, de constipation, s'était aperçue, depuis plusieurs années, du volume anormal de son ventre. Le col utérin était fortement dévié à droite; il existait un kyste de l'ovaire qui a été ponctionné deux fois à six mois d'intervalle. Le liquide qui s'en écoulait était limpide comme de l'eau. Après chaque ponction, les troubles digestifs disparaissaient pendant quelque temps. Par suite, la malade désirait vivement être débarrassée de sa tumeur ovarique, qui

---

(1) Société de chirurgie : séance du 6 mai 1868.

(2) Je cite textuellement.

(1) Voici cette formule :

Sous-acétate de plomb liquide......	30 gr.
Sulfate de cuivre crist..............	aa 15 gr.
Sulfate de zinc crist................	
Vinaigre de vin blanc..............	200 gr.

(2) M. Corbière, vétérinaire très-distingué, m'a prêté son concours pour ces diverses expériences.

n'a jamais offert d'ailleurs un gros volume, puisqu'elle ne renfermait que 5 litres de liquide à chaque ponction. Il n'y avait pas d'adhérences abdominales. On a appliqué, du côté droit, de la pâte de Vienne pour ouvrir la tumeur au dehors, mais la cautérisation n'a pas été assez profonde pour atteindre le kyste.

L'ovariotomie a été pratiquée le 26 février 1867. MM. Herrgott, Chambé, Fabbri, Kien, Mégrat assistaient à l'opération.

Une incision de 8 centimètres livra facilement passage au kyste, qui était sans adhérence, après qu'il eut été vidé à l'aide du trocart. Le kyste dépendait de l'ovaire gauche. Il contenait trois litres de liquide incolore très-fluide. Quelques kystes secondaires, d'un faible développement, étaient épars dans les parois de la loge principale. L'ovaire droit était sain : ligature du kyste avec un fil de fer; réunion par deux points de suture profonde et cinq points de suture entortillée. Hémorrhagie insignifiante.

Après l'opération, qui a duré à peine une demi-heure, l'opérée s'est plaint de douleurs très-vives résultant de crampes utérines. La ligature du pédicule subissait une traction assez prononcée; les crampes se sont calmées, au bout de quatre à cinq heures, sous l'influence de 3 centigrammes d'acétate de morphine. Une sonde, introduite jusqu'au fond du cul-de-sac recto-vaginal sept heures après l'opération, n'a fourni que 3 grammes de liquide séreux. Sommeil tranquille pendant la nuit; pas d'accident consécutif les jours suivants. Le pouls n'a pas dépassé 90 pulsations. Dès le troisième jour, l'état de l'opérée a été très-satisfaisant; la guérison a été complète le vingt-troisième jour.

Remarques. — A la suite de chaque ponction, pendant quelques semaines, et depuis l'extirpation du kyste de l'ovaire, les digestions qui étaient toujours très-embarrassées, malgré le faible volume de la tumeur, se sont parfaitement rétablies. Les troubles digestifs ont complétement disparu depuis l'ovariotomie. Je ne voulais pas d'abord faire cette opération, parce que je redoutais les complications qui paraissaient inévitables par suite de la dyspepsie. Ce n'est qu'après avoir préalablement ponctionné moi-même la malade et m'être assuré de la cessation complète des troubles digestifs après la ponction, que je me suis décidé à pratiquer l'extirpation du kyste.

Obs. XLII. — Ovariotomie pratiquée le 5 mars 1867. — Guérison.

Mademoiselle de M..., de Kazan (Russie orientale), âgée de trente ans, très-nerveuse, s'est aperçu, au mois de mai 1866, de la présence au côté gauche, dans le bas-ventre, d'une tumeur qui, depuis, a pris un accroissement rapide. La santé, jusqu'alors, avait été excellente; mais dès lors il est survenu, du côté droit, des douleurs très-vives, irradiant dans la jambe et dans les reins, qui obligeaient la malade à rester étendue. Ces douleurs se reproduisaient très-souvent, tantôt par accès durant quelques heures, tantôt elles se prolongeaient d'une manière continue pendant plusieurs jours. Le côté gauche du ventre était beaucoup plus saillant que le côté droit. La tumeur avait environ 25 centimètres de diamètre et remontait à 8 centimètres au-dessus de l'ombilic. Elle était libre d'adhérences, irrégulièrement arrondie et de consistance variable; elle présentait à gauche une fluctuation douteuse. On n'y percevait pas de battements, ni de bruit de souffle. L'embonpoint était médiocre; la malade avait beaucoup maigri. L'état général était excellent. La menstruation était régulière. La tumeur paraissait dépendre de l'ovaire gauche et être formée par un kyste multiloculaire. Cependant les caractères d'un kyste de l'ovaire n'étaient pas tout à fait tranchés. Comme l'exploration vaginale et le cathétérisme utérin étaient impraticables, il y avait doute sur la nature de la tumeurq ui pouvait bien être formée par des fibroïdes interstitiels de la matrice; mais néanmoins la marche de l'affection, l'état général, le facies, les accidents observés, tendaient à faire admettre de préférence l'existence d'un kyste. Quoiqu'il en fût, dans l'une et l'autre alternative, l'accroissement rapide de la tumeur, les douleurs incessantes dont elle était le siége, le désir formel de la malade d'en être débarrassée malgré les dangers d'une opération, réclamaient l'extirpation.

L'opération eut lieu le 5 mars 1867, en présence de MM. Herrgott, Fabbri (de Bologne) et Kien. Une incision de 16 centimètres mit la tumeur à découvert : elle était libre d'adhérences et dépendait de l'ovaire droit. Plusieurs de ses loges, dont le contenu était variable, furent ponctionnées et vidées. La tumeur, encore assez volumineuse, fut extraite non sans quelque difficulté, parce que je voulais éviter, autant que possible, d'agrandir l'incision au delà de l'ombilic. Elle pesait environ 4 kilogrammes. Le pédicule était très-long. Les vaisseaux étaient très-fortement contournés; la tumeur ovarique avait subi une rotation de plus d'une circonférence et demie, et les vaisseaux lymphatiques du pédicule, lesquels proviennent de l'oviducte et de l'ovaire, présentaient une dilatation énorme. Les veines étaient également très-gonflées. La tumeur fut liée par un fil de fer et fut excisée. Dès que le pédicule fut détordu, les vaisseaux lymphatiques, dont plusieurs avaient la grosseur du petit doigt, s'affaissèrent et se vidèrent ensuite complètement. Les veines restèrent distendues. L'ovaire gauche était sain; il renfermait à sa partie moyenne un caillot assez volumineux, provenant de la dernière période menstruelle qui ne remontait qu'à peu de jours. L'excavation pelvienne et l'intestin grêle ayant été épongés avec soin, on fit la réunion à l'aide de quatre points de suture profonde, en fil de soie, et de six points de suture entortillée. La perte de sang a été très-faible. L'opération a duré une heure et un quart; elle a été un peu prolongée par suite de la difficulté et des soins avec lesquels la réunion a été faite, en raison du peu de laxité que présentaient les parois abdominales.

Après l'opération survinrent des crampes utérines très-vives, très-rapprochées, accompagnées de secousses nerveuses de tout le corps, de tremblements et de claquements de dents. La chloroformisation prolongée pendant plusieurs heures et de fortes doses de morphine et d'éther valériané amenèrent une diminution progressive des accidents nerveux. Il y eut aussi plusieurs vomissements chloroformés. On plaça un tube en verre à demeure le long du pédicule, dans l'angle inférieur de la plaie. Les deux premiers jours on extraya du fond du bassin, à l'aide d'une sonde, environ 70 grammes de liquide, d'abord sanguinolent, puis séreux roussâtre. Le tube fut maintenu en place pendant trois jours. Le pouls est toujours resté large, plein, et n'a pas dépassé 115 pulsations. La sécrétion urinaire est restée normale. La suture profonde a dû être maintenue jusqu'au septième jour, jusqu'à ce que les évacuations intestinales, dont le cours a été rétabli d'ailleurs dès le troisième jour, fussent devenues tout à fait régulières. Par suite de leur séjour prolongé dans plaie, les fils de la suture profonde ont produit un peu d'irritation et ont occasionné des abcès sur leur trajet. Du reste, la guérison a été très-rapide et la cicatrisation a été complète, le vingt-cinquième jour. Depuis, la santé a été parfaite.

Remarques. — Le serre-nœud au moyen duquel le pédicule a été étreint par une anse de fil de fer, a été enlevé dès le lendemain de l'opération. La ligature supplémentaire en fil de soie, que j'ai l'habitude de placer immédiatement au-dessus du fil de fer après que celui-ci est entièrement serré, permettrait à la rigueur de se débarrasser de suite, au moment de l'opération, du fil de fer et du serre-nœud. Le pédicule est retenu dans un rapport constant avec l'angle inférieur de la plaie, par une ou deux tiges d'acier qui embrochent le pédicule transversalement au-dessus de la ligature, à travers les parties qui sont modifiées. Depuis 1866, je me suis servi exclusivement d'un serre-nœud avec un fil de fer double pour faire la ligature du pédicule. Le serre-nœud n'a que 6 centimètres de longueur. Il est applicable à tous les cas et il m'a paru plus pratique et plus simple que tous les autres instruments constricteurs du pédicule qui ont été imaginés jusqu'à présent.

Les fils de la suture profonde ont dû rester plus longtemps dans la plaie que de coutume, à cause du peu de laxité des parois abdominales jusqu'à ce que la cicatrisation ait été plus solide. Ordinairement je les enlève, si c'est possible, dès le commencement du troisième jour. Les tissus ne suppurent pas alors, le plus souvent, sur leur trajet. La nature du fil est indifférente. Le fil le moins sujet à se rompre, et qui présente le plus d'avantages accessoires, est le meilleur. J'ai presque complétement renoncé au fil métallique, et je ne me sers plus guère que du fil de soie de Chine.

Avant d'enlever les fils de la suture profonde, on adapte toujours préalablement sur la paroi abdominale, de chaque côté de l'incision, une série de cordonnets de coton, effilés et étalés en éventail à l'une de leurs extrémités, que l'on colle avec du collodion pur, très-fluide. On peut ainsi, en nouant ces cordonnets deux à deux, arriver à un relâchement complet de la partie moyenne des tissus du ventre, ce qui permet d'obtenir une cicatrice linéaire parfaite sans éventration consécutive. Les cordonnets restent en place 15 à 20 jours et au delà, sans avoir besoin d'être changés et sans que la peau soit irritée. J'ai le premier appliqué, dès ma première opération d'ovariotomie, en 1862, ce mode de réunion que j'ai beaucoup perfectionné depuis. En 1862, j'ai également appliqué le premier le perchlorure de fer à la dessication du pédicule, qui devient imputrescible. J'ai l'habitude d'en badigeonner aussi les surfaces traumatiques qui ne doivent pas être réunies, afin de les rendre imperméables à l'absorption des matières putrides; car plusieurs années auparavant, étant chef des travaux anatomiques, j'avais trouvé que l'application d'un peu de perchlorure de fer était le meilleur moyen de rendre les piqûres anatomiques inoffensives, et que les plaies traitées ainsi résistaient ensuite à l'absorption des principes septiques.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 13 mai 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. Broca croit devoir donner quelques explications sur une lettre adressée au rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*, par M. le professeur Sédillot, de Strasbourg.

Cette lettre, dit-il, a été motivée par la publication de ma note sur l'*application de la suture osseuse au traitement du bec-de-lièvre compliqué.* Elle aurait sans doute été adressée à notre président, si notre éminent collègue, M. Sédillot, avait su que mon travail avait été lu à la Société. La mention de ce fait n'ayant pas été donnée (et je le regrette) par la *Gazette des Hôpitaux*, il était naturel de croire que l'article avait été communiqué directement au rédacteur. M. Sédillot, trompé par les apparences, a donc adressé au journal sa rectification, et il l'a fait, d'ailleurs, dans des termes si courtois, que je dois, avant tout, le remercier de sa bienveillance.

Si j'avais écrit un travail *ex professo* sur le point de chirurgie que j'ai traité, je me serais fait un devoir de citer l'opinion de tous les chirurgiens dont les écrits font autorité, et, parmi eux, je me serais bien gardé d'oublier M. Sédillot; mais la note que je lisais à la Société de chirurgie n'était que la suite d'une discussion commencée dans une précédente séance. A l'occasion d'un cas de bec-de-lièvre double et très-compliqué présenté par M. Demarquay, j'avais émis l'opinion qu'on pouvait tenter de conserver le tubercule incisif, et je m'étais trouvé *seul* de mon avis.

Il en eût été sans doute autrement il y a vingt-cinq ans, époque où mon maître, Blandin, venait d'instituer le procédé d'excision triangulaire de la cloison, qui permet de réduire aisément le tubercule osseux. Ce procédé fut alors accueilli avec faveur par les chirurgiens; mais lorsqu'on eut vu que le tubercule restait mobile, qu'il était inutile et gênant, on revint peu à peu à la méthode de Franco, si bien, je le répète, que l'idée d'appliquer le procédé de Blandin à la petite malade de M. Demarquay fût écartée par tous mes collègues. Lorsqu'une opinion reçoit un pareil accueil à la Société de chirurgie, on peut dire, *devant cette Société*, qu'elle est généralement abandonnée; mais je n'ai pas dit, par cela, qu'elle fût repoussée par *tous les chirurgiens*. J'ai annoncé, au contraire, dès les premières lignes de ma note, que j'allais, à l'aide d'une observation clinique, « démontrer la possibilité d'un fait nié par *la plupart des chirurgiens.* » C'est après cette phrase que j'ai ajouté : « On s'accorde *généralement* à dire aujourd'hui que le tubercule incisif doit être enlevé..... » Le mot *généralement*, faisant immédiatement suite aux mots : *la plupart des chirurgiens*, exprime évidemment la même idée. En deux autres passages, j'ai encore parlé *des chirurgiens*, mais nulle part M. Sédillot n'a pu lire dans ma note que j'aie, suivant l'expression qu'il me prête, « cité l'opinion de *tous* les chirurgiens, » et mérité par là d'être spirituellement comparé à madame de Sévigné, qui crut voir un jour « toute la France » dans la chapelle du château de Versailles.

L'éminent professeur de Strasbourg n'est donc pas fondé à croire que j'aie négligé de lire son important *Traité de médecine opératoire;* mais il a raison de vouloir bien me compter parmi les partisans de l'École de Strasbourg. Je fais tous mes efforts pour profiter des beaux travaux de cette École. Dans le cas particulier du bec-de-lièvre, toutefois, je dois, avant tout, me ranger au nombre des disciples de Blandin, dont j'ai cherché à compléter le procédé en y ajoutant l'avivement et la suture du tronc osseux, procédé que j'ai, pour ainsi dire, vu naître sous mes yeux, car j'étais attaché au service de ce professeur en 1843, époque où il l'inventa.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre titulaire.

La Commission chargée de l'examen des titres des candidats avait placé :

En première ligne, M. Marc Sée;
En deuxième ligne, M. Duplay;
En troisième ligne, M. Paulet.

Sur 26 votants. obtiennent :

M. Marc Sée, 19 voix;
M. Paulet, 5 voix;
M. Duplay, 2 voix.

NOMINATION DE COMMISSION.

Nomination d'une Commission pour l'examen des titres des candidats au titre de membre titulaire.

Cette Commission sera composée de MM. de Saint-Germain, Guyon et Tillaux.

MM. les candidats à la place de membre titulaire sont instamment priés de vouloir bien adresser une nouvelle lettre de candidature.

COMMUNICATION.

Sur la rapidité de développement de certains enchondrômes. — M. Trélat. M. Tillaux, dans une communication récente sur un cas d'enchondrôme de la mâchoire supérieure, a appelé votre attention sur la très-grande rapidité avec laquelle cette tumeur s'était développée.

Je viens d'avoir l'occasion d'observer deux faits de développement rapide de l'enchondrôme. Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune femme, dont j'ai déjà parlé ici, et chez laquelle une énorme tumeur de la partie latérale du cou mit environ dix-huit mois à atteindre son volume. Cette tumeur était un enchondrôme pur.

Ce matin même j'ai enlevé, sur une femme, une tumeur de la région parotidienne, qui s'était développée en trois ans. J'avais mis une certaine réserve dans mon diagnostic et posé la question de l'existence possible d'une simple hypertrophie.

L'opération qui, d'ailleurs, n'a présenté aucune difficulté, une fois terminée, j'ai pu voir que la tumeur présentait exactement les mêmes caractères que celle dont je viens de parler. Je parle des caractères observables à l'œil nu, car l'examen microscopique n'a pas encore été fait.

En présence de pareils faits, je pense que la question de la rapidité ou de la lenteur du développement des tumeurs cartilagineuses demande à être soumise à une révision sérieuse.

Déjà, au point de vue de l'anatomie pathologique, on a de la tendance à admettre des variétés dans le groupe des tumeurs qui renferment des éléments cartilagineux.

Je voudrais savoir si les faits tels que celui de M. Tillaux et les miens sont exceptionnels, ou bien, au contraire, s'ils sont plus communs qu'on ne l'a cru jusqu'à ce jour.

M. Desprès. Les faits analogues à ceux dont nous ont entretenu MM. Tillaux et Trélat ne sont pas rares pour les enchondrômes viscéraux. Les bulletins de la Société de chirurgie renferment des faits d'enchondrôme testiculaire à marche rapide. Dans ces cas, on a constaté les caractères qui sont attribués par Wirchow à l'enchondrôme muqueux.

On trouve aussi, dans les Bulletins de la Société anatomique et de la Société de chirurgie, des observations de tumeurs qui se sont développées, comme le fait le cancer, et qui renfermaient des éléments cartilagineux, mais pas les éléments du cartilage normal. On a, en outre, rencontré dans ces tumeurs des éléments fibro-plastiques.

Il faudrait se demander si, dans les cas de MM. Tillaux et Trélat, il n'existait pas des éléments fibro-plastiques.

M. Tillaux. Je ne crois pas à la ressemblance des tumeurs du testicule, dont a parlé M. Desprès, avec celles de M. Trélat et la mienne. Dans le cas que j'ai observé, il n'y avait pas une foule d'éléments anatomiques, mais bien du cartilage pur et rien autre chose. J'avais diagnostiqué une tumeur fibro-plastique, à cause de la rapidité du développement de la production morbide. Rien dans l'examen anatomique, fait par MM. Laboublène, Rouvier, Quingnand et moi, n'a permis de justifier ce diagnostic. Il n'y avait pas de traces d'éléments fibro-plastiques.

Ces tumeurs sont peu fréquentes, et à l'œil nu même, ne peuvent être confondues avec des tumeurs fibreuses, car leur aspect est tout à fait celui du cartilage.

M. Desprès. Je ne discute pas les faits de MM. Tillaux et Trélat; mais je dis qu'il y a une quantité très-considérable de tumeurs qui renferment, dans leur intérieur, du cartilage et autre chose que du cartilage.

Dans toutes les tumeurs classées parmi les enchondrômes, il n'y a pas exclusivement de la substance fondamentale et des cellules de cartilage. Il existe aussi du fibro-cartilage, et l'on trouve au milieu

des fibres des cellules embryonnaires de cartilage. Je crois que toutes les tumeurs qui ont été observées jusqu'à ce jour, et qui marchaient très-vite, ne renfermaient que des éléments de ce genre et non pas les éléments normaux du cartilage.

M. Chassaignac. Relativement à cette grande variabilité de durée des enchondrômes, il est bien évident qu'aujourd'hui les faits sont mieux observés qu'autrefois. Jadis, on a considéré ces tumeurs sous un autre jour; ainsi, l'on a rangé beaucoup d'enchondrômes parmi les tumeurs colloïdes. Ceci explique les différences attribuées à l'évolution de ces tumeurs.

Dans toutes ces tumeurs, il faut tenir compte de plusieurs conditions : 1° de la présence du tissu cartilagineux ; 2° de la présence de tissus secondaires propres à la région; 3° de l'état général du sujet qui peut accélérer la marche de la production morbide, la composition anatomique restant la même.

M. Giraldès. M. Trélat veut qu'on soumette à une révision complète l'histoire des enchondrômes. Pour réviser cette question, il faudrait soumettre tous les faits à un mode d'investigation identique, l'examen microscopique. Or, à ce point de vue, la plupart des faits anciens doivent être mis de côté; ainsi, toutes ces tumeurs indiquées par M. Després n'ont pas été examinées avec un soin convenable, et l'on ne peut en tenir compte.

M. Després. Les observations auxquelles j'ai fait allusion sont des faits très-sérieux, tels que ceux qui appartiennent à M. Lhonneur, à M. Dauvé, ceux rapportés dans la thèse d'un élève de l'École de Lyon, M. Conche, etc.

M. Trélat. M. Després a pris la parole deux fois, d'abord pour s'occuper de nos observations; mais les faits rapportés par M. Tillaux et par moi ne doivent pas donner lieu à discussion, car il s'agit d'enchondrôme pur.

Que certaines tumeurs mixtes marchent avec rapidité, cela est possible, mais cela n'a rien à voir avec nos faits.

En second lieu, M. Després a tracé un historique fort approximatif de la doctrine de Wirchow, en ce qui concerne les enchondrômes. Dans la description donnée par M. Després, je ne vois absolument rien qui prouve qu'il ne s'agit pas là d'enchondrôme. Ce qu'il y a d'important dans les faits que je viens de signaler, c'est qu'assurément ils sont exceptionnels et mal connus encore.

M. Chassaignac. Pour bien comprendre et interpréter la marche lente de certaines tumeurs, il faut bien avoir présente à l'esprit l'évolution de quelques inflammations chroniques, dans la composition desquelles on voit, à un certain moment, intervenir des éléments nouveaux, l'élément cancéreux, par exemple. Dans un cas de ce genre, on ne peut dire que l'on a eu affaire à une tumeur cancéreuse pure à marche lente.

Un individu; bien portant d'ailleurs, a une tumeur; puis son état général se modifie, et il devient cancéreux. Eh bien! dans ce cas, ce n'est pas sur le terrain de la composition anatomique de la tumeur qu'il faut se placer pour juger la question, mais sur celui de l'état général du sujet.

M. Forget. Sans vouloir rien enlever aux observations de M. Chassaignac, je veux seulement faire remarquer que cette question de dégénérescence des tumeurs par substitution de tissu a déjà été agitée, il y a une quinzaine d'années, devant la Société de chirurgie.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Guersant présente un jeune enfant qui n'a qu'un os à l'avant-bras, et à la main un seul doigt. Les avant-bras sont fléchis sur les bras et dirigés en arrière.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire : Dr Léon Labbé.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

117. Martin (Albert). Des corps étrangers de l'Œsophage, considérés principalement au point de vue de leur traitement.

118. Blumenthal (Henri). Étude sur les Hémothorax non traumatiques qui peuvent nécessiter l'opération de la Thoracentèse.

119. Roulet (Louis). De l'Asthénopie.

120. Moreau (Urbain). Hydronéphrose.

121. Barrier (Saint-Ange). Le Tubercule et la Phthisie, étude historique et analytique.

122. Guerlou (Rodolphe). Tumeurs synoviales tendineuses du poignet.

123. Layton (Thomas). Études cliniques sur l'influence des causes qui altèrent le poids corporel de l'homme adulte malade.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 16 mai 1868, M. le docteur de Martin père a été nommé président de la Société de secours mutuels des médecins à Narbonne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Lettre d'un matérialiste à monseigneur Dupanloup, par le Dr Fabricius. Prix : 30 centimes. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Le tubercule et la phthisie, étude historique et critique, par le Dr Saint-Ange Barrier. In-8° de 74 pages. Prix : 1 fr. 50 c. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Des nouveaux procédés opératoires de la cataracte, parallèle et critique par le Dr Wecker, médecin oculiste de la maison Eugène Napoléon, etc. In-8° avec figures. Prix : 75 centimes. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Ponction vésicale hypogastrique, *Rapports de la paroi antérieure de la vessie*, par le Dr Pouliot, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-8° de 128 pages. Prix : 2 fr. 50 c. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

RAPPORT

sur les progrès de la chirurgie,

Par MM. DENONVILLIERS, NÉLATON, VELPEAU, FÉLIX GUYON et LÉON LABBÉ.

Un premier mot d'explication sur les auteurs du rapport et sur la part de responsabilité et de solidarité qui leur revient.— Une note, placée en tête du livre et signée par MM. Velpeau, Nélaton et Denonvilliers, expose nettement la situation.

« Invités, y est-il dit, par S. Exc. M. le Ministre de l'Instruction publique, à rendre compte des progrès accomplis par la chirurgie de notre pays pendant la période contemporaine, nous avons dû, par suite d'occupations multipliées, renoncer à exécuter nous-mêmes cet important travail, auquel il nous était impossible de consacrer un temps suffisant. Nous avons alors proposé à Son Excellence de confier cette œuvre à deux de nos élèves, MM. les docteurs Félix Guyon et Léon Labbé, agrégés de la Faculté de Médecine et chirurgiens des hôpitaux de Paris. Après avoir pris connaissance des différentes parties de l'ouvrage qu'ils ont composé nous avons, sur leur demande, joint en tête de ce volume nos noms aux leurs, voulant, par là, témoigner de l'estime que nous avons pour eux et de la parfaite communauté de vues qui nous unit à nos jeunes collaborateurs. »

Après cette déclaration explicite, il reste donc bien convenu que l'œuvre est tout entière de MM. Félix Guyon et Léon Labbé, et que lorsque nous emploierons la formule : « les rapporteurs ou les auteurs du rapport », ce sera toujours de MM. Guyon et Labbé que nous entendrons parler. A eux le travail, à eux l'honneur et la responsabilité.

Cela dit, prenons corps à corps cet énorme volume qui n'a pas moins de 768 pages grand in-8°. Le rapport sur la physiologie n'en a que 237, et le rapport sur la médecine, seulement 96. Il est vrai que nous avons trouvé ce dernier un peu court. Mais la chirurgie est de sa nature un peu prolixe; ajoutons qu'elle l'est nécessairement, par le fait même de son objet multiple et divers à l'infini. Nous nous en tiendrons, du reste, aux généralités.

Le point de départ de nos rapporteurs est l'œuvre de Boyer, œuvre qui a fait époque, œuvre vraiment séculaire, et qui, parmi tant d'autres mérites, « aura eu, suivant leurs justes expressions, le mérite de bien représenter l'état de la chirurgie au moment où, sous l'influence de nouveaux travaux et de nouvelles tendances, la reconstruction d'un édifice que l'on croyait achevé, allait être entreprise ». Croire que l'édifice était achevé, nous semble aujourd'hui d'une prétention naïve; ç'a a été une erreur assez commune à l'époque où vivait Boyer. Après le travail de géant qui s'était opéré dans presque toutes les branches de la science dans la deuxième moité du dix-huitième siècle, on avait pu se flatter un moment de cette illusion. Mais en reculant les bornes de la science, on n'avait fait qu'ouvrir un horizon nouveau et livrer un vaste champ à l'activité humaine. On a vu, par les rapports que nous avons déjà analysés, comment les physiologistes et les médecins ont exploré ce champ. Nous allons voir ce qu'en ont fait, à leur tour, les chirurgiens.

La chirurgie n'a jamais été si complétement séparée de la médecine qu'elle soit restée à aucune époque indifférente aux vicissitudes des systèmes médicaux. Solidiste avec Pinel et Bichat, elle a subi l'influence de la doctrine physiologique de Broussais; et l'on peut dire que c'est de la réaction contre le solidisme et la doctrine de l'irritation que date la phase nouvelle de progrès dont ce rapport a à rendre compte. Le fait culminant, en effet, et qui caractérise particulièrement cette période, c'est la réalisation de l'humorisme en chirurgie, non pas de l'humorisme ancien fondé sur des idées hypothétiques relatives au rôle des humeurs, mais d'un humorisme scientifique appuyé sur l'analyse et sur la connaissance réelle de l'altération des liquides organiques.

« Nous arrivons, disent les auteurs du rapport, à l'une des phases les plus importantes de l'histoire de la chirurgie contemporaine : car les notions pathologiques qui vont découler de cette étude prendront dans la science chirurgicale une place de plus en plus étendue, et il n'est pas un chirurgien de nos jours qui ne soit sans cesse préoccupé des conséquences qui peuvent résulter des altérations, soit des liquides normaux, soit des sécrétions accidentelles. »

C'est, en effet, à dater des premières recherches de Ribes, en 1817, sur l'altération du sang veineux et de la thèse inaugurale de M. Velpeau, en 1823, développée plus tard dans divers mémoires publiés dans les *Archives générales de médecine* et dans la *Revue médicale*, que l'on commence à avoir des idées plus nettes sur l'origine des abcès qui surviennent dans les organes à la suite des opérations. Ces premiers travaux furent bientôt suivis de ceux de Blandin, de Maréchal, de Dance et de M. Cruveilhier, qui donnèrent une impulsion nouvelle et plus générale à l'étude des altérations des liquides.

Toutefois, cette tendance nouvelle est loin d'être exclusive, comme l'avait été la doctrine qui l'avait précédée et dont elle devait être un complément en même temps qu'un correctif. Loin de négliger l'étude des solides, on voit au contraire, à dater de ce moment, les chirurgiens faire marcher parallèlement et de front l'étude des humeurs et celle des tissus; et c'est de cette même époque que surgissent ces beaux travaux qui ont servi à constituer l'anatomie chirurgicale, à laquelle Dupuytren, Béclard, Roux, Blandin, J. Cloquet, Amussat, Velpeau, Gerdy, Malgaigne, plus tard Bourgery, Pétrequin, Richet et Jarjavay, et enfin tout récemment Legendre, Béraud, Paulet et Sarrazin ont attaché leur nom. L'anatomie chirurgicale, telle qu'elle est sortie de l'ensemble des travaux de ces divers auteurs, n'est pas seulement la connaissance topographique des rapports de contiguité ou de continuité des divers organes et tissus qui entrent dans la composition d'une région déterminée du corps, elle devient, surtout par la manière large dont l'a traitée le premier M. Velpeau, par le rapprochement incessamment établi entre les conditions anatomiques et les conséquences pathologiques qui en découlent, une source inépuisable d'informations et d'indications utiles pour la pathologie comme pour la thérapeutique chirurgicale, soit qu'on se guide d'après la texture des organes et l'arrangement de leurs parties constituantes pour expliquer la forme, la marche, l'évolution et la nature de certaines lésions, ou qu'on cherche à se rendre compte de la composition des tumeurs et du mécanisme de leur formation et de leur développement, ainsi que de la loi de régénération des tissus.

Ici se place une réflexion très-juste des auteurs du rapport. « En présence d'applications aussi séduisantes, disent-ils, il est facile de comprendre que l'exagération ait eu quelquefois sa place; les critiques de ceux qui se sont élevés contre les prétentions trop exclusives de l'anatomie chirurgicale, sont fondées. On a eu raison de dire qu'elle devait bien plutôt chercher à éclairer l'observation qu'elle ne devait prétendre à la devancer ou à la suppléer. Mais, dans ces conditions mêmes, les grandes indications fournies par l'étude des régions n'en restent pas moins certaines. » Sous le bénéfice de cette remarque, on peut dire avec eux, en effet, que c'est grâce au concours de l'anatomie chirurgicale et de l'anatomie pathologique que le diagnostic des affections chirurgicales a acquis à notre époque et dans notre pays une précision inconnue jusque-là. « En se préoccupant de bonne heure d'appliquer ces deux sciences à l'étude des maladies chirurgicales, la chirurgie française n'a pas seulement perfectionné leur description et porté aussi loin que possible la précision de leur diagnostic : elle a créé, elle a constitué une méthode qui, seule, permet de continuer à enrichir la science de notions exactes et de découvertes utiles, et qui appelle toutes les améliorations. »

L'étude des vices de conformation congéniaux a trouvé, dans les travaux d'embryologie accomplis dans ces 30 dernières années et dans les belles études de tératologie qui ont occupé toute la première moitié de ce siècle des applications fécondes. Elles sont assez connues pour que nous n'ayons pas besoin de les rappeler ici.

La chirurgie ne devait pas moins que la médecine bénéficier des progrès de la physiologie expérimentale. Les belles expériences de Duhamel, de Flourens, de MM. Sédillot, Ollier et autres sur le mode de développement et de régénération des os, ont ouvert la voie à tout un ensemble d'opérations basées sur le grand fait de la reproduction des os par le périoste. C'est à l'expérimentation que la chirurgie est redevable de la méthode d'adossement des séreuses pour la suture des intestins, de la méthode des injections iodées dans les cavités closes, de la guérison des plaies artérielles et du véritable mode d'action de la ligature, et des notions acquises sur l'origine, le développement et les conséquences de l'infection purulente.

Le microscope et l'histologie, pour n'avoir pas tenu, jusqu'ici du moins, toutes leurs promesses, n'en ont pas moins rendu des services partiels importants à la la chirurgie; et les travaux des Lebert, des Mande, des Robin, des Follin, Verneuil, Broca, et de toute la nouvelle génération qui marche sur leurs traces, ne seront pas restés tout à fait stériles. MM. Guyon et Labbé ont résumé très-justement leur appréciation sur le rôle du microscope en chirurgie, en deux mots. Si le microscope n'a plus la prétention de diriger la clinique, il en demeure, du moins, un des plus utiles auxiliaires.

La part qui revient aux sciences physico-chimiques dans les progrès de la chirurgie pendant la période qui nous occupe, n'a pas été omise dans le rapport. On y verra quel jour nouveau l'usage des réactifs chimiques a jeté sur l'étude de certaines affections jusque-là très-obscures, telles, par exemple, que les gangrènes spontanées; quelles notions utiles sont résultées de l'usage des divers appareils physiques d'exploration, tels que l'ophthalmoscope, le laryngoscope, l'endoscope, le sphygmographe, l'électrisation localisée, etc., etc.; de quels précieux secours ont été pour la médecine opératoire les agents anesthésiques.

Enfin, ne négligeant aucune des conditions qui, de près ou de loin, directement ou indirectement, ont contribué aux progrès récents de la chirurgie, les auteurs font la part des travaux de critique et d'érudition, des recherches statistiques et du rôle important des sociétés savantes devant lesquelles presque toutes les questions de doctrine et de méthode, comme tous les faits pratiques d'une certaine importance, viennent journellement demander la sanction de la discussion.

Comme nous l'avons vu pour le rapport sur les progrès de la médecine, — mais non par imitation, car si nous ne nous trompons, la publication du rapport sur les progrès de la chirurgie l'a précédé. — MM. Guyon et Labbé ont cherché aussi à déduire de l'état présent de cette partie de la science ses tendances et son avenir plus ou moins prochain.

« L'art de faire des opérations, disent les auteurs du rapport, fut pendant longtemps l'une des préoccupations principales des chirurgiens. Aujourd'hui, sans répudier aucune des belles acquisitions de la médecine opératoire, la chirurgie obéit à d'autres préoccupations. Il existe, à l'heure actuelle, des tendances qui peut-être ne sont pas toutes parfaitement définies, mais qui se trahissent dans tous les actes de la pratique et dans les écrits les plus récents. »

Ces tendances peuvent se résumer ainsi : préoccupation plus grande des suites de l'opération, que de l'opération elle-même; recherche des moyens prophylactiques, propres à prévenir l'explosion des maladies qui en compromettent si souvent les résultats : tels qu'une meilleure aération autour des opérés, une alimentation plus substantielle et plus fortifiante, des pansements plus simples, la réhabilitation de l'usage des alcooliques appliqués au pansement des plaies, la substitution fréquente des caustiques à l'usage du bistouri; le soin d'éviter, autant que possible, les opérations, ou, quand on est dans la nécessité de les pratiquer, de diminuer, le plus que l'on peut, l'étendue des pertes de substance; substitution des résections aux amputations, de la compression indirecte à la ligature pour la guérison des anévrysmes; la temporisation jointe à l'immobilisation et à la compression dans le traitement des tumeurs blanches.

Mais ce qui domine surtout, et c'est par là peut-être qu'il eût fallu commencer, c'est l'exactitude et la précision du diagnostic, d'où se déduisent les indications et les contre-indications d'opérer, et le choix à faire entre les divers moyens de traitement.

Et quand nous donnons ici au diagnostic cette importance capitale et en quelque sorte décisive sur les déterminations du chirurgien, il doit être bien compris que nous n'entendons pas circonscrire le diagnostic chirurgical dans la seule détermination des conditions de siége et des éléments anatomiques de la lésion, malgré toute l'importance que nous lui avons reconnue plus haut, mais bien l'élever et l'étendre aux proportions du diagnostic médical, c'est-à-dire à la recherche de tous les éléments étiologiques extra ou intra-organiques, somatiques ou cosmiques, et à l'étude des conditions diathésiques et constitutionnelles de la maladie.

Nous rappelions au commencement de cet article l'influence qu'avaient eue sur la chirurgie les vicissitudes des doctrines elles-mêmes. Sous le règne de la doctrine de l'irritation, par exemple, toute lésion étant ramenée à un type unique, on sait à quelles conséquences erronées a conduit cette manière étroite d'envisager la pathologie et l'on connaît aujourd'hui les effets désastreux du régime auquel étaient astreints les blessés et les opérés en vue d'une crainte chimérique de tout agent de stimulation. Et comme il y a toujours quelque réciprocité dans ces sortes d'influences, tandis que la médecine, en velléité de sim-

plification se modelait sur la chirurgie, à laquelle elle empruntait son inflammation réactive comme type des maladies internes ainsi ramenées à la notion simple d'une diathèse unique, c'était du camp de la chirurgie elle-même, ainsi que nous le rappelions plus haut, que partait la réaction contre le solidisme médical; et c'est en grande partie aux chirurgiens que nous sommes redevables du retour des esprits à la considération des différences que présentent entre eux les produits morbides en raison de la différence de leurs causes productives et à l'idée de spécialisation des lésions morbides en dehors de leur siége et de leur intensité, en un mot à la notion de spécificité.

Aujourd'hui que la médecine, se raffermissant de plus en plus sur le terrain solide de l'observation et de l'expérimentation, et embrassant à la fois les enseignements de la tradition et ceux de la science moderne, est rentrée en possession de ces notions un moment oubliées de diathèse et de spécificité, qui jouent un si grand rôle dans les maladies chroniques, notamment, la chirurgie ne peut que gagner à resserrer les liens qui la rattachent à sa congénère et à multiplier des rapports qui tendent à les confondre l'une et l'autre dans une vue commune générale et plus largement compréhensive de la pathologie. C'est, en effet, en grande partie à cette union intime et constante de la médecine et de la chirurgie, à cette communauté de vues et de méthodes, que la chirurgie doit son heureuse direction, et en particulier ses tendances de plus en plus accusées au désarmement.

« Il est presque inutile de dire qu'en présence de semblables préoccupations et de pareilles tendances, disent les rapporteurs, les indications des opérations sont plus que jamais soumises au plus scrupuleux examen. Un diagnostic est, avant tout, nécessaire pour porter ce jugement. Aussi, grâce aux progrès déjà indiqués de ce point de nos connaissances, beaucoup de tumeurs autrefois opérées sont aujourd'hui guéries par un traitement plus approprié à leur nature...

« Ce sont là les grands triomphes de l'art, et il n'est pas douteux qu'à cette noble ambition l'avenir ne réserve d'autres satisfactions. Mais de quel poids ne serions-nous pas délivrés s'il nous était jamais donné de voir disparaître les fléaux qui déjouent jusqu'à présent tous les perfectionnements de la chirurgie!... » Oui, c'est là, en effet, ce qui doit être le but et l'objet constant des préoccupations de nos chirurgiens, en face surtout des révélations récentes de la statistique qui sembleraient faire peser à cet égard sur la chirurgie française une infériorité relative. Nous aimons à entendre sur ce sujet le langage des rapporteurs, qui, sans se dissimuler les difficultés, font avec confiance un appel à l'avenir. « C'est au moins une consolation pour ceux qui luttent chaque jour contre les difficultés de la pratique, de sentir que la chirurgie, arrivée à sa période de virilité, demeure toujours inquiète et cherche sans cesse de nouveaux perfectionnements. Elle n'a pu résoudre encore les problèmes qui se dressent après l'opération; elle ne veut cependant se déclarer satisfaite qu'après avoir assuré les résultats de l'art qu'elle a conduit à un si haut degré de puissance. Le sentiment de ce qui lui reste à faire domine, jusqu'à l'amoindrir, le légitime orgueil de ce qu'il lui a été permis d'accomplir. Mais, pleine de foi dans les méthodes qui la gouvernent, rassurée sur l'avenir par les découvertes du présent, merveilleusement aidée par le mouvement des sciences dont elle emprunte si largement le concours, il lui sera donné de reculer encore les limites de ses progrès, et peut-être de résoudre les redoutables problèmes dont les recherches de ses plus éminents adeptes lui ont dévoilé la nature. »

Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Trélat.

Enchondrome à marche rapide.

(Enchondrôme de Wirchow.)

(Observation recueillie par M. E. Legie, interne du service).

Émilie D..., domestique, âgée de 27 ans, entre le 22 février 1868 à l'hôpital Saint-Louis. Elle est couchée au numéro 40 de la salle Sainte-Marthe.

D'une constitution vigoureuse et d'une bonne santé habituelle, cette femme a eu une pneumonie il y a six ans environ. Son embonpoint est modéré; elle dit n'avoir pas maigri; l'appétit a toujours été excellent.

On ne trouve chez elle aucune trace, soit de syphilis, soit de scrofule. Ses parents, qui existent encore, se portent très-bien. Ses sœurs n'ont jamais été malades.

Il y a dix-huit mois environ, Émilie D... ressentit de vives douleurs dans le bras droit et dans la partie correspondante du cou. L'an dernier, elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur petite, dure et résistante, siégeant sur la partie latérale droite du cou, en arrière du muscle sterno-mastoïdien, et dont le volume était déjà celui d'une grosse noix.

Depuis cette époque, la tumeur a augmenté insensiblement; les douleurs, d'abord sourdes et légères, devinrent lancinantes et fulgurantes. En même temps survint une grande faiblesse dans le bras, accompagnée d'engourdissement et de fourmillements : ces derniers phénomènes inquiétant la malade et la mettant dans l'impossibilité de continuer son travail, la décident à entrer dans nos salles.

Voici ce qu'un examen attentif et des explorations répétées nous permirent de constater :

Sur la partie latérale droite du cou, en arrière du muscle sterno-mastoïdien, qui est fortement soulevé en avant, existe une tumeur volumineuse, de forme oblongue, à grand diamètre vertical. Le creux sus-claviculaire a disparu, et la tumeur fait, pour ainsi dire, hernie entre les deux muscles trapèze et sterno-mastoïdien.

La peau ne présente à ce niveau aucune coloration anormale, aucune adhérence avec la tumeur, sur laquelle on la fait glisser facilement. La palpation, la pression ne provoquent aucune douleur.

Quant à la détermination des limites profondes de la tumeur, elle est entourée de difficultés assez grandes. Cependant, par le toucher, on reconnaît qu'en avant elle a dépassé la ligne médiane et qu'elle soulève fortement l'artère carotide primitive, que sa position superficielle permet de sentir sous le doigt et même sous les yeux.

Le larynx et la trachée ont subi un déplacement notable : ils sont déjetés à gauche; l'obliquité du tube laryngo-trachéal est telle que le cartilage thyroïde est situé sur le trajet d'une ligne verticale, passant par l'angle de la mâchoire.

En arrière, la tumeur soulève le trapèze, mais ne dépasse pas la rangée des apophyses transverses de la colonne cervicale.

En bas, elle s'étend jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire du côté droit, derrière laquelle elle paraît s'enfoncer vers la partie du médiastin. La clavicule droite est déformée, sa convexité est un peu plus forte que celle du côté opposé.

En haut, la tumeur gagne l'angle de la mâchoire et est en rapport avec l'extrémité inférieure de la glande parotide.

En engageant la malade à porter la tête fortement à gauche et en arrière, on voit que la saillie est plus considérable et que la veine jugulaire externe, gorgée de sang, la croise en diagonale dans toute son étendue.

Si l'on plonge le doigt dans le pharynx, on sent à droite et assez profondément une saillie arrondie, grosse comme une noix, offrant au toucher tous les caractères de la tumeur extérieure.

Celle-ci est dure, résistante et élastique; elle adhère solidement à la colonne cervicale et aux apophyses transverses des vertèbres. En la saisissant à pleines mains et en essayant de lui imprimer des mouvements de latéralité, on reconnaît qu'elle est complétement immobile sur sa base.

La déglutition est facile et n'est pas entravée par la présence de la tumeur; il y a seulement un peu de gêne dans la respiration, parfois un peu d'oppression. De plus, la malade se plaint d'élancements douloureux, de fourmillements continuels dans tout le membre, mais surtout dans les doigts. Elle peut à peine se servir de son bras, dont la puissance musculaire est considérablement affaiblie.

On observe quelques troubles du côté de la circulation artérielle et veineuse : le pouls radial est manifestement plus faible du côté droit et nous regrettons de ne pas avoir eu à notre disposition un sphygmographe pour en prendre le tracé graphique et apprécier d'une façon rigoureuse la différence qui existe entre les deux côtés.

Quelques veines de l'avant-bras sont dilatées et variqueuses.

L'étude et la constatation de ces caractères conduisirent M. Trélat à l'idée d'une tumeur fibreuse, ou mieux, en raison de la marche rapide, d'une tumeur fibro-plastique. Cependant, comme la tumeur était facilement accessible, il pratiqua, pour mieux assurer le diagnostic, une ponction avec un trocart spécial, et put extraire quelques parcelles suffisantes pour l'examen au microscope. M. Ranvier y reconnut tous les caractères de l'enchondrôme muqueux.

La malade réclamait avec instance l'opération. Néanmoins, M. Trélat crut devoir prendre l'avis de ses collègues, MM. Guérin et Verneuil.

Sans blâmer ni déconseiller l'intervention chirurgicale, M. Guérin s'en montra cependant peu partisan. Les difficultés opératoires et surtout la crainte des accidents consécutifs lui semblaient des motifs suffisants pour l'abstention. Au contraire, M. Verneuil, prenant en considération la jeunesse et la bonne constitution de la malade, la marche de la tumeur, son développement incessant et les accidents sérieux qu'elle déterminait, pensant d'autre part que l'ablation ne présentait pas d'obstacles infranchissables, M. Verneuil conseillait d'opérer.

En présence de ces deux avis, M. Trélat, s'inspirant du vif désir de la malade, et remarquant que les phénomènes de compression du plexus brachial s'accusaient chaque jour davantage, se décida à pratiquer l'opération. Elle fut faite le 1er avril, en présence de M. Guérin.

Une incision verticale fut conduite selon le grand axe de la tumeur, sur une longueur de 9 centimètres. L'aponévrose superficielle, le peaucier, le bord du muscle sterno-mastoïdien furent successivement coupés et rejetés sur les côtés. La veine jugulaire interne, l'artère carotide primitive, le pneumo-gastrique, immédiatement en contact avec la tumeur, sur laquelle ils sont étalés, furent disséqués, pour ainsi dire, et maintenus à gauche et en dedans.

A l'aide des doigts et d'une rugine courbe, M. Trélat parvint à énucléer la tumeur, en haut, au niveau de la parotide, en bas, au niveau de la plèvre; mais l'adhérence à la colonne cervicale était tellement intime, qu'il ne put l'arracher que par morceaux. La rugination des vertèbres, la résection de quelques apophyses transverses terminèrent heureusement l'opération, pendant laquelle, du reste, il n'y eut aucune hémorrhagie sérieuse. Une artériole musculaire du scalène fournit seule un peu de sang dont le jet fut arrêté par un bouton de feu.

La dernière partie de l'opération, c'est-à-dire la destruction de la base de la tumeur et la rugination de toute la partie antérieure et latérale de la colonne cervicale fut laborieuse, et dut avoir pour résultat nécessaire la section et l'arrachement de filets nerveux appartenant au grand sympathique, et de filets anastomotiques du nerf phrénique.

L'opérée avait été maintenue dans l'anesthésie chloroformique; elle se réveille facilement, et la seule trace visible de cette vaste et pénible ablation était une plaie longitudinale, mais profonde et anfractueuse, correspondant au bord externe du sterno-mastoïdien et mesurant 6 à 7 centimètres de longueur.

A la visite du soir, la malade accuse de grandes douleurs dans le cou et dans le bras droit, qu'elle peut à peine remuer. Pas d'hémorrhagie.

Le lendemain, 2 avril, la face est fortement congestionnée, surtout à droite, où la prédominance est très-marquée. La coloration de la face est constituée par des plaques nettement circonscrites, d'un rouge violacé, lie de vin. Les pupilles sont inégales ; celle du côté droit est très-contractée. On n'observe aucune injection des vaisseaux de la conjonctive, qui est normale. Il y a de l'oppression; la respiration est accélérée. On n'a pas recherché s'il y avait une différence de température entre les deux côtés du corps.

Ces derniers phénomènes, qui appartiennent évidemment à une lésion du grand sympathique, réalisent les craintes qu'avait émises M. Trélat sur la mutilation certaine de ce nerf.

3 avril. — La malade se plaint d'un violent point de côté et de vives douleurs dans les reins. La peau est chaude, halitueuse; le pouls est fréquent et plein (120 pulsations). Matité à la base du poumon droit. Diminution du murmure respiratoire dans le tiers moyen de la poitrine. Respiration nulle tout à fait en bas (vésicatoire).

4 avril. — L'état de la malade s'est aggravé. Peau chaude, couverte de sueurs. Même état du pouls. Souffle tubaire à droite. Egophonie au tiers moyen.

Absence de vibrations thoraciques; matité absolue dans les deux tiers inférieurs de la poitrine. Ballonnement considérable du ventre. Tympanite très-marquée.

Depuis huit heures et demie du soir jusqu'à cinq heures du matin, la malade n'a cessé de rejeter quelques crachats noirs et épais. A cinq heures, elle vomit tout à coup des flots d'une matière noirâtre, ressemblant à du marc de café. Elle succombe en quelques minutes, sans qu'on ait eu le temps d'appeler l'interne de garde.

Autopsie. — Faite trente heures après la mort : l'artère carotide primitive droite paraît saine et n'offre aucune perforation. La veine jugulaire est un peu inflammée : elle contient un caillot noirâtre; ses parois sont épaissies et ne s'affaissent pas comme à l'état normal. Elle ne présente aucune trace de rupture. Le pharynx et l'œsophage sont sains et n'offrent rien de particulier. Fusées purulentes, nombreuses, isolées entre les diverses couches musculaires. On les retrouve dans la partie supérieure du médiastin.

Sérosité purulente en assez grande quantité dans la cavité pleurale droite. Fausses membranes jaunâtres et grisâtres sur les feuillets pariétal et viscéral à la plèvre. Flocons albumino-fibrineux nageant dans la sérosité. Les poumons sont congestionnés, surtout en arrière.

L'estomac et les intestins sont très-dilatés par les gaz qu'ils renferment en grande abondance. Ils contiennent, de plus, une quantité considérable d'une matière noirâtre, ressemblant à du marc de café et qui n'est que du sang altéré. Sur la muqueuse de l'estomac, on constate quelques ecchymoses. On ne trouve dans le tube digestif aucune lésion organique qui ait pu donner lieu à cette hématemèse foudroyante : celle-ci semble donc avoir eu pour origine la muqueuse stomacale.

Examen anatomique de la tumeur. — La tumeur est constituée uniquement par un nombre considérable de petites masses d'un blanc bleuâtre, d'aspect cartilagineux et passées les unes contre les autres. Leur consistance et leur élasticité sont faibles; elles se laissent en partie écraser sous les doigts. Ces nodules cartilagineux sont tous à peu près du même volume, qui n'excède pas d'ailleurs celui d'un pois de moyenne grosseur. Leur forme est irrégulière; les uns sont arrondis, les autres sont limités par des surfaces planes, par lesquelles ils se touchent.

L'ensemble de ces nodules constitue une masse entourée par une coque de tissu conjonctif, dans laquelle se distribuent les vaisseaux.

De la surface interne de cette coque partent des cloisons nombreuses, formant entre elles une trame celluleuse, dans les mailles de laquelle sont logés les nodules.

Ceux-ci se tiennent donc isolés les uns des autres. C'est dans ces cloisons, à la superficie des nodules, que se ramifient les vaisseaux qui ne semblent nullement pénétrer dans leur épaisseur.

Examen histologique. — Si l'on place sous le champ du microscope une coupe mince de la tumeur à l'état frais, on reconnaît qu'elle est constituée uniquement par des corpuscules cartilagineux, séparés les uns des autres par une substance homogène, dans laquelle l'acide acétique ne fait apparaître aucune apparence fibrillaire.

Ces corpuscules volumineux sont formés d'une capsule dans laquelle se trouve une cellule avec son noyau et son nucléole. Dans quelques capsules il y a deux et même trois cellules, libres ou entourées elles-mêmes de leur capsule. Certaines cellules contiennent deux ou plusieurs noyaux avec quelques gouttelettes de graisse; d'autres ont subi la métamorphose graisseuse complète.

En examinant une mince coupe de la tumeur durcie dans l'acide chromique, on voit que, dans le nodule, les corpuscules cartilagineux forment des groupes ou amas séparés les uns des autres par de la substance muqueuse. Chaque groupe est composé d'un nombre assez considérable de cellules; il y en a qui ne renferment pas moins de quinze ou vingt cellules; les fibres de tissu conjonctif, en grand nombre, isolent les corpuscules cartilagineux de ceux des groupes voisins.

L'observation qui précède est intéressante à plus d'un titre, et différents points mériteraient d'être soumis à une discussion approfondie. Nous nous contenterons de signaler à l'attention les troubles consécutifs à l'opération et même l'accident mortel, l'hématémèse, qui, suivant toute probabilité, doivent être rapportés aux lésions du grand sympathique, et, d'autre part, le développement et la marche rapide de la tumeur qui était un enchondrome pur. Ce dernier fait est en désaccord avec les notions généralement adoptées sur la marche des tumeurs cartilagineuses.

HOPITAL CIVIL DE STRASBOURG (Clinique chirurgicale.) — M. Herrgott.

Infection purulente, symptômes douteux, utilité de la thermométrie comme moyen de diagnostic. — Abcès multiples, guérison.

On ne peut faire à l'École de Strasbourg le reproche de négliger l'étude de la température dans les maladies; la chaleur fébrile, ce symptôme important des maladies aiguës et chroniques, y est étudiée avec soin depuis de longues années, témoin la thèse de notre cher et regretté collègue Spielmann, qui, en 1856, publiait un travail important qui en faisait présager bien d'autres, si une cruelle maladie ne l'avait enlevé à la science. Depuis cette époque, la thermométrie est faite avec soin et patience dans les cliniques de MM. les professeurs Schützenberger et Lütz; l'article *Chaleur* du *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratique*, t. VI, p. 772, qui appartient à ce dernier pro-

fesseur, montre ce qu'une observation rigoureuse a appris sur ce symptôme dans les maladies internes.

Pourquoi les habitudes de thermométrie n'ont-elles pas passé des salles de médecine dans celles de chirurgie? Les travaux si considérables de Billroth de Weber auraient été une incitation puissante à ces observations, si on ne savait que dans un service de chirurgie ce travail est naturellement primé par d'autres occupations en apparence plus directement utiles aux malades, et qui absorbent souvent tous les moments des internes attachés à ces services.

Il ne suffit pas toujours de la bonne volonté pour faire quelque chose d'utile, il faut, de plus, souvent une circonstance en apparence minime pour déterminer la mise en pratique de ce qui était résolu et arrêté en principe.

Qui ne s'est senti disposé à vérifier expérimentalement les observations si intéressantes que Billroth a publiées dans ses études sur la fièvre traumatique et les maladies traumatiques accidentelles (1) poursuivies depuis sept ans avec une rare patience et un esprit d'observation admirable? Qui ne s'est trouvé disposé à répondre à l'invitation qu'il adresse à la fin de son dernier travail à tous les chirurgiens?

Nous nous étions dit depuis longtemps qu'à la première occasion nous rendrions hommage à ces travaux en les entreprenant pour notre compte dans notre champ d'observation; cependant plusieurs mois s'étaient déjà écoulés depuis que, fermement résolu, nous avions le service de la chirurgie entre nos mains, sans que la bonne pensée ait été exécutée, lorsqu'un cas intéressant se présenta dans la salle des femmes, qui nous fit sortir de notre apathie; ce fait est le suivant :

Le 7 octobre 1867, entra au service de la clinique chirurgicale la nommée Madeleine H..., âgée de 16 ans. Cette jeune fille, blonde, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution assez grêle, réglée depuis un an exactement, mais parcimonieusement, dit avoir reçu à la tête un coup, il y a environ une dizaine de jours; à la suite de cet accident, elle a senti des douleurs dans la région contuse; elle a éprouvé des frissons et du malaise passagers; peu à peu, elle a vu survenir, au niveau de la bosse pariétale gauche, une tuméfaction sensible, mais non très-douloureuse. Cette tuméfaction a le volume d'un œuf de poule; elle est molle et fluctuante, c'est un abcès dans le cuir chevelu; il est ouvert le 9, au matin.

La peau était très-amincie; il s'écoule du pus normal, comme consistance de couleur seulement; on y remarque une odeur particulière, très-forte; on met une petite mèche de charpie dans la plaie, qui est faite à la partie déclive, la tête ayant été préalablement rasée.

La malade se trouve bien.

Le 12 octobre, on constate à la région occipitale la formation d'un nouvel abcès, qui est ouvert.

Le 13, au matin, le pus qui s'est écoulé présente les mêmes qualités que précédemment; en introduisant le doigt dans la cavité de l'abcès, on sent les tissus décollés dans une assez grande étendue, et la crête occipitale à nu sur une très-petite place.

On panse les deux plaies, dont les foyers n'ont entre eux aucune communication, avec de l'onguent digestif et du vin aromatique.

La suppuration est très-abondante; il n'y a point de fièvre; la malade a de l'appétit, et les plaies ont très-bon aspect.

Le 16 octobre, la malade a un frisson à quatre heures du soir, qui dure un quart-d'heure; le pouls est à 112. Nous prenons la température de la malade, et nous trouvons 38,8. La malade a transpiré un peu pendant la nuit, qui n'a pas été mauvaise.

Le 17 octobre, nous trouvons la malade ne se plaignant de rien et les plaies en bon état, bordées de bourgeons charnus normaux, et fournissant un pus abondant et de bonne qualité, mais conservant toujours la même odeur; la malade a assez d'appétit, la langue est humide, le pouls reste subfréquent à 86; la température prise le matin, 38,1; on trouve la peau peu chaude; journée assez bonne, ainsi que la nuit. A quatre heures du matin, nouveau frisson plus fort que celui de l'avant-veille, suivi d'une forte chaleur, de transpiration; pouls, 132; resp., 54,2, 39,8.

Le 18, à la visite, nous trouvons la malade abattue, le pouls, 120; la température à 38,1. Peu d'appétit, langue un peu sèche, soif; la plaie a bon aspect; on établit un bandage légèrement compressif, pour éviter toute stagnation du pus. On prescrit de l'infusion de tilleul et 0,50 de sulfate de quinine.

Ici commença pour nous un certain embarras : avions-nous affaire à une intoxication paludéenne? Elles n'étaient pas rares à l'hôpital; ou bien étions-nous en présence d'une intoxication pyhémique? Une observation très-attentive et minutieuse de la malade, dont les moindres symptômes pouvaient seuls nous donner quelques indications pour la solution de ce problème de diagnostic; il fut donc décidé que la température de la malade serait prise avec soin le matin et le soir, et tracée sur une feuille d'observation thermométrique employée aux services de la clinique interne, afin d'obtenir le dessin graphique des variations thermiques. Mêmes prescriptions. Le soir, à quatre heures, nouveau frisson moins long et moins intense que celui de quatre heures du matin. Température, 38,3. Céphalie, vestiges, bourdonnements d'oreille, affaiblissement considérable, courbature générale; pouls, 112; aspect nullement typhique.

L'examen attentif ne révèle aucune lésion interne; les urines sont sédimenteuses; plaies d'aspect blafard. Application d'eau chlorurée.

19 octobre. Nuit passable, nouveau frisson à cinq heures du matin très-violent, suivi de vomissements, syncope de peu de durée, pouls faible, fréquent (120), dépressible. Température, 39,5; abattement très-grand; yeux cerclés, peau chaude, brûlante; extrémités froides, pupilles fortement dilatées, vertiges, céphalie, ventre souple, indolent; selle régulière; même état blafard des plaies.

Prescriptions : Boissons excitantes; bouillons abondants et chauds; sulfate de quinine, 0,80 en solution.

20 octobre. Rien de particulier dans la soirée d'hier; nuit assez bonne, point de frisson; moins d'affaissement, mais grande faiblesse; pouls, 120; température, 38,5. Mêmes prescriptions.

21 octobre. Même état dans l'après-midi d'hier; nuit passable; le matin, à cinq heures et demie, frisson de dix minutes; ce matin, à huit heures, chaleur très-grande, 39,5; pouls, 120. Céphalie. Du reste, rien de particulier, pas de bourdonnements d'oreille ni de surdité (quinine).

22 octobre. Vertiges, oppression, un peu de surdité; plaies en meilleur état; suppuration normale; température, 38,5. Pouls, 116. Sulfate de quinine, 0,50; pas de frisson.

23 octobre. Léger frisson, à six heures du matin, de peu de durée. La malade se sent mieux qu'hier; moins de céphalie, moins d'abattement. Pouls, 112; température, 38.

24 octobre. Amélioration sensible; pouls, 89; température, 37,8; bourdonnements d'oreille. Appétit; consommés; vin de Malaga.

25-26 octobre. A peu près même état; température, 37,5, 37,3.

27 octobre. Mieux très-sensible; apyrexie; température, 37; appétit meilleur, mais grande faiblesse. État chloro-anémique.

Nourriture plus copieuse; pil. de Vallet, 3; suppression de la quinine; vin de quinquina au malaga.

L'état de la malade va s'améliorant sensiblement, mais lentement, jusqu'au 3 novembre, où cesse la menstruation thermique. La plaie de la tête est cicatrisée.

Le 4 novembre, on constate de nouveau un état fébrile non accompagné de frissons; le pouls est à 80, mais la température est sensiblement plus élevée au toucher. Au thermomètre, on trouve 38,6. On procède de nouveau à l'examen minutieux de la malade; on interroge tous les organes; en faisant lever le bras droit à la malade, celle-ci se plaint d'un peu de douleur dans l'épaule. On examine cette région, et on est fort étonné de trouver, sous l'aisselle, un abcès considérable (gros comme un œuf); on l'ouvre immédiatement : le pus qui s'en écoule a toujours la même odeur forte particulière constatée lors de l'ouverture du premier abcès.

Le 5 novembre, la malade a passé une bonne journée et une bonne nuit. Ce matin, elle se trouve très-bien; la plaie a très-bon aspect; l'écoulement du pus est peu abondant. Température, 37; pouls, 80. Même régime tonique, pansement simple.

6-7 novembre. État satisfaisant; la malade ne se plaint pas ; elle a un peu d'appétit, mais elle ne fait pas beaucoup de progrès. Température, 37,9; pouls, 90; la plaie se cicatrise rapidement.

8-9 novembre. Même état; figure un peu plus abattue; ne se plaint de nulle part. Pouls, 100; température, 38-7.

10 novembre. État général, le même que les jours précédents, sauf un peu plus d'abattement, de chaleur et d'accélération du pouls, 100. Température, 39,2. On interroge la malade avec minutie, on examine tous les organes, et on finit par apprendre qu'elle a un peu de douleur sur l'épaule gauche; on examine cette région, et on trouve, dans la région sus-épineuse, une tumeur fluctuante du volume du poing, nouvel abcès qui est incisé et qui fournit un pus très-fétide. Soulagement immédiat, aussi bien dans l'état local que dans l'état général.

11 novembre. La fièvre est tombée. Pouls, 80. Chaleur presque normale, 38; appétit; même traitement tonique.

12, 13, 14. Bon état; la malade semble convalescente; sauf la température, qui reste un peu au-dessus de 38. La dernière plaie se cicatrise; les autres sont guéries.

15 novembre. Nouvel abattement, nouvel état fébrile. Température, 39,40; pouls, 110. On l'examine de nouveau avec soin, et on finit par apprendre qu'elle souffre un peu à la fesse gauche; elle attribue cela à une fausse position. On examine cette région, et on y trouve un cinquième abcès fluctuant qui est ouvert immédiatement et qui laisse écouler un pus d'une odeur insupportable.

Traitement réconfortant.

Cet abcès fut le dernier, et, à dater de ce jour, la malade n'eut plus d'accidents et entra franchement en convalescence.

La chaleur descendit de suite à l'état normal; le pouls resta subfréquent; la malade, néanmoins, ne recouvra ses forces que lentement; elle put sortir de l'hôpital le 27 janvier 1868.

Réflexions. — Grand fut notre embarras de préciser, le 16 octobre, le caractère de l'affection dont elle venait d'être atteinte, l'idée d'infection purulente fut la dernière; représenter à notre esprit l'état satisfaisant de l'état général, la régularité du retour des accès de fièvre à une heure à peu près constante, 4 heures du matin ou 4 heures du soir, militaient en faveur d'une intoxication paludéenne; l'insuccès de la quinine faisait pencher la balance d'un autre côté, mais ce qui mit un lourd poids dans cet autre plateau de la balance, fut l'observation thermométrique qui excluait, par son élévation constante au-dessus de la température normale, toute idée de fièvre intermittente; néanmoins il pouvait entrer du doute dans l'esprit, mais ce doute disparut le 4 novembre, où la *crise* de l'intoxication pyhémique parut sous forme d'abcès, qui, ainsi qu'on peut le voir, furent chaque fois accompagnés d'une élévation de température qui nous força à en rechercher la cause et qui finit par nous la donner. On nous permettra d'employer encore un vieux mot pour caractériser ces abcès d'élimination du pus de l'économie, ils se sont produits heureusement à la périphérie de l'organisme.

Nous ne nous étendrons pas sur les théories qui ont été émises sur cette affection, ce n'est pas le lieu d'en commencer l'examen et la discussion; nous dirons seulement que les courbes thermiques de notre observation concordent bien avec celles de ces analogues observés par Billroth et que les renseignements fournis par ce mode d'exploration nous ont engagé à instituer dans notre service, pendant tout le semestre d'hiver, des observations régulières du matin et du soir; M. Chauvied, notre externe, les a faites avec soin, et elles nous ont donné des résultats fort intéressants qui feront l'objet d'un travail étendu que ce laborieux élève continue et prépare pour sa thèse inaugurale; nous ne voulons pas entrer dans des détails à ce sujet, nous dirons seulement que souvent le thermomètre indiquait, mieux que tout autre moyen d'exploration, une irrégularité dans le régime ou le pansement du malade. Nous regrettons que dans cette première observation elle n'ait pas été faite régulièrement matin et soir et plus souvent encore.

C'est donc un moyen de diagnostic précieux à appliquer aux opérés et blessés qui, ainsi que je l'ai dit (1), deviennent des *malades* dont l'état présente souvent des problèmes de diagnostic et de traitement les plus difficiles à résoudre.

(1) *Beobachtungs-Studien über Wundfieber und accidentelle Wundkrankheiten*, *Arch. f. Kl. chir.*, t. II, 1862; t. VI, 1865; t. VIII, 1867.

(1) *Le Traumatisme*, Discours d'ouverture de la clinique chirurgicale. Strasbourg, 1868.

OBSERVATION

d'un cas de surdité complète de l'oreille gauche, due à l'obstruction du conduit auditif externe par une tumeur osseuse (exostose) siégeant près la membrane du tympan, guérie par la trépanation,

Par M. Bonnafont.

M. B..., riche négociant de Liverpool, âgé de quarante ans, d'une constitution forte, n'ayant jamais été atteint d'aucune maladie syphilitique, s'aperçut, il y a environ quatre ou cinq ans, que l'ouïe diminuait peu à peu à l'oreille gauche; cet affaiblissement ne coïncidant avec aucune affection particulière, telle que maux de gorge, coryza, etc., il consulta un des chirurgiens de Liverpool, lequel, après deux examens, déclara que la cause du mal devait siéger dans le nerf auditif, puisqu'à l'inspection on ne découvrait aucune lésion à laquelle on pût rattacher la canse de l'infirmité. M. B... dut se résigner. Près d'un an s'écoula sans que la maladie fît de progrès sensibles, l'ouïe se maintenant à un degré qui permettait à M. B... de vaquer librement à ses affaires; mais un matin, en se rendant à son bureau, il fut très-étonné de ne plus entendre du tout; plusieurs mois se passèrent dans cet état.

Enfin, ne pouvant se résigner à cette infirmité, il consulta de nouveau, et cette fois le chirurgien, après un examen plus attentif, découvrit un obstacle qui obstruait entièrement le conduit auditif; et, au moyen d'un stylet, il diagnostiqua judicieusement que cet obstacle était formé par une cloison osseuse très-épaisse, située près du tympan. Quant au pronostic, l'honorable praticien déclara la maladie complètement incurable.

M. B..., très-affecté et se résignant difficilement à une pareille infirmité, désira faire sanctionner le jugement du chirurgien de Liverpool par un praticien plus spécial, c'est dans ce but que, sur les recommandations de son médecin, il vint me consulter le 10 novembre 1867.

. . . . . Après un examen attentif, voici ce que je trouvai : le conduit auditif, vu à l'otoscope, était sain jusqu'aux deux tiers de sa profondeur, mais là on apercevait distinctement un corps lisse, poli et convexe qui l'obstruait complètement; touché avec un stylet boutonné, celui-ci glissait facilement sur la conférence en haut et en arrière, où il pouvait s'engager légèrement entre la tumeur et les parois du conduit; tandis qu'en bas et en avant il éprouvait une résistance immédiate, pareille à celle que lui offrait la tumeur, laquelle; à n'en pas douter, était de nature osseuse et très-résistante.

Fixé sur la cause qui avait produit la surdité, je procédai, selon mon habitude, à l'auscultation du nerf auditif.

Mais M. B... ayant entendu le tic-tac de la montre, aussi bien du côté affecté que de l'autre, qui entendait très-bien; je lui annonçai sans hésitation que l'oreille gauche était aussi bonne que la droite, et que si je parvenais à établir un passage à travers l'obstacle, qui permît au son d'arriver jusqu'à la membrane du tympan, il entendrait aussi bien de ce côté que de l'autre; en homme intelligent, il comprit très-bien mon raisonnement, et se décida à se soumettre à mes soins.

Je commençai donc, à l'aide d'un stylet en argent, boutonné et très-délié, à chercher, comme dans les observations précédentes, un passage entre la fissure formée par la tumeur et le conduit dans la région postéro-supérieure.

Cette tentative, réitérée tous les jours, quelquefois même deux fois par jour, n'eut aucun résultat; la tumeur était tellement appliquée contre le conduit, qu'il me fût impossible de faire pénétrer le stylet; ne voulant pas continuer une manœuvre inutile et toujours un peu douloureuse, j'annonçai à M. B... qu'il ne restait qu'un seul moyen : c'était la trépanation de l'exostose, opération longue, peut-être un peu douloureuse, qui, selon moi, ne pouvait avoir aucun inconvénient, mais qui aurait l'avantage de rétablir immédiatement l'audition; le malade se rendit à ma proposition.

Le jour même, le conduit étant bien éclairé, je portai un petit crayon de nitrate d'argent au centre de la tumeur, afin de faire disparaître les parties molles qui la recouvraient et de mettre ainsi l'os à nu, et je fus aussitôt chez M. Mathieu, l'habile fabricant d'instruments, pour voir si, dans son arsenal si complet, je ne trouverais pas une trifine assez déliée pour pratiquer la perforation; n'en trouvant pas, l'idée me vint que je pourrais peut-être y suppléer à l'aide d'une lime arrondie, très-déliée, appelée vulgairement *queue de rat*. Après cinq ou six jours de cautérisation, je constatai, à l'aide du stylet, que la surface de la tumeur était complètement mise à nu dans une étendue de quelques millimètres. Saisissant alors d'une main la lime pendant que l'autre éclairait la tumeur à l'aide de l'otoscope, j'essayai, à l'aide de mouvements circulaires, à entamer la surface de l'os. Cette première séance fut longue et douloureuse, à cause de la résistance du tissu osseux et du glissement de la pointe de l'instrument, qui faisait pénétrer la pointe à la surface de l'os; ce ne fut qu'à la quatrième séance que la pointe de la lime put se fixer et commencer ainsi la perforation. Depuis ce jour, tout se passa on ne peut mieux, je pus à chaque séance continuer l'opération presque sans douleur.

En calculant la distance qu'il y avait de l'éminence tragus à la membrane du tympan du côté sain, et celle que je trouvai du même point à la surface de la tumeur; je calculai que l'exostose pouvait avoir 6 à 7 millimètres d'épaisseur, et qu'un faible intervalle la séparait de la membrane du tympan. Ces calculs étant faits, j'eus soin d'armer la pointe de la lime d'un bourrelet en fil qui l'empêchât de pénétrer trop avant, afin de ne pas m'exposer à perforer le tympan; au bout de dix jours, je fus assez heureux pour arriver à la perforation complète. Je dois ajouter que pour maintenir et élargir, autant que possible, l'ouverture pratiquée par la lime, j'y introduisais immé-

diatement, après avoir retiré cet instrument, un petit mandrin en baleine que le malade gardait constamment. Un jour, je voulus remplacer la baleine par un mandrin fait avec du bois de l'Ocmaria qui, comme on sait, jouit de la propriété, en se dilatant, d'élargir les trajets où on l'introduit ; mais la pression que sa dilatation exerça fut si douloureuse, que le malade ne put la supporter plus d'une heure, et ne pouvant l'arracher comme les autres mandrins à l'aide du fil dont ils étaient munis par précaution, il arriva chez moi tout désolé, me priant de le soulager. Au moment où je voulus saisir le mandrin avec des pinces, je ne fus pas sans inquiétude à cause de la résistance qu'il opposa et de la douleur que je provoquai au moindre effort. Mais comme il fallait en finir, après l'avoir saisi avec des pinces très-solides, je parvins à l'arracher, en lui faisant subir un mouvement de torsion qui ne s'opéra pas sans provoquer une douleur très-vive ; une fois enlevé, l'examen que j'en fis me rendit compte de la douleur qu'il avait provoquée pendant qu'il était engagé, et de la difficulté qu'offrit son extraction. C'est que la partie du mandrin engagée était beaucoup plus renflée que la partie restée libre dans le conduit, probablement à cause de la nature de la tumeur, dont le centre plus spongieux avait permis cette dilatatation, tandis que l'enveloppe plus dure l'avait maintenu dans son calibre normal. Ce mandrin retiré, je fis une injection émolliente et laissai la plaie libre jusqu'au lendemain.

Quand je revis le malade, il m'apprit que la douleur avait cessé presqu'aussitôt l'extraction du corps étranger et, ce qui l'avait beaucoup réjoui, il avait entendu le tic-tac de sa montre pendant quelques instants, à la distance de plusieurs centimètres. L'examen de l'oreille ne présentait rien de particulier, ni aucune trace d'inflammation. Je pus introduire, sans trop de douleur, un mandrin en baleine qui fut bien supporté. Deux jours après, l'absence de toute douleur m'engagea à en introduire un d'un calibre plus gros, dont l'introduction, quoiqu'un peu douloureuse, s'effectua assez facilement. Mais deux ou trois heures après, la pression qu'il exerçait occasionna de telles douleurs que le malade fût obligé de le retirer. Force nous fut donc de revenir à un mandrin plus petit et de marcher ainsi plus lentement.

Il m'arriva un jour, pendant l'introduction du mandrin, un incident qu'il est essentiel de noter, afin de prévenir les praticiens qui pourraient avoir l'occasion de pratiquer une semblable opération. En introduisant le mandrin, qui la veille avait pénétré facilement, je trouvai une résistance assez grande; voulant la franchir immédiatement, j'appuyais un peu fort sur le mandrin, mais l'obstacle cédant beaucoup plus facilement que je m'y attendais, le mandrin pénétra tout à coup au delà de la tumeur et vint heurter la membrane du tympan, en provoquant une douleur très-vive de peu de durée et qui n'empêcha pas le mandrin, en le retirant légèrement, de rester en place.

Depuis ce jour, chaque fois que l'ouverture restait libre, la fonction de l'ouïe reprenait peu à peu son essor; la montre et la parole étant tous les jours mieux entendues.

Afin de prévenir l'accident dont je viens de parler, je fis ménager sur les mandrins en baleine, un bourrelet circulaire qui les empêchât de s'enfoncer plus avant dans la tumeur que le point déterminé, quelle que fût la pression exercée sur lui.

M. B..., rappelé à Liverpool pour des affaires importantes, fut obligé de quitter Paris, plus tôt qu'il ne s'y attendait, mais comprenant toute l'importance de cette médication et surtout de maintenir l'ouverture de la tumeur, il me demanda si, pendant l'absence qu'il allait faire, sa femme ne pourrait pas introduire le petit mandrin, d'autant plus, ajouta-t-il, qu'avec leur forme actuelle, il n'y avait plus à craindre de les enfoncer trop loin. Depuis ce jour, madame B... assista à toutes nos consultations et parvint en peu de jours à se servir de l'otoscope et à introduire très-adroitement le petit mandrin.

Muni de cet appareil, d'une pince et d'une collection de petits mandrins en baleine, M. B... quitta Paris au commencement de décembre dernier (1867), et les lettres qu'il m'a écrites depuis témoignent de la persistance du bon résultat obtenu; seulement M. B... est parvenu à s'introduire les petits mandrins lui-même tous les soirs, et qu'il enlève le matin afin de donner à l'ouïe toutes ses facultés qui sont aussi bonnes que du côté sain.

Dans sa dernière lettre, M. B.. me demanda s'il n'y aurait pas avantage à agrandir l'ouverture en introduisant des mandrins plus gros. En lui répondant affirmativement, j'ajoutai que le mieux étant souvent l'ennemi du bien, il était prudent de se contenter de cette ouverture, si petite fût-elle, puisque l'ouïe s'effectuait à un degré très-satisfaisant.

Il ressort de cette observation unique, je crois, dans la science, deux faits très-importants, qui viennent confirmer les principes que j'ai posés depuis longtemps sur l'importance de s'assurer par l'auscultation du crâne, à l'aide de l'application de la montre, du degré de sensibilité des nerfs auditifs, avant de pratiquer aucune opération, soit dans l'oreille externe, soit dans l'oreille moyenne, et de s'en abstenir chaque fois que le tic-tac de la montre n'est pas perçu, l'expérience m'a prouvé que ces principes sont absolus, et ne supportent que de rares exceptions.

Ainsi, lorsque le tic-tac de la montre est bien perçu, et qu'on a apprécié l'intégrité du nerf auditif, l'important ne consiste plus seulement à pratiquer l'opération, mais bien à maintenir l'ouverture dans un état permanent qui permette au son d'arriver jusqu'au nerf. C'est ainsi que dans certaines affections de la membrane du tympan dont la perforation rétablit instantanément l'ouïe; si les guérisons ne sont que momentanées, cela tient uniquement à ce que rien, jusqu'à présent, n'a pu empêcher les perforations chirurgicales de se cicatriser.

Je ne peux mieux terminer ce travail qu'en rappelant ce que j'ai dit à cette occasion dans mon traité des maladies des oreilles. C'est que le jour où un praticien aura trouvé le moyen de maintenir l'ouverture du tympan faite dans les cas que j'ai précités, il aura rendu le plus grand service à l'humanité, parce qu'il y a une foule d'infirmes qu'il serait facile de guérir *radicalement* par cette simple et innocente opération.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

S. M. le roi Victor-Emmanuel vient de nommer notre honorable confrère, M. le docteur Caffe, commandeur de ses ordres.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Hôtel-Dieu (M. Guéneau de Mussy). De la tonalité des sons organiques et des signes diagnostics qu'on peut en tirer. — De la léthalité de la morsure des vipères (fin), par M. le docteur Viaud-Grand-Marais. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, 3 juin 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la tuberculose a été reprise hier par M. J. Guérin. Il est regrettable que d'aussi longs intervalles séparent des argumentations qui n'ont plus ainsi entre elles que des liens relâchés, quant ils ne sont pas complétement rompus. Il faut pour saisir le sens et la portée d'une argumentation nouvelle reconstituer en quelque sorte dans ses souvenirs l'ensemble des discours précédents, et encore a-t-on bien de la peine à se retrouver au milieu de cette confusion et à reconnaître auquel d'entre eux s'adresse tel ou tel argument, tel ou tel fait. C'est au point qu'il nous a été difficile de bien suivre d'un bout à l'autre, dans son enchaînement naturel, la dissertation de M. Guérin. Il nous serait impossible sur une simple audition, non-seulement de la reproduire de souvenir dans le compte rendu, mais d'en présenter même ici un résumé que nous puissions garantir exact. Et comme dans tout ce que dit M. Guérin à la tribune, ainsi que dans tout ce qu'il écrit, il y a toujours à compter avec lui, soit qu'il critique les vues d'autrui, soit qu'il expose ses propres vues sur une question de pathologie ou un point quelconque de science, nous attendons pour résumer cette argumentation qu'elle ait passé sous nos yeux.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

De la tonalité des sons organiques et des signes diagnostiques qu'on en peut tirer.

Les modifications apportées par certaines maladies à la résonnance des organes abdominaux avaient frappé les plus anciens observateurs; le mot *tympanite* en est un témoignage.

Les médecins de l'antiquité pratiquaient la percussion pour distinguer l'ascite de la distension gazeuse de l'abdomen, comme il est permis de le conclure d'Arétée et de Cœlius Aurélianus. Avenbrugger l'a appliquée au diagnostic des affections thoraciques. Après lui, Corvisart, Laennec, et surtout M. Piorry, ont généralisé cette méthode d'exploration et en ont tiré des signes aussi nombreux qu'importants pour reconnaître des maladies. Enfin M. le docteur Austin Flint et M. le professeur Skoda ont encore ajouté aux indications séméiotiques qu'on peut demander à ce mode d'exploration.

La percussion dont l'emploi avait été si longtemps restreint à la détermination d'un seul état morbide, est devenue, grâce à ces travaux, une méthode vulgaire connue et pratiquée par tous. Aussi, je veux ici me renfermer dans l'étude d'un seul point qui n'a peut-être pas suffisamment appelé l'attention du clinicien français, je veux parler des *modifications de la tonalité* dont un médecin américain, le docteur Austin Flint, a indiqué la valeur séméiotique et a fait ressortir toute l'importance.

Le son présente trois modalités fondamentales : l'intensité, le timbre et la tonalité. Les deux premières avaient presque exclusivement, avant le travail de M. le docteur Flint, fixé l'attention des médecins.

Avenbrugger avait bien, dans deux passages, parlé des modifications de la tonalité : *Si in aliqua thoracis parte sonora eadem intensitate percussa sonus altior morbosum ibi subesse notat ubi altitudo major.* Mais son traducteur et commentateur Corvisart l'avait si peu compris qu'il traduisait *sonus altior* par *son plus superficiel;* double erreur, car dans la pensée de l'auteur *altior* exprimait une nuance de tonalité, et dans tous les cas, ainsi que Corvisart le reconnaît lui-même, *altus* peut signifier *élevé* ou *profond*, mais jamais superficiel.

Dans l'important ouvrage de M. Piorry, l'intensité des sons et leur timbre ont été les objets exclusifs de ses savantes recherches, et la plupart des travaux de l'École française ont maintenu l'étude des sons morbides dans les mêmes limites; cependant MM. Barth et Roger ont, dans une courte note de leur excellent manuel, fait mention des travaux de M. Flint.

Dans le plus grand nombre des cas, j'ai hâte de le dire, ces appréciations du timbre et de l'intensité des sons sont les plus importantes et suffisent au diagnostic. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et une étude méthodique de la sonorité organique doit être fondée sur la connaissance des trois propriétés fondamentales du son. Il est même des cas où l'appréciation de la tonalité est l'élément le plus important pour le diagnostic, et détermine la signification des résultats plessimétriques; ainsi, en général, l'expression de son mat indique à la fois une faiblesse des vibrations sonores, le peu d'étendue de leur retentissement et un timbre spécial compris dans ce son. Le son mat présente une tonalité plus élevée, mais si on prend l'épithète de mat, ainsi que le font beaucoup de cliniciens, pour synonyme d'obscur, la corrélation peut ne pas exister entre la modalité d'intensité et celle de tonalité; en d'autres termes, un son plus obscur peut être plus grave qu'un son plus fort et plus retentissant; et si on compare les deux côtés, le côté sain peut être moins sonore que le côté malade : j'ai souvent observé ce phénomène, et je l'ai vu bien des fois devenir une cause d'erreur pour des personnes très-versées, d'ailleurs, dans la pratique de la percussion; alors l'appréciation de la tonalité devient d'une importance majeure et éclaire le diagnostic.

Quelques personnes ont reproché à l'étude de la tonalité la difficulté que peut présenter son appréciation. On comprend qu'un certain développement du sens musical est nécessaire pour reconnaître les modifications du ton, mais on y arrive très-facilement avec un peu d'habitude. Dans les cas douteux, où l'écart entre les deux tons n'est pas très-évident, on s'abstient d'en tirer aucune conclusion. Maintenant j'accorderai volontiers que les oreilles fausses sont aussi inaptes à saisir ces nuances que les yeux affectés d'amblyopie ou de daltonisme sont incapables d'apprécier les couleurs, ce qui revient à dire que la séméiologie n'est pas à la portée des infirmes.

Dans les conditions physiologiques, les parties homologues des deux côtés de la poitrine, en rapport avec le poumon, sont sensiblement homotones; nous en exceptons toutefois les régions correspondant au cœur et au foie qui, suivant le volume de ces organes, leurs rapports plus ou moins immédiats avec la paroi thoracique, présentent une diminution plus ou moins accentuée de la sonorité et une modification corrélative du ton.

Dans l'état d'inspiration forcée le ton peut monter un peu par la tension plus grande des parois thoraciques. La tonalité est plus grave dans les poitrines larges et amples que dans les poitrines étroites et resserrées; par la même raison, elle est plus aiguë au sommet du thorax qu'à la base.

Les modifications de tonalité, comme les autres caractères de la sonorité, peuvent offrir des différences individuelles et doivent être appréciées par comparaison. On aura soin, en comparant les deux côtés, de se placer dans des conditions absolument semblables; car la contraction musculaire peut faire varier le ton comme les autres qualités du son. Cette influence des contractions musculaires est surtout sensible dans les régions sous-épineuses, interscapulaires et sous-claviculaires.

Dans les conditions pathologiques nous pouvons dire, d'une manière générale, que la tonalité s'élève sous l'influence des lésions intra-thoraciques qui diminuent la sonorité; comme les indurations du parenchyme pulmonaire, les tumeurs, les épanchements pleuraux. Dans ces circonstances, la différence de ton n'ajoute aucune signification nouvelle aux autres renseignements fournis par la percussion. Mais une élévation de la tonalité peut coïncider avec une augmentation du son : ainsi le son que M. Skoda a appelé tympanique (ce qui exprime une modalité de timbre) retentit avec plus de force que le son normal et offre une tonalité plus élevée. On le rencontre le plus souvent au devant et au-dessus des épanchements pleuraux, au devant, en arrière et en dehors des épanchements du péricarde. Comme l'a très-justement remarqué M. Skoda, ce son tympanique peut encore coïncider avec des granulations tuberculeuses disséminées dans le parenchyme. La modalité tympanique du timbre peut être peu appréciable, on constate seulement une résonnance plus forte que du côté opposé. Alors on peut se demander si elle est réellement augmentée dans le côté le plus sonore, ou si elle ne paraît pas telle, parce qu'elle est amoindrie de l'autre côté. Dans ce cas, qui se présente très-fréquemment à l'observation et que j'ai souvent vu devenir une cause d'erreur, l'appréciation de la tonalité est très-importante et l'élévation du ton détermine le côté malade. Dans les excavations très-superficielles on peut constater un son exagéré, caverneux, souvent accompagné de bruit de pot fêlé. Mais les modifications de timbre, comme le caractère caverneux, sont bien plus difficiles à définir et à déterminer que les modifications de tonalité; le bruit de pot fêlé peut exister quelque fois sans caverne; dans ce cas, le ton est habituellement plus élevé du côté où existe la caverne, et ce signe le désigne comme étant le siége d'une lésion probable, pourvu toutefois que la caverne ne soit que de dimensions moyennes. Dans un cas de caverne superficielle très-étendue, le ton m'a paru abaissé. D'ailleurs, pour reconnaître l'existence des cavernes, la percussion n'a qu'une importance très-secondaire. Elle en a une considérable, au contraire, quand il s'agit de diagnostiquer des granulations disséminées dans le parenchyme, et les renseignements qu'elle fournit peuvent donner une valeur très-grande à des nuances de bruit respiratoire, insuffisantes en elles-mêmes pour fonder le diagnostic.

Dans beaucoup de cas de tuberculisation commençante, l'appréciation de l'intensité du son offre des difficultés sérieuses et laisse l'esprit dans le doute. J'ai entendu, en présence d'un fait de ce genre, un des cliniciens les plus éminents de Paris dire : Je reconnais que le son est différent, mais je n'oserais dire qu'il est plus obscur. Souvent alors la comparaison des tonalités fournit un renseignement utile.

Dans l'emphysème pulmonaire localisé, la question que nous soulevions tout à l'heure se pose à nouveau : la sonorité est plus accentuée d'un côté que de l'autre. Que doit-on en conclure? L'élévation de la tonalité du côté le plus sonore viendra, avec les signes stéthoscopiques, y dénoncer l'état morbide du parenchyme pulmonaire.

Dans le pneumo-thorax, le ton s'élève en même temps que la résonnance augmente. Ainsi, à de très-rares exceptions près, les lésions des organes intra-thoraciques, qu'elles augmentent ou diminuent l'intensité du son, font monter la tonalité.

Pour les viscères creux de l'abdomen, avec *une tension égale* la tonalité varie suivant la capacité des organes. Ainsi le son est plus grave au niveau de l'estomac qu'au niveau de l'intestin. Dans le même organe, quand la tension arrive à une certaine limite, plus elle augmente et plus le son s'élève dans l'échelle diatonique.

Comme l'a montré M. Skoda, un organe membraneux, dilaté par l'air jusqu'aux dernières limites de son extensibilité, peut donner un son mat qui est en même temps très-aigu, comme une corde dont le ton s'élève à mesure qu'on la tend davantage.

Si l'appréciation de la tonalité introduit dans les résultats fournis par la percussion des données utiles, quelquefois importantes, elle ne doit pas être négligée dans la pratique de l'auscultation, elle peut ajouter quelques données à la détermination des bruits respiratoires et de leur valeur séméiologique. Il est bien certain que le son produit par la vibration de l'air dans un tube est d'autant plus aigu, toutes les autres conditions restant les mêmes, que le diamètre de ce tube est plus étroit.

Ainsi, toutes les conditions morbides qui rétrécissent le calibre des bronches peuvent élever la tonalité du bruit respiratoire. J'ai souvent observé, dans le premier degré de la tuberculose, que le bruit respiratoire devenait plus aigu en même temps qu'il était plus faible.

Les compressions des grosses bronches par les ganglions lymphatiques malades, produit le même phénomène dans toute la partie de poumon à laquelle se distribue la bronche comprimée. La faiblesse et l'acuité du bruit respiratoire sert alors de témoignage de cette compression.

Le bruit respiratoire présente une tonalité plus aiguë derrière un épanchement pleurétique qui l'affaiblit sans le faire disparaître. Il peut offrir le même caractère dans la période de résolution d'une pneumonie, en même temps qu'on perçoit de l'expiration prolongée.

Dans la pneumonie superficielle, l'acuité du souffle bronchique indique que l'induration inflammatoire n'enveloppe pas les grosses divisions des bronches. Le souffle pleurétique est notablement plus aigu que le souffle tubaire de la pneumonie. C'est un des meilleurs caractères que permettent de distinguer ces deux variétés de souffle.

Dans la pleuro-pneumonie avec épanchement, le souffle reste plus grave et indique que sous la couche liquide existe une induration pulmonaire, autour des gros tuyaux bronchiques, qui augmente leur résistance à l'action compressive du liquide épanché.

Les râles sibilants aigus, disséminés et se présentant avec des nuances diverses dans les différents points de la poitrine, indiquent l'extension de la bronchite aux petites divisions de l'arbre

respiratoire, tandis que le ronchus des grosses bronches est habituellement grave, et quand il devient aigu par les rétrécissements qu'apportent au calibre de ces bronches les mucosités qui les obstruent, le sibilus aigu retentit avec une tonalité uniforme dans toute la partie du poumon où se distribue la bronche rétrécie.

La tonalité plus aiguë de la voix est le meilleur caractère qui distingue l'égophonie de la bronchophonie. Pour être juste, je dirai que j'ai entendu faire cette remarque par M. le docteur Tessier, en 1835.

Dans la pleurésie, la toux, en même temps qu'elle est accompagnée d'un sifflement expiratoire, produit quelquefois un retentissement aigu qu'on ne peut mieux comparer qu'à un *éternument* comprimé. J'ai cru pouvoir attribuer, dans d'autres cas, cette variété de retentissement de la toux à l'induration du parenchyme pulmonaire autour des tuyaux bronchiques d'un petit calibre, ou rétrécis peut-être par la compression qu'ils subissaient.

Enfin, dans les affections du cœur, les bruits très-aigus, comme les bruits de scie, ont été généralement observés avec les rétrécissements considérables des orifices cardiaques. Cette considération de la tonalité m'a permis dans quelques cas d'attribuer à deux origines différentes des bruits qu'on entendait simultanément à la pointe et à la base, et qui ne paraissaient être, à quelques personnes, que la propagation d'un même bruit dans deux directions différentes. Un bruit propagé diminue d'intensité à mesure qu'on s'éloigne de son point d'origine, mais il conserve la même tonalité, et quand la tonalité du bruit n'est pas la même dans deux points, on est en droit d'affirmer qu'on a affaire à une double lésion. Peut-être cette considération de la tonalité du bruit du souffle pourra-t-elle servir à faire distinguer les insuffisances simples ou avec dilatation des orifices de celles qui sont accompagnées de rétrécissement.

A propos de la tonalité des bruits du cœur, je ferai une dernière remarque, c'est que des bruits très-aigus, quoique plus forts, peuvent donner à la main une sensation de frémissement vibratoire moindre que celle qui est produite par des bruits graves, quoique moins intenses à l'oreille; il est facile d'expliquer ce phénomène par cette loi physique qui veut que les sons les plus graves produisent des vibrations plus lentes et plus étendues, et partant plus appréciables pour la main.

DE LA LÉTHALITÉ DE LA MORSURE DES VIPÈRES (1)

Par le Dr Viaud-Grand-Marais

Professeur suppléant à l'École de Médecine de Nantes

VII. — A Rocheservière, le 5 mars 1861, Marie Bouhier, âgée de six ans, enfant d'une forte constitution, était vers les deux heures du soir à cueillir des *jauzanes* (*Primula acaulis* L.) le long d'une haie, lorsqu'elle se sentit blessée par un serpent qui lui fit trois piqûres à la face dorsale de la main droite. La douleur ne fut pas très-vive. De peur d'être grondée, l'enfant se borna à laver avec de l'eau fraîche les plaies d'où coulait un peu de sang. Le gonflement, qui envahit la main et l'avant-bras, la décida, au bout d'une demi-heure, à rentrer chez elle et à tout raconter à son père. Celui-ci courut au lieu indiqué, où il tua une vipère commune assez grosse, de 55 centimètres de long. Un empirique, appelé près de l'enfant, pratiqua sur la main malade un certain nombre de scarifications et rapporta d'un endroit voisin, une herbe qu'il appliqua sur les blessures après l'avoir pilée et mélangée de sel; il conseilla, comme boisson, du vin chaud et froid. On ne mit point de ligature et l'alcali ne fut pas administré. Vers le soir, des taches livides apparurent, tandis que la tuméfaction gagnait dans la nuit la partie droite du thorax. Les remèdes du premier empirique restèrent sans effet, et Marie Bouhier fut confiée le lendemain à un second guérisseur. Celui-ci apporta, dans une bouteille, une macération ou décoction de plantes de couleur brunâtre et d'odeur aromatique, devant être employée à l'extérieur et en boisson. L'enfant mourut trente-six heures après la morsure, ayant éprouvé un refroidissement général, des nausées, des vomissements, de la somnolence et une grande gène respiratoire. Le docteur Clochard ne fut appelé près d'elle qu'aux derniers moments. (*Lettres des docteurs Clochard et Guitter, de Rocheservière.*)

VIII. — A la fin du mois de mai 1862, Hermance Boquir, âgée de six ans, fille d'un pauvre journalier, demeurant au village du Petit-Beaulieu (commune des Moutiers-les-Mauxfaits), se promenait, avec un autre enfant, dans un pré, lorsqu'elle fut mordue au cou-de-pied par un aspic. Les soins médicaux, qu'elle reçut, furent à peu près nuls; une vieille femme lui administra toutefois un spécifique dans lequel entrait beaucoup de lapperon ou de bardane. Les symptômes les plus graves ne tardèrent pas à se montrer. Il survint des taches noirâtres, un gonflement qui s'étendit jusqu'au ventre, des vomissements et des syncopes. La malade lutta ainsi jusqu'au septième jour et finit par succomber. (*M. Duchaine, maire des Moutiers-les-Mauxfaits.*)

IX. — Le 8 septembre 1865, Jean Aubert, âgé de 60 ans, du village de la Grimaudière, en Saint-Philbert-de-Bouaine, vendangeait dans une vigne. Au moment où il détachait une grappe de raisin, une vipère enroulée autour du cep se jeta sur sa main gauche et lui fit une profonde blessure à la face interne du pouce. L'aspic allait aussi piquer la fille Aubert, lorsqu'il fut tué sur un autre cep, à quelques pas plus loin. Quoique la chaleur fût étouffante, le malheureux vigneron se rendit à pieds consulter une guérisseuse qui demeurait à plus de deux kilomètres; elle lui prescrivit l'emploi d'une macération vineuse de diverses plantes. Au bout de trente-six heures, se sentant plus mal, il consentit à faire venir le docteur Drouet, de Saint-Philbert-de-Grand-Lieu. L'enflure avait tellement augmenté, qu'il fallut fendre la chemise, pour voir les taches livides dont la peau de l'avant-bras et du bras était couverte. Le refroidissement était général; le pouls se sentait à peine; il y avait de la dyspnée et des nausées fréquentes, mais celles-ci ne donnaient pas lieu à des vomissements. Le traitement ammoniacal ne put sauver Aubert qui, le septième jour, succomba. (*Le docteur Drouet.*)

X. — François Peltier, âgé de 19 ans, demeurant à la Gautrie, village de la commune de Saint-Étienne-de-Corcoué, était occupé, dans le courant du mois de juillet 1865, à réunir du blé en gerbes, lorsqu'il se sentit piqué à la jambe gauche, un peu au-dessus de la malléole externe, par une vipère. Il poussa un grand cri et tomba sans connaissance sur le sol. On le transporta chez lui dans une chaise; trois gouttes d'alcali lui furent données avec un peu d'eau, et des frictions ammoniacales furent faites sur l'endroit mordu.

Un messager, envoyé au bourg, ramena, une heure après, le prêtre et le médecin près du blessé qui n'était pas encore revenu à lui; mais les remèdes prescrits ne furent point administrés.

La jambe enfla beaucoup le lendemain et la tuméfaction douloureuse envahit le membre jusqu'à l'aine. Un guérisseur administra au malade, dans du vin blanc, un jus d'herbes pilées et en appliqua le marc sur la morsure. Il n'employa aucun des autres moyens à la mode dans le peuple, pas même les piqûres à l'aide du groseillier, et n'usa point de pratiques superstitieuses. Le breuvage parut redoubler les vomissements et colora la langue en noir. Aucune amélioration ne se manifestant, les parents du malade eurent recours à une femme de la Gerbaudière, en Bouaine, rénommée surtout au loin, comme *parfaite guérisseuse de venins*. Elle exposa le membre blessé à la vapeur s'échappant de feuilles de lierre passées au four et le couvrit de ces feuilles. Un mélange de vin blanc et de suc d'herbes fut aussi donné en boisson. A la suite de ce traitement, la tuméfaction diminue, et, le quatrième jour, elle avait presque entièrement disparu; des points noirs se remarquaient toutefois au lieu traversé par les canines. Le malade put se lever et commença à manger. On le considérait comme convalescent, quand, le septième jour, il fut pris, à la suite d'une soupe trop copieuse, de gène extrême et de suffocation, symptômes qui allèrent en empirant. Un troisième guérisseur appelé *in extremis* pratiqua, au point mordu, cinq à six scarifications, à l'aide d'un canif, et la mort arriva le jour suivant, vers les six heures du matin. (*Le docteur Clochard, de Rocheservière.*)

XI. — Le 13 septembre 1866, à sept heures du matin, par un temps pluvieux, Modeste Gatoil, veuve Garnier, de Boussay, âgée de 54 ans, fut mordue à l'index droit par une vipère-aspic, pendant qu'elle saisissait une poignée d'herbes. Les parents de la malade appliquèrent de suite de l'alcali sur son doigt, et la conduisirent, dans la soirée, à deux kilomètres de chez elle, consulter un conjureur, qui prescrivit, comme breuvage, une macération vineuse de diverses plantes et ordonna de répéter les lotions ammoniacales. Le lendemain, l'œdème s'étendait jusqu'à l'épaule. M. le curé de Boussay, appelé près de cette femme, la trouva calme et presque sans prostration; elle n'avait encore éprouvé ni nausées, ni vomissements. Il insista pour qu'on fît venir un médecin, et le docteur Delhoumeau, de Clisson, fut demandé. Les remèdes qu'il conseilla, trente-six heures après l'événement, ne furent point administrés. Peut-être craignait-on, en les employant, de détruire le charme de ceux du conjureur. Les vomissements se déclarèrent dans la soirée, et, à sa seconde visite, M. Delhoumeau, obtint de cautériser les deux piqûres. Ce traitement tardif ne sauva point la blessée, qui succomba le quatrième jour, avec des symptômes d'adynamie. (*M. Pestre.*)

XII. — Le 19 juin 1866, à neuf heures du matin, Françoise Audoin, de la Chapelle-Saint-Florent (Maine-et-Loire), était occupée à faner dans une prairie, sur les bords de l'Epte, quand elle se sentit piquée à la cheville par une vipère. Les premiers soins qui lui furent donnés, vingt minutes après, consistèrent en une ligature au-dessus du genou et dans l'application de compresses d'alcali. Le lien contricteur ne fut probablement pas assez serré, car l'œdème envahit la cuisse et, dans l'après-midi, les vomissements se montrèrent, accompagnés d'une soif ardente. Bientôt la blessée se plaignit d'étouffements et d'angoisses, symptômes qui ne la quittèrent plus; elle devint froide et se couvrit d'une sueur glacée. Un conjureur, appelé le lendemain, incisa la jambe en deux points, puis introduisit de l'alcali dans les scarifications, accompagnant le tout de signes de croix et de mots cabalistiques. La malade succomba, à la suite d'étouffements, au bout de trente-six heures de souffrance. (*M. Léonce Arnoust-Rivière.*)

Les cas de mort que nous avons recueillis sont actuellement au nombre de 47; soit 33 ayant eu lieu dans la Loire-Inférieure, 11 en Vendée, 2 en Maine-et-Loire et 1 dans les Deux-Sèvres.

Deux sont dus au péliade (*Vipera Berus* Cuvier); tous les autres doivent être attribués à l'aspic. (*V. Aspis* Merr.)

Dans une observation recueillie par M. Thomas, la blessure avait été faite par une tête de vipère séparée du tronc.

Trois blessés seulement ont présenté des morsures multiples, mais faites par le même animal.

Quarante-six fois les crochets du reptile ont atteint le bas de la jambe, le pied ou la main; un enfant seul a été frappé au visage.

Dix fois, la mort a eu lieu dans les vingt-quatre heures, vingt et une fois du second au sixième jour, onze fois du septième au vingt et unième. Trois blessés ont succombé, par suite de cachexie, au bout de plusieurs mois. La durée de la maladie, chez deux des victimes, n'a pas été suffisamment indiquée; mais jamais la mort n'est survenue d'une manière instantanée, et l'intervalle entre la blessure et le décès a toujours été au moins d'une heure.

Les 47 personnes qui ont succombé au venin, se divisent en 26 hommes et 21 femmes; soit 14 petits garçons au-dessous de quinze ans, 11 petites filles, 2 jeunes gens de quinze à vingt ans, 2 jeunes filles, 8 hommes de vingt à cinquante ans, 6 femmes du même âge, 2 hommes de cinquante ans et plus, et 2 femmes pareillement du même âge.

Le venin, malgré les affirmations des auteurs, ne paraît pas beaucoup plus actif sur la femme que sur l'homme, et la coïncidence de la morsure avec les règles ne doit point faire porter un diagnostic absolument fâcheux.

Le 2 juillet 1860, Joséphine M..., du Landreau, âgée de 28 ans, d'une constitution débile, voulant aider son frère, qui fauchait du trèfle, fut mordue à la première phalange du pouce droit, en ramassant l'herbe coupée. La faux avait séparé en deux un aspic, dont la tête se trouvait dans le paquet de trèfle saisi par la jeune fille. Joséphine M..., éprouva immédiatement une douleur assez vive, puis un gonflement de la main, et bientôt survinrent des coliques, des selles, des nausées et des syncopes répétées. L'exaltation nerveuse était portée au plus haut point, phénomène dû à la peur et au vin employé comme traitement. Une ligature immédiate et une cautérisation au fer rouge amenèrent une prompte guérison, quoique la jeune fille eût été piquée par le reptile pendant ses règles.

Plusieurs autres blessées se trouvaient dans cette position, lorsqu'elles furent mordues, et une seule d'entre elles a succombé.

Une femme grosse peut même parfois se tirer saine et sauve d'un pareil accident et accoucher à terme d'un enfant plein de vie.

Au mois de juin 1859, la femme N..., de Hautes-Landes, à Aigrefeuille, âgée de vingt-sept à vingt-huit ans, fut piquée au pied gauche par un aspic pendant qu'elle aidait *à faire le foin*. On exprima aussitôt sur sa blessure le jus de plusieurs feuilles de molène, et l'on donna à boire à la malade une grande quantité de vin chaud et sucré. Deux hommes vigoureux, la saisissant alors par les bras, la firent courir jusqu'à ce qu'elle tombât épuisée de fatigue et de vin. Elle fut ensuite mise au lit sous plusieurs couvertures. Un sommeil de quinze à vingt heures s'empara d'elle, tandis qu'une sueur profuse perlant à la surface de sa peau traversait couette et matelas. A son réveil, la blessée n'avait qu'un souvenir confus de ce qui s'était passé, et ne conservait qu'un peu d'engourdissement et d'œdème de la jambe malade. L'enfant vint au monde à son terme et en parfait état de viabilité. (*M. Likereau, médecin à Aigrefeuille*).

Il faut avoir l'audace de l'ignorance pour obtenir un pareil succès : les moyens sudorifiques ont évidemment sauvé la malade, mais ils avaient toute chance de lui occasionner un avortement mortel.

(1) Suite et fin. — Voir notre numéro 62.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 2 juin 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1867 dans les arrondissements de Saint-Claude et de Laon. (Comm. des épidémies);

2° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Bourbonne, par M. le docteur Renard; de Contrexéville (Vosges), par M. le docteur Cailliat. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

L'Académie reçoit :

1° Des lettres de MM. Voillemier, Dolbeau, Lefort et Trélat qui se présentent comme candidats pour la section de médecine opératoire;

2° Une lettre de M. Caventou qui se présente comme candidat pour la section de pharmacie;

3° Un mémoire de M. le docteur Lebert (de Nogent-le-Rotrou) sur le traitement de l'angine couenneuse par la glace. (Comm. : MM. Vigla Bergeron);

4° Une lettre de M. le docteur Sirus-Pirondi relative à un nouveau procédé de réduction des luxations par la rotation du membre luxé sur son axe. (Comm. MM. Gosselin, Broca et Richet);

5° Une note de M. le docteur Decaisne sur trois cas de fièvre typhoïde, attribués à l'intoxication par les gaz que dégagent les poêles de fonte;

6° Un mémoire de M. le docteur Hecquet sur les eaux de l'arrondissement d'Abbeville au point de vue de l'hygiène. (Comm. MM. Gobley, Bouvier et Robinet) :

M. Béclard présente : 1° de la part de M. André Sanson; une brochure intitulée : *Notion philosophique de l'espèce*,

2° De la part de M. le docteur Garrigou (de Tarascon), une série de brochures sur les eaux minérales des Pyrénées et sur l'histoire paléontologique de l'homme;

3° Au nom de M. Galante, deux instruments fabriqués d'après les indications de M. le docteur Chassagny, de Lyon, destinés au tamponnement de l'utérus, dans les cas d'hémorrhagie grave, avant ou après l'accouchement.

Voici la note qui accompagne cette présentation :

1° Avant l'accouchement et sans attendre les hémorrhagies graves qui en accompagnent le début, M. Chassagny intervient en substituant le tamponnement intra-utérin au tamponnnement vaginal. Ce tamponnement est pratiqué à l'aide d'une sonde mousse (fig. 1) contenant dans sa cavité une ampoule de caoutchouc du volume d'une grosse noix, sans distension préalable et susceptible, avec une injection, d'acquérir le volume d'une orange. Cette ampoule est disposée de la manière la plus sûre dans la cavité utérine avec un décollement insignifiant et une pénétration exactement limitée à 5 millimètres et demi, épaisseur du col comprise.

Chassée par les contractions utérines, elle décolle le placenta et arrête l'hémorrhagie en s'interposant dans le vide produit par ce décollement; lorsqu'elle est expulsée, la dilatation est assez considérable pour rendre possible toutes les manœuvres obstétricales.

Cette ampoule peut servir, non-seulement à pratiquer l'accouchement prématuré artificiel; mais encore à dilater l'utérus et permettre de pénétrer dans sa cavité, dans les cas d'avortement, de rétention de tout ou partie de l'œuf, des caillots, etc.; à faciliter le diagnostic et l'intrusion d'un polype, d'une tumeur fibreuse, etc.

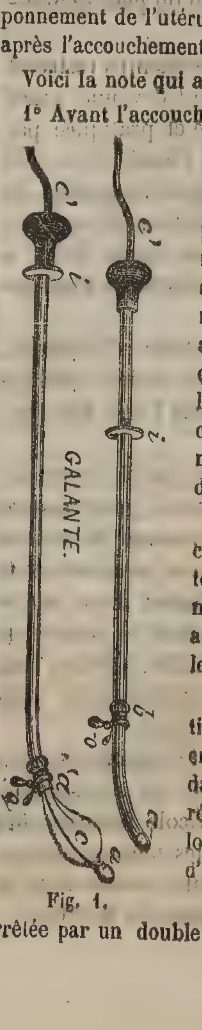


Fig. 1.

2° Après l'accouchement, l'hémorrhagie est arrêtée par un double ballon hémostatique (fig. 2.). Si l'inertie est

complète, le ballon inférieur est introduit, puis gonflé dans la cavité utérine; l'inférieur extra-utérin comprime la cavité cervicale.



Fig. 2.

Lorsque l'inertie se borne au col et aux parties voisines, le fond étant déjà revenu sur lui-même, le ballon inférieur remplit le vagin, et le supérieur s'appuie sur lui pour aller comprimer la cavité du col et les sommets non encore rétractés.

M. Robinet présente une note de M. Bodart, pharmacien, qui a trait à la question des enfants nouveau-nés.

M. Cloquet présente, de la part de M. le docteur Martinenq, une série de brochures sur le choléra.

M. Barthès présente de la part de M. le docteur Castan (de Montpellier) un volume intitulé : *De l'utilité de la pathologie générale.*

M. J. Guérin annonce à l'Académie la mort d'un correspondant à Saint-Pétersbourg (nous croyocs entendre que c'est M. Doubowitski), et dément la nouvelle qui avait annoncé que M. le docteur Pirogoff, correspondant d'Odessa, avait péri victime d'une agression.

M. Guérin présente en outre, de la part de M. le docteur Papillaud, une brochure sur le traitement de la phthisie à propos de la discussion sur la tuberculose.

M. Larrey présente : 1° au nom de M. le docteur Louis Roulet une brochure intitulée : *de l'asthénopie;* 2° au nom de M. le docteur Edouard Meyer, un mémoire sur la guérison du kérato-conus.

M. Cerise présente : 1° de la part de M. le docteur Cousin un volume intitulé : *Traitement des maladies de l'oreille;* 2° au nom de M. le docteur Jurkowski, une brochure sur l'emploi des eaux de Schinznach (Suisse) dans les affections des voies respiratoires.

M. Richet présente au nom de M. le docteur Galezowski un volume intitulé : *Du diagnostic des maladies des yeux par la chromatoscopie rétinienne.*

M. Ségalas présente le bulletin de la Société médico-chirurgicale de Paris pour l'année 1867, rédigé par M. le docteur Martineau.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur la tuberculose.

La parole est à M. J. Guérin.

M. J. Guérin prononce un discours qui n'a point été écrit. Nous en présenterons un résumé lorsqu'il aura été publié.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 20 mai 1868. — Présidence de M. Legouest.

—

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal :

Enchondrome. — M. Trélat dépose sur le bureau l'une des deux observations qu'il a citées dans la dernière séance; l'autre observation a été publiée par la *Gazette des Hôpitaux*, qui en a reçu le manuscrit.

Obs. — Eugénie R..., 40 ans, blanchisseuse.

Entrée salle Sainte-Marthe, n° 49, le 20 avril 1868.

La santé habituelle a toujours été et est encore bonne.

C'est à trois ans environ que cette femme fait remonter le début de la tumeur qu'elle porte à la région parotidienne. Au commencement, dit-elle, c'était comme une lentille placée sous la peau, mobile et indolore.

Lentement, par une marche qui semble avoir été régulièrement progressive, cette tumeur a pris le développement où nous la voyons arrivée; mais, sauf quelques élancements que la malade y ressentait surtout à l'époque des règles, aucune douleur vive ne s'y montrait.

Actuellement, à la région parotidienne gauche, existe une tumeur arrondie qui, revêtue des téguments, dessine une bosselure grosse comme un œuf de poule. Sa situation est telle, que la partie supérieure de son contour atteint la partie la plus élevée de la région, tandis que son bord inférieur est distant de 2 centimètres environ de l'angle maxillaire. En avant, elle déborde sur le bord postérieur de la branche montant en arrière, elle soulève notablement le lobule de l'oreille. Sa consistance est à peu près uniforme, rénitente, en aucun point fluctuante, mais un peu plus molle au sommet.

Nulle part le doigt n'y perçoit la sensation caractéristique d'une enveloppe osseuse dépressible.

Elle semble formée de trois lobes : un supérieur, un inférieur et un antérieur moins développé.

La pression n'y provoque aucune douleur.

La tumeur gêne peu, et seulement depuis ces derniers temps, les mouvements de la mâchoire.

La peau, qui est saine sur la tumeur, est sans aucune adhérence avec elle. Vient-on à explorer la mobilité de la tumeur elle-même, celle-ci, au contraire, n'est que partielle et limitée.

En présence d'une tumeur qui n'offre guère d'autres caractères que ceux qui sont communs à cette classe d'affection à marche lente, sans douleur, sans adhérence de la peau, le diagnostic devait osciller entre deux variétés de tumeurs bénignes, presque également fréquentes en ce point : l'adénome parotidien, ou l'enchondrome. Et il faut ajouter que le diagnostic différentiel, poussé à un plus haut degré de précision, était, dans le cas actuel, matériellement impossible.

L'opération fut pratiquée le 13 mai. Incision verticale comprenant toute la peau. Incision horizontale de 2 centimètres partant de l'angle supérieur de la première incision. En écartant le lambeau ainsi circonscrit, on détruit les quelques filaments celluleux qui unissent la peau à la tumeur. L'énucléation se continue facilement. Les tractions faites sur la tumeur, au moyen d'une crique, en déterminent la rupture. Les fragments qui s'en échappent sont visiblement des fragments d'enchondrome mou. Quand M. Trélat a enlevé toute la masse cartilagineuse qui a le volume d'une grosse noix, on voit, de la façon la plus nette, la face profonde du kyste qui contenait la masse cartilagineuse. La dissection du kyste s'achève sans difficulté; mais provoque un notable écoulement sanguin.

Pansement sec, légèrement compressif.

14 mai. — Mouvement fébrile très-léger; peu de douleur au niveau de la plaie. Même pansement.

15 mai. — L'incision transversale est en voie de réunion.

16-17 mai. — La plaie suppure à peine et est recouverte d'une couche grisâtre pseudo-membraneuse. Pansement avec l'eau-de-vie camphrée.

18 mai. — La plaie suppure et commence à bourgeonner.

Aujourd'hui, 20 mai, la plaie est en voie de cicatrisation rapide.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. Ranvier.

La tumeur est un *enchondrome à cellules ramifiées, en voie de dégénérescence muqueuse.*

Les éléments cellulaires sont de deux ordres : 1° quelques rares cellules cartilagineuses ordinaires entourées de leur capsule, et disséminées au milieu dss autres; 2° des cellules ramifiées (0,012 à 0,018) offrant de deux à six prolongements qui vont s'anastomoser avec les prolongements des cellules voisines.

La substance fondamentale, amorphe en certains points, fibreuse dans d'autres, présente un très-grand nombre de fibres élastiques. Les points où ces fibres élastiques offrent cette grande longueur, contiennent beaucoup de cellules et peu de substance intercellulaire, de telle sorte qu'on dirait que ces fibres élastiques proviennent directement des cellules allongées par leur tassement.

Les parties qui ont subi la dégénérescence muqueuse se rencontrent dans un assez grand nombre de points. On voit des cavités de formes et de dimensions variables renfermant de la substance muqueuse, des fibres élastiques et un petit nombre de cellules, qui sont devenues granulo-graisseuses.

M. Giraldès. Je tiens à faire remarquer, afin qu'il n'y ait pas double emploi, que l'enfant présenté par M. Guersant dans la dernière séance est le même que celui dont il est question dans une de mes leçons cliniques publiées récemment.

M. Chassaignac. Je pense que la note adressée en réponse par M. Broca à la lettre de M. Sédillot n'exprime pas la véritable manière de voir de la Société de chirurgie, relativement à l'opportunité de la conservation du tubercule osseux médian, dans le cas de bec-de-lièvre compliqué. Je n'ai pas voulu, il est vrai, que l'on conservât le tubercule osseux chez l'enfant présenté par M. Demarquay; mais il s'agit là d'un cas particulier et non pas de l'application d'un principe général. Or, c'est sous ce dernier jour que notre manière de voir est présentée dans la note de M. Broca.

M. Depaul. Je m'associe complètement à la réclamation de M. Chassaignac. Dans la discussion qui a eu lieu ici, je n'ai voulu parler que du cas présent.

M. Guersant. Ainsi que mes collègues, j'admets que dans un grand nombre de cas, il faut conserver le tubercule osseux médian.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Marc Sée, nommé membre titulaire, prend place parmi ses collègues.

COMMUNICATIONS.

M. Tillaux fait la communication suivante :

Luxation spontanée de la sixième vertèbre cervicale sur la septième.

Le nommé M..., âgé de quarante-huit ans, ébéniste, partit le lundi 4 mai dernier passer la journée au camp de Saint-Maur avec plusieurs amis; l'un d'eux lui donna un croc-en-jambes qui le fit tomber sur l'herbe; mais la chute fut si légère que le malade se releva immédiatement, n'éprouva aucune douleur et perdit même complètement le souvenir de cette chute, puisqu'on dut plus tard la lui rappeler. Il était deux heures après midi. Pendant quatre heures encore, M... continua à courir et à jouer avec ses amis. Tout à coup, vers six heures, il s'affaissa en s'écriant : « Soutenez-moi, je ne puis plus me porter. » Les assistants crurent d'abord à une plaisanterie, mais ce n'était que trop vrai. Il fut transporté de suite au village voisin, où un médecin constata une paraplégie absolue, et le même soir, à onze heures, il entrait à l'hôpital Saint-Antoine. L'interne de garde ne constatant, ni dans l'état local, ni dans les antécédents, rien qui indiquât un traumatisme, plaça le malade dans le service de M. le docteur Millard, médecin de l'hôpital. Je suis heureux de remercier cet excellent collègue de m'avoir permis de vous communiquer ce fait.

Le 5, à la visite du matin, M. le docteur Millard constate une paraplégie complète. La paralysie remonte jusqu'au troisième espace intercostal. Les membres supérieurs eux-mêmes ont perdu de leur sensibilité tout en conservant la mobilité. Il n'y a pas trace d'action réflexe dans les membres inférieurs. Le malade, qui est fort intelligent, rend parfaitement compte de son état et ne sait à quelle cause rattacher les phénomènes qu'il éprouve.

En examinant la région dorsale, on constate une saillie très-prononcée de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale. La tête tout entière est portée en avant; mais le malade, interrogé à cet égard, déclare qu'il se tient très-mal à l'ordinaire et qu'il marche toujours la tête penchée dans ce sens; il ne lui semble pas qu'elle soit plus penchée que d'habitude; cependant il éprouve du soulagement lorsque l'on redresse légèrement sa tête.

L'action de la moelle était totalement anéantie à partir de la région cervicale; mais à quelle cause directe rattacher cette paraplégie? M. Millard était fort embarrassé, et je ne le fus pas moins que lui en examinant le malade; car, comment admettre une fracture ou une luxation de la colonne vertébrale avec les commémoratifs qui sont relatés plus haut : traumatisme insignifiant et produit quatre heures avant le début des accidents, nulles traces de maladie antérieure; santé habituelle excellente.

Les symptômes de la paraplégie persistèrent les jours suivants, et le malade mourut le 8 mai, quatre jours après son entrée.

L'autopsie nous a révélé les particularités suivantes, que vous pouvez constater sur la pièce que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux.

Les muscles des gouttières vertébrales étaient infiltrés de sang. Une fois ces muscles enlevés, il fut facile de constater que la colonne vertébrale était complétement séparée en deux tronçons au niveau de la septième cervicale; nous crûmes d'abord à une fracture. Un examen plus attentif démontre que les surfaces osseuses étaient intactes, qu'il existait une luxation complète entre la sixième et la septième cervicale. Les cinq premières vertèbres ont conservé leurs rapports avec la sixième. La capsule qui réunit les surfaces articulaires est déchirée, ainsi que le ligament inter-épineux. Le disque inter-vertébral est rompu d'avant en arrière et de haut en bas, en sorte qu'une portion de ce disque adhère en avant à la face supérieure de la septième, et l'autre portion à la face inférieure et en arrière seulement de la sixième. Les surfaces osseuses ne sont pas érodées et présentent seulement une légère vascularisation; mais la lésion capitale porte sur la septième cervicale. Au lieu de représenter une surface rectangulaire dans le sens antéro-postérieur, la coupe de cette vertèbre donne la forme exacte d'un coin dont la base est en arrière et le sommet en avant. La face postérieure et la vertèbre mesure en hauteur 15 millimètres, tandis que la face antérieure n'en mesure que 7. La face supérieure représente donc un plan incliné de haut en bas et d'arrière en avant. On ne constate aucune trace de suppuration ancienne ou récente, ni dans les corps vertébraux, ni dans le voisinage. Du reste, les renseignements fournis par le malade, ceux donnés aujourd'hui encore par sa veuve ne dénotent aucune maladie antérieure, aucune douleur dans la région du cou.

La moelle, examinée trop tard pour que les recherches histologiques soient possibles, était fortement comprimée et réduite en une pulpe presque liquide au niveau de la luxation.

En résumé, depuis une époque qu'on ne peut préciser, il s'était produit sur la septième vertèbre cervicale un travail de résorption et non pas usure, car le disque inter-vertébral n'était nullement détruit; vous le voyez encore intimement adhérent à la partie de la vertèbre qui a perdu de sa hauteur; les deux vertèbres ne frottaient donc pas l'une contre l'autre.

Depuis longtemps déjà la sixième vertèbre cervicale et la tête avec elle s'étaient inclinées sur le plan oblique, en bas et en avant, que leur offrait la face supérieure de la septième, d'où cette attitude vicieuse que le malade rapportait à sa profession. Puis, tout à coup, sous l'influence probable d'une cause véritablement insignifiante, puisque le malade n'a éprouvé des accidents que quatre heures après sa chute; une luxation complète en avant s'est produite, et a déterminé la mort.

C'est la marche et le mécanisme, à coup sûr fort insolites de cette luxation, qui nous ont engagé, M. le docteur Millard et moi, à vous en relater les détails.

M. Després. Le fait remarquable à quelques égards que M. Tillaux vient de nous faire connaître, me semble pouvoir trouver une explication assez simple. Il s'agit là d'un mal de Pott, du genre de celui qui a été étudié par M. Nichet. Le point de départ de la maladie a été la bourse séreuse du fibro-cartilage; aujourd'hui, tout autour de l'os, on voit des traces d'inflammation. Dans un pareil état, on comprend qu'un effort léger ait pu produire une luxation spontanée.

M. Larrey. Je pense également que dans ce fait on peut suivre très-bien les deux périodes du mal vertébral; dans la première existait l'ostéite vertébrale, dans la seconde est parvenue la paraplégie, caractère essentiellement décrit par Pott dans ses deux mémoires.

M. Tillaux. Il est bien évident qu'il y a eu une inflammation de l'os; mais ce qu'il y a de singulier dans le cas actuel, c'est que cette tumeur blanche ait passé complétement inaperçue, et que tout à coup elle ait causé une luxation spontanée.

M. Després. Je me méfie des faits extraordinaires et c'est pour cela que j'ai pris la parole. Je le répète, il s'agit là de la forme de mal de Pott étudié par M. Nichet, mal de Pott ayant son point de départ dans le ménisque inter-articulaire; or, l'on sait que l'os s'use dans ce cas. Si on avait pu interroger le malade sur ses antécédents de jeunesse, on eût découvert quelques traces de symptômes d'arthrite vertébrale.

M. Tillaux. Cette interrogation a eu lieu et n'a donné que des résultats négatifs.

M. Panas. J'ai examiné le malade de M. Tillaux peu de temps après l'accident. Cet individu affirmait que c'est trois heures après avoir joué avec ses camarades qu'il avait été frappé de paralysie.

On a pensé alors qu'il y avait une lésion ancienne, et l'on a posé le diagnostic : fracture, suite évidente de lésion ancienne.

Pour moi, il a existé une maladie du ménisque inter-articulaire. Il y avait un ramollissement du disque intervertébral; par suite de cet état, le cou du malade était dans une position vicieuse, et cette pression de longue date a amené une usure du corps vertébral en avant. En même temps que cela existait, le ramollissement continuait à se faire, et c'est à la suite d'un mouvement de flexion de la tête en avant que la rupture a eu lieu.

M. Guyon communique l'observation suivante : — **Luxation du poignet.**

(L'observation de M. Guyon ne nous est pas encore parvenue.)

Opération d'ablation du polype naso-pharyngien.

M. Verneuil communique, au nom de M. Louis Thomas, de Tours, une observation de polype naso-pharyngien, récemment opéré par lui.

Pour endormir le malade, M. Thomas a mis en pratique le précepte préconisé dernièrement devant l'Académie de Médecine, par M. Verneuil, et qui consiste à faire préalablement le tamponnement de la fosse nasale.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Guérin, Labbé et Verneuil.

PRÉSENTATION DE MALADE ET DE PIÈCE.

Fibrome calcifié du sinus maxillaire gauche simulant une exostose nécrosée. — Ablation du maxillaire. — Guérison.

M. Demarquay présente une tumeur singulière, développée dans le sinus maxillaire dont elle a peu à peu distendu la cavité, en amincissant ses parois.

Cette tumeur est formée de deux parties : l'une extérieure, de nature fibreuse; l'autre centrale, d'apparence osseuse, constituée par une série de séquestres libres dans une cavité, dont la couche fibreuse forme les parois. Ces productions calcaires sont mortifiées, grisâtres, inégales et très-friables; elles exhalent l'odeur des os nécrosés. Elles sont en assez grand nombre, pressées les unes contre les autres; il en existe cependant une plus volumineuse, longue de 3 centimètres et demi, dont le poids égale 10 grammes, et la densité 1,609.

L'examen microscopique, pratiqué par M. Bouchard, a démontré l'absence d'ostéoplastes. L'analyse chimique faite par MM. Naquet

et Lamouroux a montré que cette concrétion était formée de carbonate de chaux, de phosphate de chaux et de magnésie, et enfin d'une substance organique peu abondante, ne rappelant nullement, par ses propriétés, la trame organique des os. Les sels ne sont non plus nullement dans le rapport qu'ils présentent dans le tissu osseux. En effet, la proportion du phosphate au carbonate y est comme 10 est à 1, tandis que dans les os elle est comme 7 est à 1.

La couche la plus extérieure de la tumeur, qui paraît former la lésion principale et dont la partie centrale doit représenter le dernier terme de développement, est dure, fibreuse, d'un blanc grisâtre et à peine adhérente à la lame osseuse qui l'entoure.

L'examen microscopique a montré qu'elle était formée de tissu fibreux contenant, entre ses mailles, des grains calcaires de même nature que la concrétion centrale. Cette couche est loin de présenter partout la même épaisseur. Réduite à quelques millimètres en bas et en dehors, elle s'épaissit considérablement en haut et surtout en dedans, où elle envoie un prolongement qui a rejeté le nez à droite et détruit l'odorat. Excepté au niveau de l'ouverture du sinus qui est conservée, cette masse fibreuse est partout recouverte d'une mince lame de tissu osseux qui, en certains points, ne dépasse pas l'épaisseur d'une feuille de papier.

Cette tumeur a été enlevée sur un homme de trente-trois ans, chez qui elle avait mis dix-huit années à se développer. Malgré son volume considérable, elle n'avait entraîné aucuns désordres graves dans l'état général, et elle était restée à peu près indolente. On n'y percevait aucune crépitation. Sur la joue et dans la bouche, il existait plusieurs trajets fistuleux conduisant dans la cavité centrale où étaient contenus les séquestres, et, en introduisant un stylet, on sentait manifestement une surface dure et mobile.

Après l'ablation du maxillaire, le malade a parfaitement guéri, et aujourd'hui grâce à un obturateur, il parle avec facilité.

Cette tumeur a été considérée, par M. Ranvier, comme un fibrôme calcifié dont la partie centrale s'est nécrosée par l'exagération de l'élément calcaire sur la partie organique.

M. Bouchard croit plutôt à une altération spéciale non encore décrite de la fibro-muqueuse des tissus, dont les éléments auraient subi une hypergénèse considérable, en même temps que l'incrustation calcaire.

(Pour plus amples détails, consulter la *Gazette médicale* du 30 mai.)

A cinq heures un quart la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire : Dr Léon Labbé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Lundi dernier, l'Académie des Sciences a procédé à l'élection d'un membre dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Serres, décédé.

Sur 57 votants, M. Bouillaud a obtenu au premier tour de scrutin 38 voix, M. Davaine, 11, et M. Vulpian, 8.

En conséquence, M. Bouillaud a été proclamé membre de l'Académie des Sciences.

— Nous avons le plaisir d'annoncer que M. le docteur Du Mesnil, ancien interne à l'Asile impérial de Vincennes, ancien médecin adjoint dudit établissement, est nommé médecin titulaire, en remplacement du regrettable M. Laborie.

— Des modifications considérables qui semblent tenir à un plan d'ensemble déjà arrêté, s'introduisent successivement dans quelques parties de l'enseignement supérieur, en vue de placer partout où cela est possible les études pratiques à côté des leçons théoriques.

Ainsi, depuis plusieurs mois a été ouvert à la Sorbonne, pour la physique, un *laboratoire de recherches*, où huit ou dix jeunes savants passent la journée à travailler avec le professeur, à l'aide des appareils les plus perfectionnés.

Deux des cours du Muséum d'histoire naturelle viennent d'être réorganisés dans le sens de ce nouveau plan d'études.

M. Decaisne, professeur de culture, reprenant la pratique de de Jussieu, qui avait été malheureusement abandonnée, a fait dimanche dernier, avec une quarantaine de personnes, sa première *herborisation*.

M. Milne-Edwards, professeur de zoologie, va de même ajouter à ses leçons publiques des *conférences* et des *démonstrations* destinées à initier les étudiants aux travaux pratiques, auxquels ils seront désormais exercés dans le laboratoire spécial de la chaire.

(*Moniteur.*)

— L'éditeur L. Guérin donne la plus grande activité aux suppléments du *Traité d'Anatomie* de Bourgery, Claude Bernard et Jacob, dont le texte est confié à M. Duchaussoy, professeur agrégé, et les dessins à M. Pochet.

Huit livraisons de ce splendide ouvrage viennent de se succéder avec une rapidité dont on ne saurait trop louer l'éditeur.

Les diverses fistules urinaires chez la femme, les opérations pratiquées sur la vulve et le vagin, font l'objet des sept premières livraisons.

Dans la huitième, l'auteur aborde les opérations pratiquées sur l'utérus.

Ces suppléments ont surtout pour but de décrire et de représenter par la gravure toutes les opérations chirurgicales. Le nombre des livraisons s'élèvera à 20 environ; chaque livraison, avec planche noire, prix 2 fr. 50 c.; avec planche coloriée, prix, 5 fr.

Ce splendide ouvrage est en vente à la librairie Th. Morgand, rue Bonaparte, 5.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Phrényogénie ou *données scientifiques modernes* pour doter *ab initio* ses enfants de l'organisation phrénologique du génie et du talent supérieur (bosses intellectiques de Gall, signes heureux de Lavater, etc.). — Premières expériences. — Prix 3 francs. — Paris, 1868. Dentu.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Piqûres de mouches.

Nos lecteurs liront avec intérêt la communication suivante que nous adresse notre très-honorable collaborateur M. le docteur Faure :

« Madame M..., 30 ans, trois enfants et enceinte en ce moment, se présenta chez moi le 12 mai au matin.

La cuisse gauche, à sa partie inférieure, dans une étendue de 20 centimètres sur 15, était le siége d'une tuméfaction très-prononcée et des plus douloureuses. Il y avait là comme une sorte de plaque faisant fortement saillie, et au-dessous de laquelle on trouvait, dans l'épaisseur du membre, une induration profonde et parfaitement circonscrite : on aurait dit sous la peau un galet, une sorte de caillou. La peau était d'un rouge très-intense; les papilles, toutes hérissées et considérablement tuméfiées, donnaient lieu à une multitude de petites élevures en mamelons; en divers endroits apparaissaient des taches violacées de dimensions variables, depuis 1 ou 2 centimètres jusqu'à 3 ou 4; l'une d'elles, qui contournait tout le bord supérieur de la rotule, avait 2 centimètres de haut sur 4 ou 5 de long. Au-dessus de la rotule, la peau n'était pas sensiblement durcie, mais elle était épaissie et, comme dans le reste du mal, d'un rouge inflammatoire des plus vifs. Enfin, toute cette tumeur était entourée d'une auréole d'un pourpre ardent qui donnait l'idée d'un morceau de fer chauffé au rouge. La douleur était excessive, c'était une sensation de brûlure à laquelle il s'ajoutait une démangeaison insupportable. Il semblait, dit la malade, que ce fût un millier de griffes d'acier qui lui déchiraient la cuisse. Le pouls était élevé, il y avait de la fièvre, l'agitation était extrême, et quand je demandai à la malade pourquoi elle était venue chez moi plutôt que de me faire appeler, elle me répondit qu'il lui était impossible de rester en place.

Au milieu de ses paroles un peu désordonnées par la souffrance, voici ce que j'appris : Dimanche, dans la journée, elle s'était posée sur un lit de repos : tout à coup elle avait été réveillée par une piqûre très-douloureuse, puis elle s'était rendormie après avoir chassé de sous ses vêtements, et sans y regarder, l'animal qui l'avait atteinte.

Je cherchai alors la trace de cette piqûre et je la trouvai parfaitement évidente à la surface de la partie enflammée : c'était une toute petite vésicule entourée d'un cercle rouge plus foncé que le reste et faisant une légère saillie. Dès le soir même de l'accident, une douleur très-vive, l'empâtement, la rougeur, etc., étaient apparus, la malade n'avait pas eu un instant de repos, les progrès avaient marché avec une rapidité extrême.

Pour moi, il y avait là une intoxication locale tendant à généraliser ses effets, quel que fût d'ailleurs le corps toxique. Le cas était des plus menaçants, et l'indication d'un traitement des plus urgents. Mais là était la difficulté : que faire? Tous les traités conseillent de larges et profondes cautérisations. C'est le traitement classique et pour ainsi dire exclusivement adopté. J'ai eu plusieurs fois occasion de les voir employer dans le service de Velpeau : leur résultat a été absolument nul, elles n'arrêtent en rien la marche du mal. Leur insuffisance s'explique du reste facilement : elles ne portent que sur une partie limitée du mal; à supposer donc qu'elles le détruisent au point touché par le caustique, elles sont sans effet sur le voisinage. J'ai été témoin de leur impuissance dans un fait surtout qui ne sortira pas de ma mémoire.

Un homme d'une trentaine d'années, d'une constitution magnifique, arrive à la salle de garde à la Charité, un samedi vers les quatre heures. Il me montre sur son épaule une petite vésicule grosse comme une tête d'épingle, au milieu d'une base indurée et rouge de la largeur d'une pièce de 20 centimes, et me raconte qu'il y a une heure à peine, il avait été piqué par une mouche qui s'était introduite sous la manche de sa blouse de travail.

Cet homme était plein de résolution; il demandait à être traité énergiquement. Je fis deux incisions cruciales qui dépassaient de beaucoup, en profondeur et en étendue, les limites du mal, et on les remplit de caustique. Le lendemain matin, dimanche, la base indurée avait acquis 8 ou 10 centimètres de diamètre; le bras était le siége d'une tuméfaction considérable au voisinage du mal. M. Velpeau laboura littéralement la masse indurée d'incisions qui furent ensuite passées au fer rouge. Le lundi, le mal avait fait de tels progrès, qu'il n'y avait plus d'espoir que dans l'amputation scapulo-humérale; elle fut faite immédiatement. Le malade mourut dans la journée. A l'autopsie, nous trouvâmes un immense foyer de gangrène qui avait séparé en avant, en arrière et sur le côté, depuis la crête iliaque jusqu'à l'aisselle, les téguments et le tissu cellulaire du côté correspondant du corps, dans presque toute leur étendue.

C'est à se demander si dans ce cas, véritablement foudroyant, les cautérisations n'ont pas été pour quelque chose dans la célérité des désastres.

On a proposé d'enlever le mal tout entier et d'en cautériser ensuite toute l'étendue au fer rouge. Ce procédé est peut être praticable dans les cas où le mal n'a qu'une étendue très-limitée, mais comment y songer quand il a près de cinquante centimètres de tour comme chez la malade en question.

Je préférai essayer des irrigations froides. Bien qu'elles n'aient pas été, que je sache, conseillées jusqu'ici, il n'en est fait mention dans aucun traité; mais j'avais des raisons de croire à leur effet sur la marche d'une intoxication locale.

Donc, du 12 au 22 mai, sans désemparer, jour et nuit, la partie malade fut inondée par un courant d'eau glacée, disposé de manière à en inonder toute l'étendue. L'appareil employé était des plus simples. Un seau ordinaire plein d'eau était suspendu à un mètre au-dessus de la malade; à la partie inférieure de ce seau était adapté un tout petit robinet, et à ce robinet étaient fixés trois ou quatre brins de menue corde, maintenus écartés les uns des autres sur un bout de bois. L'eau tombait en filets avec une rapidité extrême et d'une hauteur de vingt centimètres environ, après avoir coulé le long de ces cordes.

L'effet de ce traitement fut pour ainsi dire instantané. La cessation de la douleur a été immédiate, et il faut reconnaître que cette cessation était due à la réfrigération; car dès qu'on l'arrêtait pendant quelques instants, pour un motif ou pour un autre, la douleur reparaissait, avec la rougeur, la démangeaison intolérable, etc.

La marche du mal a été visiblement enrayée; cette induration, dont les progrès marchaient si rapidement, s'est arrêtée net. La partie indurée cessa de gagner en étendue; dès le lendemain, on trouvait qu'elle était sensiblement moins résistante; peu à peu elle s'est fondue, et le onzième jour, il ne restait plus qu'un noyau ramolli à demi et du volume d'une noix.

Du quatrième au cinquième jour, tout le membre malade s'œdématia d'une manière fort inquiétante, la peau était lisse, luisante; en certains points on trouvait des noyaux d'induration, et la peau présentait des rougeurs et des lividités d'un mauvais aspect.

A diverses reprises, l'état général fut menaçant, il y eut de la fièvre, des frissons, une soif vive, de l'agitation. La malade se tourmentait; elle passa cinq nuits sans dormir.

Ce n'est guère que le dixième jour que l'on put essayer de suspendre l'irrigation pendant un quart d'heure, sans que ses douleurs reparussent aussitôt. Mais encore à cette époque la partie malade présentait des vestiges palpables du mal; la rougeur, la chaleur, une certaine épaisseur de la peau et surtout des phlyctènes, dont quelques-unes avaient le volume d'un petit pois.

Le 23 mai, c'est-à-dire quatorze jours après la piqûre, toute induration a disparu; mais on trouve encore au siége primitif du mal une plaque bleuâtre, parsemée de taches acuminées d'un rouge très-ardent; l'épiderme se soulève en divers points. Il est évident enfin qu'il y a eu là une telle modification dans l'état des tissus, qu'il s'écoulera une longue période avant leur retour à l'état normal. Le membre malade présente toujours sur l'autre une différence de quatre à cinq centimètres en plus dans toute son étendue. La malade peut arrêter l'irrigation d'eau froide pendant deux ou trois heures, mais passé ce temps la rougeur revient très-vive, la douleur et les démangeaisons reparaissent.

Le 25, la coloration foncée s'est à peu près maintenue. Toutefois, quelques taches moins foncées tranchent sur la plaque bleuâtre. Sur les bords, la coloration diminue par points. Avant que toute trace du mal ait définitivement disparu, il faudra au moins une quinzaine de jours. L'empâtement de la cuisse et de la jambe est encore considérable; à la fesse, se trouve une plaque rouge indurée, et faisant légèrement saillie. Mais il n'existe plus de douleur nulle part; l'état général est excellent. Madame M... a repris ses occupations habituelles.

Les mouvements de l'enfant dans le sein de sa mère, qui, pendant plusieurs jours, étaient tombés de manière à me faire croire à l'imminence d'une fausse couche, se sont relevés manifestement.

En somme, je ne crois pas qu'il soit possible de le nier, cette femme a été atteinte d'une de ces infections qui, limitées d'abord au point attaqué seulement, étendent rapidement leur effets au reste de l'organisme et conduisent aux résultats les plus funestes, et tous ceux qui ont été à même d'observer de ces sortes d'affections et de ce qu'il en arrive quand elles sont traitées par les cautérisations, apprécieront la différence des résultats. »

Inflammation blennorrhagique du canal déférent, ou déférentite blennorrhagique.

Tout le monde sait que, dans l'épididymite blennorrhagique, le canal déférent est souvent tuméfié, dur, gros comme une baguette de fusil, depuis la queue de l'épididyme jusqu'à l'orifice supérieur du canal inguinal. Ce qui est moins connu, parce que le fait est beaucoup plus rare, c'est l'inflammation d'origine blennorrhagique limitée au canal déférent, c'est-à-dire sans épididymite et sans orchite concomitants. M. Gosselin vient d'en observer un exemple très-probant, dont il a fait l'objet d'une de ses leçons à l'hôpital de la Charité.

Le malade, âgé de 25 ans, avait depuis cinq mois une blennorrhagie, passée à l'état de blennorrhée, dont il ne s'occupait plus, lorsque, vers le 10 mai, il sentit un gonflement au côté gauche du scrotum. Il continua quelques jours encore ses travaux. Mais la douleur et le gonflement ayant augmenté, il fut obligé d'entrer à l'hôpital le 15 mai.

En l'examinant, M. Gosselin trouva à la partie inférieure du scrotum, à gauche, au-dessous de l'anneau inguinal externe et à peu près au niveau de la tête de l'épididyme, une tumeur arrondie, très-dure, un peu douloureuse au toucher, grosse comme une forte noisette. De cette tumeur partait en bas un cordon dur, gros comme un fort manche de plume, qui aboutissait à la queue de l'épididyme, et en haut un autre cordon, plus gros que le précédent, dur uniformément, c'est-à-dire sans bosselures d'espace en espace, qu'il était facile de suivre depuis la tumeur jusqu'à l'anneau inguinal externe, et depuis ce dernier jusqu'à l'orifice supérieur du canal inguinal. Aucun gonflement appréciable, par le toucher rectal, du côté des conduits éjaculateurs et à la fin des canaux déférents. Cet examen, répété les jours suivants, permit de constater de mieux en mieux que l'épididyme tout entier était bien distinct de la tumeur, que le testicule lui-même en était encore mieux isolé, et que, vu la situation de la tumeur et l'impossibilité de sentir le conduit déférent normal, il n'était pas possible de localiser la maladie ailleurs que dans le canal déférent. On sentait d'ailleurs très-bien, en dehors du gros cordon allongé et renflé dans un point, le reste du cordon spermatique avec sa consistance naturelle, et surtout avec la souplesse de son tissu cellulaire, ce qui autorisait à dire qu'il n'y avait pas même funite concomitante, ou, si l'on aime mieux, qu'il y avait seulement funite partielle aux dépens du canal déférent.

La dureté de ce cordon allongé, son renflement dans un point, donnaient à la maladie des caractères physiques analogues à ceux de la tuberculisation du conduit déférent. Mais, outre qu'il n'y avait ici de tuberculisation ni du côté du testicule, ni à la prostate, la maladie était trop récente pour qu'on pût croire à une lésion de ce genre, et d'ailleurs l'existence incontestable d'une blennorrhée expliquait la possibilité d'une inflammation partie de l'urèthre et arrêtée dans le canal déférent.

M. Gosselin, en établissant son opinion, annonça que son diagnostic serait sans doute confirmé par la résolution prompte de l'engorgement, à la suite d'un traitement simple consistant en repos, onctions mercurielles, deux purgations. En effet, on vit la tumeur décroître rapidement, et lorsque le malade quitta l'hôpital, le 1er juin, on ne sentait plus qu'un vestige de la partie la plus renflée de la tumeur de celle qui se trouvait au voisinage de la tête de l'épididyme; tout le reste avait disparu, et l'on retrouvait, à la place de l'ancien cordon, le petit cylindre formé par le canal déférent normal.

LUXATION

traumatique du poignet gauche en arrière (1).

Par M. le docteur GUYON.

Le 15 mai 1868, pendant la visite, on conduit à la clinique le nommé P... Hippolyte, tailleur de pierres, âgé de 30 ans. L'accident subi par le malade était tout récent; blessé dans le chantier de la Sorbonne, P... avait été immédiatement conduit à l'hôpital. Aussi avons-nous pu l'examiner avant tout gonflement, et nous rendre compte, dès l'abord, de l'exacte configuration de la région malade.

Au premier coup d'œil, il paraissait impossible de ne pas songer à un déplacement du poignet en arrière; l'on voyait distinctement sur la face dorsale du poignet une saillie régulière rappelant exactement la forme du carpe. Du côté de la main cette saillie fait suite à sa face dorsale, du côté de l'avant-bras, en relief, et nettement accusé, et d'autant plus distinct que la peau forme deux plis transversaux très-accusés dans le sillon qui marque la ligne de démarcation inférieure. Ce point est distant de plus de quatre centimètres de la ligne de flexion de la face antérieure du poignet.

En avant, la saillie que l'on observe est beaucoup moins régulière et paraît plus volumineuse; elle descend à cinq millimètres de la ligne de flexion du poignet, dont elle n'est séparée que par un pli épais de la peau. Au toucher, cette saillie antérieure est très-irrégulière, le rebord osseux le plus en relief est si abrupt que l'on se prend à se demander s'il ne s'agit pas de l'extrémité d'un fragment fracturé. Mais il est bientôt facile de reconnaître le bord antérieur de l'extrémité inférieure du radius et l'apophyse styloïde notablement portée en avant; la position de l'apophyse cubitale montre que cet os est moins sensiblement porté en avant. Il n'est d'ailleurs en aucune façon porté en dehors.

Comparées l'une à l'autre, ces deux saillies sont donc fort dissemblables et diffèrent à la fois par leur forme et leur position. L'une, la dorsale, remonte vers l'avant-bras et s'éloigne de quatre centimètres du pli de flexion, l'autre, la palmaire, s'en rapproche jusqu'à cinq millimètres.

L'une et l'autre refoulent les tendons, mais nous n'avons pas observé, comme cela a été vu par M. Voillemier, que la peau fut soulevée par les tendons extérieurs écartés du corps du radius. Ainsi que nous l'avons dit, la peau formait au-dessus de la saillie dorsale deux plis transversaux.

La main n'offrait aucune déviation, elle était restée dans l'axe de l'avant-bras, les doigts étaient modérément fléchis.

Le malade souffrait cruellement, était anxieux, mais racontait nettement ce qui lui était arrivé. Il taillait une pierre énorme, voulant la changer de position, il lui imprima de la main droite un mouvement de bascule, tandis que de la main gauche il l'empêchait de glisser trop rapidement. Bientôt il sentit que sous l'influence du poids considérable qu'elle soutenait, la main gauche se ployait outre mesure, il voulut la dégager, mais le coude fut arrêté par une autre pierre placée derrière lui, et la première continua à presser de tout son poids sur la paume de la main gauche, alors que le coude fournissait un point d'appui fixe; à ce moment, le malade n'a ni entendu ni senti de craquement, mais il a éprouvé une douleur violente. Bientôt dégagé par ses camarades, il fut conduit à l'hôpital.

Nous nous empressâmes de faire mouler le membre malade; lorsqu'une heure après son entrée P... fut conduit à l'amphithéâtre, le gonflement de l'avant-bras était déjà très-prononcé. La saillie que l'on remarque au-dessus du carpe déplacé est bien accusé par le moulage, et nuit même à sa physionomie; cette saillie molle était évidemment due au gonflement de la gaîne des radiaux externes qui se produit si habituellement dans les fractures ou entorses de l'extrémité inférieure du membre thoracique.

Le malade fut chloroformé jusqu'à résolution musculaire. Toute investigation devenait alors facile, et nous croyons devoir déclarer que, sous le bénéfice de toute absence de douleur et d'inconvénient pour le malade, nous ne craignîmes pas d'explorer les extrémités déplacées avec tout le soin, toute la rigueur possibles.

Il fut alors évident : 1° Que nous avions bien affaire aux surfaces articulaires déplacées; 2° que l'extrémité inférieure du radius n'était le siége d'aucune solution de continuité; — sur ce point en particulier notre examen fut aussi complet que possible; — 3° que les apophyses du radius et du cubitus n'étaient pas fracturées; 4° que l'articulation radio-cubitale inférieure avait, elle aussi, subi des déchirures ligamenteuses, car il était possible de faire jouer l'une sur l'autre les extrémités osseuses.

La réduction fut facile; elle s'opéra sans craquement; le membre fut placé entre deux attelles modérément serrées qui embrassaient la main et l'avant-bras. Mais dès le soir il fallut renoncer à toute contention. Le gonflement était devenu considérable, et le lendemain matin nous trouvions de nombreuses phyctènes séro-sanguines. Dès lors nous avons abandonné tout appareil, et le membre enveloppé de cataplasmes fut déposé dans une gouttière. Aujourd'hui, le gonflement a bien diminué, et voici ce qui était constaté ce matin même.

Malgré l'absence de moyens contentifs, le déplacement ne s'est pas reproduit; à aucun degré la pression sur l'extrémité inférieure du radius n'est douloureuse, à plusieurs reprises nous l'avons vivement pratiquée au lieu d'élection sans que le malade se plaignît. Aucune douleur n'est provoquée lorsque l'on presse les apophyses styloïdes, mais la pression de l'articulation, au niveau de la face dorsale du poignet, est très-sensible et, à ce niveau, le carpe fait une saillie encore appréciable.

Nous pouvions, grâce au moulage, comparer le membre à lui-même avant et après réduction. Vous voyez très-nettement sur le plâtre la pointe de l'olécrâne; nous avons mesuré de ce point à la saillie du troisième métacarpien. Le membre actuel, c'est-à-dire après réduction, est de 2 centimètres plus long. Nous avons aussi comparé l'avant-bras gauche à l'avant-bras droit. Les apophyses styloïdes offrent la même position, c'est-à-dire qu'à droite et à gauche l'apophyse du radius descend plus bas que celle du cubitus. Enfin le radius droit et le radius gauche sont de la même longueur.

Vous le voyez, ce que nous observons aujourd'hui vient confirmer ce que nous avions noté le jour de l'accident, et nous pensons avoir le droit de maintenir le diagnostic de la luxation sans nous en référer à une autopsie qui, fort heureusement, n'est pas en cause.

Nous dirons avec Malgaigne : « Avec tous ces signes on est en droit d'affirmer la luxation du poignet, simple ou avec de petites fractures insignifiantes. » C'est là, en effet, le seul point du diagnostic qui soit fort difficile sinon impossible à résoudre. La luxation n'est pas simple d'ailleurs puisque nous avons tout au moins reconnu le diastasis de l'articulation radio-cubitale inférieure. Mais ce n'est pas le plus ou moins de simplicité de la luxation qui était en question; c'était le fait de la luxation elle-même et l'absence de toute fracture de l'extrémité inférieure du radius. Nous espérons que la Société de chirurgie pensera que les conditions particulièrement favorables, fournies par le traumatisme si récent et par l'examen sous le chloroforme, jointes à l'ensemble des renseignements énumérés, sont de nature à faite accepter le diagnostic que nous croyons pouvoir défendre.

(1) Voir la séance de la Société de chirurgie du dernier numéro.

OVARIOTOMIE

Obs. XLIII. — Ovariotomie pratiquée le 13 mars 1867. Mort.

Par E. KŒBERLÉ.

Madame L..., de Châtillon (Côte-d'Or), âgée de 60 ans, avait depuis plusieurs années le ventre très-proéminent. On s'est aperçu de l'existence d'une tumeur abdominale, en 1865, à l'occasion d'un accès de coliques néphrétiques auxquelles la malade a été sujette à diverses reprises. Il existait alors un kyste de l'ovaire déjà très-volumineux, qui n'a pas tardé à prendre un développement tel qu'on a dû recourir à une ponction au mois de juin 1866. Cinq autres ponctions ont été faites depuis cette époque à des intervalles de plus en plus rapprochés. On extrayait chaque fois 20 à 25 litres de liquide. Ce liquide était d'abord brunâtre; lors des deux dernières ponctions qui ont été faites à un intervalle de cinq semaines, il était beaucoup moins foncé. L'état général de la malade s'est beaucoup amélioré à la suite de ces dernières ponctions; mais le ventre est resté de plus en plus volumineux après chaque ponction, par suite du développement progressif des loges secondaires de la tumeur ovarique. La paroi abdominale et les extrémités inférieures étaient œdémateuses avant chaque ponction. La malade éprouvait alors chaque fois de vives douleurs des deux côtés du ventre.

L'accroissement rapide des kystes secondaires en rendait l'extirpation nécessaire pour prolonger les jours de la malade qui était assez bien portante, du reste, quoi qu'elle eût beaucoup maigri. Il n'y avait rien d'anormal dans l'excavation pelvienne. Le ventre mesurait 1 mètre 28 centimètres de circonférence. La tumeur était adhérente à la paroi abdominale. La dernière ponction avait eu lieu quinze jours avant l'ovariotomie, qui a été pratiquée le 13 mars 1867.

Incision de 35 centimètres, étendue à 15 centimètres au-dessus de l'ombilic. La paroi abdominale qui était épaissie et infiltrée de sérosité dans la région sous-ombilicale a dû être incisée à une profondeur de 8 centimètres avant d'arriver sur le kyste, qui était intimement adhérent dans toute sa partie antérieure, depuis le rebord des côtes jusqu'au pubis. On évacua 16 litres de liquide grisâtre.

Les adhérences étaient très-résistantes et très-vasculaires; cependant le kyste put être isolé peu à peu de toute la paroi abdominale. Il y avait en arrière des adhérences à une partie de l'épiploon et à la partie antérieure du mésentère dont les vaisseaux furent divisés avec le cautère actuel, ainsi qu'une adhérence à la paroi abdominale du côté gauche. Le kyste provenait de l'ovaire droit. Le pédicule était court. Une ligature en fil de fer fut placée à 1 centimètre de l'angle de la matrice, et la tumeur ovarique qui était formée par une grande loge et par une grande quantité de petits kystes d'un contenu variable, en partie hémorrhagique, dont l'ensemble pesait 4 kilogrammes, fut excisée. L'abdomen ayant été épongé avec grand soin et l'hémorrhagie étant complétement arrêtée, on fit la réunion au moyen de six points de suture profonde et de douze points de suture superficielle. L'opération a duré deux heures et demie. La perte de sang peut être évaluée à 1 kilogramme et demi au moins. Cette hémorrhagie très-grave était provenue de l'énorme surface traumatique qui s'étendait du pubis au rebord des côtes.

L'opérée était pâle, très-affaiblie; le pouls, d'abord petit et presque imperceptible, se releva néanmoins peu à peu et resta assez fort pendant trente-six heures environ, puis il faiblit progressivement. La respiration, très-notablement accélérée dès l'opération, était entrecoupée d'inspirations profondes; elle s'accéléra de plus en plus et atteignit jusqu'à soixante-deux inspirations par minute, le troisième jour, dans la nuit. L'opérée s'éteignit sans avoir présenté aucun autre symptôme défavorable. Il n'y avait pas eu de vomissements; la langue était restée nette, humide; les urines étaient claires et abondantes; le ventre était plat; le facies était pâle, sans aucune altération des traits.

A l'autopsie on ne trouva aucune trace de péritonite, d'exsudat, ni de foyer hémorrhagique, et la réunion de la plaie ne laissait rien à désirer.

Remarques. — L'opérée a succombé uniquement par suite de l'hémorrhagie pendant l'opération. Si elle avait perdu 500 grammes de sang de moins, elle aurait probablement guéri. Six ou dix mois plus tôt, les circonstances auraient été tout à fait favorables pour l'ovariotomie, car les adhérences n'auraient pas encore été aussi vasculaires, si toutefois elles avaient déjà existé.

DE L'INFLUENCE DES GAZ

Que dégagent les poêles de fonte sur le développement et la marche de la fièvre typhoïde.

Par M. le Dr DECAISNE (1).

J'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie des sciences, dans la séance du 24 février dernier, et à l'Académie de médecine, dans la séance du 25 du même mois, une observation de *fièvre typhoïde se développant à la suite d'une intoxication lente par les gaz que dégagent les poêles de fonte.* Ce n'était là qu'un fait, mais qui, bien observé, comme il l'a été, je l'espère du moins, a une grande importance et me paraît des plus concluants.

(1) Voir l'Académie de médecine du dernier numéro.

La question du chauffage par les poêles de fonte préoccupant chaque jour davantage les savants et les médecins et devenant l'objet d'études persévérantes, je crois devoir donner à l'Académie le résumé des observations de fièvre typhoïde que j'ai prises dans des conditions qui se rapprochent de celles dans lesquelles j'ai recueilli les faits que j'ai publiés au mois de février dernier.

Ces observations, prises à la hâte et un peu sans suite et sans aucun but déterminé, sont nécessairement incomplètes, mais je crois utile de les faire connaître afin d'appeler l'attention des médecins sur des faits qui échappent souvent à leur contrôle.

Les quarante-deux cas de fièvre typhoïde que j'ai observés dans l'espace de dix années dans quatre communes du canton de Creil (Oise), peuvent être divisés en trois catégories : 1° les malades qui faisaient usage de poêles de fonte avec absence presque complète de ventilation; 2° les malades qui faisaient usage de poêles de fonte avec une ventilation imparfaite; 3° enfin les malades qui ne faisaient pas usage de poêles de fonte.

On verra, et c'est là tout l'intérêt que peut avoir ma communication, que si la différence dans les symptômes n'est pas très-accusée entre la première et la deuxième catégorie, elle devient très-sensible entre la première et la troisième.

Malades de la première catégorie. — Au nombre de douze.

Chez tous : douleurs de ventre, diarrhée, météorisme prononcé, fièvre continue avec redoublements le soir, anorexie, langue sèche, tremblottante, soubresauts des tendons, toux, prostration, somnolence, délire, sudamina, épistaxis.

Chez cinq, hémorrhagies intestinales.

Chez sept, escarres.

Chez tous, à l'exception d'un enfant, accidents ataxiques très-prononcés.

Ces douze malades se décomposent ainsi : quatre hommes de 25 à 38 ans, trois femmes de 22 à 33 ans, et cinq enfants de 10 à 14 ans.

J'ai perdu un malade, un homme de 28 ans, au vingt-cinquième jour de sa maladie, à la suite d'une hémorrhagie intestinale.

La durée moyenne de la maladie, chez les malades de cette catégorie, a été de quarante-deux jours.

La convalescence fut très-longue chez tous, de deux à trois mois chez les hommes et les femmes, et de un à deux mois chez les enfants.

Malades de la deuxième catégorie. — Au nombre de neuf.

Chez tous, douleurs de ventre, diarrhée, fièvre continue avec redoublement le soir, anorexie, langue sèche, tremblottante; soubresauts des tendons, toux, prostration, somnolence.

Chez trois, météorisme.

Chez quatre, délire.

Chez deux, sudamina.

Chez sept, épistaxis.

Chez deux, hémorrhagies intestinales.

Chez un, escarres.

Chez six, accidents ataxiques très-prononcés.

Ces neuf malades se décomposent ainsi : trois enfants de 9 à 13 ans, deux femmes de 18 à 22 ans, et quatre hommes de 28 à 32 ans.

Je n'ai perdu aucun des malades de cette catégorie.

La maladie a duré, en moyenne, trente-huit jours.

La convalescence fut un peu moins longue que chez les malades de la première catégorie, mais je dois avouer que mes notes ne sont pas très-précises à cet égard. Une jeune fille de 18 ans conserva pendant quatre à cinq mois une grande prostration des forces et succomba l'année suivante à une phthisie pulmonaire, qui parcourut toutes ses évolutions en deux mois.

Malades de la troisième catégorie. — Au nombre de vingt et un.

Chez dix-huit, douleurs de ventre et diarrhée.

Chez quatre, météorisme.

Chez huit, fièvre continue avec redoublement le soir.

Chez tous, anorexie.

Chez six, langue sèche, tremblottante.

Chez neuf, soubresauts des tendons.

Chez trois, toux.

Chez quatorze, somnolence, prostration.

Chez six, délire.

Chez aucun, sudamina.

Chez trois, épistaxis.

Chez aucun, hémorrhagies intestinales.

Chez aucun, escarres.

Les accidents ataxiques furent, en général, peu prononcés.

Ce nombre de vingt et un se décompose ainsi : huit enfants de 9 à 14 ans, six hommes de 21 à 30 ans, et sept femmes de 22 à 33 ans.

J'ai perdu trois malades de cette catégorie.

La maladie dura, en moyenne, vingt-sept jours.

La convalescence fut très-courte : elle varia entre quinze et vingt jours.

En somme, il résulte de ce tableau que, chez la plupart des malades faisant usage de poêles de fonte, il existait du météorisme, des soubresauts des tendons, du délire et surtout des hémorrhagies nasales et intestinales, des escarres et une exagération des accidents ataxiques. Chez tous, la durée de la maladie et celle de la convalescence furent infiniment plus longues que chez les individus de la troisième catégorie.

Depuis ma dernière communication à l'Académie, M. le général Morin, qui étudie cette grave question avec l'autorité qu'on lui connaît, a bien voulu attirer mon attention sur deux passages des *Mémoires de chirurgie militaire,* de Larrey, qui viennent donner une confirmation si éclatante aux faits que j'ai exposés dans mes deux communications, qu'il est impossible de n'en être pas frappé :

« A la fin de décembre, dit Larrey, nos soldats, voulant se soustraire à la violence du froid qui s'était déclaré tout à coup, s'enfermèrent dans des chambres fortement chauffées par des poêles de fonte en usage dans le pays (Berlin) et plusieurs d'entre eux y furent as-

phyxiés. Quelques-uns ayant été transportés promptement à l'hopital furent secourus à propos et rappelés à la vie, les autres furent victimes de ce funeste accident. »

L'auteur rend compte des autopsies qu'il fit alors et énumère tous les phénomènes remarqués, dit-il, depuis longtemps chez les asphyxiés par l'eau et les gaz pernicieux. Après avoir donné assez longuement le mécanisme de l'asphyxie dans ces circonstances, et comment la mort se produit, il ajoute :

« *Lorsque l'asphyxie n'a pas eu cette terminaison funeste chez ceux qu'elle a frappés, elle les dispose à la fièvre putride nerveuse dont ils ne se rétablissent qu'après une convalescence longue et pénible. Quand la maladie a été portée à un haut degré, la peau se gangrène dans les points les plus saillants de l'habitude du corps, et il se forme des escarres plus ou moins étendues.* (Larrey, *Mémoires de chirurgie militaire, Campagnes de Prusse et de Saxe*, t. III, p. 13 et suiv.).

Le passage suivant du récit de la campagne de Russie n'est pas moins intéressant :

« Pendant tout le temps que nous avons été soumis aux influences d'un froid de 18 à 28 degrés et à l'abstinence d'aliments réparateurs et de boissons plus ou moins toniques, nous avons éprouvé à des degrés différents une compression sédative à l'extérieur, une diminution graduelle dans le diamètre intestinal, un amaigrissement général et une tendance par le défaut d'équilibre à l'expansion des vaisseaux capillaires des membranes intérieures où la chaleur latente et la vie semblaient se retrancher. Le séjour plus ou moins prolongé dans des appartements chauffés par des poêles augmentait sensiblement cette expansion vasculaire d'où résultait l'engorgement des membranes, surtout des méninges et de la membrane muqueuse des voies aériennes. Ces deux principaux effets s'annonçaient par des douleurs compressives à la tête avec pesanteur, lésion dans les facultés mentales et altération de celles des organes des sens. Faiblesse générale, anxiété, toux, expectoration muqueuse sanguinolente, flux diarrhéique, nausées, coliques, pouls fébrile, peau sèche, engourdissement douloureux, crampes, soubresauts, rêves. Vaisseaux de la conjonctive injectés, redoublement de fièvre le soir, battements des carotides et des temporales sensibles à l'œil, délire, etc. (Larrey, *Mémoires de chirurgie militaire. — Campagne de Russie*, t. IV, p. 139 et suiv.) »

Larrey avait donné à cette affection le nom d'*ataxie catharrale de congélation*. Les généraux Lariboissière et Éblé y succombèrent. Larrey lui-même en fut atteint assez gravement.

J'espère que l'Académie voudra bien me pardonner avec la bienveillance qu'elle m'a toujours témoignée, tout ce qu'il y a de défectueux dans le travail que je lui soumets. Personne ne comprend mieux que moi tout ce qu'il faut apporter de sévérité dans l'interprétation des faits cliniques, si l'on veut qu'ils aient quelque valeur. Aussi je continue mes recherches sur le délicat sujet qui occupe en ce moment le monde savant et j'espère bien, dans la mesure de mes forces, aider un peu à faire la lumière sur une question si digne à tous égards des études des hygiénistes.

Je suis bien loin de repousser le concours précieux que peut ici nous apporter l'analyse chimique, mais j'ai la conviction que c'est, en fin de compte, à l'observation clinique, sévère, persévérante et rigoureuse, qu'il faut demander la solution de cette grave et délicate question.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 17 avril 1868. — Présidence de M. CHAUSIT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. BOINET, à l'occasion du procès-verbal, demande à présenter quelques observations. M. Richard, dit-il, ne connaît aucun cas de vaginisme guéri par la dilatation; mais c'est là une erreur, et j'ai communiqué à la Société, il y a dix-huit ou vingt ans, un cas de guérison de vaginisme que j'ai soigné avec M. Mesnet.

Il s'agit d'une dame qui souffrait de la vulve, et le toucher était tellement douloureux, la vulve tellement sensible qu'il fut impossible de l'examiner.

Je la chloroformisai, puis j'introduisis un spéculum dilatateur que je maintins en place pendant quinze à vingt minutes, et après je plaçai des mèches énormes enduites d'extrait de belladone. Tous les deux ou trois jours ensuite, j'appliquai le spéculum dilatateur que je laissais en place pendant dix minutes. Ce traitement dura deux mois au bout desquels elle devint enceinte; elle accoucha heureusement. Depuis, cette dame a eu trois enfants et la guérison ne s'est pas démentie.

Pour me résumer, ajoute M. Boinet, je crois qu'avant de faire une opération aussi grave que celle que nous a décrite M. Richard, qu'il faut toujours commencer par des moyens plus doux et moins dangereux.

Dernièrement encore, j'ai eu à traiter un cas d'hyperesthésie vulvaire, j'ai fait la dilatation forcée comme dans la fissure à l'anus, bien entendu après avoir chloroformisé la malade, j'ai mis des tampons belladonés et j'ai obtenu la guérison.

M. Richard a dit que c'était la maladie des jeunes mariées, mais je soigne en ce moment une dame mariée depuis dix ans, qui est mère de deux enfants et qui a du vaginisme depuis un an. Ce n'est donc pas une maladie des nouvelles mariées.

M. DOLBEAU. On pourra discuter longtemps sur le vaginisme, mais d'abord qu'est-ce que le vaginisme? C'est une hyperesthésie et une contraction du constricteur. Cette maladie était parfaitement connue avant Sims, et je citerai un cas dont j'ai été témoin, et dans lequel M. Velpeau fit l'ablation de la membrane hymen. Cette dame était mariée depuis six mois et le coït n'avait pas pu s'accomplir; il l'excisa largement, mit des mèches belladonées, et obtint la guérison. Je vois encore cette dame, et elle est guérie; au reste, dans les autres cas, je ne suis pas du tout convaincu qu'il faille enlever les caroncules.

M. Velpeau avait déjà fait cette opération, ce n'est donc pas M. Marion Sims qui l'a inventée.

Je vais maintenant, Messieurs, vous rapporter un fait que j'ai vu avec M. Vigla, et qui a été pour moi d'un grand enseignement. C'était chez une jeune fille non mariée. L'hymen était lâche, le vagin large, et quoiqu'il n'y avait pas eu rupture de l'hymen, il était évident qu'on avait introduit quelque chose à travers cette vulve.

La douleur était très-vive, même au contact du stylet, en urinant la douleur était vive, et l'on voyait se produire les mêmes phénomènes que dans la fissure à l'anus.

M. Vigla avait ainsi porté son diagnostic : *Névralgie avec contracture des trois sphincters.* Trois fois la dilatation forcée de l'anus fut pratiquée, et il y eut amendement chaque fois, mais non guérison. Alors, M. Vigla m'appela une dernière fois, et me pria de faire la section sous-cutanée à droite et à gauche du sphincter anal.

Je pratiquai l'opération, et la guérison de la contracture des trois sphincters fut obtenue. Maintenant vous me demanderez pourquoi, en incisant à droite et à gauche le sphincter anal, on guérit la contracture du vagin, du méat urinaire et qu'on fait disparaître l'hyperesthésie, je vous répondrai : Je n'en sais rien, mais voilà ce que j'ai observé. Jobert l'avait déjà pratiquée, cette opération-là dans un couvent et avec le même succès.

Depuis, j'ai vu deux malades dans le même cas, j'ai fait empiriquement, je l'avoue, la section sous-cutanée du sphincter anal, et j'ai guéri.

Je crois donc qu'il faut d'abord commencer par les petits moyens avant d'arriver aux grands. Le vaginisme est une affection complexe; et je crois qu'avant d'arriver à l'opération de M. Richard, si tous les moyens avaient été employés, il faudrait faire la section du sphincter de l'anus, car je proteste au point de vue artistique contre cette descente de la paroi postérieure de la vulve. La vulve est défigurée, et je crois qu'on doit tout tenter avant d'avoir recours à l'opération de M. Richard. Mais rappelez-vous du cas de M. Vigla, et de ce qu'il m'a prié de faire dans un cas de contracture des trois sphincters, la section sous-cutanée du sphincter anal, section qui fut suivie de la guérison.

M. LAGNEAU. J'ai peu de choses à ajouter à ce que vient de dire M. Dolbeau. Le vaginisme a été décrit et observé non-seulement par Michon, Debout, Marion Sims et les autres chirurgiens cités dans cette discussion, mais aussi par Pinel, Grandchamp, Huguier, Caffe, Murray, Christot, et beaucoup d'autres observateurs. Cette affection paraît devoir être combattue d'abord par des topiques, narcotiques, astringents ou caustiques avant d'être traitée par la dilatation forcée et l'incision, car parfois la contracture se lie à une lésion de la muqueuse.

Quant à l'incision, au lieu de la faire en arrière sur le raphé de la cloison recto-vaginale, ou bien des deux côtés de l'anus par la méthode sous-cutanée comme le propose M. Dolbeau sur le sphincter de l'anus; pourquoi ne pas faire cette incision sur le sphincter du vagin, soit en procédant de la muqueuse vers le muscle, soit en divisant le muscle par la méthode sous-cutanée, indiquée par Michon.

M. RICHARD. Messieurs, je ne conçois pas les craintes que la description de mon opération a éveillées parmi les membres de la Société; mon opération n'est pas aussi farouche qu'on veut bien le dire. Il y a dans l'histoire du vaginisme deux périodes : la première, où l'on a tout décrit sous le même nom, douleurs sphinctériennes, contractures douloureuses, etc. M. Huguier n'est pas le premier qui les a décrites, c'est Pinel Grandchamp qui, le premier, a vu la maladie qui nous occupe, puis MM. Richet et Debout, mais ils n'ont vu qu'une partie de la maladie et qu'une partie de la vérité. Velpeau, qui avait une expérience immense, un savoir et coup d'œil chirurgical égaux à son expérience, a pu voir la maladie qui fait l'objet de la discussion. Mais c'est à partir de Marion Sims que commence la deuxième période; c'est à lui que l'on doit une description exacte et complète du vaginisme; et c'est dans les mémoires qui ont été lus dans les sociétés américaines qu'il faut étudier cette maladie.

M. Velpeau, il y a vingt-cinq ans, a pu voir l'hymen douloureux, mais c'est Marion Sims qui a décrit le premier le vaginisme et qui a indiqué son véritable siége. Marion Sims fendait le perinée des deux côtés, je ne sais pas pourquoi, et faisait, pendant un temps qui variait de trois à huit semaines, porter des dilatateurs en verre, et ses malades n'étaient pas guéries.

C'est cet insuccès qui m'a porté à modifier l'opération de Sims, et je crois avoir fait une chose utile et qui amène la guérison. Je suis mal édifié sur les bienfaits de la dilatation soit forcée, soit par les mèches, c'est pourquoi je suis disposé à pratiquer, tout en les modifiant, l'opération de Sims. Au reste il ne faut pas croire, comme le dit M. Dolbeau, que la vulve soit défigurée, le périnée remonte, et il n'y a pas de descente de la partie postérieure du vagin.

Chirurgie d'Hippocrate.

M. Petrequin, de Lyon, correspondant de la Société depuis 1838, assiste à la séance. M. le Président l'invite à faire une communication : M. Petrequin s'excuse sur ce qu'il n'est pas venu dans cette intention, et qu'enfin il n'a rien préparé dans ce but. Toutefois, sur l'insistance de quelques membres, il se met aux ordres de la Société et, choisissant parmi ses recherches *sur la chirurgie d'Hippocrate* dont on sait qu'il prépare une édition gréco-française, il prend la parole *sur les effets croisés dans le traumatisme du crâne.*

L'Académie de chirurgie, dit-il, s'est beaucoup occupée, au dix-huitième siècle, de l'action croisée dans les plaies de tête; on savait que cela arrivait le plus souvent, mais on ignorait pourquoi. On avait même observé des cas dans lesquels le contraire semblait avoir lieu. Aussi, il régnait beaucoup d'incertitude à cet égard, et le doute finit par s'emparer des esprits; tandis que Heister veut puiser dans la doctrine des effets croisés un élément de diagnostic pour préciser le siége des épanchements, Jean-Louis Petit, au contraire, n'en dit pas un mot dans son chapitre sur les fractures du crâne. De fait, les théories bizarres auxquelles on avait vu, à l'époque de la Renaissance, s'abandonner les princes de la science, comme Vésale, Fallope, Laurent, Joubert et tant d'autres, n'étaient guère de nature à éclairer cette question obscure qui resta fort embrouillée. Enfin, la pathologie contemporaine a repris cette étude avec assez de fruit pour que M. Calmeil ait pu dire des effets croisés : « Nulle autre vérité de physiologie pathologique n'est mieux prouvée que celle-là. » (*Diction. de Méd.* en 30 vol., t. XV, p. 563.)

Eh bien ! s'écrie M. Petrequin, cette notion est empruntée à l'antiquité; nous la devons à Hippocrate, comme on va le voir. Dans son livre *de vulneribus capitis*, Hippocrate, à propos des plaies de tête assez graves pour menacer les jours des malades, écrit expressément : « Dans ces cas, chez la plupart, le spasme (ou convulsion) envahit l'un des côtés du corps. Si la blessure occupe le côté gauche de la tête, c'est du côté droit du corps que s'emparera le spasme, et, si c'est au côté droit de la tête que siége la blessure, c'est alors le côté gauche que saisira le spasme. Il en est aussi qui deviennent *apoplectoi.* » Que signifie cette phrase ? M. Littré traduit : tombent dans *un état d'apoplexie.* (Et M. Daremberg fait de même pour la *coaque* 477, où se lit la même expression.) M. Petrequin pense que ce n'est là ni le sens, ni le mot propre; il remarque que les anciens avaient ici en vue non la *nature du mal* (épanchement sanguin), mais *ses symptômes* (paralysie). Il le prouve par une citation d'Arétée, qui dit : *Apoplexia, paralysis, omnia genere eadem sunt* (*diut. morb. caus. et sign.*, l. 7); Celse écrit aussi qu'on confondait ces deux choses : *Nunc utrumque paralysim appellari video* (l. 3, 5, 26, n° 1). Il faut donc ici traduire, selon M. Petrequin : « Il en est qui tombent dans un *état paralytique.* » C'est, en effet, que la *paralysie* et les *convulsions* sont les deux accidents principaux des plaies de tête. Ce premier point établi, notre confrère passe à un second.

Quel est le mécanisme des phénomènes croisés? Hippocrate, fidèle à la *méthode expérimentale* qu'il a fondée en médecine, se contente de poser; mais il ne s'aventure point à en formuler une théorie; il précise les cas, il détermine les rapports entre la blessure et les symptômes; mais, procédant avec sagesse, il se renferme dans l'observation et ne s'abandonne point aux hypothèses. Il fait plus, le grand observateur n'est pas exclusif, il fait des réserves, il note que, même dans les cas graves, les effets croisés se rencontrent *chez la plupart* et non *chez tous* les blessés; il n'a pas commis la faute d'en faire une loi sans exception. La physiologie moderne s'est appliquée à rechercher la cause de ces phénomènes; il est digne de remarque qu'on a cru, à plusieurs reprises, avoir refait la découverte, soit de l'action croisée, soit surtout de sa théorie. Barthez le donne surtout à entendre de Dupetit et autres anatomistes, qui expliquaient ces effets par l'entrelacement des fibres de l'origine des nerfs. Barthez s'est trompé en les condamnant : les physiologistes modernes s'accordent à admettre qu'en général « l'effet croisé dépend de l'entrecroisement des fibres nerveuses dans la moelle (surtout cervicale), le bulbe rachidien et la protubérance annulaire. » (Billard, *Physiol. humaine*, 5e édit., 1866.) On peut voir, dans le *Traité de physiologie* de M. Brachet (1855), comment les travaux de Burdach, Hertwig et surtout Flourens aboutissent à cette conclusion; la science contemporaine a inscrit cette conquête avec orgueil parmi ses plus belles découvertes.

Eh bien ! s'écrie M. Petrequin, si j'ai pu surprendre, en établissant que la doctrine des effets croisés remontait jusqu'à l'antiquité et se trouvait parfaitement formulée dans Hippocrate; je vais peut être surprendre bien davantage, en énonçant que cette théorie anatomique appartient encore à l'antiquité médicale; il l'a, en effet, retrouvée dans deux auteurs anciens : le premier est Cassius, surnommé l'*iatrosophiste*, un peu antérieur à Celse; et le second est Arétée de Cappadoce, au deuxième siècle; leur texte ne laisse pas le moindre doute; voici un extrait de Cassius : *Referenda est causa ad nervorum situm, originem suam e cerebri basi trahentium : hi namque se* invicem decussant : *si quidem a* dextra *basis parte exorti, in* lævum *capitis sinum feruntur; qui a lœva, in adversum* : *ita ut eorum situs* decussatim concurrat : *nihil mirum igitur si vulnerata* dextræ *partis membrana* sinistram *resolvi contingat, et sic vice versa de altera dicendum.* La citation d'Arétée est tout à fait conformative de celle-ci, et conclut de même que c'est *l'entrecroisement des racines des nerfs dans le cerveau qui donne la clé des phénomènes croisés.*

Ainsi, voilà deux faits considérables pour l'histoire de la médecine, dont il semble qu'on n'a pas assez tenu compte : d'une part une doctrine, d'une importance égale pour la science et la pratique, sagement établie par Hippocrate d'après les principes de la méthode expérimentale, et, d'autre part, une théorie anatomique, formulée avec une précision qui nous étonne, par le fait même de l'état de progrès où elle suppose que l'École d'Alexandrie avait dû porter l'anatomie. Ce ne sont pas, dit en terminant M. Pétrequin, les seuls enseignements qu'on puisse tirer d'une étude approfondie et comparée de *la chirurgie d'Hippocrate*, comme je l'ai déjà fait voir pour le trépan, pour les hémorrhoïdes, pour les fistules à l'anus, pour les luxations du coude, pour les poses académiques, etc., et comme j'espère le prouver pour d'autres questions, tant de médecine que de chirurgie.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel,

Dr A. CHARRIER.

CAS DE VARIOLE ULTRA-UTÉRINE.

Par M. le docteur WURZBURGER.

Pendant une épidémie de variole, l'auteur a observé une femme *bien portante*, qui a donné le jour à un enfant couvert de pustules varioliques abondantes.

Les pustules avaient une teinte d'un gris jaunâtre; elles étaient tendues, saillantes et semblaient correspondre au neuvième ou au dixième jour de l'éruption.

L'enfant succomba au bout de vingt-quatre heures.

(*Allg. méd. Cent. et Arch. de Méd.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

124 Hayem (G.). Études sur les diverses formes d'Encéphalite (anatomie et physiologie pathologiques).

125. Pressans (Pierre). De l'Angine de poitrine.

126. Lacroix (Jean). Considérations sur la Flexion permanente des doigts et des moyens d'y remédier.

127. Sauri (Ricardo). Étude sur le rétrécissement fibreux du rectum.

128. Petit (Alexandre). Des suites de couches, essai de description clinique de la physiologie puerpérale.

129. Plouviez (Adolphe). Essai sur la Suette.

130. Enguehard (Eugène). Essai sur les douches froides utérines dans l'Aménorrhée.

131. Bouchut (Olivier). Considérations sur l'Éclampsie puerpérale et sur le traitement de cette maladie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le décès de M. le docteur Laborie laissait vacante la place de chirurgien en chef de l'Asile impérial de Vincennes. L'importance du service médical a justifié la nomination de deux médecins, en remplacement d'un chirurgien. M. le docteur du Mesnil et M. le docteur Brémond, médecin du lycée Napoléon, se divisent aujourd'hui le service médical de l'Asile.

— La Société médico-psychologique vient de décerner le prix Ferrus, — Belhomme — Archambault, de la valeur de 1,500 francs, à M. le docteur Saint-Lager, de Lyon, auteur d'un ouvrage remarquable sur le *Crétinisme*.

— Nous avons reçu un certain nombre de lettres et de demandes de renseignements au sujet d'une importante position de médecin consultant à l'établissement des eaux minérales de Contrexéville, devenue très-récemment vacante. Nous nous abstiendrons de répondre à nos correspondants, car la position est occupée depuis huit jours par M. le docteur A. Debout, fils.

— Le *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, reconnu par décret impérial comme Établissement d'utilité publique, décernera, dans sa séance générale d'avril 1869 :

1° Une médaille d'or de la valeur de 200 francs à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

Étude comparative des Constitutions médicales de Marseille depuis le commencement du dix-neuvième siècle. (Examiner les causes pathogéniques locales; l'influence du canal de la Durance; la nécessité du reboisement; le rôle des grands travaux sur la production des maladies);

2° Une médaille d'or à l'auteur du meilleur mémoire sur ce sujet :

Des anciens collèges de médecine et de chirurgie comparés aux Facultés actuelles. (Déduire de leur étude parallèle les modifications que l'on pourrait adopter pour l'enseignement de la médecine);

3° Une médaille d'or pour le travail le plus complet sur cette question :

Étude chimique des Crucifères, de leur emploi en médecine et du meilleur mode de préparation de leurs produits pharmaceutiques.

Les mémoires, écrits en français, devront être parvenus au siége du Comité médical, à Marseille, rue de l'Arbre, 25, *avant le 1er mars 1869, terme de rigueur*.

Les auteurs qui se feraient connaître seront exclus du concours.

— Cédant à un désir qui lui a été souvent exprimé, celui d'indiquer dans l'*Annuaire médical et thérapeutique de la France* le nom de tous les médecins pratiquant dans les stations d'eaux minérales, M. le docteur Roubaud prie ses confrères de l'hydrologie médicale de lui faire parvenir à Pougues (Nièvre), leur nom et la station hydro-minérale où ils exercent leur art.

Ces renseignements doivent lui être adressés avant la fin de juillet.

— M. le professeur Baillon continue avec la plus grande ardeur son *Histoire des Plantes*. Une nouvelle monographie vient de paraître : les Magnoliacées.

Cette monographie, illustrée de 55 figures par Faguet, est en vente à la librairie Théodore Morgand, 5, rue Bonaparte, au prix de 3 fr.

Les Renonculacées, les Dilléniacées et les Magnoliacées ensemble, 12 francs.

Sous presse, la monographie des Anonacées.

— La 21e série des *Merveilles de la science* ou *Description populaire illustree des inventions modernes*, par M. Louis Figuier, contenant la fin de la *Photographie*, et le *Stéréoscope*, et accompagnée de 50 belles gravures, vient de paraître à la librairie Furne et Jouvet et chez tous les libraires. Prix de la série : 1 fr.

La 22e série et les suivantes contiendront : *Les poudres de guerre, l'artillerie ancienne et moderne*, et *les nouvelles armes à feu portatives* (*Fusils à aiguille et Chassepot.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Laryngoscope à Cauterets. *Étude du gargarisme laryngien*, par le Dr Guinier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-8° de 94 pages et 3 planches. Prix : 2 fr. 50 c. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Remarques sur l'action sédative immédiate des sources ferrugineuses de Forges-les-Eaux dans quelques affections nerveuses, par le Dr Caulet, médecin-inspecteur. In-8° de 30 pages. Prix : 1 fr. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Au feu les libres penseurs!!! Trois lettres suivies d'une épître à son ami Giraud, par le Dr Flavius (Dr Joulin). Brochure in-8°. Prix : 60 cent. — Paris, 1868. Armand Le Chevalier.

J.-B. van Helmont, sa biographie. Histoire critique de ses œuvres; influence de ses doctrines médicales sur la science et la pratique de la médecine jusqu'à nos jours, par le Dr J.-A. Mandon, professeur à l'École de médecine et médecin de l'hôpital militaire de Limoges. 1 vol. in-4° de 187 pages. Prix : 6 francs. — Paris, 1868. Germer-Baillière.

Maladies des organes génito-urinaires et goutte, par le Dr Baud, médecin consultant aux eaux de Contrexéville, ancien inspecteur de ces eaux. 1 vol. in-8° de 360 pages. Prix : 4 fr. 50 c. — Paris, 1868. Chamerot et Lauwereyns.

De l'Asthénopie, par A.-L. Roulet, docteur en médecine, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris (médaille de bronze 1865), chef de clinique ophthalmologique du docteur E. Meyer. 1 vol. in-8° de 135 pages, avec figures. Prix : 2 fr. 50 c. — Paris, 1868. Chaumerot et Lauwereyns.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 67. — MARDI 9 JUIN 1868. 41e ANNÉE. MARDI 9 JUIN 1868. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 8 juin 1868.

LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Déjà, à deux reprises différentes (nos 18 et 38 de 1868), nous avons appelé l'attention du corps médical sur l'existence de la « Société de Médecine légale ».

Fondée le 10 février 1868, cette Société nous semble destinée à rendre les plus grands services. Mais pour qu'elle soit bien comprise de tous et qu'elle obtienne partout l'influence morale que lui promet sa composition, il est nécessaire que le corps médical connaisse d'abord ses statuts, puis la manière dont la Société entend prêter le secours de ses lumières.

Voici d'abord les statuts :

STATUTS
DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

TITRE Ier.
But et constitution de la Société.

Article premier. — Il est fondé à Paris une Société de Médecine légale.

Elle a pour but de faire progresser la science et de prêter un concours désintéressé dans toutes les circonstances où elle pourrait être consultée, dans l'intérêt de la justice.

Art. 2. — La Société se compose de Membres titulaires, de Membres honoraires et de membres correspondants, nationaux ou étrangers.

Art. 3. — Les Membres titulaires sont choisis parmi les personnes qui cultivent une branche quelconque des sciences médicales et parmi celles qui s'occupent de droit et de jurisprudence.

Art. 4. — Le nombre des Membres titulaires est fixé à 60.

Dans le nombre total, les magistrats ou les avocats figureront pour un quart.

TITRE II.
Conditions d'admission.

Art. 5. — Tout candidat au titre de Membre titulaire devra adresser à la Société une demande écrite et la faire appuyer par deux Membres.

Il est fait un rapport sur la demande, par une commission de trois membres.

Art. 6. — Toute élection ne pourra avoir lieu que dans la séance qui suivra le rapport sur la canditature.

Pour cette séance, le nom du candidat sera porté à l'ordre du jour, avec l'indication du titre qu'il demande.

Art. 7. — Toute élection a lieu au scrutin secret et à la majorité absolue des Membres présents.

Art. 8. — Peuvent devenir Membres honoraires :

1° Les fondateurs qui en feront la demande, après la première année d'existence de la Société;

2° Les autres titulaires qui en feront la demande, après cinq année de participation à ses travaux;

3° Les personnes qui auront prêté leur concours et leur appui à la Société, ou qui auront contribué, de quelque manière que ce soit, à sa prospérité.

Le nombre des Membres honoraires de cette dernière catégorie ne devra pas dépasser douze.

Art. 9. — Les Membres correspondants sont choisis parmi les personnes qui réunissent les conditions d'admission des Membres titulaires.

Leur élection aura lieu dans les formes prescrites pour l'élection des Membres titulaires (Art. 5 et 6).

Le nombre des correspondants nationaux ne devra pas dépasser cent; sept au plus pour chaque ressort de cour impériale.

Le nombre des correspondants étrangers n'est pas limité.

TITRE III.
Administration de la Société.

Art. 10. — La Société est administrée par un Bureau, qui la représente officiellement.

Art. 11. — Le Bureau se compose de :

1 Président, 2 Vice-Présidents, 1 Secrétaire général, 2 Secrétaires des séances, 1 Trésorier, 1 Archiviste.

Art. 12. — Le Président est élu pour deux ans.

Il n'est rééligible qu'un an au moins après avoir cessé ses fonctions.

Les Vice-présidents et les Secrétaires des séances sont élus pour un an.

Le Secrétaire général, le Trésorier et l'Archiviste sont élus pour trois ans.

Tous sont immédiatement rééligibles.

Art. 13. — La Société se réunit en séance au moins une fois par mois, sauf pendant la durée des vacances.

Elle peut avoir des séances extraordinaires.

Art. 14. — Les Membres honoraires et les Membres correspondants peuvent prendre part aux discussions.

Les Membres titulaires et les Membres honoraires ont seuls seuls voix délibérative.

Art. 15. — La Société peut recevoir des communications de personnes étrangères. Ces communications doivent être manuscrites.

Le sujet et les conclusions du travail doivent être soumis, au préalable, au Bureau de la Société.

Après la lecture, le travail est renvoyé à l'examen d'une commission pour en faire l'objet d'un rapport, s'il y a lieu.

TITRE IV.
Commission permanente.

Art. 16. — Une Commission permanente, composée du Président, du Secrétaire général et de neuf Membres titulaires, est chargée de recevoir, dans l'intervalle des séances, toutes les demandes d'avis motivés qui peuvent être adressées à la Société et d'y répondre immédiatement, s'il y a lieu.

Art. 17. — La Commission permanente se réunit selon les besoins et délibère d'urgence, dans l'intervalle des séances.

Art. 18. — Les décisions de la Commission permanente sont prises à la majorité des Membres présents; elles devront réunir au moins quatre voix.

Art. 19. — La Commission permanente peut, selon la nature des questions à résoudre, s'adjoindre un ou plusieurs Membres de la Société.

Art. 20. — Les décisions de la Commission permanente n'engagent pas la Société; elles lui sont communiquées à la séance suivante.

Art. 21. — Les Membres de la Commission permanente sont élus au scrutin, par la Société. La durée de leurs fonctions est de trois ans, et la Commission est renouvelée par tiers tous les ans.

TITRE V.
Publications.

Art. 22. — La Société publie ses travaux.

Cette publication est faite par les soins du Bureau.

TIRTRE VI.
Recettes et Dépenses.

Art. 23. — Les recettes de la Société se composent :

1° De la cotisation annuelle imposée aux Membres titulaires; 2° des droits de diplômes; 3° du produit des amendes; 4° des dons volontaires.

Les dépenses comprennent :

1° Les frais de bureau et d'administration; 2° les frais de publication; 3° les jetons à distribuer aux Membres qui assistent aux séances ou qui ont obtenu de la Société un congé régulier.

Art. 24. — Le prix de la cotisation annuelle est fixé à vingt-cinq francs.)

La Société se réserve le droit de l'élever, s'il en est besoin.

Le prix du diplôme est fixé à dix francs pour les Membres titulaires, et à vingt francs pour les Membres correspondants nationaux.

Le diplôme est gratuit pour les membres honoraires et pour les correspondants étrangers.

La valeur des jetons est fixée à deux francs.

Une amende de trois francs est imposée aux Membres de la Commission permanente qui, sans excuse valable, manquent d'assister à une séance de cette Commission, à laquelle ils ont été régulièrement convoqués.

Art. 25. — Les fonds de la Société sont gérés par le Bureau, réuni en Conseil d'administration.

TITRE VII.
Règlement intérieur; révision des Statuts.

Art. 26. — Un règlement intérieur, qui sera délibéré ultérieurement par la Société, règlera toutes les questions secondaires qui n'ont pu trouver place dans les présents Statuts.

Art. 27. — Toute proposition tendant à modifier les Statuts de la Société devra être signée au moins par dix Membres titulaires, déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen d'une Commission de cinq Membres, dont ne pourra faire partie aucun des signataires de la proposition.

Cette Commission, à laquelle s'adjoindra le Bureau, fera son rapport dans le délai de deux mois.

Elle devra se borner à l'examen de la modification demandée, sans pouvoir, par elle-même, en proposer aucune autre.

Le vote aura lieu sur convocation spéciale et seulement dans la séance qui suivra celle où aura été déposé le rapport.

La modification ne sera adoptée que si elle réunit les deux tiers des voix des Membres présents, et si ce chiffre des deux tiers des votants représente au moins la majorité des Membres titulaires.

Fait et délibéré à Paris, le 10 février 1868, par les Fondateurs de la Société, convoqués à cet effet.

Ont signé sur le registre des délibérations :

Le Président, Devergie; *les Vice-Présidents*, M. Vernois, Paul Andral; *l'Archiviste*, J. Falret; *le Secrétaire général*, T. Gallard; *les Secrétaires des séances*, James de Rothschild, Legrand du Saulle; *le Trésorier*, Mayet.

Quelques observations seulement au sujet des articles 12 et 21.

Nous estimons qu'une Société, pour fournir une carrière longue, honorable et utile, a toujours un écueil redoutable à éviter. Cet écueil — la camaraderie — a le grave inconvénient de tenir éloigné d'une réunion scientifique les gens graves, sérieux, qui n'ont en vue que la science. Tout ce qui, de près ou de loin, peut rappeler une coterie, doit être évité avec le plus grand soin. A ces conditions seules, une Société mérite l'appui de tous.

Or, la Société de médecine légale nous semble avoir laissé quelque prise à cet endroit.

L'article 12 porte à deux années la durée de la Présidence. — Nous n'avons pas besoin de mettre la personne du Président actuel hors de question; nous la tenons en trop haute estime pour qu'on puisse voir une allusion dans notre observation. — Mais, prenant la chose de plus haut, nous pensons qu'une Société ne doit pas engager pour deux années l'impulsion donnée à ses travaux. Il y a là une révision à faire.

Mais que dire des trois années d'existence de la Commission permanente, sinon que le danger saute aux yeux des personnes les plus étrangères à la constitution des Sociétés. Il y dans ces trois années l'élément le plus net d'une accusation de coterie, et par tout l'intérêt que nous portons à la Société naissante, nous appelons sur la révision de l'article 21 l'attention de tous les vrais amis de la médecine légale.

Un an d'exercice et renouvellement par tiers donnerait un virement tous les quatre mois. Or, sans s'arrêter à une utopie, nous devons reconnaître que ces quatre mois, donnés au travail de la Commission permanente, seront quatre mois de zèle; que les intérêts des questions soumises à la Société ne pourront que gagner à cette ardeur; qu'un exercice de trois années peut avoir pour résultat la fatigue et laisser concentrer entre quelques mains non pas seulement un travail, mais des influences qui seraient le suicide de la Société.

Toute réunion d'hommes ayant pour but l'avancement de la science ou du bien-être du corps médical, trouve en nous l'appui le plus dévoué, mais nous sommes en même temps l'adversaire déclaré de toutes les coteries qui se couvrent du masque de l'intérêt général pour ne s'occuper que de l'intérêt personnel. Nous avons l'espérance de voir la Société de médecine légale rendre des services éminents, mais nous la jugerions sans valeur et d'un avenir douteux si elle se laissait gangréner par le vice *coterie*.

Il ne faut pas qu'une Société ne soit personnifiée que par un homme.

L'histoire médicale contemporaine est trop remplie d'enseignements à cet égard pour que nous ne voulions préserver de ce malheur la jeune Société dont nous nous occupons.

Un dernier mot sur le but de la Société.

La Société de médecine légale se propose d'étudier tous les grands problèmes qui appartiennent à cette partie de la science. Certes, on doit attendre beaucoup de la réunion de tous les hommes spéciaux ; mais une innovation à laquelle on ne saurait trop applaudir, c'est la création d'une Commission permanente destinée à donner la solution des questions médico-légales que les expertises judiciaires peuvent faire surgir.

Ce concours tout désintéressé rendra sans contredit les services les plus grands et mérite d'être invoqué par la justice. Mais son rôle est d'une grande délicatesse, et la Société a parfaitement raison de bien établir qu'elle n'entend prêter son appui ni *à l'accusation*, ni *à la défense*, mais seulement à la recherche de la *vérité*, quelles qu'en puissent être les conséquences.

La Société demande donc que les documents les plus *exacts* et les plus étendus lui soient soumis : qu'on ne lui adresse pas des extraits, mais les rapports *textuellement* copiés des médecins ou chimistes qui ont été appelés par la justice.

Elle ne pourrait répondre aux questions qui ne s'appuieraient pas des documents complets qu'elle réclame avec instance.

Son seul but est la recherche de la vérité.

En ce moment, la Société s'occupe du choix des correspondants nationaux ; que nos lecteurs lisent donc avec soin les article 3, 5 et 9 des Statuts.

Puisse maintenant la Société de médecine légale fournir une heureuse carrière, nous appelons ses succès de tous nos vœux.

Dr E. Le Sourd.

HOTEL-DIEU. — M. Noel Guéneau de Mussy.

ÉTUDES CLINIQUES

sur l'adénopathie bronchique.

Nous avons reçu, au n° 5 de la salle Saint-Bernard, une jeune femme qui toussait depuis longtemps et présentait quelques signes de tuberculisation commençante, localisée au sommet des poumons.

Sous la clavicule droite, la respiration était faible et rude; le murmure vésiculaire offrait les mêmes caractères dans les régions sus et sous-épineuses gauches et y présentait une tonalité beaucoup plus aiguë que celle qu'on constatait dans la région scapulaire droite, bien que les deux côtés eussent la même sonorité. En même temps, au niveau des troisième et quatrième vertèbres dorsales, la région scapulo-rachidienne gauche donnait un son plus obscur, plus aigu, et une résistance plus grande à la percussion que la région correspondante du côté opposé. Quelques râles sibilants et muqueux étaient perçus aux deux bases, principalement à gauche.

Ces phénomènes me firent diagnostiquer une bronchite aiguë avec engorgement des ganglions bronchiques gauches ; et soupçon de tubercules, confirmé par les antécédents de la malade qui comptait dans sa race des tuberculeux.

Des symptômes d'embarras gastrique s'ajoutèrent à ces troubles respiratoires. Je prescrivis un ipéca, une friction d'huile de croton, des calmants.

La toux diminua rapidement, les râles de bronchite disparurent et avec eux les nuances de sonorité observées dans la région scapulo-rachidienne et les modifications du bruit respiratoire dans la région scapulaire gauche.

Comme, pendant le cours de ces dernières années, j'ai rencontré un assez grand nombre de faits semblables, et comme l'état pathologique qu'ils me paraissent indiquer, *l'adénopathie bronchique*, n'a pas encore été, que je sache, étudiée chez l'adulte, je veux vous en dire aujourd'hui quelques mots; heureux si, en appelant votre attention sur ce point, je puis déterminer quelqu'un d'entre vous à faire sur ce sujet de plus amples recherches.

Les affections des ganglions bronchiques sont soumises à une loi qui régit toute la pathologie du système ganglionnaire. Elles sont le plus souvent secondaires et consécutives à des lésions développées dans les organes parcourus par les vaisseaux lymphatiques dont ces ganglions sont les aboutissants ; mais elles peuvent survivre à l'incitation morbide qui les a produites; et, sous l'influence d'une prédisposition constitutionnelle, acquérir un développement tel qu'elles deviennent l'élément dominant de la maladie. Dans certains cas, elles paraissent être primitives : ainsi il n'est pas rare, principalement chez les enfants, de trouver des tubercules dans les ganglions bronchiques alors qu'il ne s'en rencontre pas dans les poumons.

L'activité physiologique et morbide des ganglions lymphatiques décroît rapidement avec l'âge. On dirait que ces organes vieillissent plus vite que les autres appareils organiques. Déjà, dans l'âge mûr, ils sentent bien moins les excitations pathogéniques que dans la jeunesse et surtout dans l'enfance. L'adénite post-cervicale de la syphilis, par exemple, si habituelle chez le jeune homme que M. Ricord en a fait à cet âge une des manifestations les plus constantes de cette maladie, diminue de fréquence et de volume chez les individus plus âgés. Elle est beaucoup moins développée et finit même par manquer dans beaucoup de cas après 40 ou 50 ans, tandis que chez l'enfant la moindre pustule, la moindre lésion des téguments provoque l'engorgement des ganglions. La vie de l'appareil lymphatique est tellement active à cet âge, qu'elle semble n'attendre qu'un prétexte pour devenir exubérante. Quand elle l'emporte sur celle des systèmes organiques d'un ordre plus élevé, les enfants offrent cette modalité constitutionnelle qu'on a désignée sous le nom de *tempérament lymphatique*, et qui a pour caractères, d'abord une tendance excessive à la production des tissus inférieurs les moins animalisés et les moins vivants, ensuite une puissance réactionnelle faible contre les causes morbifiques, contre les envahissements du monde extérieur et les impressions des agents physico-chimiques ; le sang est pauvre, l'innervation languissante, la fibre musculaire peu développée ; toutes les générations ou nutritions supérieures sont incomplètes, mais les ganglions possèdent une incitabilité qui contraste avec la torpeur générale.

Les adénopathies pullulent chez ces jeunes sujets; celles des ganglions bronchiques s'y montrent avec une fréquence et un développement qu'on n'observe pas à d'autres âges. Aussi n'ont-elles guère été étudiées que dans l'enfance, où leurs symptômes sont beaucoup plus facilement appréciables.

Leblond, Laënnec, Becker, Andral, Berton, Ley et surtout Rilliet et Barthez, se sont tour à tour occupés de l'adénopathie bronchique des enfants.

Leblond, qui a publié en 1824 le premier travail *ex professo* sur la matière, indique les principaux troubles qui résultent du développement anomal des ganglions : la compression des organes voisins, trachée, bronche, œsophage; la communication possible des ganglions avec les conduits aériens, le poumon et l'œsophage, après le ramollissement des tubercules qui les infiltrent; la faiblesse d'un bruit respiratoire qui en est un des signes importants, etc.

Deux ans après, le docteur Becker publia une importante monographie qui contient sur cette maladie des détails nouveaux et importants.

Berton observa la compression et la perforation des gros troncs vasculaires par des ganglions tuberculeux.

Le docteur Ley expliqua certaines dyspnées par la compression du pneumo-gastrique, circonstance que Pierre Frank avait déjà signalée.

Enfin, MM. Rilliet et Barthez, à qui j'ai emprunté ces détails bibliographiques, firent paraître sur la *Phthisie bronchique* des mémoires insérés dans les « Archives générales de médecine », en 1840 et 1842. Plus tard, dans leur beau *Traité des maladies des enfants*, ils ont consacré à la même affection, sous le titre de *Tuberculisation des ganglions bronchiques*, un chapitre qui est une véritable monographie, la plus complète que nous possédions sur ce sujet. Non contents de résumer et d'analyser les travaux antérieurs, ils y ont ajouté des faits importants; ils ont décrit l'évolution des lésions ganglionnaires, en ont indiqué, plus complètement qu'aucun de leurs devanciers, les symptômes et les signes. Mais, ainsi qu'ils le disent eux-mêmes, les dimensions étroites de la cage thoracique et l'énorme développement que les ganglions bronchiques atteignent dans l'enfance, produisent des modifications des bruits respiratoires normaux et anormaux qu'on n'observe pas chez l'adulte.

L'adénopathie bronchique des adultes n'a été, en dehors de quelques observations éparses, l'objet d'aucun travail spécial, et pourtant elle joue parfois un rôle important, soit qu'elle se développe isolément, soit que se mêlant à d'autres maladies intra-thoraciques, elle modifie leur expression par ses propres manifestations.

Pour bien comprendre la symptômatologie de l'adénopathie bronchique, il est indispensable de se rappeler la disposition des ganglions : les uns suivent les bords de la trachée et remontent jusqu'à son origine laryngée; d'autres se groupent au-dessous de sa bifurcation; d'autres enfin sont essaimés le long des bronches, où on peut les suivre, disent MM. Rilliet et Barthez, jusqu'à la quatrième division, et ils pénètrent dans le parenchyme pulmonaire.

Les ganglions extérieurs, ceux qui accompagnent la trachée, sont seuls accessibles à nos investigations. Il suffit de prendre la trachée comme point de repère, pour déterminer leur situation. Voici comment il convient de procéder dans cette recherche : quand on percute les apophyses épineuses des premières vertèbres dorsales, on perçoit un son d'une tonalité élevée qui se rapproche quelquefois, par son timbre, du son que donne la partie supérieure et moyenne du sternum; il est seulement moins accentué et beaucoup moins clair. A partir et au-dessous de la quatrième vertèbre dorsale, le son devient plus grave, plus profond, et semble provenir des parties plus élastiques : il est analogue au son pulmonaire, mais affaibli. Le son clair qui va jusqu'à la quatrième vertèbre dorsale doit être rapporté à la trachée, laquelle s'arrête précisément en ce point, comme l'indiquent les anatomistes et comme je m'en suis convaincu en enfonçant, dans le quatrième espace inter-costal, des broches que j'ai fait fabriquer pour ces recherches. Si on a soin de les faire pénétrer perpendiculairement, ce qui n'est pas toujours facile, on les voit arriver juste au-dessous de l'extrémité inférieure de la trachée. Le son qu'on obtient plus bas que la quatrième vertèbre appartient aux poumons qui sont plus rapprochés l'un de l'autre, et par conséquent plus voisins du rachis au-dessous de la division des bronches. Le médiastin postérieur se rétrécit en effet de haut en bas et représente une pyramide à sommet inférieur. Les poumons offrent d'ailleurs dans cette cette région une bien plus grande épaisseur, une plus grande surface vibrante, ce qui fait que le son est plus grave à la base qu'au sommet de la poitrine.

Ces caractères, toutefois, peuvent varier par suite de lésions ou de variétés de conformation. Si le poumon est altéré, induré à sa partie inférieure, la différence de sonorité et de tonalité pourra changer, et la région trachéale devenir plus sonore que la région sous-trachéale. Chez plusieurs sujets qui avaient le cou très-long, j'ai cru remarquer que la trachée descendait moins bas que dans les conditions opposées.

Après avoir fixé la position de la trachée par la percussion, je trace une ligne qui marque sa limite inférieure; puis, de celle-ci, je mène deux autres lignes qui prolongent obliquement la première en bas et en dehors de chaque côté, et j'ai ainsi la direction des grosses bronches.

S'il existait un paquet ganglionnaire considérable au-dessous de la bifurcation, la matité qu'il occasionnerait pourrait égarer l'observateur dans les délimitations que je viens d'indiquer. Il est vrai que je n'ai jamais vu chez l'adulte les ganglions devenir assez volumineux pour masquer à un tel point le son rachidien; mais cela se rencontre chez l'enfant. Dans de pareils cas, les données anatomiques doivent corriger celles fournies par la percussion.

Mais le fait principal, celui qui doit nous occuper ici, c'est que l'adénopathie bronchique apporte à la sonorité thoracique, dans le voisinage du rachis, diverses modifications qui sont souvent en rapport avec des altérations des bruits respiratoires. Ces modifications, comme toutes celles que nous révèle la percussion, portent à la fois ou séparément sur l'intensité du son qui peut être affaibli, sur sa tonalité qui peut devenir plus aiguë, et sur l'élasticité des parois thoraciques. On les constate depuis le corps de la quatrième vertèbre dorsale jusqu'au dessous et jusqu'à côté de la septième cervicale que sa proéminence fait facilement reconnaître. Je n'insiste pas sur la nécessité d'éviter les erreurs qu'occasionne si facilement l'état de contraction des muscles sous le doigt qui percute ; c'est une règle d'auscultation élémentaire dont on comprend l'importance.

Il m'est arrivé plusieurs fois, après avoir diagnostiqué un engorgement des ganglions bronchiques, de le retrouver sur le point même où la percussion me l'avait fait reconnaître. L'année dernière, à l'autopsie d'un de nos malades, M. Rathery, mon interne, ayant sur ma demande enfoncé une broche dans le point qui offrait de la matité, traversa avec sa pointe un ganglion volumineux.

Les modalités de la sonorité sont le signe physique en quelque sorte direct de l'adénopathie bronchique. Mais celle-ci occasionne souvent dans le bruit respiratoire, et parfois dans les fonctions des organes voisins, des modifications qui révèlent son existence et que nous devons aussi indiquer.

Quand, chez l'enfant, les ganglions atteignent dans leur développement morbide le développement d'un œuf de poule, quand ils mesurent presque tout le diamètre antéro-postérieur de la cage thoracique étroite dans laquelle ils sont emprisonnés, ils compriment, écrasent les organes dont ils ont envahi la place. En aplatissant la trachée et beaucoup plus souvent les bronches, ils produisent de la dyspnée, un ronchus sonore constant et uniforme qui a son maximum vers la racine du poumon, une toux quinteuse confondue quelquefois avec la coqueluche. Le bruit respiratoire peut être amoindri, étouffé, ou, comme l'ont indiqué MM. Rilliet et Barthez, présenter toutes les transformations qui séparent l'expiration prolongée de la respiration trachéale ou caverneuse; tout dépend de la position et des rapports du ganglion malade, qui sert de conducteur entre les bronches de différent calibre ou la trachée qu'il comprime d'une part, et d'une autre, la paroi thoracique, plus particulièrement celle de la région interscapulaire, à laquelle il transmet les sons produits sur son parcours. On a vu, chez l'enfant, des ganglions péri-trachéaux qui atteignaient dans leur développement la face postérieure du sternum. Dans de pareils cas, si les ganglions malades sont en contact avec une lésion pulmonaire, on comprend qu'ils fassent entendre les bruits caractéristiques de cette lésion dans un point éloigné et même dans le côté opposé du thorax.

Les auteurs que nous avons cités donnent comme signe de l'adénopathie la persistance plus grande des bruits dans la région où on les perçoit, ces bruits pouvant d'ailleurs augmenter ou diminuer sous l'influence de circonstances accidentelles. A ces caractères se joignent les troubles généraux, la fièvre souvent paroxystique, l'amaigrissement, les sueurs, en un mot tout le cortége habituel de la tuberculose.

Lorsqu'ils se ramollissent, les tubercules ganglionnaires peuvent s'ouvrir une issue dans la trachée, dans les bronches, dans le poumon, dans la plèvre où ils occasionnent quelquefois un pneumo-thorax, d'autres fois dans l'œsophage ou dans le médiastin.

Tant qu'ils restent à l'état de crudité, s'ils compriment les tuyaux bronchiques, ils peuvent déterminer leur ulcération, leur perforation même, et puis compléter leurs parois. S'ils compriment la veine cave, ils peuvent produire un œdème des parties supérieures et spécialement des paupières. M. Leblond avait déjà noté ce phénomène, mais sans en déterminer la condition pathogénique; celle-ci a été parfaitement mise en lumière par MM. Rilliet et Barthez. Ces auteurs ont vu aussi la compression des vaisseaux intra-thoraciques donner lieu soit à des hémorrhagies méningées ou pulmonaires, soit à l'ulcération des parois vasculaires et à une mort presque subite.

Le docteur Ley a publié un mémoire sur les accidents dyspnéiques causés par la compression du pneumo-gastrique, fait déjà noté par Pierre Frank et qui a été confirmé par les observations de MM. Rilliet et Barthez.

De tous les symptômes de l'adénopathie bronchique si bien exposés par les deux auteurs dont je viens d'analyser le travail,

les modifications de la sonorité et du bruit respiratoire sont les seuls que j'aie constatés chez l'adulte, et malgré le développement beaucoup moins considérable des ganglions, les modalités stéthoscopiques et plessimétriques que je leur ai attribuées me paraissent avoir d'autant plus de signification que je ne connaissais pas, quand je les ai observés, le travail de MM. Rilliet et Barthez, que par conséquent aucune idée préconçue n'a pu me diriger dans cette appréciation, et que mes résultats concordent très-exactement avec les leurs.

J'avais souvent observé un désaccord inexpliqué entre les résultats de la percussion et ceux de l'auscultation chez les tuberculeux; dans des régions où le son est parfaitement normal, le bruit respiratoire est quelquefois d'une faiblesse considérable dans presque tout un lobe, quelquefois même dans tout un poumon : je me rappelle une dame qui me fut envoyée aux Eaux-Bonnes par mon regrettable ami le docteur Michon. Le son thoracique était égal des deux côtés; mais, dans tout le côté droit, le bruit respiratoire était à peu près nul, sans signes d'emphysème. La malade avait une toux et une dyspnée continuelles; elle avait craché du sang et plus tard elle succomba aux symptômes d'une phthisie confirmée. J'ai toujours pensé depuis que, si j'avais alors examiné les ganglions bronchiques, j'aurais probablement trouvé dans leur gonflement la cause de cette anomalie que j'ai rencontrée bien des fois depuis dans des proportions moindres.

Me rappelant que notre vénéré maître, M. Andral, et que d'autres médecins avaient constaté des faiblesses du bruit respiratoire liées au développement morbide des ganglions, j'ai pensé que cette affection pouvait intervenir chez l'adulte moins énergiquement sans doute que chez l'enfant, mais suffisamment pour produire des anomalies respiratoires; et déterminant exactement la position de la trachée, j'ai cherché si dans la région correspondant aux ganglions, j'observerais quelques modifications de sonorité; puis, dans les cas où ces modifications existaient, quels rapports elles pouvaient avoir avec les phénomènes que l'auscultation me faisait constater. Je n'oubliais cependant pas que toutes ces données ne fournissaient encore que des présomptions; l'examen *post obitum* pouvait seul donner une démonstration. Cet examen est venu plusieurs fois confirmer mon diagnostic; mais je regrette, je l'avoue, de n'avoir pas eu l'occasion de les répéter plus souvent. Dernièrement cependant, sur un cadavre, après avoir percuté la trachée et les espaces scapulo-rachidiens, je diagnostiquai un engorgement des ganglions du côté droit, et l'autopsie vint justifier mes prévisions. *(A suivre.)*

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. GUYON.

Enchondrôme de la parotide (1).

(Observation recueillie par M. Labuze, externe du service.)

La nommée X..., âgée de 17 ans et demi, est entrée à l'hôpital des Cliniques le 8 mai 1868. Cette jeune fille porte à la région postérieure de la face, du côté gauche, une tumeur du volume du poing. Elle avait 10 ans quand elle s'aperçut qu'elle avait derrière l'oreille une petite tumeur de la grosseur d'un pois, dure, et qu'elle pouvait presser sans déterminer aucune douleur. Pendant les quatre ans qui suivirent, elle se développa assez rapidement pour atteindre, à peu de chose près, le volume qu'elle nous présente aujourd'hui. A 14 ans, elle fut réglée. Dans l'année qui suivit l'apparition des règles, la tumeur qui, jusque-là, n'avait pas été douloureuse, devint, à intervalles assez éloignés, le siége d'élancements qui se faisaient surtout sentir au moment des époques. Aujourd'hui la tumeur mesure 24 centimètres de circonférence. Elle est assez arrondie, ou plus tôt un peu ovale, à petite extrémité tournée en haut. Son diamètre transversal est de 13 centimètres. Son diamètre antéro-postérieur est de 12 centimètres en bas, tandis qu'à la partie supérieure il n'atteint que 10 centimètres. Elle est assez régulièrement limitée en avant par le bord antérieur du masséter, en arrière par le bord postérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien, en haut elle soulève le lobule du pavillon de l'oreille et s'arrête au niveau de la paroi inférieure du conduit auditif externe. En bas, elle dépasse de trois centimètres l'os maxillaire inférieur. La tumeur est dure, bosselée, surtout à la partie postérieure et inférieure. Elle ne présente de fluctuation dans aucun point de son étendue. La peau qui la recouvre n'offre pas de changement de coloration, elle est mobile, non amincie, si ce n'est au niveau des bosselures, où elle est un peu rouge et luisante. On peut imprimer à la tumeur des mouvements assez étendus et en tous sens. Si l'on fait ouvrir la bouche à la malade, on voit une saillie assez considérable qui soulève les piliers du voile du palais. Si l'on abaisse la langue et qu'on tire la tumeur en dehors, on voit que les piliers du voile du palais sont entraînés.

On sent très-bien les battements de la temporale au-dessus de la tumeur. On ne retrouve pas l'artère faciale en avant, mais on la retrouve facilement en bas. La veine jugulaire externe répond à sa partie supérieure et inférieure. Aucun phénomène n'indique la compression du nerf facial. Il n'y a pas de déviation de la bouche quand on fait souffler la malade. Si, au moyen de l'électricité, on cherche à déterminer si le facial occupe la superficie de la tumeur, on obtient un résultat négatif. Le muscle sterno-mastoïdien est mobile sans elle. Aucun trouble dans l'œil gauche, aucune altération de la voix. L'audition s'opère normalement, c'est à peine si la malade a quelquefois des bourdonnements d'oreille.

Le 25 mai on pratiqua l'ablation de la tumeur. La malade est chloroformée. Une incision partant de l'apophyse zygomatique en avant est conduite à deux centimètres au-dessous du lobule. Une seconde incision est faite du bord inférieur de l'apophyse mastoïde à l'extrémité de la première; de leur point de réunion on abaisse une incision verticale jusqu'au dessous des limites inférieures de la tumeur. Tous les tissus qui recouvrent celle-ci sont divisés de façon à disséquer sur la tumeur elle-même. Aucun vaisseau important n'est lésé. On n'a à faire que deux ligatures sur des artérioles situées au-dessous du lobule. La tumeur se laisse facilement énucléer par la spatule et le manche du bistouri. Elle ne présentait avec les parties environnantes que des adhérences celluleuses très-lâches.

On réunit la partie supérieure de l'incision par plusieurs points de suture. On a laissé environ deux centimètres non réunis à la partie inférieure.

Dans la journée aucune hémorrhagie n'a eu lieu. Le soir, la malade avait de la fièvre. Le thermomètre placé sous l'aisselle marquait 38°,8. Le pouls était à 120.

Pendant les jours suivants, l'état fébrile persiste. La suppuration de la plaie est de bonne nature. On renouvelle chaque soir et chaque matin le pansement avec linge cératé. La température reste jusqu'au 29 à 38°,4 le soir. Le 29, on enlève les fils, que l'on retire secs, et sans qu'ils aient déterminé autour d'eux de suppuration. Le 30 mai, on s'aperçoit, en faisant le pansement du matin, que les bords de l'incision sont, à la partie inférieure, au niveau où l'on n'avait pas fait de suture, un peu grisâtres. On abandonne le pansement du linge cératé et on le remplace par la charpie imbibée d'alcool. L'état fébrile va du reste en diminuant. Le thermomètre ne marque plus le soir que 38° et le pouls ne s'élève pas au-delà de 104 pulsations.

Le 31, la malade souffre un peu au niveau de la plaie et dans l'épaule du côté malade. L'enduit grisâtre qui recouvrait les bords de l'incision a disparu et a laissé une surface saignant assez facilement. On substitue à l'alcool un cataplasme recouvert de taffetas gommé. La température, qui les matins précédents ne s'élevait pas au-dessus de 37°,6, est ce matin de 38°,4, et le pouls donne 112 pulsations.

Le soir, les douleurs ont disparu. L'état fébrile s'est apaisé, et le thermomètre ne monte plus qu'à 37°,3.

Pendant les jours qui suivent, la malade continue à aller de mieux en mieux; la température suit une marche décroissante, la plaie fournit une suppuration peu abondante et de bonne nature. Et *aujourd'hui, 3 juin*, le thermomètre ne marque que 37° et le pouls ne donne que 88 pulsations. La plaie est en bonne voie de cicatrisation. Les fils à ligature ne sont pas encore tombés.

Examen de la tumeur. — La tumeur se présente sous la forme d'un gros tubercule sphéroïde, mesurant dans son grand diamètre 7 centimètres, et dans sa largeur la plus grande, 6 cent. 5, et en épaisseur, 5 cent. A la surface, qui est lisse et résistante, se voient des saillies arrondies hémisphériques, d'un volume variable entre celui d'un pois et d'une grosse noisette. Ces saillies proéminent sous forme de demi-sphères et déterminent la forme sphéroïdale de la tumeur par leur plus grand volume à la partie.

Elles correspondent aux saillies senties sous la peau et sont peu prononcées, aplaties même vers les faces profondes de la tumeur.

La face externe de la tumeur est lisse, nettement circonscrite, et se présente comme une sorte de coque résistante et dure comme du cartilage, et en bien des points comme du tissu osseux.

On ne trouve pas à la surface de tractus de tissu cellulaire bien appréciable; à peine en quelques points pourrait-on séparer de fines lames de ce tissu restées adhérentes à la surface.

La tumeur est résistante à la coupe, surtout lorsqu'on incise la périphérie. Une coupe longitudinale montre l'aspect général de cette tumeur. On voit deux surfaces qui, par leur translucidité, leur coloration bleuâtre, à reflets grisâtres, rappellent l'aspect de la porcelaine fine. En quelques points, à la périphérie, la tumeur est légèrement rosée. Enfin, à un examen plus minutieux, il semble que la tumeur soit composée par une série de petites tumeurs dont la coupe apparaît sur la coupe générale comme des cercles finement tracés et qui semblent un peu plus mats que les parties voisines. Il n'y a pas d'écoulement de suc; mais à la pression on peut faire suinter quelques gouttes d'un liquide transparent, un peu visqueux. A la palpation, à la pression, la tumeur présente une dureté, une résistance cartilagineuse; elle est élastique, se laisse très-difficilement déprimer et présente une dureté plus prononcée dans les points durs périphériques.

Ajoutons que chaque moitié de la tumeur est translucide et laisse passer la lumière; sur deux ou trois des bosselures, la consistance est moindre et plutôt fibro-cartilagineuse, et même mollasse, en même temps qu'à la section, il s'écoule un liquide visqueux et colloïde.

Sur des coupes plus fines on retrouve les caractères de translucidité, d'élasticité, de résistance qui, à l'œil, me permettaient de considérer la tumeur comme un enchondrôme vrai.

L'examen au microscope a montré des variations dans la composition de la tumeur, suivant les parties considérées. Dans le centre, on retrouve, dans un grand nombre de points, la structure d'un cartilage vrai, c'est-à-dire substance fondamentale présentant de la translucidité, résistante à la pression, finement granulée en certains points, légèrement striée en d'autres, et entourant un grand nombre de chondroplastes. Ces chondroplastes rappellent surtout par leur forme et leur disposition les chondroplastes de la périphérie des cartilages articulaires chez les fœtus à terme, c'est-à-dire qu'ils sont en général allongés ou triangulaires, ou en forme de marteau, renfermant une cellule de cartilage, quelquefois deux, rarement trois, souvent avec un noyau, souvent renfermant des granulations graisseuses. On trouve en outre une grande quantité de chondroplastes tout à fait analogues à ceux des cartilages articulaires vrais, c'est-à-dire arrondis ou ovoïdes, renfermant deux, trois et même quatre cellules de cartilages à noyau, ou avec granulations. Ces éléments du cartilage se rencontrent dans les diverses parties de la tumeur; mais avec eux on trouve à la périphérie de ces masses arrondies et difficiles à distinguer les unes des autres qui constituent la tumeur, des éléments un peu différents. En effet, à la périphérie de ces îlots, la substance fondamentale restant hyaline, élastique, les chondroplastes sont plus allongés et présentent des espaces anastomosés, étoilés, renfermant une ou plusieurs cellules, et qui représentent une des périodes d'évolutions des chondroplastes, telles qu'on en observe dans les fibrocartilages interarticulaires, ou plutôt dans les cartilages de certains poissons; et enfin, dans les parties les plus périphériques, la substance fondamentale ellemême prend un aspect strié; mais là encore, à côté de cavités étoilées anastomosées, on retrouve des chondroplastes véritables.

Les portions dures de la périphérie montrent de fines lamelles osseuses dans lesquelles on voit nettement une grande quantité d'ostéoplastes.

En résumé, l'abondance de tissu cartilagineux vrai, à côté de tissu cartilagineux en voie de formation, l'enveloppe lisse, la forme et la délimitation nette de la tumeur permettent de la considérer comme un enchondrôme vrai, bien que dans certaines parties on ne retrouve que du tissu se rapprochant des fibro cartilages inter-articulaires.

P. S. — Une portion du tissu, qui a été incisée avant d'arriver sur la tumeur et qui adhérait à l'enveloppe fibreuse, au milieu de laquelle la tumeur était comme encapsulée, a été examinée au microscope. Il a été facile d'y retrouver les acini de la parotide, mais un grand nombre atrophiés, comprimés et remplis de granulations graisseuses, ou même comblés par une grosse gouttelette de graisse fluide; mais dans un certain nombre d'acini on retrouvait nettement l'épithélium polygonal, à angles arrondis à la périphérie, et sphérique vers le centre des acini, à peu près comme on le trouve à l'état normal. L'enchondrôme s'était donc développé dans la parotide même.

(1) Société de chirurgie. — Séance du 3 juin 1868.

OVARIOTOMIE

Obs. XLIV. — Ovariotomie pratiquée le 28 mars 1867. Mort.

Par E. KŒBERLÉ.

Madame F..., de Rhemond (Vosges), âgée de 47 ans, d'une très-forte constitution, mais très-amaigrie et affaiblie, était affectée, depuis 1864, d'un kyste de l'ovaire. Au mois d'avril 1866, elle éprouva des douleurs intenses du côté gauche du ventre, et depuis ce moment, la tumeur abdominale prit un accroissement rapide. Au mois de novembre survinrent des douleurs très-vives du côté droit, et la santé de la malade déclina de plus en plus. Depuis 1865, il y avait eu par intervalles des hémorrhagies utérines; le col de l'utérus était volumineux, central, peu élevé; l'excavation pelvienne était occupée en arrière, vers le côté gauche, par une tumeur dure qui paraissait provenir d'un corps fibreux de la matrice. Le ventre mesurait 1 m. 10 de circonférence.

Le kyste était multiloculaire, mais il renfermait une grande loge qui donnait lieu à de la fluctuation dans une étendue assez considérable. Il y avait des adhérences au pourtour de l'ombilic; les parties supérieures et latérales paraissaient à peu près dépourvues d'adhérences.

La vessie était comprimée par la tumeur pelvienne; la miction était très-fréquente, et les urines étaient quelquefois rendues involontairement pendant la nuit. La malade était en condition; comme ses ressources étaient très-limitées, elle désirait instamment d'être opérée.

L'ovariotomie eut lieu le 28 mars 1867.

Incision de 22 centimètres. Ponction. Le liquide était brunâtre, très-visqueux et ne s'écoulait que très-lentement. L'ouverture du trocart fut agrandie à l'aide d'une large canule, dont l'extrémité était taillée obliquement de manière à former une pointe mousse, et la loge ponctionnée, qui renfermait neuf litres de liquide, fut ainsi vidée.

Il y avait des adhérences légères au pourtour de l'ombilic. Des adhérences très-vasculaires, avec des vaisseaux d'un fort calibre, reliaient la tumeur à l'épiploon, au côté gauche de la paroi abdominale, au mésentère et au côlon.

On appliqua quatre ligatures en fil de soie. La tumeur provenait de l'ovaire droit, qui fut excisé après que le pédicule, qui était très-court et très-épais, eut été lié avec un fil de fer. La masse, excisée avec les diverses loges qui n'avaient pas été vidées, pesait encore 6 kilogrammes. La matrice était envahie par des fibroïdes interstitiels qui s'étendaient, de chaque côté, dans les ligaments larges; elle était volumineuse, bosselée et remplissait en partie l'excavation pelvienne. L'un des fibroïdes était pédiculé, du volume du poing, situé au-dessus de l'aine droite, où il constituait une saillie dure que l'on avait constatée avant l'opération; il s'était aplati entre le kyste et la paroi abdominale. La vessie était refoulée à gauche. On ne toucha pas à la matrice, parce qu'il eût été impossible d'arriver au col utérin et d'enlever les tumeurs fibreuses développées dans les ligaments larges. La perte de sang n'a été que de 350 grammes; mais au moment de la réunion, l'hémorrhagie n'était pas encore complétement arrêtée à gauche, à la paroi abdominale. Le serre-nœud qui a servi à lier le pédicule plongeait à 5 centimètres dans la cavité péritonéale. On plaça à demeure, dans le bassin, un tube de verre de 12 centimètres de longueur qui servit à l'écoulement et à l'extraction du sang, qui suinta encore assez abondamment après l'opération. L'hémorrhagie se continua pendant huit heures environ, aussi longtemps qu'il y eut des vomissements chloroformiques. La sérosité sanguinolente qui imbiba la charpie et celle qui fut extraite par le tube peut être évaluée à 200 grammes environ. L'opération avait duré une heure trois quarts. Le pouls, qui était resté assez petit, ne tarda pas à devenir irrégulier, filiforme; la respiration s'embarrassa de plus en plus; la peau se couvrit de vergetures et l'opérée succomba, au bout de trente-deux heures, à la septicémie.

A l'autopsie, on trouva un foyer de sang brunâtre, décomposé, de 150 grammes environ, dans la fosse iliaque, à gauche. Il n'y avait guère d'indices de péritonite. Putréfaction rapide.

Remarques. — Lorsqu'il se produit dans la cavité abdominale un foyer hémorrhagique au voisinage d'une surface traumatique et que le sang épanché se décompose, le liquide qui en résulte est éminemment septique. Si ce liquide se trouve en rapport avec des parties traumatiques par lesquelles il est absorbé directement, l'empoisonnement du sang devient extrêmement rapide et intense, et les opérées les plus robustes succombent immédiatement.

Quand il y a une tendance à l'hémorrhagie, les vomissements chloroformiques sont extrêmement graves, parce qu'à chaque effort le sang ruisselle de toutes parts, là même où il était déjà parfaitement arrêté. Il est rare de voir les opérées guérir dans ces cas.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 1er mai 1868. — Présidence de M. CHAUSIT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. BRIQUET demande la parole à propos du procès-verbal, et il s'étonne que l'on conserve le mot *vaginisme*, qui ne signifie rien, et qu'on ne lui préfère pas le nom d'*hyperesthésie vulvaire*, qui rend bien mieux la pensée, et qui rappelle à l'esprit le symptôme principal et le plus important de la maladie dont nous nous occupons en ce moment.

J'ajouterai que je ne me rends pas compte du tout du mode d'action de l'incision bilatérale et sous-cutanée du sphincter de l'anus, ainsi que le conseille M. Dolbeau, sur les hyperesthésies vulvaires. J'y ai bien réfléchi, et je crois qu'on peut l'expliquer par la méthode substitutive, en amenant, ou plutôt en faisant naître, tout près du siége pathologique, une irritation nouvelle et plus forte, et le résultat obtenu donnerait raison à l'aphorisme hippocratique.

M. FORGET. M. Payant, de Marseille, a cherché et a donné une confirmation dans son mémoire qui préconise la cautérisation du lobule de l'oreille pour la guérison de la sciatique.

Maintenant, il y a aussi une raison anatomique : les fibres des sphincters du vagin et de l'anus, ont une corrélation assez intime et des rapports de continuité au moins superficielle.

M. BRIQUET. Cette particularité anatomique ferait mieux comprendre encore l'action substitutive de la section sous-cutanée du sphincter anal.

CORRESPONDANCE.

M. BLACHEZ, secrétaire général, donne lecture de la correspondance.

Elle comprend la lettre suivante, de M. Bouvier :

« Très-honoré Président et collègue,

« Le compte rendu de la séance de la Société de médecine du 3 avril 1868, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 28 avril, contient ceci : « Les conclusions de M. Bouvier sont dangereuses en ce qu'*il proscrit* « *l'emploi du chloroforme chez les enfants*. »

« Permettez-moi de protester contre cette assertion inexacte. J'ai dit précisément le contraire de ce qu'on m'attribue (voir le Bulletin de thérapeutique, t. LXXIII, p. 109).

« Je vous serai fort obligé, cher Collègue, de vouloir bien donner connaissance à la Société de ma réclamation, qui recevra sans doute la même publicité que l'allégation à laquelle elle répond.

« Agréez, très-honoré Président, l'assurance de ma considération distinguée et de mes sentiments bien confraternels.

BOUVIER,
De l'Académie impériale de médecine,
Membre honoraire de la Société de médecine
du département de la Seine.

30 avril 1868.

M. GIRALDÈS. Je suis étonné de cette lettre, car elle n'est pas la fidèle image des opinions de M. Bouvier; M. Bouvier avait dit à la Société de chirurgie que le chloroforme était *surtout* dangereux chez les enfants; et, dans le Bulletin de thérapeutique, il dit *même* chez les enfants. J'accepte ce *même* chez les enfants, mais rien de plus. Pourquoi M. Bouvier a-t-il cherché tous les cas de mort qui ont pu arriver pendant des opérations sur des enfants? Pourquoi les a-t-il relevés, colligés, mis en lumière, si ce n'est pour démontrer les dangers de la chloroformisation infantile? C'est un mauvais service à rendre que de mettre en évidence les cinq ou six cas malheureux qui ont pu se produire. Or, ce que je maintiens, c'est que M. Bouvier n'a aucune autorité en cette matière, qu'il est complétement incompétent. A l'hôpital des enfants, M. Bouvier a un service de médecine où il n'y a que des maladies aiguës, et s'il employait le chloroforme, ce n'était que très-rarement et avec une timidité extrême; il s'effrayait de tout : il n'est donc pas compétent en cette matière.

LECTURE.

M. LEUDET lit la deuxième partie de son *Mémoire sur les effets éloignés et immédiats des Eaux-Bonnes dans le traitement de la phthisie pulmonaire*.

M. FORGET lit, au nom d'une commission composée de MM. Forget, Simonnot, Blachez, Perrin et Mottet, le rapport sur les titres des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante.

En 1re ligne, M. le docteur Achille Foville;

En 2e ligne, M. le docteur Martin (Antonin).

M. Devilliers est nommé membre honoraire, sur sa demande et après scrutin.

M. le docteur Perrin, chargé par la Société d'aller visiter notre honoré et aimé collègue, le docteur de Soyre, retenu chez lui par un érysipèle, donne de ses nouvelles. M. de Soyre est entré en convalescence.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire annuel : Dr A. CHARRIER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 20 mai 1868, le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier est autorisé à accepter, aux clauses et conditions déterminées par le testateur, le legs fait à ladite Faculté par le sieur Fontaines, docteur en médecine, d'un capital de 10,000 francs pour la fondation d'un prix annuel destiné à l'auteur de la meilleure thèse de docteur soutenue dans l'année précédente.

Ladite somme de 10,000 francs sera immédiatement employée à l'achat d'une rente annuelle 3 p. 100 sur l'État.

— La Société des médecins des Bureaux de bienfaisance se réunira mercredi prochain, 10 juin, à la mairie du premier arrondissement.

Ordre du jour. — Rapport et vote sur une demande d'admission; — Des devoirs du médecin inspecteur des crèches et des salles d'asile; — Rapports des membres de la Commission de statistique (maladies régnantes pendant le premier trimestre 1868).

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 68. — JEUDI 11 JUIN 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 11 JUIN 1868. — N° 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 8 juin 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous avons rarement assisté à une séance aussi orageuse.

La discussion sur la tuberculose avait pris toutes les allures des polémiques les plus personnelles, et il est heureux que les orateurs se soient trouvés liés depuis longtemps par une grande estime mutuelle, parfaitement méritée.

Nous avons supprimé de notre compte rendu ce qui pouvait un peu dépasser la mesure d'une controverse académique, ce qu'inspiraient, une fois mises en présence, l'ardeur extrême de M. Guérin et la vivacité toute méridionale de M. Chauffard.

En analysant les discours de l'un et de l'autre, que leur étendue ne nous permet pas de reproduire *in extenso*, nous nous sommes efforcés d'en conserver toujours la physionomie générale et les principaux arguments.

Les deux orateurs se sont appuyés sur les expériences de M. Vilson Fox.

Ces expériences, — que nous avions mentionnées brièvement le 25 mai, dès que le professeur anglais avait publié la première partie de son travail et que nous annoncions devoir exposer plus longuement un peu plus tard, lorsque ce travail aurait paru dans son entier, — un de nos confrères les plus distingués de la presse médicale, M. Bouchard, en a, dans l'intervalle, fait l'objet d'une savante revue, à laquelle M. Chauffard a emprunté les chiffres que nous reproduisons.

Mais depuis lors, M. Vilson Fox a fait paraître la seconde partie de la leçon qu'il a professée sur ce sujet au *medical college* de Londres; et il y donne sur ses expériences de nouveaux détails qui en modifient singulièrement la portée.

M. Vilson Fox ne croit pas que les cochons d'Inde soient très-aptes à devenir naturellement tuberculeux; mais il admet leur aptitude toute particulière à contracter la tuberculose artificielle.

Les résultats obtenus sur eux ne se sont nullement reproduits chez les lapins.

Sur les lapins, M. Vilson Fox a pratiqué 12 inoculations dont voici le résultat :

5 ont reçu sous la peau des matières purulentes, sans qu'aucun d'eux ait présenté rien qui ressemblât à du tubercule; il s'était fait autour de la plaie une suppuration locale assez étendue.

2 seulement, sur 7 autres à qui on avait inoculé de la matière tuberculeuse, ont présenté quelque chose de distinct; encore M. Fox a-t-il soin de dire qu'il y avait quelque peu prise au doute dans l'interprétation de ces deux faits (*Even these were somewhat doubtfull*).

M. Fox attribue à un développement excessif des lymphatiques chez les cochons d'Inde, l'excessive facilité avec laquelle les tubercules se multiplient chez eux.

Car, ajoute-t-il, le tubercule est probablement une production de nature lymphatique; et sa meilleure définition est encore celle de Virchow : « *production qui ressemble au tissu lymphatique* ».

Plusieurs différences de détails séparent de la phthisie humaine la tuberculose artificielle, provoquée chez le cochon d'Inde. Chez cet animal, les méninges sont habituellement exemptes de lésion, et les altérations du foie prennent un développement extraordinaire.

Ces différences paraîtront peu notables, si l'on tient compte de la distance qui sépare le cabiais de l'homme.

Mais les principales objections sont toujours celles de Clark : Les granulations qu'on rencontre dans les poumons des cochons d'Inde ne s'accompagnent pas de pneumonie secondaire ou d'infiltration générale. Si jamais la chose se produit, elle doit être, M. Vilson Fox le reconnaît, excessivement rare (exceedingly rare). M. Vilson Fox l'a rencontrée une ou deux fois chez le lapin, et jamais chez les cochons d'Inde. Le ramollissement des granulations est lui-même très-rare; il n'a jamais lieu chez le cochon d'Inde.

Ainsi, rien qui ressemble à la phthisie humaine ne peut résulter chez cet animal des tubercules provoqués. S'agit-il bien d'une véritable tuberculose artificielle?

M. Vilson Fox le croit : bien qu'il sente toute la portée de l'argument, sachant que les granulations n'ont rien de caractéristique.

Il demande à ses adversaires de nommer cette maladie provoquée chez les cochons d'Inde, qui ne serait pas la tuberculose, et s'en rapprocherait de si près. Il repousse l'idée d'une sorte de morve, ou de farcin, aussi bien que l'idée d'une leucocythémie; et il ne connaît pas d'autre affection décrite qui soit comparable.

On le voit, nous sommes bien loin de la certitude que semblait permettre la première partie de cette leçon; et les réflexions de M. Clark, exposées par nous l'année dernière, n'ont rien perdu de leur importance.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

ÉTUDES CLINIQUES
sur l'adénopathie bronchique (1).

Les modifications du son dans la région ganglionnaire consistent dans une diminution de la sonorité, une élévation de la tonalité qui peut coïncider avec le phénomène précédent ou exister seule, et dans une résistance plus grande au doigt.

Quant aux anomalies respiratoires, leur appréciation est plus difficile; car l'adénopathie coïncidant le plus souvent chez l'adulte avec des lésions pulmonaires, il est difficile de faire, dans les modalités stéthoscopiques, la part qui revient à l'une ou à l'autre de ces conditions morbides. Quand cependant, avec une matité scapulo-rachidienne, vous trouvez une faiblesse très-grande du bruit respiratoire dans une partie du poumon qui offre à la percussion un son parfaitement normal, il est très-probable que la lésion ganglionnaire est la cause du trouble respiratoire. Je dis très-probable et non certain, parce que, je le répète, la nécropsie peut seule fournir la certitude. On conçoit qu'un tubercule profond, comprenant une des subdivisions principales des bronches, puisse produire le même symptôme. Cependant, dans ce cas, on entendra souvent le phénomène que j'ai appelé *l'écho de la toux*, et la percussion donnera rarement un son aussi fort, aussi profond que dans les cas où le parenchyme ne renferme aucune production morbide. Je crois que les résultats contradictoires de la percussion et de l'auscultation ont une signification importante pour le diagnostic de l'adénopathie.

Avant d'énumérer les modifications respiratoires qui m'ont paru dépendre de celle-ci, je répondrai à une objection qui peut se présenter à l'esprit. Les ganglions de l'adulte offrent rarement un développement très-considérable, la pression qu'ils exercent sur les bronches doit être très-peu énergique; et comment pourrait-elle produire des modifications très-accusées du bruit respiratoire? Parmi ces modifications, il en est qui indiquent seulement un changement dans les conditions de transmission des bruits normaux, et l'engorgement ganglionnaire n'a pas besoin d'être énorme pour se produire. En outre, je crois que si la théorie de Beau sur l'origine du bruit respiratoire est défectueuse par son exagération, néanmoins les vibrations sonores produites par l'entrée de l'air dans la partie supérieure du canal aérien est certainement un élément important de ce bruit, et une pression même légère sur un tube sonore peut modifier la transmission du son.

Voici maintenant les altérations du murmure vésiculaire que j'ai cru pouvoir rapporter à des adénopathies bronchiques chez l'adulte.

Ces altérations, je les cherche d'abord à l'origine des bronches, directement, en prolongeant à droite et à gauche une ligne qui sépare le son trachéal du son pulmonaire.

Quelquefois la respiration a un caractère bronchique beaucoup plus prononcé que du côté opposé, et ce caractère devient plus important quand on la constate à gauche, la bronche droite donnant habituellement un bruit plus fort et une expiration plus accusée que la gauche. Dans ce cas, on peut supposer que les ganglions engorgés, entourant la bronche sans la comprimer, conduisent plus directement aux parois thoraciques le bruit du courant aérien, peut-être même le renforcent-ils en changeant les conditions de résonnance des tubes aérifères. Dans ces circonstances aussi, la voix et la toux retentissent avec exagération, et leurs modifications peuvent être plus accusées que celles du bruit respiratoire. Dans ce cas-là, j'ai entendu quelquefois un écho de la toux d'un retentissement exceptionnel et qui, à cause de son intensité, me paraissait devoir être attribué à l'état morbide des ganglions, bien que dans l'état normal on observe quelquefois ce phénomène à la racine des poumons.

D'autres fois, comme nous l'avons dit, le bruit respiratoire est plus faible du côté où on constate les signes d'une adénopathie bronchique. Cet affaiblissement peut aller jusqu'à un silence complet, soit dans tout le poumon, soit plus ordinairement dans un lobe et par une circonstance assez difficile à expliquer, mais que je retrouve mentionnée dans le travail de MM. Rilliet et Barthez, cette faiblesse peut être très-prononcée en arrière, alors qu'on ne la retrouve pas en avant; elle peut être accompagnée d'expiration prolongée. En même temps que le bruit respiratoire devenait plus faible, je l'ai trouvé en général plus aigu. On comprend que le rétrécissement ou l'aplatissement d'un tube sonore fasse monter la tonalité du son qui s'y produit; on comprend aussi que des modifications de timbre, de la rudesse du bruit respiratoire puisse résulter d'un changement de forme dans les parois du tube par la compression qu'il subit; et en devenant plus aigu, plus faible, le bruit respiratoire devient souvent plus rude.

L'engorgement des ganglions situés au devant de la trachée pourrait produire des modifications stéthoscopiques sans changer la sonorité des régions interscapulaires. Mais chez l'enfant, où ces tumeurs peuvent atteindre rapidement la face postérieure du sternum, la percussion a pu faire constater de la matité à leur niveau. Chez l'adulte, je ne connais aucune observation analogue. Cependant Harrisson, dans son *Traité d'anatomie des artères*, dit que les ganglions lymphatiques voisins de la crosse aortique sont souvent malades, qu'ils peuvent comprimer le tube aérifère, que quelquefois, ayant acquis des dimensions considérables et faisant saillie à la base du cou, ils sont soulevés par la diastole artérielle et peuvent être pris pour une tumeur de l'aorte.

Si on supposait que quelques ganglions engorgés comprimassent la face antérieure de la trachée, il faudrait en chercher les signes derrière la pièce supérieure du sternum, car l'union de cette première pièce avec la seconde marque la limite inférieure du canal aérien, et l'origine des grosses bronches répond à la partie interne des deuxièmes espaces intercostaux. Il y a là un sujet de recherches et d'investigations cliniques.

J'ai trouvé les signes de l'adénopathie bronchique dans plusieurs cas de phthisie, de pneumonie, de bronchite et de rougeole. Je résume ici une de ces dernières observations.

Un jeune homme entra dans mon service au commencement de l'hiver 1867 avec une rougeole en pleine évolution, accompagnée de ce catarrhe intense et de ce gonflement des ganglions post-cervicaux qu'on rencontre habituellement dans l'exanthème morbilleux.

Me rappelant que l'engorgement des ganglions bronchiques a été indiqué parmi les lésions le plus souvent observées chez les sujets qui ont succombé à la rougeole, je cherchai si je n'en trouverais pas quelques signes extérieurs, et je trouvai, à la partie supérieure de l'espace scapulo-rachidien gauche, un son plus obscur et d'une tonalité plus élevée, en même temps que cette région était moins élastique et plus résistante au doigt que la région correspondante du côté opposé.

Ces nuances plessimétriques occupaient une étendue de 3 centimètres environ. En même temps, le murmure respiratoire était notablement plus faible dans tout le côté gauche. Quelques ronchus sibilants s'y mêlaient des deux côtés; mais à gauche et en bas on entendait, en outre, du râle sous-crépitant témoignant qu'une congestion du parenchyme pulmonaire s'y était ajoutée à la congestion bronchique. Dans ce dernier point, la percussion montrait une obscurité relative et une tonalité plus élevée de la sonorité thoracique.

Cette submatité de la région scapulo-rachidienne me sembla ne pouvoir guère être expliquée que par un engorgement des ganglions bronchiques, car elle disparut avec les signes de la congestion broncho-pulmonaire.

Chez l'adulte, la tuberculose ganglionnaire est presque toujours un épisode et un phénomène secondaire de la tuberculisation pulmonaire. Chez l'enfant, il n'en est pas ainsi. Nous avons indiqué les différentes voies par lesquelles p ut se vider en dehors une masse de tubercules ganglionnaires ramollis. Ils peuvent, et surtout, je le crois, dans les races arthritiques, subir la transformation crétacée; d'autres fois, ils peuvent devenir le

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

siége d'excitations passagères qui s'apaisent et permettent aux troubles fonctionnels qui en dépendent de diminuer ou même de disparaître.

J'ai soigné il y a huit ou dix ans, avec mon vénéré maître et ami le docteur Blache, une petite fille de race tuberculeuse qui, pendant deux mois, présenta une fièvre paroxystique, de la toux, une respiration extrêmement fréquente avec des accès de dyspnée, sans autre signe physique que de la faiblesse du bruit respiratoire au sommet gauche et du râle sibilant localisé surtout dans l'espace scapulo-rachidien de ce côté, mêlé parfois de bulles erratiques vers la racine du poumon gauche. Nous diagnostiquâmes tous deux un engorgement probablement tuberculeux des ganglions bronchiques gauches.

Un des frères de l'enfant avait succombé à une méningite tuberculeuse; le père était tuberculeux; la mère, fille de tuberculeux elle-même, avait eu des hémoptysies.

Des vésicatoires volants et de l'alcoolature d'aconit furent prescrits au début; plus tard, des badigeonnages avec la teinture d'iode, et je lui administrai intérieurement une très-petite quantité d'iodure de potassium. Elle guérit, mais plus tard elle fut affectée d'un spina ventosa d'un doigt, d'une carie de l'orbite et d'abcès ganglionnaires cervicaux. Elle résista à tous ces accidents et elle jouit aujourd'hui d'une santé relativement bonne.

Les ganglions bronchiques auraient-ils été réellement tuberculeux, ou bien avaient-ils été le siége de cet engorgement scrofuleux qui s'est manifesté plus tard dans d'autres parties du système lymphatique?

Dans le premier cas, la guérison pouvait être expliquée par la résolution de la congestion des produits néoplasiques qui entourent les tubercules, tandis que ceux-ci s'amoindrissaient ou du moins restaient stationnaires; et peut-être l'iodure de potassium, l'iode employé à l'extérieur ont-ils eu une part dans cette heureuse terminaison. — Dans le second cas, les mêmes moyens auront pu contribuer à la résolution d'éléments bien moins réfractaires que le tubercule.

Je cite cette observation pour montrer que dans les conditions où on est le plus autorisé à admettre une adénopathie tuberculeuse, il ne faut pas désespérer de la guérison. La possibilité de cette guérison est prouvée d'ailleurs par la présence des tubercules crétacés ou des tubercule crus trouvés dans les ganglions bronchiques chez des sujets qui ne présentaient pas de troubles notables des fonctions respiratoires.

Il y a là bien des questions que je ne fais que poser et qui appellent des observations nouvelles. Je crois, sans exagérer l'importance de l'adénopathie bronchique, que son étude pourra donner l'explication de phénomènes d'auscultation qui n'ont pas été jusqu'ici expliqués d'une manière satisfaisante.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 9 juin 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements des Basses-Alpes, de la Moselle, de Saône-et-Loire, et dans l'arrondissement de Villefranche (Commission des épidémies);

2° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur De la Garde, d'Audinac (Ariége), par M. le docteur Déhoey; de Pierrefonds (Oise), par M. le docteur Sales-Giron; d'Ax (Ariége), par M. le docteur Auphan; de la Bourboulle (Puy-de-Dôme)), par M. le docteur Peironnelle (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note historique sur l'urémie, par M. le docteur Poulet (de Plancher-les-Mines);

2° Un rapport supplémentaire de M. Louis Gaucher sur le typhus abortif d'Aïn-Temouchent (Algérie) (Commission des épidémies);

3° Une note de M. Rigollot, pharmacien, concernant son papier sinapisme (Commissaires : MM. Vernois, Bouchardat et Boudet);

4° Une lettre de M. Favre, fabricant d'instruments de chirurgie, qui réclame la priorité d'invention au sujet de l'appareil présenté dans la dernière séance par MM. Chassagny et Galande, pour pratiquer le tamponnement dans les cas d'émorrhagies graves.

M. Béclard dit que le nom du membre correspondant dont M. Jules Guérin avait annoncé la mort à la dernière séance, est Doubovistki, et non pas Jacubovistki, comme on l'a imprimé par erreur.

M. Larrey dépose sur le bureau : 1° un rapport manuscrit sur l'épidémie varioleuse, dans la garnison de Marseillle, pendant les hivers 1867-1868, par M. le docteur Perny; 2° des études statistiques sur le recrutement et la géographie médicale dans le département d'Indre-et-Loire, de 1837 à 1865, par M. le docteur Hector Bertrand (Commission des épidémies); 3° la statistique des États-Unis, en 1860.

M. Cerise présente : 1° au nom de M. le docteur Brierre de Boismont une brochure intitulée : *Charles Mittermayer*, ses études sur la peine de mort, expertises médico-légales, etc.; 2° une brochure en italien sur les nouvelles restaurations du grand hôpital du Saint-Esprit, à Rome, par M. François Azzurri.

M. Ricord présente de la part de M. le docteur Caizergues, un travail sur le névrome.

M. Piorry dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Barbier (de Vichy), un travail manuscrit sur l'ozone atmosphérique étudiée en Égypte.

LECTURE.

Propriétés de l'eau de goudron. — M. Jules Lefort, candidat pour la section de pharmacie, lit un travail *sur la préparation et les propriétés physiques et chimiques de l'eau de goudron.*

Voici les conclusions de ce travail :

1° Le goudron de Norvége ou du Nord, ou le goudron des Landes, cèdent à l'eau des quantités presque identiques de matières solubles;

2° Pour la préparation de l'eau de goudron médicinale, il est indifférent de se servir de goudron exotique ou de goudron indigène;

3° Le goudron demi liquide est préférable au goudron plus épais;

4° L'eau de goudron, préparée à chaud et en vase clos, représente mieux les principes naturels du goudron et est plus constante dans sa composition que l'eau obtenue à froid et au contact direct de l'air;

5° L'eau de goudron renferme en moyenne 2 grammes de principes fixes ou volatiles par litre;

6° L'eau de goudron est constituée principalement par de l'huile de térébenthine pyrogénée, de la créosote, des principes résinoïdes volatils et par plusieurs acides résineux;

7° L'iode se dissout dans l'eau de goudron dans la proportion de 75 centigramme à 1 gramme par litre;

8° L'eau de goudron iodée ne laisse apercevoir par les réactifs aucun des caractères qui appartiennent à l'iode.

—L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la tuberculose. La parole est à M. Chauffard.

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE.

(Avant de publier le discours de M. Chauffard, nous devons donner l'analyse du discours prononcé par M. Jules Guérin à la séance précédente.)

M. Guérin. On a prouvé, par voie indirecte comme par voie d'exclusion, que les propriétés de spécificité, de contagion et de virulence dont les expériences de M. Villemin semblaient devoir doter la tuberculose, sont en désaccord avec la pathologie générale et la clinique, tandis qu'elles paraissent, aux yeux mêmes de plusieurs d'entre vous, consacrer ces nouveaux attributs de tubercule; mais il faudrait prouver directement, par la nature même du mécanisme de la tuberculisation artificielle, que ce mécanisme prouve tout autre chose que ce qu'on a voulu lui faire prouver, et confirme, au lieu de les renverser, les enseignements de la science antérieure sur la tuberculose. Tel est l'objet de notre argumentation.

Lorsque les chimistes ont à faire des opérations, ils commencent par s'assurer de la composition et de la pureté de leurs réactifs; sans ce préalable, ils s'exposeraient à toutes sortes de mécomptes. Notre réactif principal, pour apprécier les expériences d'inoculation qui ont été soumises à l'Académie, c'est la *tubercule*. Qu'est-ce que la tubercule? car on en a toujours parlé jusqu'ici comme d'un corps déterminé, d'une existence et d'une composition propres, et de façon à laisser croire que, dans les diverses opérations où il est intervenu, on ait pu compter sur un produit ou un agent identique à lui-même. Eh bien! il n'en est rien cependant.

Au point de vue purement objectif, et vu par les yeux, la tubercule comprend une série de formes et d'états que l'on a décrits sous les noms de corpuscules primitifs, de granulations grises, de masses jaunes, de tubercules caséeux, de concrétions calcaires, de cavernes tuberculeuses; vu par le microscope, c'est un assemblage de filaments, de cellules, de globules de différentes formes et dimensions, de composition diverse et de caractères variables, sans détermination précise pour chacune des formes sous lesquelles l'œil les aperçoit, et sans détermination aucune du rapport des parties entre elles.

Vu par les yeux de l'esprit, le tubercule ne se présente pas avec des formes et une signification mieux déterminées. Les classifications dont il a été l'objet, les phases d'évolution qu'on lui a assignées, les métamorphoses qu'on lui a supposées n'ont pas dissipé la confusion résultant du défaut de détermination objective. L'esprit n'a pas été plus heureux que les yeux avec ou sans microscope; et, bien que celui-ci ait eu la prétention de lui assigner des caractères pathognomoniques, on est resté jusqu'ici dans l'ignorance la plus complète sur les formes, la composition élémentaire ou rudimentaire du tubercule. A l'égard des révélations du microscope, il nous est impossible d'accepter, comme des déterminations sérieuses, l'indication de quelques cellules ou globules caractéristiques. Cela ne nous suffit pas. Jusqu'à ce que le microscope parvienne à distinguer et séparer nettement sur le porte-objet, d'après sa composition élémentaire, le tubercule de ce qui n'est pas lui, nous lui refuserons la prétention de donner, par quelques indications de cellules plus ou moins spéciales, la véritable caractéristique de ce produit. On n'est donc guère plus avancé aujourd'hui qu'aux temps de Bayle et de Laennec sur la composition élémentaire du tubercule. La dissidence qui a régné au début entre ces deux premiers historiens de la tuberculose, est à peu près la même entre leurs continuateurs. Pour les uns, les deux principales formes qui se rencontrent dans la tuberculose pulmonaire, les granulations grises et les masses jaunes caséeuses sont des produits d origine et d'ordres différents; pour les autres, ce sont les mêmes produits à différents degrés d'évolution: les explications seules ont varié; ce n'est pas le moment de nous y arrêter. Ajoutons seulement que l'incertitude est encore tellement grande que, parmi les observateurs les plus récents et les plus accrédités, il en est qui ont changé plusieurs fois d'opinion, je me bornerai à citer M. Lebert, cet historien si exact et en quelque façon photographique de la tuberculose (1).

La conclusion à laquelle je veuille arriver en montrant le désaccord profond qui existe sur la composition élémentaire du tubercule, n'est pas d'accuser la pauvreté de la science sur ce point: je veux au contraire, en signalant ce premier fait, en tirer deux conséquences également utiles pour la discussion qui va suivre, à savoir : l'une, qu'on ne saurait assigner au tubercule aucune forme, aucune composition caractéristique qui puisse lui donner la moindre apparence d'un produit spécifique. Or tout ce qui est spécifique a une forme déterminée : c'est en quelque façon un reflet de la cause qui a déterminé et fixé le rapport de ses éléments; rien de semblable dans le tubercule : c'est un agrégat sans caractère déterminé : ni les granulations grises ni le tubercule caséeux ne sauraient avoir cette prétention. La seconde conséquence, c'est que, de la multiplicité des formes, de la variabilité des éléments, et de l'opposition des déterminations, on peut au moins conclure à un défaut d'homogénéité, à une composition multiple et variable des éléments matériels du tubercule. Est-il nécessaire d'ajouter qu'en présence et avec le concours d'un tel réactif, les expériences ne sauraient avoir le caractère de la précision et conduire à autre chose qu'à des conclusions arbitraires.

— L'orateur rappelle les expériences de MM. Villemin et Colin, desquelles il résulte que tous les états, toutes les formes, tous les degrés du tubercule ont pu être inoculés et produire la tuberculose pulmonaire sous ses différentes formes et ses divers degrés. Il mentionne également les recherches de MM. Clark, Sanderson et Vilson Fox, en Angleterre; de M. Lebert, en Allemagne; de MM. Empis et Béhier, en France, arrivant tous à des résultats semblables avec les substances les plus diverses, par l'injection de graisse ou de pus dans les veines, par l'entretien d'un séton suppurant.

Cette production artificielle de la tuberculose confirme dans l'opinion précédemment émise à l'endroit du défaut de spécificité et d'homogénéité du tubercule.

— J'en suis venu à me demander, dit M. Guérin, si la prétendue culation de cette maladie, si cette prétendue éruption tuberculeuse dans le poumon n'étaient pas le résultat d'une véritable méprise, méprise très-facile à mettre en évidence par les plus simples notions de la mécanique physiologique, sans qu'il soit besoin d'y voir un travail mystérieux, entouré de nuages, et dû à des causes occultes.

Il faut considérer le poumon comme une sorte de crible qui retient ce qui ne peut y passer, c'est-à-dire ce qui ne peut se mêler au sang et s'y diluer. Une expérience fort simple donnera une idée de ce mécanisme. Une certaine quantité de charbon porphyrisé fut injectée à ma demande, par l'obligeance de M. Colin, dans la jugulaire d'un lapin. Au bout de trois semaines environ, le poumon, examiné à la loupe et au microscope, laissait voir tout son tissu parsemé et envahi par la poudre charbonneuse, tout ou à peu près tout y était resté et disséminé dans toute l'étendue de l'organe. Cette expérience montra incontestablement que le charbon a été transporté par les veines au cœur, et du cœur au poumon, et qu'il a été retenu par le tissu de ce dernier comme par un crible qui ne l'a pas laissé passer.

Le fait général de l'inoculation des matières destinées à provoquer la prétendue éruption tuberculeuse dans le poumon n'est que l'application et la reproduction, modifiée, diversifiée, comme nous le verrons tout à l'heure, du fait du transport, de la dissémination et du dépôt de la poudre de charbon dans le parenchyme pulmonaire, en vertu du mécanisme le plus simple et par les voies ordinaires de la circulation.

Mais le fait terminal de la tuberculose, je me hâte de le reconnaître, ne se présente pas, ne s'accomplit pas dans cet état de simplicité d'un simple transport, ou d'un simple dépôt. Il se complique, dans son évolution, de deux éléments qu'il importe de constater d'abord et de spécifier ensuite dans leur mécanisme.

Les expériences de M. Villemin, et surtout celles de M. Colin, ont démontré que la somme de matière tuberculeuse inoculée, comparée à la somme de tubercules engendrés, est de beaucoup inférieure à celle-ci : d'où résulte un accroissement de produit notable et incontestable. Ces expériences ont en outre démontré qu'on ne trouve pas dans les poumons la matière tuberculeuse telle qu'on la dépose sous la peau, mais modifiée, diversifiée, présentant toutes les formes de la tuberculose spontanée. Cette masse s'est donc accrue en quantité et en qualité.

L'Académie le voit, je n'omets rien de la complexité du phénomène et ne diminue rien de la difficulté du problème à résoudre. J'ai donc à mettre d'accord, avec la doctrine du *transport* et du *dépôt* ces deux faits considérables de la *multiplication* et de la *transformation* de la matière tuberculeuse inoculée.

Le problème que nous avons à examiner, quoiqu'il n'ait jamais été posé aussi nettement, parce qu'il ne pouvait pas l'être avant les expériences de MM. Villemin et Colin, a été néanmoins abordé surtout par les observateurs de nos jours. Trois doctrines principalement ont cherché à le résoudre.

La première, qu'on peut faire commencer à Laënnec et qu'on peut appeler la doctrine *des transformations*, ne s'est occupée explicitement que de l'évolution et des métamorphoses du tubercule. Partant de la granulation grise, elle l'a montrée se transformant en tubercule jaune cru, ramolli, tubercule caséeux, caverneux. Elle n'avait pas à tenir compte explicitement du phénomène de la multiplication des germes, puisqu'elle ne s'occupait que de l'évolution et de la transformation du germe initial; ses déterminations étaient exactes, mais incomplètes.

La seconde doctrine, qui a son point de départ à Broussais et qu'on peut appeler la doctrine physiologique, a considéré l'irritation et l'inflammation comme le principe générateur de la matière tuberculeuse.

Je me hâte d'ajouter que cette doctrine ne continue pas à être professée, au moins par le plus grand nombre, avec le caractère d'absolu et d'exclusivité que lui avait attribué son fondateur. La plupart de ses continuateurs ont fait deux parts dans le travail de production, d'évolution et de transformation de la tuberculose; ils admettent un élément primitif distinct, la granulation grise, complétement séparé

---

(1) Voici le dernier mot de ce savant micrographe : « Quant au tubercule chez l'homme, je continue à soutenir qu'il ne saurait plus être envisagé aujourd'hui comme un produit néoplasique, à vie propre, tel que les tumeurs cancéreuses, fibro-plastiques, fibreuses, épithéliales, les enchondromes et les lipomes. Rien n'est plus transitoire et moins douée d'une vie prolongée que la granulation tuberculeuse et les tuberculeuses en général. La vascularité cesse à leur pourtour et les cellules entassées étroitement, scellées ensemble, sont si peu aptes à la multiplication cellulaire, que leur propre développement vers le milieu et le centre reste incomplet, et que leur tendance à la désagrégation, à la fonte granuleuse, à la transformation graisseuse n'est mise en doute par personne. D'un autre côté, ce sont là des caractères que l'on rencontre d'une manière exactement identique dans les produits de l'inflammation avec suppuration, soit qu'on l'étudie dans le tissu conjonctif, soit dans l'épithélial ou glandulaire.

« Et qu'est-ce que cette fameuse granulation? C'est encore un état transitoire et intermédiaire entre quelques cellules qui se multiplient, un amas presque microscopique de ces mêmes cellules d'un côté, et de l'autre un amas cellulaire beaucoup plus considérable qu'une granulation, soit massif, soit étendu en surface le long d'une gaîne bronchique, d'un vaisseau sanguin, d'un tractus, de tissu connectif interstitiel. Aussi la discussion si le tubercule commence toujours par une granulation ou non me paraît-elle perdre par cela même de son importance. Évidemment un très-petit foyer alvéolaire, ou péri-bronchique ou péri-artériel, l'amas cellulaire offre, à un moment donné de son développement, la forme et les dimensions d'une granulation; je ne puis donc pas admettre avec quelques auteurs cette séparation nette et tranchée entre la phthisie dite caséuse, épithéliale, scrofuleuse et la phthisie tuberculeuse. »

des masses jaunes et des tubercules caséeux, lesquelles seraient les résultats d'une inflammation un peu spéciale. A cette doctrine se rattache la pneumonie dite caséeuse.

Pour compléter la réfutation anatomique et clinique, parfaitement suffisante, du reste, qu'en a présentée avec tant d'autorité M. Barth, je me bornerai à faire appel à la tuberculose osseuse.

Lorsqu'on examine la plupart des os qui ont été envahis et partiellement détruits par la tuberculose, on remarque que les parties restantes, celles qui se trouvaient en rapport direct avec les tubercules, sont simplement rugueuses, comme usées, sans altération de teint et presque sans changement de consistance et de couleur. On en peut voir de très-remarquables exemples dans les dessins que je mets sous les yeux de l'Académie, et dont l'un représente un tubercule osseux logé dans l'intérieur d'une vertèbre sans communication extérieure. La dégénérescence caséeuse du tubercule a eu lieu sans altération aucune du tissu périphérique; il y a eu usure régulière, comme si l'on eût emporté la pièce d'os détruite avec un emporte-pièce. Ce fait à lui seul repousse toute idée d'inflammation caséeuse. Transporté au poumon, le tubercule caséeux ne change pas de caractère en changeant de siége et de tissu.

Une ou plusieurs vertèbres peuvent se trouver détruites en parties par la tuberculose, sans aucun symptôme, aucun trouble dans la santé. Puis, lorsque ces affections vertébrales se compliquent d'abcès par congestion, il est presque de règle de voir dès l'ouverture *directe* de ces abcès des transports et des dépôts de ce pus dans les poumons, les intestins, etc. Tout cela sans inflammation préalable.

L'inflammation peut cependant intervenir dans le travail de la tuberculose, et cela de deux manières :

1° Avec des sujets prédisposés, on voit parfois les phénomènes inflammatoires succédant à une violence extérieure, à une chute, être suivis d'une explosion de tubercules. Le germe alors circulait avec le sang, ou bien c'est un caillot, quelques globules frappés de mort par le travail inflammatoire, et qui sont devenus, comme nous le dirons plus loin, le point de départ, l'agent provocateur du tubercule.

2° L'inflammation joue ainsi un rôle dans l'évolution la plus normale de la tuberculose osseuse. Celle-ci présente généralement dans son cours quatre périodes : la période de *dépôt*; la période de *réaction* éliminatrice, inflammatoire; la période de *suppuration;* la période d'*élimination*.

Il doit en être également ainsi dans les poumons; mais ce contingent de l'inflammation est purement accessoire dans la production des éléments tuberculeux, et laisse une large place à l'initiative d'un autre travail, plus générale et plus profonde.

C'est ce qu'a senti l'École allemande, qui a formulé la troisième doctrine à examiner, celle qui a été introduite dans cette discussion par un de nos collègues, sous le nom de *doctrine de la prolifération.* Cette doctrine place dans le tissu connectif le travail primitif de toutes les générations physiologiques ou morbides, sans se préoccuper de l'élément dynamique qui le précède et le domine, et des influences diverses qui le diversifie. Elle ramène ainsi la multiplication des semis tuberculeux au processus physiologique normal.

M. Chauffard l'a présentée éloquemment en termes magnifiques.

La loi sur laquelle repose tout l'édifice de la théorie est celle-ci : les éléments du tissu fécondant se retrouvent dans les produits du tissu fécondé; en d'autres termes, les semblables engendrent leurs semblables, c'est la loi commune de la paternité universelle. Dans l'espèce, nous avons donc à considérer la matière tuberculeuse insérée, comme le tissu fécondant, et les produits de cette insertion comme les produits du tissu fécondé. Or, que nous ont montré les diverses expériences tentées jusqu'ici pour établir l'inoculabilité du tubercule, je parle de toutes les expériences. Elles nous ont montré qu'avec la plus grande diversité de tissus fécondants, avec toutes les modalités du tubercule, avec la granulation grise, avec la matière caséeuse, avec le tubercule ramolli et mêlé au pus des cavernes, avec du pus ordinaire, avec du pus de toute sorte, de la fièvre typhoïde, de la fièvre puerpérale, avec tous les débris de l'organisme, on produit invariablement le tubercule. Où est l'influence de cette paternité multiple et diverse? Où est la concordance des produits du tissu fécondé avec les éléments du tissu fécondant? On l'avouera, c'est une ressemblance bien élastique.

Mais ce n'est pas tout. En inoculant uniquement des granulations péritonéales, dites tuberculeuses, c'est-à-dire la plus parfaite unité, le plus parfait type, l'élément le plus caractérisé du facteur tuberculeux, M. Lebert a obtenu toute une légion de produits appartenant à tous les cadres de l'histologie pathologique. Et c'est ainsi que se trouve confirmée cette belle loi du pathologiste de Berlin!

S'il était nécessaire d'ajouter à cette opposition si complète entre les faits et la doctrine, d'autres raisons pour en montrer l'inanité, combien n'en trouverions nous pas de plus puissantes dans l'ordre étiologique. M. Virchow n'a oublié qu'une chose : la semence qui féconde, c'est-à-dire la force qui anime et la cause qui détermine. M. Chauffard a voulu amener cette conception d'un souffle de vie, en la plaçant plus directement sous la dépendance de la vitalité générale; mais cette réserve beaucoup trop vague ne suffit pas à la science d'aujourd'hui. La vie a ses agents plus directs, ses forces et ses matériaux plus près de l'œuvre; le système nerveux et le système vasculaire, intermédiaires indispensables d'un vitalisme plus scientifique, doivent avec les éléments étiologiques auxquels l'organisme est accessible, régler toutes les actions spéciales, tous les produits spéciaux dont il est le théâtre.

Après avoir examiné ces trois doctrines, celle des *transformations*, la doctrine *physiologique* et celle de la prolifération, formulons celle qui résulte de l'interprétation naturelle des expériences en question.

Ces expériences établissent que diverses matières, comprises sous le nom de tubercules, insérées sous la peau, se rendent aux poumons avec un accroissement notable de leurs éléments, et une sorte de reproduction des formes auxquelles elles ont été empruntées. On sait déjà que le fait du transport des matières absorbées et non assimilées est une conséquence nécessaire de l'organisation successive des éléments nouveaux déposés dans le poumon?

— M. Guérin cite les expériences de M. Colin, d'après lesquelles les lamelles tuberculeuses pénétrées d'abord d'un exsudat inflammatoire, se résorbent peu à peu avec cet exsudat, puis marchent vers le centre avec lenteur, en déterminant sur son chemin l'adénite, la lymphangite, et laissant dans les ganglions des dépôts considérables.

Il se passe ici ce qui s'observe partout dans l'économie; partout où une substance antipathique et non assimilable est déposée ou introduite dans nos tissus, partout elle y provoque cette réaction de contact, réaction qui a ses modes et ses degrés, et qui déborde de beaucoup la sphère d'une simple prolifération physiologique du tissu connectif. Ainsi conçue, la tuberculose artificielle se résout dans une action physiologique commune, comprenant trois termes : le transport et le dépôt d'une matière hétérogène antipathique à l'économie, accrue sur son passage et à son arrivée de tous les produits de secrétion provoqués par son contact. Le tubercule comprend donc deux sortes d'éléments : son germe initial et son tissu d'enveloppe, qui peuvent se confondre à l'œil nu ou au microscope, mais que l'esprit est obligé d'admettre lorsqu'il en a compris les différentes origines et le mécanisme.

Cette conception nouvelle de la tuberculose a l'avantage de consacrer toutes les données d'étiologie que l'observation traditionnelle a recueillies et de tenir la voie ouverte à toutes celles qu'elle recueillera ultérieurement. Dans cette théorie, les causes externes et les causes internes trouvent leurs places : mauvaises conditions hygiéniques, affections éruptives, diathèses, etc.; tout ce qui peut introduire dans les organes les plus exposés les éléments hétérogènes capables de provoquer l'exsudation des éléments des tubercules. M. Kuhn (de Nuderbruun) attribue l'origine de plusieurs espèces de tubercules à des corps organisés, dérivant du règne végétal ou animal, et les expériences de M. Colin sur l'inoculation des tumeurs contenant des strongles vivants me paraissent conduire aux mêmes conclusions.

— Après quelques courtes réflexions sur la contagion de la tuberculose, contagion qu'il repousse toutes les fois qu'elle n'est pas une véritable infection par du pus tuberculeux altéré au contact de l'air, M. Guérin résume son discours comme il suit :

1° Les expériences de M. Villemin, tendant à démontrer que la tuberculose est inoculable, ne sont propres qu'à établir que la matière dite tuberculeuse, comme beaucoup de substances organiques antipathiques à l'économie, sont absorbées et transportées au poumon par les voies ordinaires de la circulation, et s'y déposent avec les produits exsudés sur leur passage et provoqués par leur contact.

2° Généralisant les données fournies par ces expériences et toutes celles qu'elles ont provoquées, on peut dire que le mécanisme de la tuberculisation consiste dans le transport et le dépôt dans la trame des organes, et des poumons en particulier, de certaines matières organiques, antipathiques à l'économie et non assimilables, comme aussi dans la formation et le dépôt sur place des mêmes substances, par exemple de certains matériaux organiques frappés de mort par la maladie. Ces matières, agents d'exsudation, provoquent par leur présence la formation d'éléments plastiques hétérogènes, qui se combinent avec eux ou leur servent d'enveloppe pour constituer les semis tuberculeux de nouvelle formation.

3° Des expériences de MM. Villemin et Colin et de toutes les expériences connues jusqu'à ce jour, ramenées à ce mécanisme physiologique, il résulte que la tuberculose doit être considérée non comme une maladie spécifique, virulente ou contagieuse, mais comme une maladie susceptible seulement d'être provoquée et reproduite par une sorte de greffe, et de devenir occasionnellement infectieuse.

M. CHAUFFARD. La question des inoculations productrices de la tuberculose est toujours à l'ordre du jour de la science; elle pose un problème destiné à préoccuper longtemps encore les expérimentateurs et les médecins. C'est la meilleure excuse que je puisse invoquer auprès de l'Académie pour justifier ma nouvelle intervention dans ce débat. J'y rentre surtout pour tirer parti des récentes inoculations qui ont été faites en Angleterre et qui confirment ma doctrine; mais je vais indiquer d'abord pourquoi je ne puis pas souscrire à celle de M. Guérin et aux solutions qu'il nous propose.

La notion anatomique du tubercule n'est pas aussi vague et inconsistante que M. Guérin l'a prétendu. La granulation grise, type de l'élément tuberculeux, a sa constitution histologique définie; ce qui ne veut pas dire qu'elle soit un élément spécifique. La matière caséeuse elle-même, quoique pouvant comprendre des éléments divers, a sa constitution propre, et les éléments dégénérés en voie de régression qui l'a composent ne sont pas cette agglomération sans nom et sans caractères propres dont a parlé notre savant confrère.

M. Guérin base son système étiologique sur une théorie expérimentale que je ne puis admettre, et d'après laquelle toute matière inoculée agit comme si elle était injectée dans les vaisseaux et portée par le mouvement circulatoire dans les poumons, y est retenue, y amenant la production de tubercules. Il n'en est pas ainsi.

Les injections de matières diverses dans les veines ou dans les bronches n'équivalent en rien à un dépôt inoculé sous la peau; car les substances inoculées, comme on le constate dans le tatouage, ne pénètrent pas dans le torrent circulatoire. Elles ne dépassent jamais les premiers ganglions, et elles ne peuvent produire les désordres signalés par M. Guérin.

Quant aux poussières inorganiques qu'on injecte dans les vaisseaux, les lésions qu'elles produisent ne sont encore point celles de la véritable tuberculose.

L'histoire tout entière de la phthisie est en contradiction avec cette théorie pathogénique présentée par M. Guérin. Combien de fois ne voit-on la tuberculose provoquer l'explosion tuberculeuse presque uniquement sur les membranes séreuses, qui ne sont pas, à coup sur, le siége d'une circulation bien active? La diathèse-tubercule n'est-elle pas souvent héréditaire? etc.

M. Guérin a combattu la doctrine de la prolifération cellulaire; mais cette doctrine est née de l'étude des faits expérimentaux, rapprochée des enseignements de la clinique, et elle en reçoit sa confirmation.

L'inoculation et la génération ultérieure du tubercule est un fait réel; et on produit le tubercule sans faire intervenir dans l'inoculation aucun élément tuberculeux, on en produit même par des procédés mécaniques d'irritation qui, à coup sûr, n'ont rien de spécifique. Le fait est certain, indéniable; comment l'expliquer? Je ne vois de recours possible qu'aux doctrines de prolifération cellulaire par excitation ou fécondation locale, doctrines dont la place est faite en pathogénie, quoi qu'on en ait. Les expériences de MM. Sanderson et Wilson Fox, en Angleterre, sont venues du reste, à ce qu'il me semble, les confirmer. M. Sanderson, agissant en commun avec M. Simon, avait produit des granulations tuberculeuses, généralisées, soit en inoculant du pus de malades atteints de pyohémie, soit en déterminant une irritation faible par l'application de sétons peu considérables.

M. Vilson Fox a expérimenté sur 117 cochons d'Inde et 12 lapins. Dans une première série, il a inoculé des produits dits tubercules granulatures grises, infiltration grise ou jaune, pneumonie chez un tuberculeux, etc., et il a obtenu 18 succès sur 24 expériences, ou 75 p. 100.

Une seconde série comprend les inoculations faites avec les matières les plus diverses puisées à des sources non suspectes de tubercules et des agents traumatiques modérés, tels que charpie introduite sous la peau et séton. Sur 80 cas de ce genre, il a obtenu 28 succès, ce qui donne une proportion de 35 p. 100.

Enfin, 12 fois il a inoculé des animaux avec des tubercules provenant d'autres animaux inoculés précédemment par lui, et toutes les fois il a réussi, bien que dans la moitié des cas, il ait choisi pour lui fournir ces tubercules inoculés, des animaux chez lesquels il les avait produits par l'introduction de matières non tuberculeuses ou par de simples irritations.

100 p. 100, 75 p. 100, 35 p. 100, tels sont les chiffres très-différents des succès obtenus dans ces trois séries; mais pour que toutes les trois puissent compter des résultats positifs, il faut bien qu'il y ait une raison commune à tous ces résultats communs.

Cette raison, vous la verrez anatomiquement réalisée dans les proliférations locales du tissu conjonctif, se propageant par les vaisseaux lymphatiques jusqu'aux ganglions voisins, pour de là envahir le parenchyme des viscères internes.

Une simple irritation du tissu conjonctif peut être l'occasion de ces proliférations locales; on a alors comme une fécondation autochtone de l'élément, une prolifération qui s'opère par la surexcitation propre et génésique de l'élément plasmatique; le tissu conjonctif excité d'une façon prolongée et modérée, prolifère sur place; les vaisseaux lymphatiques de la région s'engorgent; les ganglions voisins s'indurent et se remplissent de néoplasies lymphatiques. Dès lors, on peut être assuré que la tuberculose se généralise. Il en est de même toutes les fois que l'on inocule des matières étrangères à l'affection tuberculeuse.

Si l'on se sert de matière tuberculeuse, les succès sont plus nombreux, parce que les éléments inoculés exercent une action proliférante spéciale sur les éléments plasmatiques au milieu desquels on les a insérés, action non virulente, comme le prouvent les faits précédents; et que peut-elle être, sinon une fécondation plasmatique qui pousse à la prolifération tous les éléments conjonctifs?

Mais cette pathogénie ne doit pas s'appliquer à la phthisie pulmonaire elle-même. On ne peut remplacer par elle, comme M. Guérin paraît tendre à le faire, toutes les idées de diathèse, d'hérédité, de prédisposition tuberculeuse.

Non, ces proliférations locales et envahissantes d'éléments plasmatiques témoignent uniquement d'imitations et de générations locales; elles ne sont en rien comparable à ces proliférations qui d'emblée s'établissent dans les viscères ou à la surface des séreuses et qui sont l'expression d'un état essentiellement général et diathésique. Notre pathogénie des inoculations de matières tuberculeuses ne doit pas être transportée à la pathologie humaine; car quel médecin n'a observé des engorgements de ganglions lymphatiques terminés par résolution, des sétons longtemps maintenus, etc., etc., sans production de tubercules.

Maintenons donc séparées l'affection tuberculeuse primitive et la dissémination secondaire de granulations tuberculeuses à la suite d'inoculations ou de lésions locales. Sur quelles données d'ailleurs confondre ces états si parfaitement dissemblables? Serait-ce à cause du produit morbide survenant pareillement dans l'un et dans l'autre. Mais l'existence d'un même produit morbide témoigne-t-il absolument d'une même maladie productrice? Le pus, toutes les fois qu'il se montre, indique-t-il toujours une même affection génératrice? Il en est de même pour le tubercule que pour le pus.

Examinons maintenant si la tuberculose est contagieuse, et dans quelle proportion. Il est des maladies spécifiques de leur essence, que l'on ne saurait concevoir que comme contagieuses ou inoculable; telles sont la variole, la rougeole, la scarlatine, etc.; leur caractère nosologique est absolument attaché à la génération d'un produit morbide transmissible, miasme ou virus. D'autres maladies ne sauraient se concevoir que comme maladies communes à tout jamais incapables de créer des germes, des éléments de contagion. Entre les deux il faut placer des maladies ordinairement communes, susceptibles cependant sous certaines influences de terrain ou de milieu de s'élever dans l'ordre nosologique, d'acquérir accidentellement le caractère spécifique, de devenir par conséquent transmissible dans des circonstances exceptionnelles. Tel est, suivant moi, l'érysipèle qui, sous certaine forme et à certaines périodes, peut devenir contagieux, bien qu'il ne le soit pas sous d'autres formes. C'est que la spécificité n'est pas un fait inaliénable, toujours et en soi, comme tendraient à le faire croire ces comparaisons aussi répandues que peu exactes de germes, de semences, de graines pathologiques. La spécificité, dans certaines maladies, peut s'acquérir ou manquer suivant les cas, suivant surtout le terrain individuel.

Ceci posé, je crois que la tuberculose n'est point une maladie spécifique en soit. Elle peut le devenir surtout dans les périodes avancées, au moment des sueurs colliquatives, de la diarrhée, etc. Mais cette contagiosité est infiniment rare, car le génie essentiellement commun de la tuberculose y répugne étrangement.

— M. Chauffard termine en appelant toute l'attention du savant rapporteur, M. Colin, sur les questions qui restent encore à élucider.

M. GUÉRIN revient sur les parties de son argumentation qu'il considère comme mal rendues par M. Chauffard.

Je n'ai pas prétendu, dit-il, qu'on ne savait rien sur le tubercule, mais que des notions les plus récentes il ne résultait encore aucune détermination absolue permettant de dire ceci est tubercule et ceci n'en est pas. Je défie les micrographes les plus avancés de reconnaître avec certitude un tubercule. M. Lebert, qui croyait jadis avoir découvert une caractéristique, a reconnu depuis s'être toujours trompé. On reconnaît bien comme existants certains éléments, de même qu'en chimie on trouve de l'oxigène, de l'hydrogène, du carbone et de l'azote dans beaucoup de corps; mais cela ne suffit pas et l'on ne sait pas en vertu de quels arrangements, de quelles affinités, les éléments reconnus sont groupés dans le tubercule. C'est comme si on connaissait les lettres du mot sans savoir le mot. Le tubercule n'est pas spécifié.

Je n'ai pas dit qu'on produisait la tuberculose en injectant du charbon dans les veines. Je me suis borné à montrer par cet exemple le rôle du poumon retenant comme un filtre les substances étrangères que le torrent circulatoire y apportait. Loin d'expliquer ainsi toutes les

tuberculoses, j'ai insisté sur les différences que présentent, avec cette expérience, celles qui ont produit des tuberculoses artificielles; sur la multiplication de matière, et le caractère étiologique qu'imprime chaque cause à son produit.

Quant à l'assimilation établie par M. Chauffard entre les injections dans les bronches et celles qui sont poussées dans les veines je la repousse, et je montrerai par des expériences que j'ai faites depuis longtemps quelles différences séparent les obstructions produites par ces deux genres de mécanisme.

M. Chauffard objecte que les questions de diathèse, d'hérédité, etc., sont incompatibles avec la théorie de la dissémination.

J'y ai longtemps pensé, et j'ai prévu cela dans une formule très-générale. La circulation se modifie aux différents âges :

1° Dans l'enfance, les vaisseaux lymphatiques prédominent;

2° A l'âge adulte, ce sont les artères;

3° Chez les vieillards, ce sont les veines.

Il en résulte que dans l'enfance beaucoup de lymphe traversant les poumons, le sang est mal hématosé; qu'il le devient plus chez les adultes à la respiration profonde et au sang riche; et qu'il l'est peu chez les vieillards qui respire beaucoup moins, et dont le sang veineux traverse les poumons en grande quantité. Aussi les tissus des vieillards suintent-ils la graisse.

Et bien souvent, après une courbure de l'épine qui rend la respiration et l'hématose beaucoup moins complètes, l'adulte se trouve, pour ainsi dire transformé en vieillard, et son squelette suinte la graisse. C'est là une condition constitutionnelle toute mécanique et facilement compréhensible.

La théorie de la prolifération n'explique rien, car la prolifération pathologique a un caractère tout different de la prolifération physiologique. Quand une seule unité morbide inoculée produit cinquante éléments différdnts, pourquoi présenter cette théorie décapitée, pour faire faire à cette unité des enfants qui ne lui ressemblent pas? La chose essentielle qu'on a oubliée, c'est la cause. Toute cause a pour effet de reproduire des altérations qui lui sont propres. Il y a aussi une question de susceptibilité individuelle: tel n'est pas affecté de ce qui affecte un autre. Mais, je le répète, ce qui emporte surtout, c'est la cause et non pas la forme.

M. Chauffard s'attache surtout à la forme. Il a parlé d'érysipèle qui pourrait devenir contagieux, l'être ou ne pas l'être, etc. Mais le mot érysipèle est une étiquette qui recouvre une forme, non une maladie. Il y a bien des genres d'érysipèles se rattachant à diverses causes; il y a une fièvre érysipèlateuse qui ne ressemble en rien au simple érysipèle provenant de traumatisme; et si l'un de ces états morbides est contagieux, ce n'est pas une raison pour que l'autre le soit.

En parlant de la contagion de la tuberculose j'ai dit que le contact de l'air dans les cavernes ouvertes les transformait en plaies suppurantes exposées, avec toutes les complications résultant des altérations que le pus subit en pareil cas : résorption purulente, exhalation de matières putrides et contagion par infection. Je n'ai jamais dit autre chose.

M. CHAUFFARD, dans une réplique très-vive, maintient toutes ses observations sur le premier discours de M. Guérin.

Il ajoute qu'on ne saurait confondre l'infection putride, résultant de la résorption de pus décomposé dans des cavernes ouvertes, avec une contagion tuberculeuse, laquelle serait nécessairement spécifique dans ses éléments et sa quantité.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 juin 1868, M. Denonvilliers, inspecteur général de l'enseignement supérieur pour l'ordre de la médecine, professeur de médecine opérative à la Faculté de Paris, est nommé professeur de clinique chirurgicale à la même Faculté (service de l'hôpital des Cliniques), en remplacement de M. Jarjavay, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jean-Baptiste Allaire, décédé à Héricy-sur-Seine, le 30 mai 1868. Cet honorable confrère avait atteint l'âge de 69 ans. Il exerçait la médecine depuis quarante-quatre ans.

— La Société protectrice de l'enfance vient d'obtenir, de M. le Préfet de la Seine, une allocation de 2,000 francs. Une subvention de 1,000 francs lui avait été dernièrement accordée par M. le Ministre de l'Intérieur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études sur J.-B. Van Helmont, par le Dr ROMMELAERE. Ouvrage couronné par l'Académie royale de médecine de Belgique. 1 vol. in-4°. Prix : 5 fr. — Paris, 1868. P. Asselin.

Bulletins et mémoires de la Société médicale des hopitaux de Paris, tome quatrième, 2e série, année 1867. Prix : 5 fr. — Paris, 1868. P. Asselin.

Clinique hydrotérapique de Plessis-Lalande, par le Dr LOUIS FLEURY. In-8°. Prix : 2 fr. 50 c. — Paris, 1868. P. Asselin.

Clinique photographique de l'hopital Saint-Louis, par MM. le professeur A. HARDY, médecin de Saint-Louis, et A. DE MONTMÉJA, ex-interne provisoire dudit hôpital. Cet ouvrage sera publié en dix ou onze livraisons, se composant chacune de huit pages de texte et quatre planches photographiées et coloriées. Les livraisons 8, 9 et 10 viennent de paraître. Prix de chaque livraison : 4 fr. 50 c. — Paris, 1868. Chamerot et Lauweyrens.

Dictionnaire de la langue française, par M. E. LITTRÉ, membre de l'Institut. La 18e livraison (MIS-NOI) vient de paraître. — En vente le tome Ier; 1 vol. grand in-4° de 2,080 pages, broché, 45 fr.; relié, 50 fr. — On vend séparément : 1re partie du tome Ier (A B C), 1 vol. broché, 22 fr. 50 c.; relié, 27 fr. 50 c. — 2e partie du tome Ier (D E F G). 1 vol. broché, 22 fr. 50 c.; relié, 27 fr. 50 c. — Paris, 1868. L. Hachette et Ce.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 69. — SAMEDI 13 JUIN 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 13 JUIN 1868. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE : Abcès métastatiques. Hypothèses étiologiques, etc. Piogénie, etc. — Nouveau sphygmomètre de M. le docteur Poznanski. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Feuilleton. — Nouvelles.

Paris, 10 juin 1868.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Abcès métastatiques. — Hypothèses étiologiques. — Pénétration des globules du pus à travers des membranes.

Aux yeux du chirurgien, il est peu de questions qui se présentent plus souvent que celle des abcès métastatiques, et il en est peu sur lesquelles on soit aussi loin de s'entendre. Le fait lui-même s'impose trop souvent et trop douloureusement pour être mis en doute; mais le *comment* et le *pourquoi* sont des points très-controversés.

Lorsqu'on voit un homme, chez lequel existe une plaie suppurante, présenter cet ensemble de phénomènes généraux qui accompagnent la formation de foyers multiples dans les viscères, on est bien obligé d'admettre une relation de causalité entre ces foyers et la plaie.

Mais pourquoi cette plaie, plutôt qu'une autre, a-t-elle ces résultats funestes?

Comment provoque-t-elle dans les viscères ce travail de suppuration?

On a formulé à cette occasion bien des théories dont nous ne ferons pas l'histoire, ayant pour but unique, aujourd'hui, de rapprocher d'expériences récentes une argumentation spécieuse qu'elles affaiblissent. Nous avions déjà rapporté ces expériences en elle-mêmes; mais la méthode expérimentale est une méthode de contrôle qui, pour être féconde, exige une révision fréquente des données antérieures.

M. Virchow a repoussé comme inadmissibles les suppositions antérieures sur le genre des abcès métastatiques.

Il ne croit pas que le sang renferme en pareil cas aucun globule purulent, soit puisé dans la plaie, soit formé par phlébite dans quelque veine.

Comme le sang contient à l'état normal un certain nombre de globules blancs qui, au microscope, paraissent absolument semblables aux globules de pus, il est impossible de distinguer les uns des autres dans les vaisseaux.

« Un globule de pus, dit M. Virchow (1), ne peut différer d'un globule blanc que par son origine : si vous ne savez pas d'où provient le leucocyte, il vous sera impossible de dire ce que vous avez devant les yeux; vous hésiterez, et vous ne saurez si le globule appartient au sang ou au pus. Dans cette occasion, demandez-vous : D'où vient cet élément? où est-il né? S'il a été formé hors du sang, vous affirmerez que c'est du pus; s'il a été formé dans le sang au contraire, soyez sûrs que c'est un globule blanc. »

M. Virchow n'admet qu'un seul cas où de vrais globules de pus puissent se rencontrer dans le sang : celui d'un abcès extérieur ou intra-pariétal qui se serait ouvert dans un vaisseau.

Quant à la phlébite suppurative, il en conteste l'existence. Suivant lui, le caillot veineux qui se forme dans la phlébite est un véritable thrombus enfermant les globules du sang dans sa fibrine coagulée. Lorsque ce caillot se ramollit, il ne s'y produit pas du pus, comme on pourrait le croire d'après l'apparence. La fibrine s'y dissocie et y devient diffluente, en subissant les altérations qui lui sont propres, mais sans donner naissance à des globules de pus. Les leucocytes qu'on peut trouver dans cette fibrine ramollie sont des leucocytes sanguins mis en liberté.

La théorie de la phlébite, celle qui était la plus répandue, étant une fois ainsi écartée, il semble qu'il ne reste plus que celle de *la résorption*, de la pénétration des globules purulents dans le torrent circulatoire; mais celle-ci non plus n'a pas trouvé grâce aux yeux du célèbre micrographe.

Deux voies pouvaient se présenter pour le transport des leucocytes : les vaisseaux lymphatiques et les vaisseaux sanguins.

Ces derniers sont rarement béants au fond d'une plaie suppurante. On ne croit plus que les capillaires soient de calibre trop petit pour recevoir les globules de pus, puisqu'ils laissent passer dans le sang les globules blancs, corps identiques; mais leur contenu se coagule et leurs extrémités se ferment à la suite d'une irritation; il paraissait donc plus probable que l'absorption, si elle avait lieu, devait se faire par les lymphatiques.

A cette hypothèse, M. Virchow a opposé une fin de non-recevoir absolue, ainsi motivée :

Les lymphatiques aboutissent à des ganglions. Dans ces ganglions, leur continuité est interrompue. Ils ne se bornent pas à les traverser en s'y enroulant sur eux-mêmes, comme on le croyait autrefois; ils se divisent et se terminent par de minces ramifications dans le tissu ganglionnaire. Ce tissu est interposé et sert de filtre entre le vaisseau lymphatique qui y aboutit d'un côté, et celui qui en part de l'autre. Tous les corps étrangers solides trouvent dans le premier ganglion une barrière qui les empêche d'aller plus loin. C'est ainsi que dans le tatouage, les poudres colorantes ne dépassent jamais les premiers ganglions, où très-souvent on les retrouve. Et cependant ces poudres colorantes sont beaucoup plus fines que les leucocytes.

Telle était l'argumentation de M. Virchow.

Il pouvait bien venir à l'esprit d'y hasarder une objection : « La lymphe contient normalement des leucocytes : à quoi servent-ils, si les ganglions sont un obstacle insurmontable à leur progression ultérieure? » Mais cette objection toute théorique était sans valeur en présence d'une formule qui paraissait traduire un fait d'observation. Le ganglion était conformé comme un filtre, et il arrêtait comme un filtre, sur les mailles de son tissu, les corps solides de toute espèce. Les liquides seuls pouvaient pénétrer dans le sang; eux seuls pouvaient donc jouer un rôle dans la genèse des abcès métastatiques. Cette conclusion découlait forcément de ces prémisses.

Or, voilà que les leucocytes peuvent parfaitement traverser des membranes plus imperméables que les filtres auxquels on compare les ganglions. Les résultats expérimentaux obtenus par M. Lortet ne laissent aucun doute à cet égard.

Nous avons déjà dit dans quelles circonstances M. Lortet avait entrepris ses recherches. Il s'agissait pour lui de défendre la grande théorie cellulaire de M. Virchow contre M. Onimus, élève de M. le professeur Robin.

M. Onimus avait cru prouver que des éléments figurés, tels que les leucocytes, peuvent être engendrés par un *blastème*, c'est-à-dire un liquide animal formateur ne contenant aucun élément figuré. Ceci eût renversé la loi fondamentale de M. Virchow : « Toute cellule vient d'une cellule : *Omnis cellula à cellula*. »

M. Onimus prenait un blastème, un liquide albuminoïde considéré par lui comme vivant, la sérosité d'un vésicatoire, et il l'enfermait dans de petites poches membraneuses qu'il introduisait au fond de plaies pratiquées à des animaux. Au bout d'un certain temps, le liquide en question était chargé de leucocytes.

M. Lortet a procédé de même. Seulement il a employé des liquides qui certainement n'étaient pas vivants et ne pouvaient être regardés comme des blastèmes : des solutions de gomme arabique ou de sucre, de l'eau distillée, du blanc d'œuf ou du liquide céphalo-rachidien; il en a rempli des poches membraneuses : baudruche ou vessies natatoires de tanche ou de perche; et après qu'elles eussent séjourné pendant quelque temps au milieu de la suppuration de plaies récentes, il a toujours trouvé des leucocytes, tant dans le liquide que dans les parois de la poche qui le contenaient. Il lui a paru que ces leucocytes s'étaient insinué d'une manière active, par une sorte de mouvement amœboïde d'autant plus rapide et plus efficace qu'ils étaient plus jeunes et plus vivants : ce qui cadrait parfaitement avec la théorie cellulaire allemande.

Mais si les globules de pus pénètrent à travers des membranes hyalines, à plus forte raison pourront-ils traverser les ganglions lymphatique, et dès lors les raisonnements de M. Virchow, sur les abcès métastatiques, pèchent par la base.

Résumons-nous.

Nous ne voulons pas dire que des globules purulents, puisés à la surface des plaies et transportés dans les viscères, y pro-

(1) *Die Cellulas pathologie*, 7e leçon *in fine*, 3e édition allemande, p. 148; traduction de M. P. Picard, p. 129.

FEUILLETON

CHARLES OTTO WEBER

PROFESSEUR DE CHIRURGIE A HEIDELBERG.

Notice nécrologique.

Par M. le Dr TH. BILLROTH (1),
Professeur de chirurgie à Vienne.

La nouvelle de la mort qui a frappé si inopinément Otto Weber à Heidelberg, le 11 juin 1867, a produit dans l'Allemagne, sur tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la médecine moderne, une profonde et douloureuse impression. Ceux qui suivaient son courant sentaient que celle-ci venait d'éprouver une perte que les années pouvaient seules réparer; les amis, les contemporains de Weber, pénétrés d'une vive douleur, se disaient : Weber n'est pas à remplacer pour nous; nous perdons un homme dont l'amitié était pour nous un besoin. Ceux qui l'avaient approché ne pouvaient se faire à l'idée que Weber ne fût plus. Celui dont l'activité ne connaissait pas le repos, qui était inépuisable non-seulement dans la conception d'idées nouvelles et de plans, mais infatigable dans leur exécution, ne devait plus être! On ne pouvait le croire!

Nous nous abandonnions à une complète et douce quiétude quand nous savions Weber occupé de tel ou tel sujet, car nous savions qu'une œuvre excellente allait sortir de ses mains; et tout cela doit avoir cessé! Dans un moment où la puissance de cet homme était en pleine progression, la vie de ce savant éminent, de ce médecin, de ce professeur doit être si brusquement arrêtée! Cela paraît impossible! Ce n'est cependant, hélas! que trop vrai. Pauvre ami! Il devait t'être donné de voir germer tes semences; mais leur accroissement, leur puissant développement, tu ne devais plus les voir! Ton esprit reste impérissable dans la science, car une œuvre vraiment féconde ne peut mourir : c'est l'immortalité de l'esprit.

Quand nous assistons à la mort d'un être qui nous fut cher, nous fermons doucement les yeux, devenus fixes, pour donner à sa physionomie l'apparence du sommeil; son image, alors plus douce que celle de la mort, se présente moins triste à notre souvenir : c'est une œuvre semblable qu'accomplit l'amitié pour celui qui n'est plus en écrivant sa vie; elle calme la douleur, elle nous réconcilie avec l'inévitable fatalité et nous fait accepter ce qui est arrivé. Quand elle a fermé les yeux avec son âme, l'image qu'elle reproduit de celui qui n'est plus, avec les éléments de son activité vitale, laisse une impression douloureuse, mais consolante. Cette image de notre ami ne peut être, pour les amis, la réalité, mais un mélange de vérité et de poésie.

Ce n'est que dans le courant des dernières années qu'il me fut donné d'avoir, avec Weber, des rapports personnels très-intimes, quoique la direction identique de nos travaux eût établi, depuis longtemps, des relations entre nous; je me crois autorisé, par ces dernières circonstances, à écrire la nécrologie de mon ami. On comprendra facilement que je ne puisse apprécier que de mon point de vue, et avec ma compétence personnelle, les travaux si divers et les talents si variés de Weber. Je fais cette observation pour ceux qui pensent qu'un article nécrologique doit être une biographie pesée dans la balance de l'histoire; cela ne me paraît point possible pour un contemporain qui ne peut porter un jugement historique définitif ni sur les autres, ni sur lui-même.

Je tâcherai d'accomplir ma tâche dans la limite de mes moyens.

La plupart des journaux allemands ont déploré la mort de Weber comme une des plus grandes pertes que la science pût éprouver; quelques-uns ont publié de courts articles nécrologiques; la Société médicale de New-York elle-même a rappelé, en paroles chaleureuses, ce triste événement et les mérites du défunt.

Charles Otto Weber naquit à Francfort-sur-le-Mein le 29 décembre 1827; son père, un philologue très-savant connu par de nombreux travaux littéraires et d'une éducation très-variée, fut, peu après, appelé à la direction du Gymnase de Brême. C'est là que Weber passa sa jeunesse et reçut, sous la direction de son père, sa première éducation. De très-bonne heure se manifesta chez lui son penchant vers les sciences naturelles : la botanique, plus tard la paléontologie et la géologie furent ses études favorites, qui ne lui firent point négliger l'étude des langues anciennes; c'est muni de cette instruction préparatoire solide qu'il se rendit à l'université de Bonn, en 1846, pour y étudier la médecine. Bientôt, il eut l'avantage d'entrer en relations avec les professeurs de sciences naturelles et de devenir aide au laboratoire de chimie et de physique, ainsi que de son professeur de minéralogie. Le 4 avril 1851, il fut reçu docteur à Bonn; il quitta cette université pour se rendre à Berlin, pour continuer ses études et y passer son examen, dit *staats examen* (qui seul, en Allemagne, confère le droit d'exercer la médecine dans les pays devant le jury desquels ils ont passé). L'été suivant, 1852, il se rendit à Paris. Le projet de se rendre de là à Londres ne put être mis à exécution à cause d'événements de famille. Au commencement de l'hiver 1852, il fut nommé interne (1) (assistent) à la clinique chirurgicale de Bonn, à la tête de laquelle se trouvait alors le célèbre Wutzer, déjà bien âgé et presque aveugle. Ce poste, qu'il conserva pendant les années suivantes, décida de la direction que devait prendre son développement scientifique.

(1) Extrait du t. IX, 2e Hft, p. 545, de *Archiv für Klinische chirurgie*, de V. Langenbeck, Billroth et Gurlt, traduit de l'allemand, par le docteur Hergott, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, membre correspondant de la Société de Paris.

(1) Le grade de *assistent* est quelque chose de plus que l'interne des hôpitaux, il correspondrait plutôt à celui de chef de clinique.

N. DU T.

duisent mécaniquement des foyers de suppuration. Le problème est trop compliqué pour pouvoir être ainsi réduit.

Mais nous avons voulu montrer que les expériences de M. Lortet changent l'état de la question.

Auparavant, on regardait comme contraire aux données scientifiques l'hypothèse d'une introduction des globules de pus dans le sang. Toutes les voies leur étaient fermées. Ils ne pouvaient donc jouer un rôle dans ce que plusieurs auteurs nommaient *infection purulente*.

Aujourd'hui, on sait bien que les leucocytes du pus, étant introduits dans l'appareil circulatoire, n'y produiraient pas des embolies par leur volume, puisqu'ils sont égaux aux leucocytes normaux du sang.

Mais, même en affirmant l'identité première de ces deux espèces de globules, on peut supposer que dans le pus, les leucocytes, devenus malades, peuvent acquérir des propriétés toxiques, délétères, irritantes, qu'ils peuvent emporter avec eux dans les capillaires des divers organes.

Ainsi, en outre de l'infection putride due à l'absorption des liquides seuls avec ou sans les microzymas, granulations moléculaires, germes morbides qui peuvent s'y trouver; il pourrait exister une véritable infection purulente avec transport des leucocytes d'un pus malsain.

Parlons maintenant d'expériences qui ne sont pas sans connexité avec celles de M. Lortet.

Pyogénie. — Pénétration des globules du sang à travers les parois des vaisseaux capillaires dans la congestion, mécanique ou autre.

Plusieurs théories sont en présence pour expliquer la formation des globules du pus : celle de M. Robin, qui les fait naître dans un blastème; celle de M. Virchow, qui les attribue à une prolifération des cellules constitutives des organes, et surtout du tissu conjonctif; enfin celle qui voit en eux purement et simplement des leucocytes sanguins sortis des vaisseaux capillaires.

Cette dernière théorie était, dès 1846, professée par un physiologiste anglais : Auguste Valler. En observant au microscope les résultats de la congestion sur une langue de grenouille ou un mésentère de crapaud, Valler avait vu les globules sanguins, et principalement les globules blancs, après s'être collés aux parois vasculaires, les traverser et s'échapper dans l'intimité des tissus.

Cela s'était produit toutes les fois que le mouvement circulatoire s'était trouvé interrompu. Après la mort comme pendant la vie, les globules s'étaient échappés des capillaires où ils stagnaient; et Valler avait supposé qu'ils devaient exercer une action dissolvante sur la partie de la paroi avec laquelle ils restaient en contact. Chez l'animal vivant, du reste, lorsqu'on avait levé l'obstacle qui s'opposait à la progression du courant sanguin, rien n'indiquait dans les parois des capillaires qu'elles eussent été lésées. Le vaisseau reprenait son apparence normale; aucun globule n'en sortait plus; et l'on ne voyait sur aucun point aucune trace de déchirure.

Valler concluait que *le pus se forme par l'extravasation des globules blancs contenus dans les capillaires*.

Longtemps après, M. Conheim, de Berlin, a, de son côté, observé les mêmes faits et en déduit la même conclusion.

Seulement M. Conheim explique différemment le passage des globules à travers les parois.

Il considère ces parois des capillaires comme constituées par une couche de cellules épithéliales juxtaposées. Il existerait à l'angle d'union de ces cellules certaines ouvertures « *stomata* » par lesquelles les globules sanguins seraient *exprimés*, pour ainsi dire, lorsque la pression serait suffisamment accrue dans les vaisseaux.

Cette explication est appuyée sur une expérience. M. Conheim a vu les vaisseaux capillaires présenter des lignes brunâtres après avoir été touchés avec une faible solution de nitrate d'argent. Or, l'épithélium pavimenteux offre en pareil cas de semblables lignes.

Cependant d'autres physiologistes, MM. Stricher, Prussack et le docteur Bastian, de Londres, après avoir vérifié le fait, ne voulurent point admettre son interprétation.

M. Stricher ne croit pas que les capillaires soient composés de cellules épithéliales, mais au contraire d'un protoplasma homogène, élastique, contractile. Comme M. Prussack, il suppose que *quelque active condition* du capillaire lui-même doit aider le passage des globules sanguins à travers ce tissu.

Quant au docteur Bastian, il admet également un mouvement actif, mais ce n'est point dans les capillaires qu'il le cherche, c'est dans les globules mêmes du sang.

Rappelant que déjà le professeur Friedreich, de Heidelberg, MM. Max Schultze et Lionel Beale ont observé dans les globules rouges des changements de forme qui paraissaient actifs, il attribue à ces globules, comme du reste aux globules blancs, un certain pouvoir contractile et des mouvements amœboïdes qui peuvent servir à leur progression.

Sur la membrane interdigitale d'une patte de grenouille, après avoir interrompu le cours du sang, en le laissant se rétablir, sur quelques points des capillaires il a vu des globules qui restaient quelque temps immobiles contre les parois, à travers lesquels passait déjà une *projection distincte* de ces corpuscules. Si la congestion avait duré un peu plus longtemps, cette projection devenant de plus en plus considérable, le globule entier eût passé, en s'insinuant activement par une lacune imperceptible.

Nous n'avons pas besoin de faire ressortir la connexité de ces expériences avec celles de M. Lortet que nous avons exposées plus haut.

Les globules du sang et ceux du pus ne doivent plus être considérés comme de véritables corps solides ayant un diamètre invariable. Ils peuvent *faire pointe* et se glisser, en prenant la forme de bissac, à travers les pores les plus ténus.

Mais lorsqu'ils sont hors des vaisseaux, leur destinée est bien différente selon qu'ils sont rouges ou blancs. Les globules rouges, beaucoup plus petits, sont dépourvus de noyaux chez l'adulte. Ils ne peuvent pas se multiplier par division ou prolifération, ils sont condamnés à subir les diverses causes d'altération qui les atteignent très-vite, sans donner naissance à d'autres globules qui leur succéderaient.

Tout au contraire, les globules blancs ont tous un ou plusieurs noyaux. Ce sont des corps prolifératnts par excellence. Chaque nouveau noyau y peut être le centre d'un nouveau globule; et les anciens, lorsqu'ils s'altèrent, font place aux jeunes.

Ceci explique pourquoi, au bout d'un certain temps, les blancs sont les seuls qu'on retrouve dans une collection extravasculaire primitivement mixte.

Est-ce à dire que les choses doivent se passer chez l'homme absolument comme chez la grenouille? Certainement non.

Les conditions de la vie y sont autres, et l'on ne saurait mettre trop de réserve dans les inductions que peut inspirer pour la physiologie humaine celle des animaux à sang froid.

Dr Victor Revillout.

NOUVEAU SPHYGMOMÈTRE

De M. le docteur POZNANSKI.

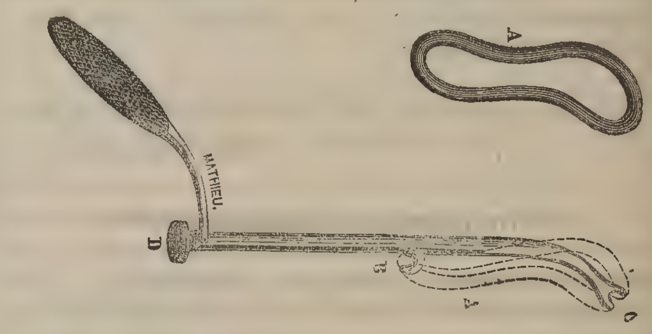
Présenté à l'Académie impériale de médecine.

(Séance du 26 mars 1868)

Le perfectionnement consiste dans la substitution de l'aluminium à toute autre mâture employée jusqu'alors.

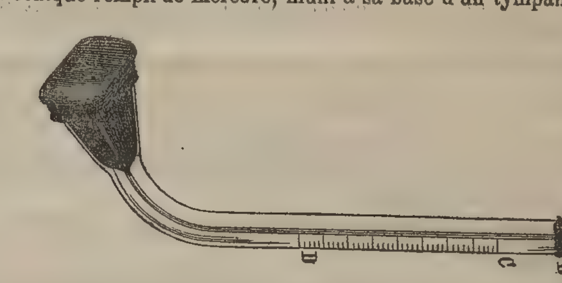
Ce métal déjà connu pour son extrême légèreté, a surtout ici un très-grand mérite en raison de la sensibilité des organes avec lesquels il doit se trouver en contact. Ce perfectionnement a été si bien apprécié par le corps médical, que ce pessaire, à peine en usage avant cette modification, est aujourd'hui très-répandu. Sur les conseils de M. Sims, il a construit un porte-pessaire qui permet à la malade de le placer elle-même sans aucune difficulté.

Cet instrument est composé d'une tige creuse dans laquelle glisse un crochet mousse B; le pessaire est fixé sur l'instrument : 1° par un encoche C pratiqué à l'extrémité; 2° par la partie concave du crochet B,



qui le maintient solidement au moyen de la vis D. Une fois le pessaire en place, on desserre l'écrou D; le pessaire se trouve dégagé de l'instrument et garde la position qu'on a voulu lui donner.

Cet instrument, destiné à mesurer le pouls, est composé d'un réservoir conique rempli de mercure, muni à sa base d'un tympan en peau



de chevreau ou, ce qui est mieux, en peau parcheminée. Le réservoir communique avec un tube capillaire de huit centimètres de long, qui est coudé à l'angle obtus et fermé à son bout par une membrane en peau qui laisse traverser l'air. L'angle obtus du tube, en formant un plan incliné, facilite la montée et modère la descente du mercure, et c'est ce qui rend ces deux mouvements parfaitement distincts, en facilitant l'appréciation du pouls dans toutes ses nuances les plus subtiles.

Le sphygmomètre, comme on le sait, a été inventé à Paris par MM. Garnier et Harrisson, il y a plus de trente ans; mais il y avait une circonstance qui s'opposait à son application pratique. C'était d'un côté la force capillaire du tube qui entravait la marche du mercure, tandis que d'un autre côté si on voulait éviter la capillarité, la masse du mercure devenant excessive, rendait l'instrument insensible au choc de l'artère. J'ai obvié à ce double inconvénient. Tout en conservant le calibre presque filiforme du tube, j'ai conjuré sa force capillaire en y introduisant à permanence un crin ou ce qui est mieux un fil en cristal. De cette manière il s'est trouvé deux forces d'attraction, qui en se compensant mutuellement donnent au mercure la possibilité de suivre le fil central et de refouler l'air, désunissant la colonne du mercure vers les parois du tube. L'instrument ainsi constitué est sensible, à tel point que chaque pulsation fait monter et descendre le mercure d'une manière très-considérable. A l'aide de cet instrument on voit distinctement que le pouls se compose d'une expansion et de deux contractions successives. La fréquence, la force, l'amplitude, le dicrotisme, les intermissions et autres nuances deviennent également

---

A mesure que diminuait, pour Wutzer, la possibilité d'accomplir sa fonction de professeur, augmentait pour Weber la nécessité d'une activité pratique personnelle. Il se destina à la chirurgie en 1853. Il cultiva conjointement ensemble l'anatomie pathologique et l'histologie et fut bientôt en situation, par son poste à la Clinique, d'attirer de nombreuses consultations et une clientèle dont il avait su gagner la confiance et l'affection. Weber pouvait concevoir l'espoir d'occuper la chaire de clinique chirurgicale à Bonn, après la retraite de Wutzer (1855); mais cet espoir ne devait pas se réaliser, et nous ne devons pas le regretter dans l'intérêt de la science, car, si avec la Clinique et ses leçons, il avait conservé cette pratique si étendue qui, l'année suivante, se développa à Bonn et les environs, une série de travaux de cette époque n'aurait pas vu le jour. Après que la chaire de Wutzer fut transmise à W. Busch, Weber resta encore interne pendant un an; il fut, en 1857, nommé professeur extraordinaire (agrégé), et en 1862, professeur titulaire d'anatomie pathologique; il s'appliqua à cette partie de la science avec toute son ardeur : il fut, de plus, directeur de la division chirurgicale de l'hôpital évangélique et resta ainsi sur un champ droit, il est vrai, d'observation et de pratique chirurgicale. Quoique Weber ne pût pas se plaindre de son sort à Bonn, qu'il aimât l'objet de son enseignement avec ardeur et l'enseignât avec un grand succès, il ne conserva pas moins le désir secret d'occuper un poste de chirurgien, afin d'avoir de nombreuses occasions de faire des études pratiques. Ce vœu fut accompli par son appel à Heidelberg (Pâques, 1865), où il occupa, après la retraite de Chélius, la chaire de chirurgie et de directeur de la Clinique chirurgicale. C'est à la dernière année de séjour à Bonn et à la première à Heidelberg que se rapportent ses travaux les plus importants.

En 1858, il avait épousé mademoiselle Julie Gehring, la fille d'un employé à Bonn; ce ne fut qu'après huit ans de mariage qu'il eut le bonheur de voir naître un fils auquel il ne devait, hélas! survivre que peu de temps.

Le poste de Weber à Heidelberg ne tarda pas à devenir brillant, même au dehors. Sa pratique comme consultant et comme opérateur prit, en très-peu de temps, une extension considérable : il ne lui fallait pas moins que toute son énergie et ses qualités éminentes pour satisfaire à toutes ces exigences et continuer ses recherches. Bientôt il gagna aussi, à Heidelberg, l'affection de ses élèves; le nombre augmenta; son nom, déjà célèbre, attira à Heidelberg de jeunes médecins de diverses nations, désireux d'étudier sous sa direction. Lorsque Weber arriva à Heidelberg, la Clinique ophthalmologique était encore confondue avec la Clinique chirurgicale, il en provoqua la séparation et confia la première à M. le professeur Knapp.

On entendit souvent Weber se plaindre de l'ancien hôpital, si défectueux, et du peu d'espace qu'on y trouvait pour le travail; il se plaignait surtout de ne jamais voir disparaître de ses salles les diphthérites et l'érysipèle; dans plusieurs lettres, il se plaignit à moi de voir les plaies les plus simples devenir diphthéritiques et suivies de mort. Ses études pour prévenir ce mal étaient infatigables; il chercha de toute manière à le combattre et à le prévenir. Il est très-vraisemblable que c'est en faisant ces recherches qu'il s'infecta lui-même; il tomba malade d'une angine le 5 juin 1867, qui prit d'abord un caractère croupal, plus tard diphthéritique, et il succomba à cette maladie ayant pleine connaissance de son état, voyant arriver avec tranquillité la mort, qui l'enleva le 11 juin, à l'âge de quarante ans.

A l'autopsie, pratiquée par le professeur Julius Arnold, on trouva, outre le diphtérite du pharynx et du larynx, une forte dégénérescence graisseuse du cœur (probablement suite d'une péricardite ayant succédé à une scarlatine, en 1850); son père avait succombé à la même maladie un certain nombre d'années avant lui.

Dans divers journaux de l'Allemagne et de l'étranger, on avait répandu la nouvelle que Weber avait succombé, avec deux de ses aides, à la suite d'un croup qu'il avait gagné dans une laryngotomie en aspirant la plaie. Il y a eu ici un peu de vérité mêlée à une chose inexacte. En 1864, Weber avait gagné en effet, de cette manière, une angine croupale qui le tint au lit pendant quelque temps, dont il guérit, mais qui laissa à la suite une disposition aux maux de gorge sous l'influence des causes les plus légères. Avant que Weber ne fût affecté de diphtérie à Heidelberg, son interne, le docteur Heine, eut une légère atteinte de cette maladie, dont il guérit heureusement.

Telle fut la vie extérieure de Weber. Avant d'exposer les travaux de cet homme comme inventeur et comme écrivain, j'ai à dire quelques mots sur son extérieur et son caractère. Quoique nous nous fussions vus à la réunion des naturalistes à Gottingen, je ne pus me rappeler plus tard sa personne. Lorsqu'en 1866 j'appris à le connaître, il était trapu, de taille moyenne, musclé; sa tête forte, garnie de cheveux noirs, abondants, déjà un peu grisonnants, en imposait au premier aspect. Les yeux enfoncés, très-bruns, vifs et brillants, étaient ce qu'il y avait de plus mobile dans sa figure d'ailleurs tranquille, et sa tête, un peu penchée, caractérisait le penseur et le chercheur; il paraissait distrait quand il assistait à une conversation qui ne l'intéressait pas.

On remarquait chez lui que sa pensée était circonscrite dans la science : une certaine agitation, quelque chose d'inquiet, comme s'il avait le remords de ne pas répondre à l'appel du travail au lieu de converser avec les autres, l'abandonnait rarement. Si la conversation tombait sur des sujets qui l'intéressaient, tout son être s'animait, il prenait un teint coloré, et comme il se laissait facilement entraîner par l'ardeur de la discussion, sa coloration changeait brusquement; son émotion se peignait sur ses traits. Il ne buvait presque pas de vin, point de bière, ne fumait pas et ne pouvait pas rester dans la société des fumeurs, car il prenait mal à la tête. Quand il s'était trouvé dans une société nombreuse, il ne pouvait dormir. Une tension d'esprit continuelle, la prolongation du travail jusque bien avant dans la nuit avaient tellement augmenté cette excitabilité dans les der-

parfaitement visibles et appréciables. L'application du sphygmomètre est des plus simples. On presse le tympan de l'instrument contre l'artère jusqu'à ce que le mercure soit monté vers le milieu du tube. C'est à ce point de pression que le tympan gagne son *maximum* d'élasticité et rend ainsi les chocs du pouls plus distincts. Si le tympan est construit en peau parcheminée, il est utile de l'humecter un peu pour qu'il acquière de là souplesse et pour qu'il s'adapte parfaitement à la peau, correspondant à l'artère.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 27 mai 1868. — Présidence de M. LEGOUEST.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le Président annonce la mort de M. le docteur Loir, membre correspondant.

A propos du procès-verbal.

Conservation du tubercule osseux médian dans le cas de bec-de-lièvre compliqué.

M. BROCA. Je vois avec plaisir que le dissentiment n'est pas aussi grand que je le croyais entre mes collègues et moi, relativement à la conservation du tubercule osseux médian dans le cas de bec-de-lièvre compliqué.

Lors de notre première discussion, j'avais parlé non pas d'un cas particulier, mais au point de vue général. Or, les collègues qui ont réclamé dans la dernière séance n'avaient pas pris la parole ce jour là. Quant à MM. Giraldès et Demarquay, ils paraissaient vouloir rejeter en principe la conservation du tubercule osseux.

J'ai reçu une lettre de M. le docteur Ribell, de Toulouse, m'annonçant qu'il venait de faire, il y a huit jours environ, l'application de la suture osseuse à un cas analogue au mien. Son malade va bien, mais cette observation n'aura de valeur que dans quelques mois, lorsqu'on aura la preuve que la soudure osseuse est bien réelle.

DISCUSSION.

Luxation du poignet.

M. BOINET. M. Guyon, dans la dernière séance, a rappelé un cas de luxation en avant du poignet que j'avais autrefois montré à M. Nélaton et dont celui-ci avait parlé dans son livre de pathologie. Ce fait a été présenté à l'Académie par M. Gerdy. J'avais trouvé cette luxation, à l'amphithéâtre, sur le cadavre d'une vieille femme. Le poignet était tellement déformé, que le carpe faisait saillie en avant et les os de l'avant-bras sur le dos de la main. Je disséquai la région, et je trouvai dans cette articulation, dont les mouvements étaient parfaits, du côté de l'apophyse styloïde du radius, une lésion ancienne qui paraissait être la trace d'une fracture. Ainsi, dans ce cas, il y avait eu une lésion des os et non une luxation pure.

Sur le cadavre, j'ai essayé de produire des luxations du poignet; dans tous les cas, le déplacement était accompagné de fractures des os voisins.

Je crois que les luxations pures sont tout à fait rares, sinon impossibles. Les faits dans lesquels l'autopsie a été pratiquée font défaut.

M. DESORMEAUX. Autrefois, j'étais de l'avis de M. Boinet; mais il y a trois ans, j'ai observé un cas de luxation en arrière, qui n'a pas laissé de doute dans mon esprit, quoique je n'aie pas pratiqué l'autopsie.

Dans ce cas, j'ai diagnostiqué une luxation, parce que le carpe faisait en arrière une saillie, située plus bas que celle qui existe dans la fracture du radius. De plus, les apophyses styloïdes du radius et du cubitus faisaient saillie en avant. La saillie du carpe, en arrière, était masquée par le faisceau des tendons extenseurs, mais en repoussant ceux-ci sur la ligne médiane, on pouvait sentir les saillies latérales du carpe. En avant, se trouvait le faisceau des tendons fléchisseurs; en le refoulant sur la ligne médiane, on trouvait facilement les saillies des apophyses styloïdes.

La réduction a été faite sans difficulté. Pour réduire, j'ai exercé une traction, la main étant dans une légère flexion; puis j'ai redressé celle-ci lorsque les surfaces articulaires ont été rentrées dans leur cavité. On ne put alors faire mouvoir les fragments, comme cela se passe après la réduction d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Le plâtre que nous a présenté M. Guyon m'a fait croire bien plutôt à l'existence d'une fracture du radius qu'à celle d'une luxation en arrière du carpe.

M. LARREY. Les luxations pures du poignet existent bien réellement, et l'on peut rappeler le fait de M. Padieu, dans lequel la lésion fut vérifiée par l'autopsie. Il n'existait aucune fracture. En 1851, M. Paret, médecin militaire, a soutenu sur ce sujet une bonne thèse, dans laquelle sont reproduits les principaux faits connus.

M. GUYON. J'ai dit que je présentais un moule de luxation en arrière du poignet, sans fracture de l'extrémité inférieure du radius; mais je n'ai pas entendu parler de la fracture des rebords articulaires.

M. MARC SÉE. Je ne voudrais pas que le fait présenté par M. Guyon prît rang dans la science sans contestation.

M. Guyon a dit que, dans la fracture du radius, il y avait toujours déjettement en dehors du fragment inférieur et de la main. Ce signe est, en effet, donné par les auteurs, mais cela n'est pas toujours exact. Souvent il existe seulement une inclinaison du fragment inférieur en arrière, d'où la nécessité de reconnaître deux variétés de ces fractures; fracture avec inclinaison en arrière et en dehors; fracture avec inclinaison en arrière seulement. J'ai pu constater l'existence de ces deux variétés chez un couvreur qui avait fait une chute d'un lieu élevé sur les deux poignets. Du côté où il y avait une simple inclinaison en arrière, la déformation était en tout semblable à celle que nous observons sur le moule que nous a présenté M. Guyon.

M. CHASSAIGNAC. Au point où en est cette question, on ne peut avoir une solution satisfaisante que les pièces anatomiques en main. Mais nous ne devons pas oublier que si la luxation du poignet était admise trop facilement autrefois, il s'est produit sur ce point une réaction que l'on pourrait regarder comme exagérée depuis que Dupuytren a formulé l'opinion de l'existence presque constante de la fracture, à la suite des traumatismes de ce genre.

M. GUYON. J'ai fait voir qu'il y avait une déformation énorme en arrière, et je crois que lorsque ce déplacement est aussi marqué, il existe une déviation en dehors, dans le cas de fracture.

La réduction a été opérée, et le déplacement ne s'est pas reproduit. Le membre, douze jours après la réduction, est bien conformé.

M. LABBÉ Je ne saurais accorder, comme le fait M. Desormeaux, une importance bien grande, pour établir le diagnostic différentiel entre la fracture et la luxation, à la facilité plus ou moins grande que l'on aurait à faire encore mouvoir les fragments, lorsque la réduction a été opérée. Ce signe peut avoir une valeur assez grande, quand il s'agit d'une luxation du coude ou d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, mais il est bien moins important dans le cas actuel.

M. DESORMEAUX. Je ne suis pas complétement d'accord avec M. Labbé. Je n'ai, en tout cas, indiqué la possibilité de reproduire le déplacement que comme un signe secondaire. Ce qui m'a paru le plus important, c'est d'avoir pu mettre mon doigt dans les cavités articulaires du radius et du cubitus. Voilà le signe qui m'a paru pathognomonique.

COMMUNICATION.

Corps fibreux de la matrice expulsé après le travail.

M. DEPAUL, au nom de M. le docteur Faliu, fait la communication suivante :

M. le docteur Faliu fut appelé à donner des soins à une dame, âgée de 30 ans, habitant la rue Saint-Honoré. Cette personne était habituellement bien réglée; quoique un peu lymphatique, elle jouissait d'une assez bonne santé.

Cette dame a déjà eu trois grossesses et est accouchée à terme. Les grossesses ont été pénibles; il existait, pendant leur durée, des varices très-développées.

Les dernières règles sont venues du 10 au 15 juillet 1867. Trois mois avant ce quatrième accouchement, on a observé de l'anasarque e de l'ascite, lesquels ont disparu, un mois avant l'accouchement, à la suite d'évacuations d'urine extraordinairement abondantes.

Le 15 avril 1867, cette dame fut prise de quelques douleurs et perdit des glaires.

Le 16, à onze heures du soir, le véritable travail commença; les membranes étaient intactes, elles furent rompues. Quelques instants après, cette dame accoucha spontanément d'une fille peu volumineuse, mais bien portante.

La délivrance fut facile, et lorsqu'elle fut terminée, M. Faliu introduisit la main dans l'utérus pour extraire des caillots; il trouva alors un corps dur, lisse, glissant, qu'il ne put saisir.

L'absence de tout accident engagea à temporiser.

Les jours suivants, la malade éprouva quelques malaises et expulsa quelques petits caillots. Le toucher fut pratiqué tous les jours, et on constata que le col reprenait sa forme habituelle.

Les lochies étaient fétides; il existait un peu de douleur dans la fosse iliaque droite. Pouls à 80.

Le 20 avril, quatre jours après l'accouchement, sans qu'il y eût eu de douleur vive ni d'hémorrhagie, une tumeur volumineuse fut expulsée.

Cette tumeur était complétement sessile et entière; elle était entourée d'une couche mince de tissu cellulaire, lâche, plus dense dans quelques endroits. Quelques sillons, sans direction régulière, creusaient sa surface.

Cette tumeur, grosse comme le poing, était rougeâtre, un peu aplatie sur ses deux plus grandes faces, plus longue que large. Les deux extrémités sont légèrement arrondies et inégales entre elles : ce serait donc par la forme une espèce de cône tronqué et aplati.

La surface en est lisse et la masse lourde, dure et élastique. Une incision pratiquée sur la tumeur, laissa écouler une petite quantité de liquide transparent, d'un rouge clair et sans onctuosité appréciable.

La tumeur a été présentée à M. Depaul, un certain temps après son expulsion, alors que ses caractères extérieurs étaient déjà notablement modifiés.

M. Depaul se demanda s'il ne s'agissait pas là d'un cas de monstruosité fœtale. En effet, quelques-uns de ces produits sont tellement modifiés, qu'avec Geoffroy Saint-Hilaire on peut résumer ainsi leur organisation : « un sac de peau renfermant très-peu de choses; quelquefois un peu de cartilage, etc. » Ce sont des monstres qui ont été décrits sous le nom d'*Anidiens*. Dans le cas actuel il n'y avait pas de poils sur la tumeur, pas de cordon; on ne trouvait, à l'intérieur, ni tissu osseux, ni tissu cartilagineux; je pensai qu'il n'y avait que l'examen microscopique qui pût trancher la question. Cet examen a été fait par M. Robin, qui a rédigé la note suivante :

« Le produit morbide que m'a fait remettre M. le professeur Depaul, est un corps fibreux type, multilobulé, composé en grande partie de fibres musculaires de la vie végétaline, avec cloisons de tissu lamineux entre chaque lobe. Avec les fibres musculaires se trouvent associés, comme à l'ordinaire, dans chaque lobe, des fibres du tissu cellulaire ou lamineux, et une certaine quantité de matière amorphe. Ce produit est donc d'origine utérine et non d'origine fœtale. »

M. Robin a reconnu qu'il s'agissait d'un corps fibreux, et s'est trouvé ainsi d'accord avec M. le docteur Faliu, qui avait, dès le début, émis cette opinion.

Cependant, dans ce cas, il y a quelques raisons d'y regarder de près, car les monstruosités du genre de celles dont je parlais sont connues depuis peu de temps. On les observe surtout dans la race bovine.

J'en ai observé un chez la femme. La tumeur était recouverte de peau et de quelques poils. Il existait une sorte d'ombilic, et, dans son intérieur, on trouva quelques fragments osseux et cartilagineux.

Je ferai remarquer que ces faits de corps fibreux, faisant saillie dans la matrice, ne sont pas excessivement rares; seulement, dans le plus grand nombre de cas, ils sont placés de telle façon qu'ils y restent.

Ici, au contraire, il s'est passé un phénomène très-facile à comprendre! Ce corps fibreux, développé dans la paroi de la matrice, a pris de l'accroissement pendant la grossesse, et il s'est éliminé tout seul, ou plus probablement son élimination a été favorisée par les manœuvres que notre confrère a pratiquées dans le but de le saisir et de l'extraire.

---

nières années, qu'il évitait les sociétés nombreuses. Au premier contact avec un inconnu, il paraissait avoir, pendant quelque temps, une timidité et un peu de gaucherie qui disparaissaient bien vite; ces dispositions peuvent bien l'avoir rendu peu sympathique aux personnes qui n'ont pu le voir qu'en passant, mais une fois la connaissance faite, les points de contact trouvés, il devenait affectueux et restait, pour ceux qu'il estimait, un ami sûr, vrai et dévoué. La discussion avec lui était intéressante, il l'acceptait sur tout et faisait avec plaisir la démonstration de ses préparations, acceptait avec calme la contradiction, ne se blessait pas et ne devenait jamais cassant.

Ayant la conscience de sa force et de ses talents, il avait dans le cœur une noble fierté comme savant allemand sans jamais devenir arrogant; le jugement qu'il portait sur les autres était doux et bienveillant, et il était infatigable à donner des conseils à ses élèves et aux jeunes confrères. Un talent distingué de dessinateur, qu'il avait beaucoup exercé, lui fut de la plus grande utilité dans la publication de ses travaux d'anatomie chirurgicale; il faisait lui-même ses dessins avec le plus grand soin; il s'était occupé autrefois de peinture : son cabinet était orné de toiles dues à son pinceau et à celui de sa femme, qui était douée d'une grande habileté. Dans les dernières années, il ne se donna plus les loisirs de faire de nouvelles peintures; il n'abandonna néanmoins pas à d'autres les dessins nécessaires à ses ouvrages, qui furent toujours exécutés avec un soin extrême. En dehors de la peinture et des causeries avec des amateurs et des artistes et de quelques lectures dans le domaine de la littérature, on ne lui connaissait aucune distraction, aucune passion; il vivait tout entier dans son art et pour l'accomplissement des devoirs que son état et la science lui imposaient. Il préférait la ligne droite à toute autre voie. On comprend qu'avec ces dispositions, il ait pu paraître parfois blessant.

Les obstacles dans l'accomplissement de ses travaux pouvaient fort bien l'exciter et le contrarier quelquefois, mais loin de paralyser son activité, ils lui apportaient un nouveau stimulant. Tous ses travaux portent l'empreinte de la persévérance et d'une grande patience. Ces qualités furent mises en évidence dans la construction du nouvel hôpital de Heidelberg. Il eut beaucoup à souffrir, dans son ancien hôpital, pour ses malades et ses opérés. La marche lente des affaires administratives, le manque d'énergie dans les régions supérieures, l'interruption de la construction par la guerre de l'année 1866, avaient produit chez lui une excitation nerveuse et parfois un découragement passager; bientôt après, il reprenait l'affaire et la poursuivait avec énergie et activité; il ne pouvait voir des injustices ou des dispositions défectueuses sans intervenir. Il détestait l'indolence comme la mort; il avait besoin d'agir quand il trouvait quelque chose à améliorer; peut-être allait-il trop loin quelquefois dans cette voie et se faisait-il des ennemis, sans profit pour la chose elle-même; cela tenait à son caractère et à son tempérament vif et agissant.

A Bonn aussi bien qu'à Heidelberg, Weber vécut passablement retiré; il n'aimait pas les grandes sociétés ni la vie des salons : il préférait être avec quelques amis intimes qu'il aimait voir autour de lui; il prenait rarement le temps de faire des visites. Helmholtz, Pflüger, O. Jahn formaient sa société à Bonn; Helmholtz et Friedreich celle à Heidelberg. Il aimait à causer avec des jeunes gens de talent, s'intéressait à leurs travaux, les encourageait. Heine, Julien Arnold étaient ceux qu'il préférait. Dans son intérieur, sa vie était simple et très-heureuse. Sa femme soignait sa maison de la manière la plus aimable; elle savait éloigner de lui toutes les petites misères de la vie, lui rendre le calme quand parfois il rentrait chez lui excité par ses leçons, ses travaux, sa pratique, et parfois irrité par telle ou telle contrariété. J'ai vécu très-heureux dans cet intérieur; depuis que je connaissais Weber personnellement, je l'avais visité souvent dans ce Heidelberg si pittoresque.

Weber avait devant lui de nombreux plans; il était heureux dans le choix qu'il avait fait de questions à résoudre. Cela est aussi important pour le savant que le choix des sujets pour le poëte dramatique. Souvent, à l'occasion d'observations douteuses et prêtant à des interprétations diverses, il disait : « Si seulement j'avais le temps, il y aurait là quelque chose à faire; c'est de cette manière que le sujet demanderait à être traité. »

Weber entrevoyait avec clarté quelle devait être la direction de ses travaux et quelle était sa mission scientifique. Cette clarté l'a dirigé jusqu'à la fin de sa vie, jusque dans ses dernières heures. Il alla au-devant de la mort sans doute avec tristesse et douleur, mais sans faire entendre une plainte, se soumettant à ce que la nécessité imposait. Son interne et fidèle ami Heine m'a retracé ces scènes d'une façon noble et saisissante.

A côté de sa femme, profondément abattue par la douleur, se trouvaient, à son lit de mort, Friedreich et Heine. « Je n'ai cherché que la vérité, leur disait-il; j'ai été bienveillant envers tous. Agissez et travaillez pour que la science se développe, fleurisse et fructifie. »

C'étaient là les dernières pensées qu'il ait pu exprimer; après qu'il eût fait ses adieux à sa femme, à son enfant et à ses amis, la parole devint plus embarrassée : ce trouble, cette extinction des fonctions de son corps ne lui échappèrent point : il donna à cet égard quelques légères indications, et, après une courte et pénible agonie, il expira.

(*La suite au prochain numéro.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études de thérapeutique expérimentale, de la méthode physiologique en thérapeutique et de ses applications à l'étude de la belladone, par le Dr MEURIOT, ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris. In-8°. Prix : 3 fr. 50 c. — Paris, 1868. P. Asselin.

Je rappellerai les observations relatives à des faits de cette nature, et appartenant au docteur Oldham (1844, Guys Hospital, *Reports* et *Journal de Chirurgie*, 1844); à MM. Moore et Ramsbotham (dans ce cas il s'agissait d'une femme de 30 ans, accouchée depuis trois semaines); à M. Crisp, à M. Guyot, à M. Churchill, à M. Radford. Je rappellerai, enfin, le fait consigné par M. Danyau, dans *Journal de Chirurgie* de 1846. Il s'agissait d'un corps fibreux, inséré sur le col; sept heures après l'accouchement, M. Danyau en fit la section et la malade guérit.

Dans un cas observé par M. Merrimann, le polype fut lié pendant la grossesse, la guérison eut lieu et l'accouchement se fit un mois après.

M. Tarnier. Ainsi que vient de le dire M. Depaul, ces faits là ne sont pas très-rares. Plusieurs exemples sont relatés dans les ouvrages classiques, et notre collègue, M. Guyon, dans sa thèse d'agrégation, leur a consacré quelques pages.

J'ai observé deux cas semblables à celui dont M. Depaul vient de nous entretenir. Dans l'un des cas, on m'appela pour une hémorrhagie et je constatai la présence de plusieurs corps fibreux. Je ne cherchai pas à les énucléer, et quatre ou cinq jours plus tard, le médecin de la malade me fit savoir que deux de ces tumeurs avaient été expulsées.

Chez une autre femme, j'observai une tumeur fibreuse très-grosse, qui pouvait faire craindre pour la régularité de l'accouchement. Quelques jours après l'accouchement la tumeur fibreuse fut rendue spontanément.

Ces tumeurs peuvent donner lieu à des résultats fâcheux. Elles peuvent produire des hémorrhagies, si le placenta est inséré à leur voisinage, parce qu'elles empêchent l'utérus de se rétracter convenablement. J'ai eu un cas de mort par hémorrhagie, dans ces conditions.

Pour corroborer l'opinion de M. Depaul, je dirai que j'ai eu aussi l'occasion d'observer un anide à la suite d'une grossesse gémellaire. Celui-ci pendait par un petit cordon au placenta.

M. Trélat. J'ai observé un fait qui a quelque analogie avec ceux dont nous a entretenu M. Depaul.

Chez une femme, il existait un corps fibreux qui avait été constaté pendant la grossesse et pendant l'accouchement. L'accouchement fut facile et la malade sortit guérie de l'hôpital.

Quinze jours après sa sortie, elle rentrait, et à travers le col qui s'était réouvert on sentait le corps fibreux allongé, ramolli. J'avais l'intention d'opérer, mais le corps fibreux se détacha spontanément, et trois jours après sa chute le col était complétement rétracté.

M. Guéniot. Dans l'une des prochaines séances, je relaterai ici un cas analogue, pour lequel l'opération césarienne était décidée, et cependant l'accouchement s'est terminé facilement.

Je ne crois pas que les corps fibreux se ramollissent autant qu'on l'a dit, pendant la grossesse. Les corps fibreux sous-péritoneaux diminuent très-rarement de consistance sous l'influence de la grossesse, de même que ceux qui étant inclus dans le tissu utérin s'en trouvent vent cependant isolés par une sorte de bourse séreuse.

Les seuls corps fibreux qui se ramollissent alors sont ceux qui font saillie dans la cavité utérine.

M. Depaul. Je crois qu'au point de vue des accouchements, il faut établir des distinctions entre les corps fibreux. Ceux qui sont isolés du tissu utérin ne se ramollissent pas comme ceux qui sont dans l'épaisseur de ce tissu.

La tumeur que j'ai présentée ici était sans nul doute séparée de la face interne de la matrice par une couche très-mince de tissu utérin. Les manœuvres faites par notre confrère auront facilité la division de cette couche protectrice et facilité son énucléation ultérieure. La matrice, en se rétractant, a une tendance à faire éclater la couche peu épaisse qui recouvrait la tumeur.

Quelquefois on observe des tumeurs pédiculées du côté de la cavité utérine, mais tel n'était pas le cas chez notre malade.

Le ramollissement des tumeurs fibreuses peut être observé, mais il n'existe pas toujours, et dans un cas j'ai été obligé de pratiquer l'opération césarienne, par suite de la présence d'une tumeur fibreuse très-dure.

M. Tarnier. Il est certain qu'il y a des tumeurs fibreuses qui ne se ramollissent pas, mais d'autres se ramollissent de manière à simuler l'existence d'un corps liquide. Dans un cas de ce genre, un médecin croyait à l'existence d'un kyote, tellement le corps fibreux était ramolli.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Enchondrome pur de la parotide.

(*Voir le numéro du mardi 9 juin.*)

PRÉSENTATION DE CHARPIE.

M. Demarquay présente de la part d'un industriel de Roubaix des échantillons d'une nouvelle espèce de charpie.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Docteur Léon Labbé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 9 juin 1868 ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'Honneur,

Au grade d'officier : M. Hélye, médecin-major de 1re classe;
Au grade de chevalier : M. Pineau, médecin aide-major de 1re classe.

— Les élèves (externes et chefs de clinique) de M. le professeur Bouillaud, désirant offrir à leur maître un témoignage de respectueuse sympathie à l'occasion de sa nomination à l'Académie des Sciences, se réuniront dans un banquet, le mardi 23 juin, chez Véfour (café de Chartres), au Palais-Royal, à six heures et demie.

Le prix de la souscription est fixé à 20 francs. On est prié d'envoyer son adhésion *avant le dimanche* 21, à M. le docteur Blachez, 21, rue Bonaparte.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 15 juin 1868.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX.

Académie des sciences. — L'Académie avait à choisir deux candidats pour la chaire d'anatomie comparée, laissée vacante au Muséum d'histoire naturelle par le décès de M. Serres.

Ont été désignés :

En première ligne : à l'unanimité, M. Gervais;

En seconde ligne : M. Jacquart, à la majorité de 42 voix sur 53 votants; les autres voix s'étaient réparties entre MM. Pouchet et Joly.

— L'histoire naturelle des trichines était encore mal déterminée. Les uns regardaient ces animaux comme des larves de trichocéphales; d'autres, comme des pseudalies; d'autres enfin les considéraient comme formant une espèce à part. C'est cette dernière opinion que M. Colin a confirmée, après avoir étudié les trichines sur 350 animaux : mammifères, oiseaux, poissons, reptiles.

Le développement des trichines comprend trois phases : 1° la période embryonnaire pendant laquelle s'opère les migrations; 2° la période larvée ou celle de la vie enkystée; 3° celle de la vie intestinale, de l'évolution et de la ponte.

Les embryons qui viennent de l'intestin, en s'insinuant dans les interstices des faisceaux musculaires, ne produisent aucune dilacération appréciable, aucune modification sensible dans l'état des tissus. Une fois que l'embryon a pris les dimensions qu'il peut acquérir à cette période, on voit se dessiner autour de lui un espace elliptique qui résulte de l'écartement des faisceaux primitifs, et non de leur destruction et de leur usure. Cet espace se remplit de *matière granuleuse*, à l'extérieur de laquelle s'organise une paroi membraneuse à feuillet simple.

Jamais M. Colin n'a vu le kyste se former, comme M. Virchow l'a prétendu, aux dépens des faisceaux musculaires et de leur enveloppe. Dès que le kyste est formé, il n'éprouve plus que des changements insignifiants dans ses contours, les plis de ses extrémités et la configuration de ses pôles. Les trichines enkystées ont probablement une longévité considérable. Dans les expériences de M. Colin, après quatre ans de séjour dans les muscles de petits animaux, elles ne semblaient dater que de quelques semaines.

L'évolution complète, dans le tube digestif, de la trichine enkystée, est certainement la phase la plus intéressante de la vie de ce parasite.

Quand on donne à un animal de la viande chargée de trichines, les kystes se trouvant dissous dans l'estomac, les trichines, mises en liberté, se déroulent dans l'intestin grêle et commencent à y prendre un nouvel accroissement. Au bout de 24 heures, quelques vestiges de l'appareil génital se sont dessinés du côté de l'extrémité caudale; le deuxième jour, cet appareil est devenu visible dans presque toute son étendue; le troisième, les œufs ont rempli une partie de l'oviducte; le quatrième, les embryons ont paru à l'extrémité de cet organe, dès lors la totalité du corps, sauf la partie effilée, s'est montrée distendue par l'appareil reproducteur; le cinquième jour, les embryons se sont mis en mouvement; et la ponte a commencé le sixième jour, pour se continuer pendant plusieurs semaines.

Chez les mammifères seuls, les embryons pénètrent et vont s'enkyster dans les muscles. Leur nombre peut y être tel qu'un seul kilogramme de substance musculaire, dans un cas de trichinose grave chez le porc, a pu renfermer jusqu'à cinq millions de trichines.

— Signalons encore un nouveau travail de M. Dareste sur l'*amidon contenu dans le jaune d'œuf*.

— Nous donnerons les conclusions d'un mémoire de M. Bouchut sur le *Diagnostic des maladies du système nerveux au moyen de l'ophthalmoscope*.

M. Clifford Allbrett publie en ce moment, dans le *Medical Times*, toute une série de leçons sur le même sujet.

Société médicale des hôpitaux. — Dans la dernière séance, nous avons entendu une communication de M. Bucquoy, trop intéressante pour ne pas prendre place dans ce journal.

Ordinairement la nécrose phosphorée, à laquelle sont exposés les ouvriers qui travaillent au phosphore, reste un accident purement local, complétement isolé des suites ordinaires de l'empoisonnement par le phosphore pris à l'intérieur.

Il n'en a pas été ainsi chez une malade observée par M. Bucquoy; tous les viscères avaient subi la dégénérescence graisseuse, les alvéoles pulmonaires étaient sur certains points remplies de matière graisseuse, et, en outre, il existait de l'albuminurie.

Le phosphore, absorbé par les voies digestives, n'aurait pas produit des lésions plus étendues.

Comment s'est produit cet empoisonnement exceptionnel?

M. Bucquoy suppose que l'absorption s'est faite par les os nécrosés, dépourvus de périoste et de muqueuse.

M. Lallier repousse cette hypothèse parce qu'en général les ouvriers, qui continuent à manier le phosphore malgré une nécrose des maxillaires, ne présentent pas de pareils accidents.

Voir, plus loin, notre compte rendu de cette partie de la séance.

N'est-il pas possible d'admettre que les vapeurs phosphorées, au milieu desquelles vivait la malade, ont pénétré par les poumons dans le torrent circulatoire?

On sait déjà que le phosphore, pris à l'intérieur, n'agit pas également sur tous les sujets; il n'est donc pas incompréhensible que dans certaines circonstances, chez une femme débilitée tant par un accouchement récent que par diverses autres causes, des doses de vapeur phosphorée, insuffisantes pour tout autre, aient pu provoquer un travail de dégénérescence graisseuse.

Hôpitaux. — Un de nos savants confrères de Copenhague avait rapporté de Londres, avec un appareil à inhalations, une certaine quantité de bichlorure de méthylène pur. (Celui du commerce contient souvent du chloroforme, à ce que prétend M. Clover, de Londres). Ce produit a été employé quatre fois comme anesthésique dans le service de M. le professeur Richet. La période d'excitation nous a a paru assez marquée chez deux malades; et, au total, nous accepterions pleinement la conclusion de MM. Tourdes et Hepp sur ce nouvel anesthésique : « Nous n'avons pas reconnu à cette substance d'avantage particulier qui lui donne une supériorité sur le chloroforme. »

Il peut aussi causer la mort, les expériences de M. Richardson le prouvent. La causerait-il moins souvent? Il est impossible de l'affirmer.

En attendant, on cite quatre nouveaux décès par le chloroforme : deux ont eu lieu à Londres, un à Dublin et le dernier à Vienne, entre les mains de M. Billroth.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Rhinoplastie, méthode nouvelle basée sur le principe des cicatrices adhérentes.

(Observation recueillie par M. Mohammed-Dourry, élève de service.)

Nous avons observé dans le service de M. le professeur Nélaton un cas très-intéressant et très-instructif, que notre maître nous a autorisé à publier.

Le 24 décembre 1866, est entrée à l'hôpital des Cliniques la nommée Adeline B... Cette femme, couchée au n° 18, est âgée de 25 ans. Orpheline à 7 ans, elle a été élevée à l'hôpital général de Laon.

D'une constitution assez forte et d'un bon tempérament, elle s'est toujours bien portée. Mais déjà depuis de longues années, elle est

FEUILLETON

CHARLES OTTO WEBER

PROFESSEUR DE CHIRURGIE A HEIDELBERG.

Notice nécrologique.

Par M. le Dr TH. BILLROTH (1),

Professeur de chirurgie à Vienne.

Weber a été un écrivain très-fécond et heureux. Depuis le moment où il composa sa thèse, en 1851 jusqu'en 1867, il n'a jamais cessé d'écrire. Il observait, expérimentait, faisait des recherches microscopiques, travaillait sans relâche. Des cas analogues se groupaient-ils dans son champ d'observation de manière à lui donner des idées personnelles, il s'empressait de les comparer avec ceux des autres et d'en faire ressortir les différences; le fruit tombait mûr de l'arbre, car il avait eu le temps de se développer lentement. La condensation des observations personnelles et des travaux des autres est un exercice qu'il est utile de commencer de bonne heure : il forme le professeur et l'écrivain. L'agencement des matériaux de la science doit se faire facilement et sans contrainte pour qu'elle se produise facilement sur le papier. Weber écrivait facilement, car il n'avait qu'à transcrire des travaux achevés dans sa tête. Il faisait une exposition de choses complète et peut-être un peu longue; c'était là la tendance de son esprit; rien ne devait être omis dans ses observations; tout ce qui s'y rapportait devait être noté; tout travail analogue devait être mentionné. Cette consciencieuse exactitude a donné à quelques-uns de ses grands travaux un peu de longueur : il le sentait, mais ne pouvait se résigner à abréger, de peur de devenir incomplet ou superficiel.

Après que l'anatomie pathologique fut fondée pour l'Allemagne par Rokitansky et que les travaux de Reinhard, Wirchow et Meckel lui eurent donné une vie nouvelle; après que l'histologie, consacrée par les travaux de Henle, Remak, Kolliker, Brücke, etc., etc., eut grandi entre leurs mains, il devenait évident que le talent remarquable d'observateur dont Weber était doué devait l'entraîner vers l'histologie et surtout vers l'histologie pathologique. De même que les anciens chirurgiens comme Hunter, Cooper, Bell, C.-M. Langenbeck et d'autres passaient de l'anatomie à la chirurgie, cultivant toujours volontiers la première, de même on en voit d'autres, dans des temps plus rapprochés de nous, débuter par des travaux d'anatomie générale et de là passer à l'étude de l'histologie pathologique. Ceux qui commencent l'étude de la chirurgie n'ont pas d'autre ressource profitable que celle-là. Des années s'écoulent même, dans les grandes cliniques, avant que les internes puissent être assez riches d'observations personnelles pour avoir voix au chapitre, en se basant sur leur propre expérience. Les observations de clinique sont la propriété de celui qui la dirige. Le jeune médecin qui veut faire des travaux et des recherches a besoin d'un domaine où il règne en liberté : il ne le trouve que dans l'histologie pathologique et la pathologie expérimentale.

C'est par ces motifs que Weber cultiva le microscope. Après qu'il se fut signalé par des travaux importants en anatomo-pathologique et en histologie, il devenait naturel de lui en confier l'enseignement à Bonn. Quoique, dans la suite, les observations de chirurgie ne lui fissent pas défaut, il n'en possédait cependant pas en assez grande abondance pour lui permettre d'y appuyer un enseignement personnel. Les circonstances ne le conduisirent que deux ans seulement avant sa mort dans un courant chirurgical assez important pour l'autoriser à y naviguer seul. Il est incontestable que Weber aurait grandi de plus en plus comme chirurgien à Heidelberg; mais sa vie, ses travaux étant terminés, je ne crois pas me tromper en disant que leur centre de gravité scientifique se trouve dans l'anatomie pathologique et dans la pathologie expérimentale.

Malheureusement, je n'ai pas trouvé, dans les papiers de Weber, la liste de ses travaux; je ne suis donc pas certain d'avoir trouvé tout ce qu'il a fait imprimer.

Je dois à M. le docteur Heine, à Heidelberg, la liste de l'ensemble de ces travaux, à laquelle j'ai pu ajouter quelque chose. J'ai la conviction que rien d'important n'a été négligé par nous. Quelques petites notices, des extraits des communications faites à des sociétés savantes peuvent seuls nous avoir échappé.

Sa thèse inaugurale : *Ossium mutationes osteomalacia universale, effectæ*, témoigne, par son étendue aussi bien que par le soin avec lequel elle est écrite, que l'auteur a eu en vue de faire un travail sérieux là où on n'accomplit ordinairement qu'une onéreuse formalité. Les recherches chimiques et microscopiques sont amplement décrites, et l'influence du ramollissement des os sur la forme du squelette et du bassin est retracée avec beaucoup de précision. L'intérêt que Weber portait à cette question est démontré par la circonstance que, deux fois dans la suite, il la traita de nouveau.

L'interne de Wutzer publia bientôt, dans la *Deutsche Klinik* (1851, n° 15 et suiv.), les faits suivants, recueillis dans la clinique de ce chirurgien :

1° *Fractur der Oberarmbeins innerhab der Kapsel, innerer Leistenbruch. Broncho-pneumonie mit lödslichem Ausgang.* (Fracture intra-capsulaire de l'humérus; hernie inguinale interne; broncho-pneumonie suivie de mort).

2° *Siebzehntagige luxation des Oberschenkels nach hinten und oben, mit erfolgreicher Einrichtung. Bruch der Oberarmbeins.* (Luxation

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

tourmentée par le désir de remédier à un singulier accident qui, en lui faisant perdre une partie du nez, a donné à sa face un très-vilain aspect. Des circonstances imprévues l'ayant amenée à Paris, elle est venue demander les conseils et les soins de M. Nélaton.

Voici ce qu'elle nous raconte, le tenant elle-même de ses parents : Trois mois après sa naissance, elle tomba dans le feu; quand on l'en retira, elle avait la joue gauche brûlée. Des cicatrices multiples et très-apparentes témoignent du fait. Quatre mois plus tard, elle fut victime d'un nouvel accident, plus étrange cette fois. Sa grand'mère, aux soins de laquelle elle était confiée, l'avait laissée seule dans son berceau, avec une tasse de lait à son côté. Un furet, attiré probablement par l'odeur du lait, monta sur le berceau et se mit à ronger le nez de l'enfant, dont les cris rappelèrent la grand'mère qui la délivra. Mais il avait détruit l'aile gauche du nez, qui ne tenait plus que par un pédicule très-mince. On appela aussitôt un médecin, qui finit d'enlever ce lambeau avec des ciseaux; la plaie guérit simplement et rapidement.

Aujourd'hui, B... se présente à nous dans l'état suivant : la joue gauche porte une cicatrice au-dessous de la paupière; le nez, bien conformé dans sa partie supérieure, les os étant conservés et intacts, présente une déformation notable de la partie inférieure, déformation qui est différente à droite et à gauche; de ce dernier côté, la portion cartilagineuse existe, à l'exception de la partie libre qui a été en grande partie détruite. Il en résulte une vaste ouverture par laquelle l'œil plonge dans la fosse nasale à une grande profondeur, limitée sur la ligne médiane par la cloison qui a été conservée. A droite, l'aile du nez a été détruite en partie seulement, et il en résulte que l'orifice nasal, de ce côté notablement changé, est reporté en haut et dirigé



directement en avant, au lieu de regarder en bas, comme dans l'état normal (vu de côté, fig. 1).

La partie inférieure du nez, fortement tronquée par la destruction d'une grande partie de sa portion cartilagineuse, est taillée de haut en bas et d'avant en arrière. Il résulte de cette disposition un aplatissement notable du nez, avec deux larges perforations inégales cependant, et qui donnent à la face un aspect hideux et repoussant (fig. 1).

M. Nélaton propose une opération à la malade, qui l'accepte avec empressement. Le jour est arrêté et le 14 janvier 1867, elle fut opérée par une méthode nouvelle (déjà mise en pratique trois fois avec succès par M. Nélaton), que nous ne saurions mieux faire connaître qu'en laissant parler l'habile et savant chirurgien lui-même.

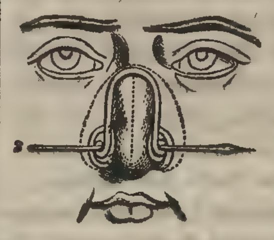
« Je taille deux lambeaux latéraux qui représentent chacun la moitié du nez. Ces lambeaux contiennent toutes les parties molles qui recouvrent l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur et les parties adjacentes; leur pédicule correspond à la partie supérieure du nez et à la région du sac lacrymal. On peut les mobiliser très-aisément et les amener au contact sur la ligne médiane, en laissant de chaque côté du nez une surface saignante.

« Si l'on se bornait à cela, on verrait bientôt la saillie nasale disparaître sous l'influence de la traction exercée transversalement par le tissu de cicatrice qui doit recouvrir la surface laissée à nu par les lambeaux déplacés.

« Pour parer à cet inconvénient, il fallait fixer chacune des moitiés du nez aux apophyses montantes des os maxillaires; il fallait, en un mot, obtenir aux bords externes des lambeaux une cicatrice adhérente. C'est dans ce but que je me suis attaché à comprendre dans les lambeaux le périoste de la région, afin de produire une dénudation du tissu osseux. On sait, en effet, que c'est dans ces conditions que se produisent les cicatrices adhérentes. Le résultat a répondu à mon attente.

« Dans le cas où une partie des ailes du nez est conservée, il faut faire passer par-dessus ces parties les lambeaux qui doivent former le lobule, les portions conservées du nez, ayant leur fixité normale, s'opposent à l'aplatissement.

« Chez notre malade, les ailes du nez n'étant pas complétement détruites, ont été laissées à leur place, et les deux lambeaux, pris en dehors de ces parties, ont été ramenés en dedans; ils ont été réunis sur la ligne médiane au moyen de la suture entrecoupée avec des fils de soie. Sur les parties latérales, ils furent ainsi fixés (fig. 2, nº 2); une tige d'argent, de la grosseur d'un stylet ordinaire et terminée par une pointe en fer de lance en acier, est enfoncée à la base des os nasaux, de telle façon qu'elle traverse le lambeau d'un côté, les parties conservées du nez primitif et le lambeau de l'autre côté. Une fois en place, on coupe les extrémités avec un sécateur; on lui laisse la longueur qui représente la largeur qu'on veut donner au nez. Toutefois, chaque extrémité dépasse les parties molles de 5 millimètres environ, afin qu'elle puisse recevoir l'anneau d'un cerceau métallique (fig. 2, nº 1), et une petite rondelle de liége (fig. 2, nº 3) d'un millimètre d'épaisseur et d'un diamètre de quelques millimètres. Cette rondelle est destinée à protéger les lambeaux du contact immédiat des anneaux. Le cerceau, en forme de pince-nez, est relevé vers la racine du nez et immobilisé par un fil fixé au front à l'aide d'une bandelette de diachylon, et doit prévenir l'aplatissement du nez et lui donner sa forme. Il est d'un calibre à peu près égal à celui de la tige d'argent et il peut être serré ou reserré à volonté. »



Quelques morceaux d'amadou placés sur les surfaces saignantes de chaque côté du nez et imbibés d'eau toutes les cinq minutes furent tout le pansement du jour et du lendemain de l'opération qui dura une heure environ. La malade avait été chloroformée.

Le 16 janvier, les fils de la suture furent enlevés, et les plaies pansées à l'alcool pur, en imbibant l'amadou également toutes les cinq minutes. Les jours suivants, à l'aide d'un stylet, on détruisit les tissus cicatriciels du bord externe du lambeau, afin de prévenir la formation des cicatrices et s'opposer ainsi à la rétraction des lambeaux.

Les rondelles de liége furent renouvelées toutes les semaines, ce qui amenait chaque fois des douleurs qui se prolongeaient pendant une heure, parce qu'il fallait faire mouvoir la tige dans la plaie et desserrer et serrer le cerceau.

A la fin de janvier, on fit le pansement à l'alcool, mélangé à l'eau en parties égales.

Du quinquina, joint à un régime tonique, soutinrent les forces de la malade, qui, du reste, conserva toujours un état général très-satisfaisant, malgré l'apparition des règles le lendemain de l'opération.

Elle se leva dix jours après.

Le 23 mars, pour agrandir les fosses nasales, on y introduisit deux morceaux de laminaria, destinés en même temps à empêcher leur occlusion par les bourgeons charnus.

Le 26, la laminaria fut remplacée par deux bouts de sonde (en gomme), taillés en biseaux, afin de pouvoir les fixer à l'aide de deux fils qui s'attachaient, d'une part, à leurs extrémités et, de l'autre, au cerceau métallique.

La malade put ainsi respirer par le nez. La mauvaise odeur résultant du séjour du pus et des mucosités dans les fosses nasales, disparut peu à peu. Il y eut de fréquents éternuements. Tous les jours les bouts de sonde furent nettoyés et remis en place.

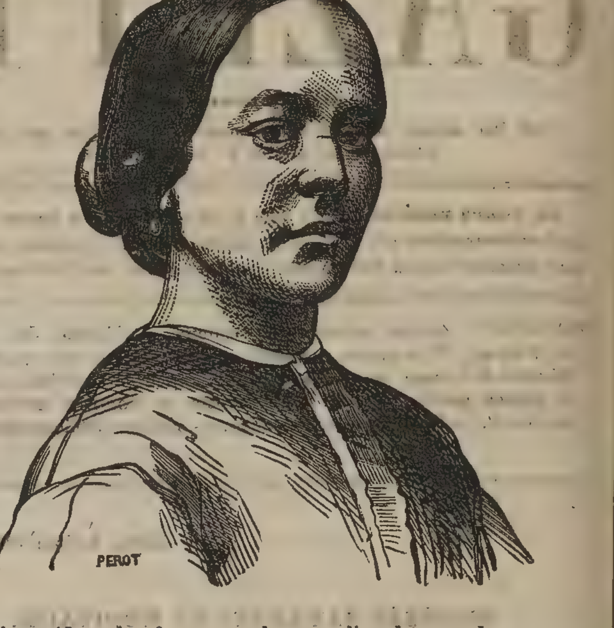
Le 10 avril, le cerceau fut enlevé;

Le 11, on retira la tige d'acier;

Le 17, les sondes furent enlevées à leur tour;

Le 20, environ trois mois après l'opération, la malade quitta la Clinique. Sa face n'avait plus rien de disgracieux.

La malade, vue de face ou de profil, présente un nez dont la saillie est, à peu de chose près, celle d'un nez normal, sans cicatrices évi-



dentes; les orifices des fosses nasales, au lieu de regarder en avant, sont dirigés en bas.

Son portrait, photographié après guérison, contraste singulièrement avec son portrait photographié avant l'opération; leur comparaison témoigne hautement du beau résultat obtenu (comme le montre les figures nº 1, avant, et nº 3, après).

M. le professeur Nélaton avait déjà eu trois succès du même genre sur des sujets opérés par cette méthode nouvelle de rhinoplastie.

Depuis le 20 avril 1867, et en dernier lieu au mois de mai 1868, nous avons vu plusieurs fois la malade; nous avons pu constater que la narine droite est bien conformée, et que la gauche, qui a été prise dans le tissu cicatriciel des brûlures de la joue, est un peu relevée.

NOTE

pour servir à l'histoire de la rage.

Par M. Deroy (de Beton-Bazoches).

En lisant avec beaucoup d'intérêt les remarquables observations de cas de rage rapportés par MM Rougon et Dagrand (1), je me suis rappelé celui que j'ai observé dans la commune de Boisdon en 1862; il me semble avoir de l'importance pour l'étude de cette terrible maladie; je vais le raconter sommairement.

Le 20 mars 1862, Ch... (Joseph), âgé de 38 ans, bien portant, manouvrier à Boisdon, est mordu légèrement aux mains par son chien qui disparaît de la maison le jour même; le lendemain il est tué dans un village voisin, après s'être jeté sur plusieurs chiens. Ch... ne prit aucune précaution pour ses blessures qui lui semblaient insignifiantes. Pourtant, six jours après, tourmenté par l'idée que son chien était mort enragé, il est venu me trouver. Les quelques excoriations qu'il portait aux mains étaient complétement cicatrisées. Je le rassurai de mon mieux, et pour calmer son moral, je le cautérisai au nitrate d'argent et lui fis une prescription insignifiante, bien persuadé que j'étais que je n'avais plus alors, malheureusement, aucun moyen de le

(1) *Gazette des Hôpitaux*, numéros des 4 et 6 février 1868.

---

illiaque, datant de dix-sept jours, réduite avec succès. Fracture de l'humérus).

3º *Ungewonsnlich ausgedehnter Martischwamm des Hodens und mannlichen Gliedes, der Lungen und der Leber.* (Cancer fongueux extraordinairement développé du testicule et de la verge, du poumon et du foie).

Plus tard il publia, dans *Deutsche Klinik* (1852, nºs 2, 3 et 4) :

1º Sur l'amputation de Pirogoff,

2º Sur l'amputation de Chopart,

3º Sur les résections du pied.

Plus tard, dans le même journal (1855, nº 23) :

Sur le rétrécissement de l'orifice du canal de l'urèthre dans le phymosis congénital et consécutif à l'amputation de la verge et des moyens de les combattre.

Les premiers travaux importants d'anatomie pathologique que Weber, encore interne à la Clinique chirurgicale, publia, se rapportent à deux grenouillettes et à un kyste de la région sacrée; ils se trouvent dans le tome VI des *Arch. de Wirchow*; ils sont intitulés : *Zur pathologischen anatomie der Ranula*, et *Notiz über ein fœtus in fœtu und dur Vorkommen von Paralbumin in einer Cyte des Geschwulst.* (De l'anatomie pathologique de la grenouillette. — Note sur un fœtus par inclusion et la production de paralbumine dans un kyste). Dans le premier travail, Weber cherche à prouver que l'analyse du liquide contenu dans le kyste sous-lingual conduit à admettre qu'il dérive de cryptes muqueux. Le second travail est la description d'un cas très-intéressant dans lequel on trouva, dans une tumeur sacrée, des parties fœtales, une main rudimentaire. La tumeur était, en outre, constituée par de la graisse et des kystes. L'enfant, âgé de neuf semaines, avait supporté parfaitement l'opération.

Ce travail fut suivi d'un autre, inséré dans le tome VII du même journal, intitulé : *Examen anatomique d'une langue hypertrophiée avec observations sur la formation de nouvelles fibres musculaires striées.* Ce travail touchait à une des questions les plus difficiles et les plus discutées alors. La reproduction pathologique des fibres musculaires ayant été, dans le temps, combattue vivement, Wirchow saisit l'occasion du travail de ce jeune savant pour y ajouter ses propres observations et décrire la reproduction des fibres nouvelles.

L'œuvre capitale de cette période de la vie de Weber fut une monographie in-4º, intitulée : *Die Knochengeschwülste in anatomischer und praktischer Beziehung, Erste Abth. Die Exostosen und Enchondrome.* Bonn, 1856. (Les tumeurs osseuses au point de vue anatomique et pratique. 1re partie : les exostoses et les enchondrômes).

Ce travail met Weber au premier rang des hommes qui, armés de toutes les méthodes d'exploration, cherchent à édifier la science. L'histoire, l'érudition, l'inspection anatomique, l'histologie, l'histogenèse, l'analyse chimique, l'observation clinique, le traitement, la statistique, sont employés avec le plus grand discernement pour jeter la plus grande clarté sur ce point scientifique. Ce long travail est rehaussé par le remarquable talent de dessinateur de l'auteur (les figures de cette monographie ont été lithographiees par l'auteur lui-même), et on y voit ses efforts pour donner à ces diverses descriptions une base anatomique et une distinction parfaitement saisissante. Ce mémoire devait être la première partie d'un grand ouvrage qui ne fut pas achevé faute de temps, et aussi faute d'éléments d'observation qu'il ne put trouver à Bonn, car les tumeurs osseuses en dehors des exostoses et des enchondrômes sont des raretés pathologiques. L'ouvrage en resta donc à la première partie, mais d'autres questions scientifiques surgirent, et arriva le temps où Wirchow et son école eurent à livrer un rude combat pour faire admettre comme cellules les corpuscules plasmatiques et leur faire attribuer une excitabilité propre et la faculté de se reproduire. Les travaux de Redfern et His, l'histogenèse dans l'inflammation et la formation des tumeurs en général devinrent la question à l'ordre du jour : la pathologie cellulaire était conçue, et elle allait naître bientôt.

Weber a pris la part la plus active à ces progrès. Il parut une série de travaux qui aidèrent puissamment au développement de ces questions maintenant généralement admises et qui contribuèrent beaucoup à leur divulgation. Jusque dans ces derniers temps, Weber a travaillé dans cette direction.

Je nomme ici les travaux qui ont trait à ces questions, bien que le premier soit éloigné des derniers d'une dizaine d'années.

Uber die Veraenderungen der Knorpel in Gelenk-Kraukheisen (*Wirchows Archiv.*, b. 13, 1857). (Sur les modifications que subissent les cartilages dans les maladies articulaires).

Briefliche Mittheilung, den Glaskorper und die muskeln betreffend (*id.*, b. 16, 1859). (Lettres sur le corps vitré et les muscles).

Uber den Bau des Gaskorpers und die pathologischen, namentlich entzündlichen Veraenderungen desselben (*ibid.*, b. 19, 1860). (Sur la structure du corps vitré, etc., ses modifications pathologiques, surtout de nature inflammatoire).

Uber die Betheilung der Gefasse, besonders der Capillaren, an den Neubilduugen (*ibid.*, b. 29, 1864). (Sur le rôle des vaisseaux, surtout des capillaires dans les productions pathologiques).

Uber die Entwickelung des Epithelial Krebses in inneren Organen, nebst Bemerkungen über die Structur der Leber und der Lunge (*ibid.*, b. 29, 1864). (Sur le développement du cancer épithélial dans les organes internes et sur la structure du foie et du poumon).

Uber die Neubildung quergestrifter muskelfaseren, insbesoudere die regenerative Neubildung derselben nach Verlezungen (*ibid.*, b. 39, 1867). (Sur la formation de nouvelles fibres musculaires striées, et surtout de la régénération de ces fibres après les traumatismes).

Uber die Betheilung der Muskelkorperchen und der quergestreifsen Muskeln and den Neubildungen, nebst Bemerkungen über die Lehre von der Specificitat der Gewebselemente (*ibid.*, b. 39, 1867). (Sur la part que prennent les cellules musculaires et les fibres striées aux forma-

garantir du danger qu'il redoutait ainsi que moi. Bref, je le perdis de vue.

Le 1er mai, quarante-deux jours après avoir été mordu, Ch... fut pris des symptômes bien caractérisés de la rage; il expira le 13, à deux heures du matin, au milieu de crises telles que, pendant sa dernière nuit, malgré la camisole de force que j'avais été obligé de lui faire mettre la veille, à midi, toutes les pièces composant son lit, sur lequel pourtant il était solidement fixé, depuis les couvertures jusqu'à la paillasse, étaient déchirées et réduites en morceaux.

Voici ce que j'ai remarqué de plus saillant chez ce malade. Intelligence nette, conscience de son état, parole saccadée, agitation extrême, gêne horrible de la respiration, surtout pendant les accès, crachottement presque continuel; la vue des objets brillants ne semblent pas l'irriter, mais la gêne de la respiration est telle qu'il ne pouvait souffrir personne devant lui. Il nous disait à chaque instant: « Retirez-vous, ne m'approchez pas; ce n'est pas que je crains de vous mordre, je n'en ai pas envie, mais vous m'étouffez, vous m'empêchez de respirer; ouvrez les fenêtres ou laissez-moi sortir pour que je puisse respirer à mon aise. »

J'arrive au point principal et capital de mon observation, c'est-à-dire à l'effet produit par la vue et à la déglutition des liquides. Je déclare, sous ce rapport, avoir bien observé et constaté ce qui suit.

La vue de l'eau, du vin et autres liquides ne produisait rien de désagréable sur mon malade. Ce qui le tourmentait, nous disait-il, c'est qu'il fallait avaler. J'ai versé d'assez haut et lentement, au moyen d'une cruche, de l'eau dans une assiette, devant le malade et à deux pas de lui, sans qu'il en paraisse contrarié. Je lui dis : « Puisque vous ne pouvez pas boire avec un verre ou avec une timbale, vous boirez peut-être plus facilement avec une assiette; » mais me répondit Ch..., avec force et colère, « je n'ai pas peur du liquide que vous m'offrez, mais comment voulez-vous que j'avale de l'eau ou autre chose, puisque je ne puis pas seulement avaler de l'air! »

Cette réponse, à la fois simple, énergique et profonde, ne semble-t-elle pas indiquer que dans cette maladie, le larynx et le pharynx sont également affectés des mêmes contractions spasmodiques! Ceci mérite, il me semble, d'être médité.

LUXATION
de l'extrémité supérieure du péroné gauche.

Par M. le docteur Léon Sorbets, d'Aire (Landes).

D... (Pierre), âgé de 38 ans, employé, dirigeant des travaux de terrassement, franchit un fossé assez large, le 12 octobre 1867. Comme cet employé est très-intelligent, il me donne sur son accident les détails les plus précis.

D'après les lois de la gymnastique relatives au saut, D... se baissa légèrement sur le membre droit, afin d'avoir plus d'élan pour sauter. Il franchit le fossé, et le poids de son corps porta malheureusement tout entier et verticalement sur le côté externe du pied gauche. Le péroné seul supporta tout l'effort vertical de bas en haut, et de telle sorte que cet employé sentit immédiatement une tumeur à la partie inférieure externe de la cuisse gauche. La douleur étant très-vive, il se laissa choir du côté droit. Il voulut se relever et porter la main sur cette tumeur qui avait disparu; mais à peine debout, il fut obligé de tomber de nouveau, la marche étant impossible, comme dans la fracture du col du fémur. Quelques ouvriers, témoins de l'accident, s'empressèrent autour de lui, et le déposèrent dans une voiture, qui le transporta à domicile.

Il est facile de comprendre, quoique très-rare, le mécanisme de cette luxation de l'articulation péronéo-tibiale supérieur gauche, il fallait le concours de trois circonstances qui se sont présentées dans l'espèce.

D'abord un effort violent, direct de bas en haut, telle la chute sur le pied supportant seul le poids du corps; ensuite le côté externe de la plante du pied transmettant la violence suivant la longueur du péroné; et enfin une articulation arthrodiale permettant le glissement des facettes articulaires. Ces circonstances se trouvant réunies, la luxation du péroné eut lieu de bas en haut, et ce cas a présenté un fait remarquable : tandis que l'extrémité supérieure du péroné s'est déplacée, l'extrémité inférieure du même os n'a été le siége d'aucun déplacement. Cela s'explique par la nature de l'articulation de l'extrémité inférieure de cet os, article qui rentre dans la classe des amphiartroses, offrant à la fois des surfaces continues et des surfaces contiguës, deux ligaments périphériques très-forts, l'un antérieur et l'autre postérieur, et enfin un ligament interosseux, unissant intimement le péroné au tibia à leur partie inférieure.

Le glissement forcé et violent de la facette de l'extrémité supérieure du péroné s'effectuant sur celle du tibia qui lui correspond, la luxation se produisit, et le blessé crut que le tibia s'enfonçait dans la terre. Ce fut là une sensation passagère, car la synergie des muscles qui s'insèrent sur les trois os formant le membre pelvien, opéra immédiatement la réduction de cette luxation.

Un examen attentif me permit de constater les symptômes suivants : Gonflement de la région péronéo-tibiale gauche. Au-dessus de l'extrémité supérieure du péroné, petite tumeur transversale, molle, formée par un épanchement de synovie; déchirure des ligaments articulaires, antérieur et postérieur, qui servent de moyen d'union au péroné et au tibia à leur partie supérieure et externe. D'après les données anatomiques, la synoviale péronière est souvent isolée; mais dans certaines circonstances, il y a continuité avec la synoviale du genou. Cette disposition anatomique doit exister ici, car le gonflement s'étend au genou et à la partie inférieure de la cuisse.

Les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse, quoique douloureux, sont possibles en prenant la précaution d'appliquer la paume de la main sur le siége de la lésion. Le toucher détermine des points douloureux situés dans la région poplitée, à la partie externe du genou et au mollet.

La station est impossible.

Traitement. Application de compresses trempées dans de l'eau-de-vie camphrée; longue bande appliquée méthodiquement depuis les orteils jusqu'au tiers inférieur de la cuisse. Régime léger : potages.

Le 13, à ma visite du matin, le malade m'apprend que la nuit a été très-agitée, et la fièvre forte. Quelques troubles digestifs sont survenus. Ils s'expliquent chez notre malade, sujet à des symptômes de dyspepsie flatulente.

Ces troubles gastriques, survenus à la suite d'une constipation opiniâtre, sont combattus par 30 grammes d'huiles de ricin, administrés d'après l'excellente méthode (tilleul chaud et sucré), sans dégoût aucun.

Cependant, le malade passe bien la nuit. Le bandage est enlevé : l'état local s'est amélioré.

Pendant les jours suivants, D... garde le lit; et à cause de douleurs assez vives, surtout nocturnes, dont la région péronéo-tibiale supérieure est le siége, la partie malade est frictionnée avec un liniment camphré et opiacé, et recouverte de cataplasmes émollients et laudanisés.

Nous pensions que ces douleurs tenaient probablement à la déchirure des fibres, soit tendineuses, soit musculaires, et à l'ébranlement apporté à la région par le violent déplacement du péroné. Il n'en était rien : ces douleurs se déclaraient depuis dix heures du soir jusqu'à deux heures du matin dans tout le membre pelvien, parce qu'à ce moment de la nuit, le malade, pris de frissons et de céphalalgie vive, était atteint d'une fièvre paludéenne à type quotidien, fièvres très-communes dans la contrée, et compliquant un grand nombre d'affections. J'annonçai au malade que si les mêmes accidents se reproduisaient le soir, vers dix heures, je lui prescrirais, pour le lendemain, 2 grammes de sulfate de quinine en pilules, qui empêcheraient probablement le retour des douleurs bornées à la jambe, siége de l'accident. Ce que nous avions prévu se vérifia. Les douleurs intermittentes nocturnes reparurent, mais elles cédèrent à l'administration du sulfate de quinine.

Dès ce moment, et après quelques jours de repos, la marche étant possible, la guérison fut rapide.

Il faut ajouter cependant que, trois mois après l'accident, D... avait la région du genou sensible encore aux variations atmosphériques, et que par prudence, il portait un bandage exerçant une compression méthodique de la partie supérieure de la jambe à la partie inférieure de la cuisse.

Cinq mois après l'accident, la guérison peut être regardée comme complète, malgré l'existence de douleurs vagues qui persistent dans la région, lorsque l'air est saturé de vapeur d'eau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Extrait de la séance du 12 juin 1868.)

Nécrose phosphorée. — Albuminurie. — Stéatose aiguë de tous les viscères.

M. Bucquoy. Le 8 mars dernier entrait dans mon service une femme de 27 ans qui, depuis l'âge de 19 ans, avait travaillé à la fabrication des allumettes chimiques. Jusqu'à l'année dernière, elle n'avait jamais éprouvé aucun accident qui pût être attribué au phosphore.

Dans les derniers temps, elle avait quitté la fabrique où elle travaillait jusqu'alors pour une autre dans laquelle elle passait la journée à peser dans une chambre étroite les allumettes qu'on venait de tremper. Elle était donc sans cesse exposée à l'action des vapeurs phosphorées.

Huit mois avant son entrée à l'hôpital, elle éprouva une légère fluxion avec douleur dans la joue gauche; elle continua à travailler, en ayant d'autant plus besoin que bientôt après elle accoucha d'un enfant qu'elle ne put nourrir faute de lait. Ses besoins étant augmentés par la naissance de cet enfant, elle ne voulut pas quitter un genre de travail assez productif, et d'ailleurs elle refusait de croire que les accidents qu'elle éprouvait fussent dus au phosphore. Cependant ses dents, qui étaient très belles et dont pas une ne manquait, commencèrent à tomber, la fluxion devint permanente ainsi que les douleurs, et les mâchoires supérieures se dégarnirent presque complétement en huit mois.

Lorsque cette femme se décida à entrer enfin à l'hôpital, le 8 mars, elle se présenta dans l'état suivant : Les dents de la mâchoire inférieure étaient parfaitement saines, celles de la mâchoire supérieure manquaient presque toutes, et les maxillaires supérieurs, complétement dépouillés de muqueuse et nécrosés, se montraient à nu dans presque toute l'étendue de la voûte palatine. La muqueuse de cette région, refoulée pour ainsi dire au fond de la bouche, y formait un bourrelet énorme qui surmontait le voile du palais. Nous interrogeâmes la malade avec le plus grand soin sur l'état de ses dents au moment où elle avait eu la première fluxion, et elle nous assura que toutes ses dents étaient alors saines, sauf une canine qui présentait un petit point noir.

Ce n'était donc pas une dent cariée qui avait été le point de départ de l'affection. Les dents avaient commencé à tomber après la nécrose des os qui les supportaient; mais elles étaient tombées saines, comme nous avons pu nous en assurer, car deux se détachèrent pendant le séjour de la malade à l'hôpital.

Jusque là, cette femme avait conservé un bon appétit, elle s'était parfaitement alimentée en mangeant à l'aide des alvéoles et maxillaires mis à nu. Cependant elle offrait un aspect cachectique, la face était terreuse et gonflée.

A l'hôpital, l'appétit diminua, puis cessa. L'alimentation se composait surtout de lait, de bouillons, de potages. Nous constatâmes la présence d'une albuminurie considérable. Une variole légère contractée dans les salles suffit pour amener la mort en quelques jours.

A l'autopsie, on put voir jusqu'où s'étendaient les désordres du côté des os.

Le périoste des faces antérieures et externes des maxillaires était détaché des os et soulevé par une sanie grisâtre ou noirâtre. Les os malaires eux-mêmes étaient atteints jusqu'aux apophyses zygomatiques des temporaux.

Ces os, franchement éburnés, retentissants sous le stylet, étaient recouverts d'ostéophytes spongieuses de nouvelle formation qui se laissaient facilement pénétrer. Les os du nez étaient parfaitement intacts, bien que les narines eussent été pendant la vie presque bouchées par le gonflement des parties molles.

A part deux petits séquestres qui s'étaient détachés du bord alvéolaire, l'un du maxillaire supérieur gauche, l'autre du maxillaire supérieur droit, les os nécrosés ne présentaient pas la moindre tendance à l'élimination.

A un premier examen, le maxillaire inférieur m'avait paru parfaitement sain; mais à présent qu'il a macéré pendant plusieurs semaines, j'aperçois sur un point d'une des branches montantes un commencement d'altération. Il porte du reste toutes ses dents qui sont très-belles, parfaitement intactes, et à peine garnies d'un peu de tartre au niveau du bord alvéolaire.

---

tions nouvelles, avec des observations sur la doctrine de la spécificité des éléments histologiques).

On le voit, par le titre de ces huit mémoires, qu'ils forment un ensemble de travaux dans lesquels est appréciée la part que prennent les éléments histologiques dans les productions pathologiques inflammatoires ou autres.

La précision des observations, le soin extraordinaire et la finesse des dessins, le soin avec lequel les descriptions sont faites et continuées jusqu'à la fin, excitent au plus haut degré notre admiration, surtout quand nous pensons que les études de Weber se rapportent à une époque où cette manière de faire des recherches microscopiques n'était pas encore usuelle, comme elle l'est aujourd'hui à chaque université. Weber devait chercher lui-même les sujets d'étude et créer les méthodes d'observation. Chaque observateur a des qualités par lesquelles il se distingue; on trouve, dans les dessins de Weber, des contours très-nets et l'indication des connexions qui lient les cellules entre elles dans le tissu connectif; on peut dire difficilement la part relative qui en revient aux réactifs chimiques, au microscope, etc., au talent du dessinateur.

Je n'ai jamais pu vérifier, par mon observation personnelle, l'exactitude de l'opinion de Weber touchant la formation endogène des cellules, leur transformation en grandes cellules mères dans les inflammations du tissu conjonctif.

Le choix des matériaux d'observation, le traitement chimique de ceux-ci et beaucoup d'autres circonstances ont, sur la signification des dessins, une grande influence; je ne doute pas un instant que Weber n'ait bien observé et vu ce qu'il a représenté, mais l'interprétation de ce qui a été vu est toujours influencée par les idées de l'observateur au point de vue où il s'est placé. Quand bien même de nouvelles observations viendraient à démontrer que telle chose ou telle autre, qui appartient à l'étude de l'inflammation ou des néoplasmes de cette époque, n'est pas confirmée ou inexacte, cela n'enlèverait rien à l'importance des travaux de Weber ; ils sont des modèles et restent classiques par le fond et la forme, puisqu'ils ont été inspirés par l'esprit scientifique, exécutés suivant une méthode sévère et représentent, pour l'époque où ils ont été exécutés, le summum de ce qu'on pouvait atteindre.

J'ajoute ici encore trois travaux qui sont encore du domaine de l'anatomie pathologique et qui se rattachent à des travaux antérieurs sur le système osseux.

Ennarratio consumptionis rachiticæ in puella adjectis nonnullis de rachitide et osteo malacia adnotationibus (Bonnæ, 1862). (Écrit académique pour sa nomination comme professeur).

Zur Geschichte de Enchondroms, nammentlich in Bezug auf dessen hereditares Vor kommen und secundare Verbreitung in inneren Organen dureck Embolie (*Virchows' Archiv.*, b. 35, 1866). (Sur l'histoire de l'enchondrôme, surtout au point de vue de sa manifestation héréditaire et de son extension dans les organes internes par voie embolique).

Zur Kenntuiss der Osteomalacie, insbesondere der Senilen, und über das Vor kommen von Milchsaüre in osteomalacischen Knochen (*ibid.*, b. 38, 1867). (Du Diagnostic de l'ostéomalacie, surtout chez les vieillards, et sur la présence d'acide lactique dans les os ostéomalaciques).

La satisfaction intime que ces travaux anatomiques sur les modifications morphologiques dans les productions nouvelles devaient procurer à Weber ne lui laissait cependant pas perdre de vue que leur genèse physiologique et leur étiologie pathologique médiate ou immédiate reste toujours entourée d'une grande obscurité.

Il fit concourir l'observation anatomique et clinique, les expérimentations, la statistique, pour trouver un point d'appui solide à l'étude de la formation des tumeurs. Nous trouvons, dans cette direction, un chapitre parfaitement traité dans un livre qu'il a intitulé : *Chirurgische Erfahrungen und Untersuchungen*. (Berlin, 1859). (Observations et expérimentations chirurgicales).

Les autres chapitres de cet ouvrage ont plus spécialement trait à la chirurgie pratique; nous les examinerons plus loin. L'inflammation comme processus vivant, avec tous ses symptômes, fut l'objet de nouvelles recherches. Le résultat final de ses études, l'œuvre capitale de Weber, se trouve dans le tome Ier de la *Chirurgie*, rédigée par Pilha et moi (1).

Ce travail avait été précédé de quelques travaux moins importants publiés dans des mémoires de sociétés savantes, dissertations, etc. Je n'en connais que les suivants : *Uber den problematischen Einfluss der Nerven bei der Entstehung von Entziendungen, und über Gefassnerven.* (Sur l'influence douteuse des nerfs sur la production de l'inflammation et sur les nerfs vaso-moteurs). *Centralbe, f. d. med. Wisseusch* (1864, n° 10), et *Uber Waerme entw kelung in entzundeten Thielen* (*Deutsch. Klin.*, 1864, nos 34-44). (Sur le développement de la chaleur dans les parties enflammées).

(*La suite au prochain numéro.*)

(1) Il est intitulé : *Die Gewebserkraukungen im Allgemeinen und ihre Rückwirkung auf den Gesamtorganismus*, p. 29 à 629. — Les maladies des tissus en général et leur effet sur l'organisme, toute une pathologie chirurgicale générale, œuvre analogue à celle de Billroth, qui vient d'être traduite.

N. du T.

Clinique ophthalmologique de la Faculté de médecine, leçons sur la cataracte, professées à l'hôpital Saint-Louis par le Dr Foucher, recueillies par MM. Bousseau et Vaslin. 1 vol. in-8° avec figures dans le texte. — Paris, 1868. Victor Masson et fils.

Voilà pour ce qui touche l'état local; mais l'autopsie nous a révélé d'autres lésions infiniment plus intéressantes.

Tous les viscères avaient subi la dégénérescence graisseuse.

Le foie volumineux, décoloré, jaunâtre, était d'une mollesse telle, qu'il se moulait de suite sur le vase où on le déposait.

Les reins étaient aussi mous et décolorés; la substance corticale y avait subi la dégénérescence graisseuse plus encore que la substance tubuleuse.

Le cœur, de même, était décoloré, flasque et mollasse; quelques fibres en étaient saines, tandis que d'autres avaient subi, de la manière la plus évidente, la dégénérescence graisseuse.

Les muscles et surtout les psoas offraient aussi un certain nombre de fibres dégénérés. En un mot, toutes les altérations ordinaires de la stéatose aiguë par intoxication phosphorée se trouvaient ici réunies.

En outre, ce qui n'a pas encore été noté dans l'empoisonnement par le phosphore, les poumons offraient, vers leurs sommets, des lésions toutes particulières, de petits mamelons blanchâtres, arrondis, qui du côté gauche étaient réunis de manière à former une petite tumeur à peu près grosse comme une cerise, et étaient groupés du côté droit en y restant séparés et distincts. Ces mamelons étaient parfaitement arrondis, non ramollis; ils n'étaient pas des tubercules. Le microscope les montrait constitués par une accumulation graisseuse dans l'intérieur des alvéoles; ceux-ci n'étaient pas altérés. Aucune réaction inflammatoire n'existait dans leur voisinage. Ceux qui se trouvaient sous-pleuraux n'avaient provoqué aucune adhérence entre les parois de la séreuse. Le poumon ne contenait, du reste, ni granulations semi-transparentes, ni aucun produit tuberculeux.

Si l'on ajoute que, chez cette malade, il avait existé de l'albuminurie, et que ce symptôme a été signalé dans une seule des observations de stéatose phosphorée rassemblée par M. Trélat; que, d'autre part, la stéatose ne s'est jamais produite chez les malades atteints de nécrose phosphorée des maxillaires, on voit que ce fait est très-exceptionnel.

Ici la nécrose des maxillaires s'est produite sans altération préalable des dents ou de leurs alvéoles, contrairement à l'opinion formulée par M. Broca.

Puis la dégénérescence graisseuse de tous les tissus a commencé, comme s'il y avait eu un empoisonnement par le phosphore pris à l'intérieur.

Je crois que si, chez cette femme, la stéatose s'est produite, c'est parce qu'elle a continué à travailler après la nécrose et la dénudation des maxillaires. Cette stéatose était récente, car des lésions pareilles n'eussent pas été longtemps compatibles avec l'intégrité complète des fonctions.

M. Lallier. J'ai observé de vingt-cinq à trente cas de nécrose phosphorée, bien que cette autopsie soit seulement la seconde dont je voie les pièces.

Évidemment, ici, la nécrose était encore à son début; il eût fallu peut-être deux, quatre, cinq, six, sept ans, pour qu'elle se complétât et que les os morts fussent éliminés. Je crois que la dégénérescence graisseuse de tous les viscères doit être attribuée à autre chose qu'à la nécrose phosphorée, car, dans la nécrose phosphorée, la guérison est la règle : elle a lieu au moins sept ou huit fois sur dix, ce qui exclut l'idée d'une stéatose.

L'albuminurie est également exceptionnelle; je l'ai toujours cherchée avec soin, sans la trouver jamais.

Quant à l'intégrité des dents, je n'ai eu qu'une fois l'occasion de l'observer chez un malade atteint de nécrose phosphorée. M. Bucquoy a-t-il vu lui-même que les dents n'étaient pas gâtées?

M. Bucquoy. Il n'est pas douteux que la stéatose soit due au phosphore, car il n'y a absolument que dans la stéatose phosphorée aiguë, la stéatose de Rokitanski, que vous trouverez cette mollesse extrême des organes dégénérés.

Je n'ai pas vu moi-même que les dents étaient toutes intactes, mais cette femme m'a affirmé qu'une seule canine présentait un petit trou.

M. Lallier. Je ne puis admettre que la stéatose soit due à ce que la malade a continué à manier le phosphore malgré la nécrose des maxillaire, puisque tel est le cas le plus ordinaire. Presque aucun des ouvriers qui sont atteints de nécroses phosphorées n'abandonnent pour autant leur travail, et c'est dans leurs ateliers même qu'on va leur extraire leurs sequestres.

M. Peter. A-t-on trouvé des traces d'hémorrhagies sous les séreuses, etc.?

M. Bucquoy. Aucune hémorrhagie ne s'est jamais produite chez cette femme.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 12 juin, le Ministre de l'Instruction publique a déclaré vacante la chaire de zoologie et de physiologie animale à la Faculté des Sciences de Strasbourg.

Les candidats à cette chaire devront faire parvenir leurs demandes, titres et justifications à la Faculté et au conseil académique.

— Par arrêté de M. le Préfet des Bouches-du-Rhône, en date du 26 mai 1868, M. le docteur Dauvergne a été nommé médecin-inspecteur des bains de mer de Marseille, à la suite de la démission de M. le docteur Berrut, fixé à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du strabisme dans ses applications à la pathologie de la vision, par M. Émile Javal. 1 vol. in-8°. Prix : 2 fr. — Paris, 1868. Victor Masson et fils.

De l'herpès récidivant des parties génitales, par le Dr Doyon. 1 vol. in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1868. Victor Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 71. — MARDI 18 JUIN 1868. 41e ANNÉE. MARDI 18 JUIN 1868. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. 16 —
Un an. 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Hôpital de la Maternité (M. Hervieux.) Marche, durée et terminaison de la péritonite puerpérale généralisée ou générale d'emblée. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Feuilleton. — Nouvelles.

Paris, 17 juin 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Comme supplément de rapport sur la tuberculose, M. Colin a lu un mémoire qui présente toutes les qualités habituelles de cet auteur. Très-bien conçu, très-bien ordonné, très-bien écrit, basé sur de nouvelles expériences, il méritait parfaitement et a forcé l'attention générale.

Ce n'est pas que les théories de M. Colin soient bien différentes de celles de M. Guérin.

La pathogénie du tubercule est au fond à peu près la même dans les unes comme dans les autres.

Dépôt de matière tuberculeuse; accroissement de la masse par les produits de l'irritation amenée par sa présence; transport de cette matière accrue, surtout à travers les lymphatiques et les ganglions, jusqu'au sang qui la dissémine dans les poumons et les viscères; irritation et prolifération des tissus qu'elle touche et qui lui fournissent des éléments nouveaux : tel est le mécanisme également admis par MM. Colin et Guérin pour expliquer les résultats des inoculations de tubercules.

Ces deux savants accordent un tel rôle à l'irritation dans la genèse des granulations tuberculeuses, que, suivant eux, l'irritation seule peut suffire pour les provoquer dans certains cas. Seulement M. Colin émet plus de doute que M. Guérin sur la nature tuberculeuse des granulations obtenues par l'inoculation du pus ordinaire; mais en revanche, il est plus explicite sur l'origine irritative des tuberculoses spontanées.

Quant à l'hypothèse de M. Chauffard sur *la fécondation des tissus par les tissus*, M. Colin la repousse, plus vivement peut-être encore que ne l'avait fait M. Guérin.

A ses yeux, le simple transport fait bien comprendre la propagation du tubercule. Pourquoi donc chercher une interprétation incompréhensible d'un phénomène presque clair?

M. Colin a oublié que le phénomène n'est pas clair pour ceux qui croient avec M. Virchow les ganglions imperméables à tous éléments figurés.

Si la matière tuberculeuse transportée par les lymphatiques trouve dans le premier ganglion une barrière insurmontable; pour se propager, il faut qu'elle cesse de voyager elle-même en nature, il faut qu'elle exerce sur les ganglions une action féconde, qui, par la prolifération de leurs cellules constitutives, amène des éléments nouveaux dans les lymphatiques émergeants.

On le voit, l'hypothèse de la fécondation était forcée pour M. Virchow, et c'est ainsi qu'il explique, non-seulement la propagation du tubercule, mais celle de toutes les néoplasies.

Si, au contraire, il était prouvé que les éléments figurés peuvent traverser les ganglions, — et samedi dernier nous avons rapporté des expériences qui tendent à le faire croire, — alors *la fécondation des tissus par les tissus* serait une hypothèse moins absolument indispensable.

Voilà donc un point trop négligé dans la discussion académique et qu'il était bon d'élucider avant toutes choses : « Les ganglions sont-ils, oui ou non, perméables, au moins pour tel ou tel élément figuré, à quelque période de sa vie active? »

Mais ce n'est pas tout. La doctrine de la fécondation des tissus a pour autre but d'expliquer ce qui se passe lorsqu'une affection bien caractérisée, telle que le cancer épithélial, se généralise.

Ici la question est mieux posée que lorsqu'il s'agit de tubercule.

En effet, dans le tubercule on peut, avec M. Colin, dire que les éléments produits dérivent, comme le pus, du tissu conjonctif; qu'ils sont, comme le pus, la conséquence d'un certain degré d'irritation, portant sur ce tissu qu'on rencontre partout dans l'organisme et qu'on nommait jadis « tissu cellulaire ». Il n'y a rien d'étrange à ce qu'un tel produit se multiplie en restant lui-même, puisqu'il découle d'une action qu'on pourrait appeler *commune* et presque *banale*. J'exagère un peu l'objection pour la rendre plus saisissante.

Il n'en est pas ainsi pour les tumeurs malignes et en général pour les tumeurs réellement hétérologues. Leur propagation ne s'explique plus par une action pour ainsi dire physiologique. On se demande pourquoi l'irritation fait naître dans les organes où leurs éléments sont transportés, de nouveaux éléments parfaitement semblables, et non ceux qui résulteraient d'une irritation ordinaire.

Les expériences de M. Goujon sur l'inoculation de tumeurs mélaniques et sur leur multiplication peuvent être citées parmi celles qui mettent en relief la difficulté.

Au fond, M. Colin lui-même, malgré ses critiques, se rapproche un peu de la théorie de M. Chauffard.

N'a-t-il pas vu des produits mixtes résulter de l'inoculation de produits mixtes : le pus reproduisant probablement le pus ; et le tubercule, le tubercule? N'a-t-il pas émis, au sujet de la morve, une théorie basée sur quelques expériences et d'après laquelle le produit qui dans la morve se rapproche par son apparence des granulations tuberculeuses, pourrait, une fois inoculé, provoquer les granulations; tandis que le sang reproduirait l'affection morveuse.

Evidemment, le savant rapporteur s'est trouvé à la fois placé sous l'influence de deux idées contraires qu'il s'est efforcé de concilier, en admettant dans le tubercule une spécificité ébauchée, incomplète. D'une part, il tendait à considérer chacun des produits : tubercule, pus, etc., comme se reproduisant isolément et par lui-même; et d'autre part, il tendait à voir dans le tubercule le résultat d'une irritation ordinaire, seulement plus faible et plus lente que celle qui forme le pus.

Je sais bien que la vérité est généralement entre les extrêmes, et je félicite M. Colin d'avoir savamment combiné, dans une moyenne, deux théories qui pouvaient sembler au premier abord inconciliables; mais je le trouve bien sévère pour les théories de M. Virchow, présentées par M. Chauffard.

Les expériences de M. Colin, très-bien conduites, ont éclairé d'un jour nouveau certaines parties de la question.

On ne peut plus maintenant mettre en doute l'influence des traumatismes et des plaies dans la production artificielle des tubercules chez le lapin.

On a appris qu'il faut inoculer une quantité assez notable de matière tuberculeuse pour obtenir une tuberculose artificielle; ce qui exclut absolument l'idée d'un virus proprement dit.

On a appris que l'irritation simple avait des effets très-différents selon les espèces animales; et que chez le bœuf, par exemple, lorsqu'elle durait longtemps, elle amenait d'ordinaire la production de tubercules au point irrité; tandis que pareille chose ne se voyait jamais chez le cheval.

On sait également que les tubercules, toujours semblables au microscope, diffèrent par leurs résultats et même par leur évolution en passant d'une espèce à l'autre : que chez le bœuf, ils aboutissent à la transformation crétacée, alors même qu'ils ont subi la dégénérescence caséeuse; que chez presque aucun animal ils ne sont suivis de ramollissements, de cavernes, de pneumonies.

Enfin on est bien près d'admettre, avec M. Clark, que les tubercules, provoqués artificiellement par inoculation sur le lapin, finissent par se résoudre et disparaître quand l'animal vit assez longtemps.

M. Colin l'a dit et répété avec raison ; le point essentiel de la question est actuellement celui-ci : « Peut-on réellement assimiler les granulations tuberculeuses produites par inoculation, à la tuberculose spontanée, la phthisie de l'espèce humaine? »

Anatomiquement, histologiquement, les granulations tuberculeuses n'ont rien en soi de caractéristique. On en a rencontré de semblables dans la syphilis, sinon dans la morve. M. Virchow les nomme lymphoïdes et les compare au tissu lymphatique. Le pus desséché leur ressemble, ajoute M. Colin; leurs éléments sont à peu de chose près ceux du pus, et leur origine est la même dans un même tissu formateur.

Seulement elles ont une évolution propre, et c'est par cette évolution que M. Colin les reconnaît dans toute la série animale.

On voit combien reste pressante l'objection qui, faisant comprendre la possibilité d'un ramollissement dans l'évolution anatomique des tubercules, et la pneumonie caséeuse dans leur

FEUILLETON

CHARLES OTTO WEBER

PROFESSEUR DE CHIRURGIE A HEIDELBERG.

Notice nécrologique.

Par M. le Dr TH. BILLROTH (1),
Professeur de chirurgie à Vienne.

Dans le premier travail, il combat Samuel, qui prétend que l'excitation des nerfs du grand sympathique détermine de l'inflammation dans les parties innervées par lui. Dans les expérimentations entreprises dans le but d'éclaircir ces questions, il découvrit que dans l'oreille du cabiais, paralysée par la section du nerf sympathique, le froid fait contracter les vaisseaux, et la chaleur les fait dilater encore davantage. Dans ses recherches sur le développement de la température dans les tissus enflammés, qu'il entreprit moyennant la thermo-électricité, il arriva à des résultats positifs; il trouva le développement du calorique local si peu considérable, qu'il fut conduit à admettre d'autres sources de chaleur que le foyer inflammatoire.

Ce travail fut l'occasion d'une grande série de recherches qui ne sont pas seulement importantes au point de vue de l'histologie et de la pratique, mais aussi pour la pathologie générale et pour la médecine en général. Une analyse de ce travail, qui a été publié dans la *Deutsche Klinik* pendant l'année 1864, dans une longue suite de numéros, nous conduirait trop loin; il est intitulé : *Experimentalle Hudien über Pyamie, septicæmie und Füber*. (Études expérimentales sur la pyhémie, la septicémie et la fièvre). La conclusion de ces recherches laborieuses est celle-ci : la fièvre est toujours le résultat d'une intoxication du sang, et cet état est en connexion plus intime avec la pyhémie et la septicémie qu'on ne l'a cru jusqu'ici.

Les travaux de Wirchow, aussi bien que les miens, sur l'inflammation, la pyhémie, la septicémie, la thrombose, l'embolie, etc., furent confirmés et beaucoup élargis par les recherches de Weber.

C'est moins le hasard qu'une analogie d'organisation et l'influence du courant scientifique du moment qui ont conduit Weber et moi vers les mêmes recherches dans des matériaux analogues, et qui ont amené, sauf quelques légères différences dans les détails, les mêmes résultats. Nos travaux ont toujours été indépendants les uns des autres; ce n'est que depuis trois ans, ainsi que cela a été dit, que nos rapports plus intimes ont établi entre nous les liens d'une sincère amitié. Ce n'est que par hasard que mes travaux sur la fièvre ont été publiés un peu avant les siens; les travaux de Weber, si analogues aux miens par le point de départ et leur direction, sont complétement indépendants des miens, et la date de ses expériences est antérieure aux miennes.

Ces travaux sont précédés de celui qui a été publié dans le tome V de l'*Archiv. f. Klin chir.* (p. 274-318), sous le titre : *Zur frage über dei Entstehung und heilung der Ichorrhaemie*. (Documents pour éclairer l'étiologie et la curabilité de l'ichorrhémie).

On voit que, dans ce travail, les idées que l'auteur a développées plus tard étaient encore un peu obscures dans son esprit. A cet égard, il y a là une analogie avec mon premier travail sur la fièvre, inséré dans le tome II des *Arch. für Klin. chirurgie*.

Son titre est : *Beobachtungs studien über Wund fieber und accidentelle Wund Kraukheiten*. (Études expérimentales sur la fièvre traumatique et les maladies traumatiques accidentelles, p. 325-508, 1862, 2e partie, t. VI, p. 372-495. 1865, 3e partie et fin, t. IX, p. 52-166, *N. du trad.*).

Après ces travaux, il ne pouvait être douteux pour personne que, de tous les chirurgiens d'Allemagne, Weber était le plus capable de traiter complétement et dignement le chapitre si difficile de la chirurgie générale. Lorsqu'en 1864, cédant aux pressantes sollicitations de l'entreprenant et hardi éditeur F. Enke, je me décidai à écrire un grand *Traité de chirurgie* avec Pitha; je m'assurai de suite de la collaboration de Weber, de R. Volkmann, pour la chirurgie générale; sans leur concours, je n'aurais pas entrepris cette tâche. J'ai admiré comme le public médical, dans la première partie de l'ouvrage (*les Maladies des tissus en général et leur influence sur l'organisme*, 1865). Ce traité vigoureux et complet, d'un style large et élevé, qui a été écrit dans l'espace de quelques mois, Weber n'a pu l'entreprendre que, puisqu'il y avait été longuement préparé, et que, pour l'achever, il ne lui restait plus à faire que quelques recherches bibliographiques. Quand on sait combien un travail semblable est fatigant pour tout le monde, pour celui surtout qui a à répondre aux doubles exigences de l'enseignement et de la pratique, comme cela a été le cas pour Weber à Bonn et à Heidelberg, on comprend à peine qu'il ait pu avoir été achevé dans l'espace de quelques mois.

Weber s'était chargé encore d'un chapitre de cet ouvrage : *Des maladies chirurgicales générales les plus importantes*.

Dans les derniers moments de sa vie brisée, hélas! si rapidement, il était occupé des travaux préparatoires pour ce sujet si difficile. Des recherches statistiques sur l'érysipèle, la pourriture d'hôpital, étaient déjà faites avec soin; ces matériaux sont réunis, mais non coordonnés. Il est à espérer que le docteur Heine, à Heidelberg, avec lequel Weber a eu de fréquents entretiens sur ce sujet, les utilisera pour un travail sérieux.

(*La suite au prochain numéro.*)

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

évolution clinique, ne reconnaît pas comme véritables tuberculoses, comme phthisies, celles qui sont toujours dépourvues de ces caractères.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. Hervieux.

Marche, durée et terminaisons de la péritonite puerpérale généralisée ou générale d'emblée (1).

L'évolution de la maladie diffère suivant que la péritonite puerpérale est généralisée ou générale d'emblée.

La péritonite généralisée se caractérise d'ordinaire par la manifestation de poussées, en nombre indéterminé, se produisant successivement jusqu'à envahissement total de la cavité alvo-pelvienne.

La première poussée s'annonce par un frisson, puis par des douleurs qui éclatent sur un point ou dans toute l'étendue de la zone hypogastrique. Les douleurs peuvent rester cantonnées assez longtemps dans la région primitivement envahie. Puis une seconde poussée a lieu avec ou sans frisson, mais, dans tous les cas accompagnée d'un redoublement fébrile, de nausées, de vomissements, d'une altération plus marquée des traits et surtout de douleurs aiguës s'irradiant soit vers les lombes, soit dans les flancs, soit vers l'ombilic.

Arrivée à ce point, la phlegmasie péritonéale peut s'amender encore ou demeurer stationnaire soit par les effets du traitement, soit par le bénéfice de la nature. Mais bientôt de nouvelles douleurs éclatent avec le même cortége d'accidents qui ont signalé l'explosion des premières douleurs. Supposons qu'à ce moment la séreuse péritonéale soit prise tout entière, et nous verrons alors la région épigastrique acquérir une sensibilité exquise, laquelle peut rendre intolérable le contact des topiques émollients et même des couvertures, des points de côté se produire, qui peuvent en imposer pour une pleurésie commençante, la zone hypogastrique devenir plus douloureuse que jamais, des coliques, des douleurs de reins se manifester en arrachant des cris ou des plaintes incessantes à la malade, le tout avec une aggravation des phénomènes généraux, fièvre, vomissements, diarrhée, agitation, délire, insomnie, etc.

La péritonite générale d'emblée, atteignant d'un seul bond, pour ainsi dire, le point où la péritonite généralisée n'arrive que par degrés, a une marche nécessairement plus rapide. C'est à la péritonite générale d'emblée qu'il faut rapporter les cas dits *foudroyants*.

Moins de 24 heures après l'apparition du frisson initial, les malades sont en proie aux douleurs les plus aiguës, lesquelles parcourent en tous sens l'enceinte abdominale. Aucune région de cette vaste cavité n'est épargnée. La région utérine, les fosses iliaques, les flancs, la région ombilicale, l'épigastre, les deux hypochondres, sont tour à tour ou simultanément le siége de douleurs spontanées affectant toutes les formes possibles : lancinante, déchirante, contusive, térébrante, imprimant à la physionomie le cachet de la souffrance, ruinant les forces et arrachant à la malade des plaintes lamentables. Tension et développement du ventre, sécheresse de la bouche, soif aride et continuelle, rougeur de la langue, nausées, vomissements, diarrhée, altération des traits, excavation des yeux, pulvérulence des narines, agitation, insomnie, tout cet appareil de symptômes, qui appartient à la péritonite confirmée, se manifeste avec ou aussitôt après les premières douleurs.

Il va de soi que cet ensemble effrayant de phénomènes morbides aboutit dans un délai très-court à l'issue funeste.

Cependant il n'en est pas toujours ainsi. Que la péritonite soit arrivée par poussées successives ou d'emblée à la généralisation, il peut se faire que les accidents s'apaisent d'une façon inespérée.

J'ai vu des malades chez lesquelles une péritonite, qui s'était annoncée pour ainsi dire avec fracas, s'évanouissait brusquement et ne laissait que des traces légères de son passage. Ces dénoûments, aussi heureux qu'inopinés, sont malheureusement exceptionnels.

Dans la grande majorité des cas, quand les accidents s'apaisent ainsi du jour au lendemain, ce n'est qu'un temps d'arrêt. Bientôt ils se reproduisent, sinon avec toute l'acuité du début, du moins avec une gravité croissante et qui ne laisse pas de doute sur la catastrophe finale. Quelquefois, et ceci s'observe surtout dans les épidémies de médiocre intensité, la péritonite généralisée, après avoir débuté avec des allures très-aiguës, se modère, ralentit sa marche et revêt une forme subaiguë. Dans ce cas, la mort peut encore survenir, mais elle est très-tardive, et chaque matin, à la visite, on est étonné de retrouver des malades que l'on avait cru la veille devoir succomber dans la journée. Cet état peut se prolonger ainsi, en conservant toute sa gravité, bien au delà des limites qu'on avait fixées tout d'abord à l'existence des malades. On dirait qu'il s'est établi de la part de l'organisme une sorte de tolérance pour l'affection péritonéale, non pas une tolérance absolue, puisque les forces déclinent tous les jours et que la progression vers la terminaison funeste continue à se faire. Mais il y a tolérance relative. Les malades, quoique pâles, amaigries, épuisées, résistent, et l'on se prendrait à espérer si l'état du ventre, la diarrhée, la faiblesse du pouls, un état général déplorable ne venaient pas détruire toute espèce d'illusion.

La forme subaiguë de la péritonite généralisée peut conduire encore au terme fatal, non plus par une pente régulièrement inclinée, mais par un chemin très-accidenté, en traversant de nombreuses péripéties, c'est-à-dire après beaucoup d'alternatives de mieux et de pis. Une amélioration s'était produite, les douleurs s'étaient apaisées, la fièvre était amoindrie, la diarrhée ou les vomissements avaient cessé, la physionomie avait repris une bonne expression, lorsque par suite d'une nouvelle intoxication, d'un écart de régime, d'une imprudence, etc., une recrudescence a lieu qui, en ramenant les accidents primitifs, remet de nouveau la vie en question. Au bout de quelques jours, nouvelle amélioration de l'état général et local, suivie d'une nouvelle exacerbation des accidents, et ainsi de suite pendant deux, trois, quatre et quelquefois cinq septenaires, jusqu'à ce que l'organisme vaincu succombe dans cette lutte contre un mal toujours renaissant.

La guérison, quand elle a lieu, peut résulter, avons-nous dit, de l'avortement plus ou moins brusque des phénomènes initiaux.

Un mode de guérison beaucoup moins rare est celui qui consiste, d'abord dans le passage de la maladie à l'état subaigu, puis consécutivement dans la circonscription de la péritonite. L'inflammation, après avoir occupé dans le principe la totalité de la séreuse, peut se resserrer dans des limites plus étroites, se confiner par exemple dans la zone hypogastrique ou même dans une des régions iliaques, et dès lors on peut observer ultérieurement toutes les terminaisons favorables que nous avons fait connaître dans notre travail sur les péritonites puerpérales partielles.

D'autres fois, il semble que la maladie se transforme. Ainsi j'ai vu maintefois des accouchées entrer dans mon service pour une péritonite généralisée ou générale d'emblée, et chez lesquelles les accidents abdominaux avaient complétement disparu pour faire place tantôt à une arthrite suppurée, tantôt à des abcès du sein, ici à un érysipèle, là à une pleurésie, ou bien encore à une congestion pulmonaire, à une pneumonie, etc. Je ne veux pas rechercher ici s'il y a eu dans ces cas métastase, ou bien élimination du principe toxique par une voie différente, ou bien encore si ces nouvelles maladies ne pourraient pas être considérées comme des phénomènes critiques. Nous aurions peu de chose à gagner à la discussion de ces questions doctrinales que chacun reste libre de trancher à sa guise.

Mais le fait que je signale n'en est pas moins remarquable et se constate vulgairement dans mon service. Toutes les fois, du reste, que nous voyons s'opérer ces transformations de la péritonite en une maladie qui se développe plus ou moins loin de son foyer primitif, nous en déduisons un pronostic favorable. La terminaison heureuse peut se faire plus ou moins attendre suivant la nature de la nouvelle affection en laquelle la phlegmasie péritonéale s'est métamorphosée ; mais elle fait rarement défaut. Et l'on ne saurait trop admirer le merveilleux artifice en vertu duquel la nature convertit en une maladie curable une maladie presque infailliblement incurable.

Il est vrai que dans certains cas la transformation peut se faire de nouveau en sens inverse, c'est-à-dire qu'après avoir occupé soit le sein, soit une jointure, soit le poumon, soit la plèvre, l'inflammation peut s'emparer une seconde fois de la séreuse péritonéale, mais ce sont là des cas exceptionnels. En général, quand le processus morbide s'est laissé distraire de son siége primitif pour se fixer sur l'un des organes que je viens de mentionner, il ne se déplace plus et la maladie s'éteint dans la nouvelle résidence qu'elle a choisie.

On conçoit, d'après ce que nous venons de dire des divers modes de terminaison de la péritonite puerpérale généralisée ou générale d'emblée, combien sa durée doit être variable.

La forme grave de la maladie, celle qui conduit par un progrès non interrompu à la mort, dure en moyenne de quatre à six jours. Quand règne une épidémie véhémente, la durée peut être de quarante-huit, trente-six et même vingt-quatre heures. Cependant, il est permis de supposer que, dans ces derniers cas, on a pu n'être pas parfaitement renseigné sur l'époque précise de l'apparition des premiers symptômes. Et puis, je me suis assuré que bien des cas qu'on faisait dater d'une époque ultérieure à l'accouchement, avaient commencé pendant le travail par des frissons, une accélération notable du pouls et des douleurs abdominales continues, indépendantes de celles que provoquaient les contractions utérines. Je serais donc porté à rabattre quelque chose de ce qu'avancent divers auteurs au sujet de certaines péritonites puerpérales ayant amené la mort en moins de vingt-quatre heures.

Lorsque les accidents prennent la forme subaiguë, la mort peut se faire attendre jusqu'au quinzième, dix-septième et même vingt et unième jour.

La guérison peut être très-rapide, avoir lieu par exemple au bout de quelques jours, quand la maladie avorte.

Mais elle est généralement beaucoup plus tardive.

Elle n'a guère lieu qu'au bout de quelques semaines, lorsque la péritonite, de généralisée qu'elle était, devient circonscrite. La maladie se transforme-t-elle en arthrite ou en abcès du sein, la durée peut être plus longue encore et dépasser plusieurs mois.

La terminaison favorable se faisant par une pneumonie, une pleurésie, une érysipèle n'exige pas plus de quelques septenaires.

En général, la convalescence est longue, pénible, accidentée par une foule de malaises, de souffrances et même d'infirmités résultant soit des adhérences vicieuses produites par l'inflammation péritonéale, soit des maladies terminales en lesquelles s'est transformée la maladie première. Citons comme exemples les coliques intestinales, les déplacements de l'utérus, les constipations rebelles, la stérilité, l'ankylose, etc.

(*La suite prochainement.*)

---

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux*, 1868, n° 29.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 16 juin 1868. — Présidence de M. Ricord.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la tuberculose. La parole est à M. Colin, rapporteur.

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE.

M. Colin. J'espérais pouvoir résumer la discussion; mais elle a pris de telles proportions, que je crois préférable de me borner à vous soumettre les résultats de mes dernières expériences, à examiner rapidement les principales objections qui m'ont été faites, en même temps que les points qui n'ont pas été traités ou sur lesquels on a élevé des doutes.

Le problème posé devant vous était, au début, un problème de médecine expérimentale, simple dans ses termes, mais compliqué dans sa solution. Le livre postérieur de M. Villemin, puis la discussion, sont venus y mêler beaucoup de questions étrangères dont il est bon de le dégager.

De quoi s'agissait-il dans le principe et de quoi s'agit-il encore? De savoir si le tubercule se transmet par inoculation, et subsidiairement si, d'après cette transmission, on peut considérer la tuberculose comme une maladie spécifique, virulente, contagieuse, en d'autres termes, tout se réduisait à savoir 1° si le tubercule est inoculable; 2° dans l'affirmative, quelle signification doit être attachée à cette inoculabilité.

Sur le premier point, on a été loin d'être d'accord. Pourquoi ces dissidences sur la réalité d'un fait qui ressort de l'expérimentation et de la micrographie? Il faut demander aux incrédules, aux sceptiques, la raison de leur négation et de leur doute.

Que disent les savants collègues qui refusent d'accepter les faits articulés à cette tribune par M. Villemin, M. Lebert, M. Hérard et par moi? « Nous ne pouvons les admettre, ils ne sont pas conformes aux enseignements cliniques, ils vont à l'encontre des idées reçues, l'enquête est ouverte, nous verrons plus tard. » Ce sont des fins de non recevoir. A des affirmations expérimentales il faut des négations expérimentales. D'où viennent vos doutes? Nos expériences ne vous paraîtraient-elles pas assez nombreuses, faites sur des types bien choisis, suffisamment variés? seraient-elles mal conçues, mal conduites, mal exécutées? Nous serions-nous fait illusion sur la nature, sur le sens, sur la portée des résultats?

Quant au nombre, il serait à désirer qu'il fût plus grand; mais pour ma part, j'ai fait vingt-deux expériences antérieures à mon rapport, puis vingt-quatre récentes. MM. Villemin, Lebert, Hérard, etc., en ont fait beaucoup.

Je regrette aussi qu'elles n'aient pas porté sur des types plus variés, plus rapprochés de l'homme; je n'ai pas eu à ma disposition jusqu'ici des bœufs et des chevaux; mais j'ai opéré sur le lapin, le cochon d'Inde, le chien, l'agneau, le bélier.

Croyez-vous que nous ayons mal opéré? Mais nous avons eu soin de choisir nos animaux, de prendre des termes de comparaison de même âge et dans de bonnes conditions hygiéniques; nous avons inoculé le tubercule sous toutes ses formes; nous l'avons déposé dans le tissu cellulaire, en ayant soin de ne pas le faire pénétrer violemment par injection veineuse ou lymphatique; nous nous sommes efforcés de le voir entrer dans les vaisseaux, de suivre sa marche dans les lymphatiques, de compter ses temps d'arrêt dans les ganglions, de le saisir à son arrivée au poumon, de constater l'état initial des tubercules produits, leur accroissement, leurs transformations.

Prétendez-vous que par nos inoculations nous ayons provoqué des embolies capillaires, et non des tubercules?

Mais d'une part la granulation tuberculeuse, à son début, n'a rien qui ressemble à l'embolie; elle paraît naître dans le tissu cellulaire, en dehors des vaisseaux qu'elle étouffe; et d'autre part les embolies sont dues à des masses considérables relativement aux noyaux ou aux petites cellules des tubercules; masses poussées du cœur ou des grands vaisseaux dans les petits, où elles s'arrêtent. Expérimentalement on les produit par injection dans les vaisseaux et non par inoculation. D'ailleurs les tubercules trouvés par nous seraient-ils formés par le mécanisme des embolies; ils n'en auraient pas moins la forme, la nature, la gravité inhérentes à ce produit pathologique.

Répétera-t-on que nos expériences ont pu porter sur des animaux tuberculeux? La coïncidence est invraisemblable pour un si grand nombre : pour des séries de 10, 20, 30 pris au hasard et placés dans de bonnes conditions hygiéniques. Les lapins sont très-rarement tuberculeux; 1 à 2 p. 100, tout au plus, présentent des traces de tubercules; je n'en ai jamais rencontré un qui fût phthisique. Le cochon d'Inde et le chien sont aussi rarement tuberculeux. Il faudrait d'ailleurs que la coïncidence fût double, portant à la fois sur les animaux et sur le moment de l'expérience; que les animaux fussent tous phthisiques, ou le devinssent dans les délais voulus.

Je n'examine pas les objections qui se basent sur les lois et les principes de la science. Les lois de la nature sont trop mal connues. Hippocrate, Boerrhave, Bichat, etc., ont été de grandes autorités, et ne doivent plus être invoqués comme telles. La certitude n'est pas dans les doctrines; mais dans les faits.

J'arrive à un point des plus graves, que la discussion a mis de côté, bien qu'il dût y prendre la première place : celui de savoir si nous, tant que nous sommes, nous ne nous faisons pas illusion sur la nature de ce que nous produisons. Le fait de l'inoculation et de ses suites étant reconnu comme incontestable, il s'agit de savoir si les produits tuberculeux qui se développent avec une constance effrayante à la suite d'inoculations tuberculeuses, ont bien la nature des tubercules développés dans les conditions pathologiques ordinaires. Il s'agit, en outre, de savoir si le tubercule est quelque chose de spécial, de différent des productions qui lui ressemblent. Là est le nœud de la question, personne ne l'a abordé, et il faut s'y arrêter avec la plus sérieuse attention.

Je ne referai pas ici l'histoire du tubercule, ni son anatomie micrographique; je veux seulement établir d'une part qu'on ne s'est jamais entendu sur les caractères, sur la nature de ce produit, et d'autre part, qu'aujourd'hui encore, les micrographes n'ont pas réussi à le définir, à le caractériser nettement.

Les meilleurs observateurs anciens, Bayle, Laennec, etc., reconnaissaient deux sortes de tubercules : la granulation et l'infiltration tuberculeuses; ils avaient vu des produits, d'abord fermes, se ramollir et se transformer en une matière caséeuse. Ils avaient vu les vrais tubercules; mais ils confondaient avec eux plusieurs produits très-différents.

L'école micrographique a contesté les caractères assignés par eux aux tubercules.

M. Lebert a décrit comme caractéristique du tubercule, des corpuscules de 5 à 7 millièmes de millimètres, qui seraient homogènes et ne contiendraient ni des cellules, ni des noyaux. Ces corpuscules ne sont, dit-on, en réalité, que des globules purulents altérés.

M. Reinhard, ensuite, a dit que le tubercule était un produit de l'inflammation; qu'il se compose de cellules purulentes déformées, rapetissées, de cellules épithéliales groupées en masses arrondies ou infiltrées dans le tissu interstitiel. Il a pris, dit on, pour tubercules, les produits de la pneumonie caséeuse.

Enfin, Virchow soutient qu'on a confondu avec les éléments des tubercules une foule de produits éventuels qui s'y trouvent associés. Pour lui, le tubercule dérive d'un tissu conjonctif et non d'un blastème, est constitué par de petites cellules et de petits noyaux très-serrés, étouffant les vaisseaux. Ce qui le caractérise, c'est sa richesse en noyaux homogènes et luisants. A son début, il se présente sous la forme d'une granulation très-petite, dont la zone extérieure montre les cellules du tissu conjonctif à peine modifiées; la zone moyenne, des cellules nombreuses, pressées, les noyaux très-fractionnés; et la partie centrale des granules indiquant la dégénérescence graisseuse, ou, si l'on veut, la transformation caséeuse. Le tubercule ne dériverait pas d'un exsudat, ou d'un blastème, des vaisseaux ou des lymphatiques; mais il serait le résultat d'une prolifération des éléments du tissu conjonctif. Il faut le voir dès son début pour le distinguer, même au microscope, des dépôts inflammatoires ou autres, car il subit plus tard, comme eux, la dégénérescence graisseuse. Même à cette phase initiale, il n'a rien de caractéristique, anatomiquement parlant. Ces éléments « *lymphoïdes* » ressemblent non-seulement à ceux du pus, mais encore à ceux des ganglions et des liquides charriés par les vaisseaux blancs. On ne peut donc reconnaître le tubercule que par l'ensemble de ses caractères, par son mode d'évolution et les changements dont il est susceptible.

Je m'étais d'abord peu préoccupé de cette difficulté; les descriptions si nettes de Virchow et leur concordance parfaite avec ce que me montrait l'inspection microscopique des jeunes tubercules des animaux, tout cela me tranquillisait. Les tubercules que j'obtenais par inoculations ressemblaient parfaitement à ceux que décrivait Virchow; leur évolution était la même : c'étaient donc bien de vrais tubercules. Mais les doutes sont venus m'assaillir.

J'avais été, depuis longtemps, frappé de l'aspect de la matière blanche, ferme, non puriforme, pas tout à fait caséeuse, formée sous la peau du lapin, à l'endroit des inoculations; matière que M. Villemin regarde comme un véritable tubercule. Je l'examinai avec soin. Sans avoir l'aspect du tubercule, elle renfermait des éléments tuberculeux répandus au milieu du tissu conjonctif et associés à une grande quantité de globules de pus non modifié. Ici, il y avait un produit mixte, probablement un reste du tubercule inoculé, puis les éléments nouveaux nés par suite de l'irritation du tissu cellulaire.

Pour avoir ces derniers tout à fait isolés, je voulus les prendre sur des points où une poudre minérale avait été déposée; mais je leur trouvai là le même aspect, les mêmes caractères que dans le cas d'inoculation tuberculeuse. Je passai un séton au cou; mais il ne donna rien et s'entoura d'une gaîne presque transparente.

Sur ces entrefaites, une lapine méchante maltraita deux de ses petits, et déchira la peau sur une grande étendue à la région cervicale de l'un, et vers les reins de l'autre. Ces petits, âgés d'environ deux mois, mis à part et bien soignés, moururent, l'un au bout de huit jours, et l'autre au bout de la troisième semaine. Les plaies n'avaient pas suppuré, mais le dernier présentait sous la peau, sur les points dénudés, deux dépôts blanchâtres, un peu caséiformes, absolument semblables à ceux qui se forment aux points où on a inoculé de la matière tuberculeuse. Leurs caractères microscopiques étaient identiquement semblables : petites cellules, noyaux libres, granulations intermédiaires, rien n'y manquait. Enfin, sur ce jeune lapin, le poumon était parsemé de granulations blanches, les unes fermes et les autres d'aspect caséeux, présentant des éléments tuberculeux et purulents.

Je rapprochai de ce fait ceux où j'avais à la fois inoculé de la matière tuberculeuse et du pus et avais obtenu des dépôts mixtes; dès lors je ne voulus admettre comme certainement tuberculeuses que les granulations types, non opaques ni caséeuses.

Il s'agit en effet d'une délimitation très-délicate. Le tubercule et le pus ont une même origine cellulaire, un même mode d'évolution. Leurs éléments constitutifs, cellules, noyaux, fines granulations, se ressemblent. Les petites cellules, les petits noyaux donnés comme propres au tubercule se trouvent dans l'un et dans l'autre. Le pus épaissi et le tubercule ont le même aspect, si bien que Reinhard et d'autres les ont confondus. Ils éprouvent également la dégénérescence graisseuse et provoquent autour d'eux des réactions à peu près semblables. Dès lors on conçoit que le pus puisse donner du tubercule, comme on paraît l'avoir constaté dans quelques expériences. Ce serait ainsi que se produisent aussi les phthysies, suites d'affections éruptives, etc.

Je passe au second point de mon argumentation. Suivant quel mode, quel mécanisme la tuberculose se développe-t-elle à la suite de l'inoculation?

Voici ce qui se passe en pareil cas. Une matière composée d'éléments vivants, de cellules, jouissant d'une activité propre et non encore éteinte, est mécaniquement introduite dans le tissu cellulaire dilacéré. Ces cellules continuent à vivre là comme elles vivraient au sein de la masse tuberculeuse qui les a fournies; il se passe en elles des phénomènes endosmotiques dont les matériaux leur sont fournis par le plasma qui les baigne, on les retrouve sans altération essentielle au bout de quelques jours. D'autre part, le tissu conjonctif dilacéré, irrité par cette dilacération, par l'éruption d'une matière nouvelle et l'effusion sanguine, devient le siége d'une hyperplasie; ses éléments prolifèrent et s'ajoutent aux cellules venues du dehors. On a donc au début trois choses : 1° matière étrangère; 2° exsudat des vaisseaux lésés; 3° résultat de la prolifération du tissu conjonctif.

Puis le dépôt se transforme; il jaunit à la périphérie, devient grisâtre, puis blanc jaunâtre, assez consistant. Les liquides en ont disparu en grande partie. Les éléments de la pyogénie y prédominent. Enfin arrive la période de résorption, d'exportation. Le dépôt attaqué, miné, est introduit dans la circulation qui le distribue dans l'organisme. Les vaisseaux afférents, les lymphatiques qui emportent le produit morbide se dilatent, s'épaississent, s'irritent; ils le versent dans les ganglions, où il stagne et détermine une hypergenèse de globules; ces petits organes se tuméfient et perdent une partie de leur perméabilité; ce qu'ils ne retiennent pas arrive par le cœur au poumon et s'y arrête; enfin, ce qui parvient à traverser le système capillaire de cet organe se dissémine avec le sang dans tout le reste de l'économie. La matière première est un peu accrue dans les ganglions, mais ne se forme pas en route, comme paraît l'admettre M. Chauffard. Expliquer par une fécondation ce qui se passe alors, c'est donner une interprétation inintelligible d'un phénomène presque clair.

La matière déposée dans le poumon l'irrite et y provoque également une production d'éléments lymphoïdes, de cellules tuberculeuses ou pyohémiques.

C'est par un mécanisme analogue que se forment les métastases purulentes, que se généralise la syphilis; et suivant Niemeyer et bien d'autres, la phthisie humaine se produirait souvent ainsi, secondairement, par métastase.

Mais quel rapport ceci a-t-il avec la phthisie spontanée? Un très-grand. Comme le tubercule, quand il est secondaire, est formé d'éléments divers qui sont simplement juxtaposés, accolés, sans filiation nécessaire, quelques-uns peuvent faire défaut sans que les résultats obtenus soient changés.

La simple irritation du tissu pulmonaire peut provoquer assez d'éléments nouveaux pour constituer des tubercules. Reinhardt considérait le tubercule comme un produit d'irritation. Pour M. Virchow, l'irritation du poumon est double :

1° L'irritation propre aux cellules, aux éléments normaux du tissu conjonctif; elle fournit les éléments primordiaux de la granulation;

2° L'inflammation de l'ensemble du tissu pulmonaire.

Pour moi, je suis arrivé à voir dans le tubercule ordinaire un résultat de l'irritation.

Chez les animaux inoculés, je fus d'abord frappé de l'aspect pointillé que présente le poumon quelques jours avant l'éruption tuberculeuse. Des taches rouges étaient disséminées irrégulièrement sous les plèvres; il existait de petits îlots de pneumonies. Chez des chevaux morveux, entre les foyers purulents ou tuberculiformes, je retrouvai des îlots semblables.

Il me parut dès lors 1° que l'hyperhémie de petits lobules disséminés constitue le phénomène initial; 2° que dans ces îlots, le simple exsudat demeurait pendant quelque temps le seul résultat apparent de l'irritation; 3° que plus tard seulement se formaient à leur centre les noyaux tuberculeux, caséeux ou puriformes.

Souvent dans un poumon de brebis, sain en apparence, on voit de petites élevures arrondies, lisses; ce sont des nids, des repaires de strongles microscopiques à l'état embryonnaire. Autour d'eux et au milieu d'eux est une matière grise finement granulée, composée de petites cellules : c'est de la matière tuberculeuse née sous l'influence de l'irritation. La même chose s'observe dans les ganglions mésentériques de ces animaux sous l'influence d'autres parasites.

Mais c'est à la surface des séreuses que l'influence de l'irritation est la plus évidente. Les plèvres des bêtes bovines, au lieu de produire par l'irritation, comme chez le cheval, des fausses membranes d'une résorption facile, donnent du tubercule, sans que rien dans le principe le fasse présager. L'irritation surgit par place, par petites îles, où une simple vascularisation se montre d'abord, puis les vaisseaux deviennent énormes, variqueux, serrés; le tissu épaissit; plus tard, il y a des houpes rouges, très-vasculaires, saillantes; enfin des points blanc-grisâtres, opaques, apparaissent de distance en distance : ce sont ces tubercules qui finissent par se multiplier, s'accoler et former des plaques, des disques, des plastrons souvent énormes, des grappes comme en chou-fleurs. Alors commencent les dégénérescences caséeuses et la transformation. Les autres séreuses sont sujettes aux mêmes lésions chez les ruminants; et une arthrite y devient aisément tuberculeuse. J'en montre un exemple.

Les muqueuses elles-mêmes peuvent être affectées. Chez la vache, il existe une entérite tuberculeuse, où les tubercules nés dans les glandes de Peyer donnent naissance à de nombreuses ulcérations.

Enfin, dans les ganglions lymphatiques, certaines tuberculisations primitives doivent être dues à la même cause.

Ces tubercules sont partout de même nature et ont la même évolution, bien que, suivant le degré de susceptibilité des tissus, suivant l'espèce animale, ils présentent des caractères particuliers. Ainsi le tubercule des ruminants devient directement crétacé, même après avoir passé par l'état caséeux; il ne provoque presque jamais de cavernes. L'animal meurt avec le poumon aux trois quarts pétrifié. Il y a aussi des caractères particuliers pour la tuberculose du lapin. Mais les nuances, qui existent clairement dans l'évolution du produit, sont peu distinctes dans les granulations, prises isolément en elles-mêmes.

Étant admise la tuberculisation par irritation, elle ne doit pas différer beaucoup de la tuberculisation par inoculation, sauf que la diathèse, l'influence générale, font mille fois plus de mal que l'introduction d'éléments étrangers; les tubercules qui viennent pour causes diathésiques tendent sans cesse à s'accroître et à pulluler, tandis que le tubercule qui vient du dehors tend au contraire à diminuer, à disparaître, à ce qu'il m'a semblé, sur quelques lapins.

Ce qui tend à prouver que l'irritation ne peut guère par elle-même, sans la diathèse dont elle paraît un instrument; c'est ce qui s'observe chez certains animaux où la diathèse d'espèce n'existe pas.

L'irritation, chez le cheval, ne peut faire surgir de tubercules; je n'ai pas vu un seul cas de phthisie chez le cheval, et cependant, chez cet animal, les séreuses sont souvent malades et l'irritation n'y manque pas.

J'arrive au troisième point, celui d'examiner si le tubercule est ou n'est pas le produit spécifique d'une maladie, oui ou non, spécifique, inoculable, contagieuse.

Qu'est-ce, d'abord, qu'un produit spécifique? C'est l'agent qu'engendre une maladie spécifique, et par lequel elle se transmet; c'est le virus qui reproduit la maladie dont il émane. Or le tubercule reproduit du tubercule et l'action même qui le fait paraître et le multiplie. Il semble donc être spécifique.

On objecte 1° que des matières non tuberculeuses agissent comme le tubercule;

2° Que le tubercule reproduit le tubercule, non la tuberculose.

Plusieurs observateurs ont injecté du pus et obtenu des tubercules. Moi-même j'ai observé une fois le même fait. Seulement je remarque 1° que, de l'aveu même de tous, le tubercule agit plus constamment et plus énergiquement que le pus; 2° qu'il a une action d'autant plus efficace qu'il est plus récent et inoculé à un animal de même espèce que celui qui l'a fourni; 3° que les dépôts pulmonaires nés à la suite de l'inoculation du pus n'ont pas l'aspect franchement tuberculeux de ceux qui proviennent du tubercule.

En fait de détritus organiques, j'ai inoculé deux fois un produit caséeux né dans le voile du palais et un caillot provenant d'une phlébite et encore peu altéré, quoique contenant des bactéries. Les animaux moururent d'infection purulente. un le sixième, un le treizième jour.

Pour ce qui est du charbon, inoculé, il s'est enkysté et n'a rien produit dans le poumon. Injecté dans les veines, il s'est disséminé dans le poumon en y produisant un pointillé noir; mais ce que M. Guérin n'a pas dit, il n'a pas amené de tubercules.

M. GUÉRIN. Si je n'en ai pas parlé, c'est parce que vous-même avez dit que l'animal avait été tué trop tôt. D'ailleurs, chez le lapin, il existait une tumeur pisiforme suspecte, dont la nature n'a pu être déterminée.

M. COLIN. L'important, c'est qu'il ne s'est pas produit de tubercule, ni dans le poumon, ni dans les ganglions.

Le mercure, qui s'altère dans les veines, étant injecté dans la jugulaire, a produit des apparences de tubercules miliaires. Ce sont des poches à parois épaisses qui contiennent chacune un globule de métal; mais il n'y a pas là de tubercules. Tout s'est produit là par le mécanisme de l'embolie. Chez les tailleurs de pierres, les remouleurs, etc., d'après M. Tardieu, il se forme aussi, non pas des tubercules, mais des îlots de pneumonie.

Le cancer du cheval et la graisse, injectés chacun une fois, n'ont rien donné chez le lapin.

On a nié la spécificité du tubercule parce que, produisant la tuberculisation, il ne produirait pas la diathèse tuberculeuse. Pour moi, je ne prends pas le mot spécificité dans un sens absolu. La spécificité a des degrés; et je crois que dans une certaine limite le tubercule est spécifique. C'est lui qui entre, qui se fractionne dans l'organisme; c'est si bien lui, que l'inoculation produit des effets proportionnés à la quantité du tubercule inoculé. En très-petite proportion, il ne détermine presque pas d'effet sensible; et s'il sature si complétement le poumon du lapin, c'est à cause du petit volume de cet organe.

Quant au virus que M. Villemin veut ajouter à la matière essentielle du tubercule, on peut y croire à deux conditions : 1° si le liquide exprimé du tubercule et dépouillé d'éléments figurés agissait comme le tubercule en totalité; 2° et si le sang inoculé déterminait les effets constatés à la suite de l'inoculation. Aucune de ces conditions n'est établie; la séparation du plasma tuberculeux paraît impossible, et le sang ne m'a rien donné dans deux expériences. S'il donnait quelque chose, resterait à déterminer que la matière tuberculeuse n'est pas charriée avec le sang, comme lorsqu'elle va se déposer dans la rate, le foie, etc.

Maintenant, et indépendamment de la spécificité ou non spécificité du tubercule et de son action, peut-on considérer la tuberculose comme une affection spécifique? Je réponds affirmativement. Une affection se caractérise par l'ensemble de sa physionomie, par l'évolution de ses produits, par leur nature, par les efforts qu'ils entraînent. La tuberculose me paraît aussi spécifique qu'une fièvre éruptive. D'ailleurs, je le répète, la spécificité a ses degrés; elle naît, elle meurt. La spécificité de la tuberculose, peu manifeste quand il n'existe que quelques produits isolés, est indéniable quand cette maladie devient phthisie pulmonaire, méningite tuberculeuse, etc. De plus, je ne vois pas sur les animaux d'états morbides analogues à la tuberculose, et qui puisse partager avec elle ce caractère spécifique. Rien ne justifie péremptoirement à mes yeux l'idée que Dupuy et M. Villemin ont eue d'y assimiler les affections morvo-farcineuse des solipèdes.

Ces deux affections, tuberculose et morve, sont réellement très-distinctes. Elles n'ont ni la même physionomie, ni les mêmes symptômes, ni les mêmes lésions. Au début de la morve : engorgement des membres, infiltration du cordon testiculaire, lésions ganglionnaires manquant dans la phthisie des autres animaux comme dans celle de l'homme. Le jétage morveux vient du nez et non du poumon; l'ulcération particulière de la pituitaire, le gonflement de la muqueuse des sinus et son abondante pyogénie sont propres à la morve; enfin, les dépôts pulmonaires ne rappellent vraiment pas l'aspect des vrais tubercules et ne se comportent pas comme eux. Ils se forment dans des îlots de pneumonie, d'abord rougeâtres, puis infiltrés d'un exsudat jaune. Une fois distincts, ils ressemblent bien plus à de petits abcès qu'à des tubercules. M. Boulay les déclare tels au début et ne leur trouve que sur la fin l'aspect de tubercule; de sorte que leurs changements seraient inverses de ceux des produits de la phthisie.

Les produits pulmonaires occupent très-peu de place; tout ce qu'en peut contenir le poumon d'un cheval tiendrait dans la coque d'un œuf. A supposer, du reste, que ce soient de véritables tuberculose, la morve et la tuberculose n'en seraient pas moins séparées par leurs caractères cliniques. La morve ne donne jamais lieu à des dépôts dans les séreuses : elle n'est aucunement contagieuse, inoculée d'espèce en espèce, elle reproduit toujours la morve, et rien autre chose; elle se développe indépendamment de toute prédisposition, quel que soient l'âge, le tempérament, la constitution. C'est un type de spécificité, une maladie composée de plusieurs éléments dont les plus importants ne paraissent pas être ceux qu'on voit, et que peut-être l'expérimentateur parviendrait à séparer.

J'ai inoculé à des lapins, et isolément, tous les produits de la morve.

1° Un premier, à qui j'ai inoculé deux ou trois gouttes de sang chaud pris sur un cheval que l'on venait de tuer, est mort le neuvième jour avec infiltration sous le ventre, une énorme tuméfaction de la face et du nez, des ganglions sous-glossaux, et quelques ecchymoses sur les poumons. Il n'y avait de dépôt nulle part.

2° Un autre, inoculé du même sang, a résisté en maigrissant un peu.

3° Un autre, qui reçut sous la peau un fragment de ganglion bronchique infiltré d'une lymphe épaisse, mourut le quatrième jour, avec un petit dépôt caséeux à l'endroit de l'inoculation. Nulle infiltration; poumon piqueté de rouge et présentant une teinte jaune insolite; rate énorme et très-friable.

4° La matière prise sur la cloison nasale ulcérée ne produisit rien sur un autre, qui fut tué au bout de deux mois sans présenter la moindre lésion.

5° Un autre fut inoculé avec un dépôt tuberculeux d'un cheval morveux abattu depuis quarante-huit heures. La mort survint le quatrième jour. Infiltration sur le thorax et l'abdomen, exsudat grisâtre sur la plaie qui était béante; rate friable; cœur plein de caillots; poumons piquetés à la surface et envahis par une infiltration jaune dans une grande partie de son étendue.

6° Enfin un sixième tué hier matin, sept semaines après une inoculation de matière tuberculeuse prise dans le poumon d'un cheval à morve aiguë, a présenté les lésions suivantes. Sur le poumon droit on voyait quatre granulations, trois grosses comme des têtes d'épingles, une comme un grain de chenevis; elles étaient saillantes, fermes, demi-transparentes comme les granulations tuberculeuses les mieux caractérisées, et étaient identiques à l'examen microscopique. Les autres viscères étaient sains, sauf le foie qui présentait des stries blanches, communes chez cet animal. Les ganglions étaient normaux, tout avait disparu au niveau de la plaie.

Ces expériences semblent indiquer que les produits de la morve agissent, d'un côté, rapidement par un principe toxique, et de l'autre, très-faiblement par quelque chose de tuberculeux. Si un rapprochement est admissible pour ce dernier côté, entre la morve et la tuberculose, une assimilation serait inacceptable, bien plus encore aux yeux des cliniciens qu'à ceux de l'expérimentateur.

Du reste, M. Villemin a considérablement exagéré la spécificité de la tuberculose, et par suite sa contagiosité.

Je me résume et je conclus :

1° Il est certain que les résultats matériels constatés à la suite de l'inoculation des tubercules sont exacts.

2° Il est extrêmement probable que les dépôts pulmonaires, hépatiques, intestinaux et autres viennent d'une double source : du tubercule déposé sous la peau et du travail pyogénique accomplis autour de la plaie, de sorte que, dans beaucoup de cas d'inoculation, il y a une résorption purulente ajoutée à une résorption tuberculeuse.

3° L'étendue, la gravité des accidents consécutifs à l'inoculation sont proportionnés à la quantité des tubercules insérés et à l'intensité de la réaction qui se manifeste à l'endroit de la solution de continuité. Les expériences sur les petits animaux tendent à en exagérer l'importance.

4° C'est la matière tuberculeuse elle-même et non un prétendu virus qui paraît être résorbée principalement par les vaisseaux lymphatiques, puis transportée avec lenteur et finalement déposée dans les poumons et quelques autres organes.

5° Les dépôts pulmonaires qui résultent de l'inoculation sont franchement tuberculeux et ne laissent aucun doute sur leur nature quand ils sont vus à l'état de granulations fermes, luisantes, demi-transparentes. On n'a plus de certitude sur cette nature lorsqu'on les trouve opaques, jaunes ou blanchâtres, par le fait de la dégénérescence ou d'une résorption purulente.

6° Les corps étrangers insolubles et très-divisés, portés par l'injection veineuse dans les poumons, n'agissent pas à la manière du tubercule, en déterminant des embolies sans irritation manifeste à la périphérie, où ils s'enkystent au centre de petits îlots de pneumonie.

La séance est levée à cinq heures un quart.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Dans sa dernière séance, la Commission générale a déclaré vacante la bourse fondée au lycée Saint-Louis par l'Association, avec le produit de la donation de M. le docteur Moulin, « *en faveur et au seul profit* (art. 2 de l'acte de donation) *du fils d'un docteur en médecine ou en chirurgie, Français, reçu dans une Faculté de France, pauvre et malheureux, membre ou non de l'Association, vivant ou décédé, que ladite Association choisira et désignera.* »

Les demandes et les pièces à l'appui devront être adressées avant le 1er août prochain à M. le docteur Orfila, secrétaire général, rue Casimir-Delavigne, n° 2, à Paris.

L'enfant choisi par l'Association profitera de la bourse à partir du mois d'octobre 1868, jusqu'à la fin de ses études.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 13 juin 1868, ont été nommés dans le corps des officiers de santé. Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Jubiot et Marturé, médecins principaux de 2e classe; — Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Petitgrand, Astié et Paulx, médecins-majors de 1re classe.

— Le Ministre de l'Instruction publique, qui s'occupe, dans ce moment, des améliorations à introduire dans le régime de nos établissements d'instruction supérieure, fait recueillir des renseignements sur les progrès récemment accomplis dans les universités allemandes. Il a chargé M. Wurtz, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine, d'une mission spéciale, concernant l'organisation des hautes études pratiques dans ces universités.

— Une place de membre de la Société de médecine de Paris est actuellement vacante. MM. les candidats sont priés de s'adresser à M. le docteur Blachez, secrétaire général, rue Bonaparte, n° 21, de midi à une heure.

Ordre du jour de la séance du 19 juin. — Communication de M. le docteur Martin sur une épidémie de variole.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Par erreur typographique, notre numéro de jeudi, 18 juin, porte la mention Mardi 18 juin. Nos lecteurs sont priés d'en prendre note.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Eléphantiasis du cuir chevelu.

Quand on se sert du mot *éléphantiasis*, il faut bien préciser ce dont on parle.

En effet, on a confondu sous ce nom, pendant longtemps, deux maladies essentiellement différentes, dont l'une est simplement locale, l'autre générale, la première, relativement bénigne et pouvant rester stationnaire pendant un temps illimité, la seconde, fatalement mortelle et poursuivant une évolution qui ne s'arrête pas d'ordinaire : l'éléphantiasis des Arabes ou spargosis, etc., et l'éléphantiasis des Grecs ou lèpre vraie.

Il ne faudrait pas remonter bien haut pour trouver un ouvrage classique où elles sont décrites ensemble, dans un même chapitre, comme simples variétés d'une même affection.

Suivant M. Erasmus Wilson, une cause étymologique expliquerait cette confusion. Les Grecs avaient comparé la lèpre à l'éléphant, parce que c'était pour eux la *plus grosse* maladie, comme l'éléphant était le *plus gros* animal; je ne fais ici que citer M. Wilson. Plus tard, les médecins arabes avaient nommé *jambe d'éléphant* une affection qui rendait énorme la jambe humaine; et des traducteurs ignorants ont encore vu là un éléphantiasis.

Quoi qu'il en soit, la confusion existe, et on n'est pas parfaitement d'accord sur la manière dont il faut en sortir. Tandis que M. Erasmus Wilson, en Angleterre, nomme éléphantiasis la lèpre vraie, et propose le mot *spargosis* pour l'éléphantiasis des Arabes, en Allemagne, M. Virchow et la plupart de ses compatriotes donnent, au contraire, le nom de lèpre à l'éléphantiasis des Grecs, et conservent le terme éléphantiasis pour le spargosis de Wilson, l'éléphantiasis des Arabes.

Cette dernière nomenclature nous semble devoir l'emporter, et nous n'aurons pas en vue la lèpre en parlant d'éléphantiasis.

Pour M. Virchow, l'éléphantiasis est la forme la plus diffuse du fibrome. Comme tout fibrome, elle est constituée essentiellement par une hyperplasie du tissu connectif. Les masses nouvelles de tissu connectif, qui se produisent dans le derme ou le tissu sous-cutané, donnent à la peau une épaisseur encore accrue par une infiltration de sérosité ou de lymphe. Dans certains cas, les lymphatiques prennent un développement considérable, et il peut se faire des lymphorrhagies; ceci se rencontre surtout dans la forme molle. La forme dure offre à la coupe un tissu lardacé, imbibé d'une sérosité limpide, expressible, très-riche en cellules rondes.

Cette affection, commune aux membres inférieurs auxquels elle donne l'aspect de jambes d'éléphants, encore assez commune au scrotum, à la vulve, au penis, aux mamelles, etc., est au contraire fort rare sur le cuir chevelu.

Aussi, en ayant vu un cas de cette dernière espèce pendant notre séjour à Strasbourg, dans la clientèle particulière de M. le professeur agrégé Bœckel, nous avons prié ce jeune chirurgien fort distingué de nous envoyer sur ce sujet quelques détails que nous sommes heureux de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

« Voici quelques détails sur le cas d'éléphantiasis du cuir chevelu, auquel vous vous intéressez.

« Mademoiselle G..., blonde, lymphatique, du reste bien constituée et bien portante, a 16 ans. A 9 ans, elle reçut un coup sur le sommet de la tête; quelques mois plus tard, on s'aperçut d'une légère induration à ce niveau, qui augmenta très-insensiblement, *sans* poussées inflammatoires ou érysipélateuses, remarquées par la malade.

« Il y a un an, je la vis pour la première fois; la tumeur pouvait avoir le diamètre d'une pièce de 5 francs en argent et 1 centimètre de relief. A travers les cheveux épais de la jeune fille, elle me faisait l'effet d'un kyste sébacé incomplétement rempli.

« En avril 1868, la tumeur a beaucoup augmenté de volume, graduellement, sans douleur. Une grosse mèche de cheveux implantée sur son centre est d'un blond plus fauve, plus clair, qui tranche sur le reste; elle est aussi plus rude au toucher. Après avoir coupé les cheveux, je constate que la peau de la tumeur est parsemée de petits mamelons verruqueux comme des pois; elle a, du reste, sa couleur normale; mais quand on veut la soulever, on ne le peut, elle est fortement épaisse et constitue, en quelque sorte, toute la tumeur. Celle-ci a 9 centimètres de diamètre dans tous les sens, elle est arrondie, mollasse, donne la sensation d'un lipome mou, et se continue en avant, sans ligne de démarcation sensible dans la peau du cuir chevelu. Dans sa demi-circonférence postérieure, elle retombe en besace sur la peau environnante et a 2 centimètres de saillie.

« Remarquons encore sur le bord antérieur une marque blanche, longue de 2 centimères, large d'un centimètre, qui doit être la cicatrice du coup reçu; mais plus en arrière, il existe une seconde marque cicatricielle toute semblable, à laquelle on ne connaît pas de cause. Ces deux places sont dépourvues de cheveux, un peu plus dures et plus élevées que le reste et ressemblent aux cicatrices exubérantes (kéloïdes).

« Tout en reconnaissant à ces signes l'inexactitude de mon diagnostic de l'année précédente, je fendis, après anesthésie locale préalable, la tumeur, d'avant en arrière, dans son grand diamètre. Le derme était très-épaissi, le tissu cellulaire sous-cutané, infiltré, gélatineux; c'est ce qui formait tumeur. La plaie fut bourrée de charpie avec un peu de perchlorure; je la fis suppurer avec du styrax. La masse s'affaissa d'abord d'une façon assez sensible et diminua de consistance et de volume. Plus tard, la plaie fut badigeonnée avec de la teinture d'iode deux fois par jour. Aujourd'hui, elle est cicatrisée; mais il s'est produit ces jours-ci un petit accès de fièvre; la tumeur a pris une teinte érysipélateuse, et a augmenté de volume (poussée érysipélateuse des éléphantiasis). La rougeur a disparu et ne s'est pas étendue au reste de la tête.

« La malade restera en observation, et il est probable que cet automne je la soumettrai à une opération radicale, s'il y a de nouvelles poussée avec augmentation. Point d'antécédents morbides dans la famille, si ce n'est que le père est mort aliéné. Les règles ont paru à 13 ans, un peu irrégulièrement jusqu'à présent. »

Ce fait est d'autant plus intéressant que l'incision pratiquée dans la tumeur permet d'en affirmer la nature véritablement éléphantiasique.

Or il existe à notre connaissance une seule autre observation du même genre : celle à laquelle M. Cazenave fait allusion dans le passage suivant de ses *leçons sur les maladies de la peau*. « L'éléphantiasis des Arabes est très-rare au cuir chevelu. Je n'en ai vu pour ma part qu'un seul exemple bien constaté. C'était chez une jeune fille. L'affection occupait la partie postérieure de la tête. »

Voici l'observation qu'en a publiée M. Devergie, en faisant ses réserves sur l'exactitude du diagnostic.

« Mademoiselle X..., âgée de 18 ans, habitant une ferme dans le département de Seine-et-Oise (Franxeville), lieu sain, d'ailleurs sans humidité, me fut adressée par le docteur Charaudet, le 13 avril 1850. Il me demandait mon avis sur une maladie du cuir chevelu, avec invitation d'en établir le diagnostic et le traitement.

« Cette jeune fille, très-grande, très-forte, bien constituée, avait les apparences de la santé; seulement elle offrait, quoique colorée, les caractères du tempérament lymphatique, peau blanche, cheveux blonds assez d'embonpoint; étant plus jeune, elle avait eu des glandes au cou, et des poux s'étaient montrés dans ses cheveux. Réglée à l'âge de 14 ans, la menstruation a été parfaite depuis cette époque, les fonctions digestives s'exécutent bien, rien d'anormal du côté des organes.

« Il y a trois ans, ses cheveux étaient longs et bien venus, lorsqu'elle crut sentir que la peau de la partie postérieure de la tête s'épaississait; elle y faisait peu d'attention; mais par une gradation insensible, elle devint de plus en plus pâteuse,

---

FEUILLETON

CHARLES OTTO WEBER
PROFESSEUR DE CHIRURGIE A HEIDELBERG.

Notice nécrologique.

Par M. le Dr TH. BILLROTH (1),
Professeur de chirurgie à Vienne.

Nous arrivons maintenant aux travaux de chirurgie pratique : les premiers se trouvent dans son écrit : *Chirurgische Erfahrungen und Untersuchungen*, 1859. (Observations et expérimentations de chirurgie), dont nous avons déjà parlé; ils renferment les mémoires suivants :

« Causes de la mort dans la chloroformisation, et moyens de l'éviter;

« Observations pratiques sur la fracture;

« Observations et expériences sur les luxations des membres;

« Mélanges opératoires (sur l'hémostasie, les corps étrangers, les opérations plastiques, le traitement chirurgical des ankyloses). »

En 1863 ont paru, dans le tome IV des *Arch. f. Klin. chir.*, les deux mémoires suivants :

« Sur l'uranoplastie chez les très-jeunes enfants;

« Sur les amputations au-dessus ou au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne, surtout au point de vue de la valeur de ces diverses méthodes. »

En 1865 et 1866, nous trouvons, dans la grande *Chirurgie* de Euke :

« Maladies de la peau, du tissu cellulaire, du système lymphatique, des veines, des artères et des nerfs » (tome II, 2e partie);

« Les maladies chirurgicales de la face » (tome III, fasc. 2).

Son dernier travail a été :

« Mélanges pratiques » (*Deutsche Klinik*, 1867, n° 18 et suiv.).

Il renferme les mémoires suivants :

1° « Quelques observations sur l'appareil plâtré, particulièrement dans les fractures compliquées de la jambe et de l'emploi de crampons dans l'appareil plâtré;

2° « Sur l'application d'appareils plâtrés dans la région scapulaire, et surtout aux branches;

3° « Opération plastique compliquée, comprenant la restauration du nez avec un lambeau frontal, la restauration de trois paupières; formation épithéliale en îlot au milieu d'une surface de bourgeons charnus; cas de scalpation du crâne suivie de guérison, et régénération de l'épithélium;

4° « Trois cas d'extirpation totale de la glande parotide cancéreuse et un cas de dégénérescence myxo-sarcomateuse de la glande parotide;

5° « Extirpation d'une tumeur sarcomateuse du nerf crural avec une portion d'artère et de veine fémorale; perforation de la veine par la tumeur, sans trouble de la nutrition du membre; rétablissement de la communication nerveuse;

6° « Du traitement des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation forcée;

7° « Sur la périnéoraphie. »

Tous ces travaux sont connus; les observations qui y sont appartiennent à la publicité scientifique; leur analyse n'a plus d'intérêt. Chacun sait que, dans le domaine de la chirurgie pratique, il est plus difficile d'ouvrir des voies nouvelles que dans celui de l'anatomie et de la physiologie; la raison en est l'ancienneté de la première.

Avec du travail, du soin et du talent, on parvient à étendre les connaissances acquises en histologie; mais en médecine pratique, chaque idée en apparence nouvelle est saluée de toutes parts par ces mots : « déjà vu! » Et ces mots sont d'autant plus répétés, que l'on cherche davantage dans la littérature médicale du passé. Quand on veut apprécier méthodiquement la valeur d'un traitement médical ou chirurgical, il est urgent d'avoir un grand nombre de cas similaires. L'anatomiste peut créer les matériaux de ses observations; le chirurgien est obligé de les attendre.

Weber a noté avec persistance et le plus grand soin ses observations chirurgicales et les a parfaitement utilisées; s'il lui avait été donné d'agir plus longtemps dans la sphère dans laquelle il se trouvait pendant les dernières années de la vie, il aurait rendu de plus grands services à la science. Il avait une base de connaissances, une habitude des méthodes scientifiques renfermant les sources de toutes les connaissances à un degré de perfection qui n'est donné qu'au plus petit nombre; il avait une puissance de travail qui, dans notre science, ne se trouve que chez Virchow; il était dans le cas d'accomplir, avec peu de peine, un travail qui, à d'autres, aurait demandé trois fois plus de temps.

Weber a aussi fait des travaux et des publications dans le domaine de la biographie et de l'histoire. Nous trouvons, dans la *Preunische Jahrbücher*, t. II, Haym (chez Reimer, à Berlin), quelques compositions de lui : « Jean Muller (b. 1, p. 545); Alexandre de Humboldt : son influence sur les sciences naturelles (b. 2). »

Ce dernier travail a été publié, augmenté par lui dans la seizième réunion annuelle des naturalistes de Prusse rhénane et de Westphalie.

Dans le tome V de l'*Arch. f. Klin. chir.*, se trouve un article nécrologique sur C. W. Wutzer. Dans *Z. f. Polis is litterat*, un petit article sur « l'origine de l'anatomie pathologique; » enfin, dans la *Deutsche Klinik* (1860, nos 30 et 31), un mémoire intitulé : « De la valeur de l'anatomie pathologique pour la médecine et la pratique. » Un discours académique pour obtenir la faculté d'enseigner (*pro veniam legendi*, 4 mars 1853), intitulée : *De Nexu artem inter medicam atque Sciencias naturales*, n'a pas été publié à ma connaissance. Grande

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

épaisse, sans douleurs, sans démangeaison; peu à peu quelques plicatures légères se dessinèrent; elles devinrent de plus en plus profondes en même temps que le cuir chevelu formait bourrelet à leur voisinage. Ces plicatures sont aujourd'hui au nombre de cinq, trois du côté droit et deux du côté gauche; elles sont disposées de haut en bas parallèlement, semi-elliptiques; deux d'entre elles, les plus déclives, tendent à prendre la forme d'un S. La peau qui les sépare offre une saillie très-notable, produite par une sorte d'empâtement qui occupe le tissu cellulaire et la peau; cet empâtement est assez souple au toucher, quoique plus dense que le tissu graisseux. Dans les plis se trouvent des cheveux pressés, très-serrés les uns contre les autres, de manière à dessiner des mèches qui ont le trajet des sillons. Ces cheveux sont parfaitement sains et paraissent plutôt plus forts que moins forts que les autres; la peau n'est pas adhérente au périoste; on déplace ces plicatures avec assez de facilité.

« Il y a quelques mois, cette jeune fille ayant consulté le docteur Charaudet, il prescrivit diverses pommades, et notamment une dans laquelle entrait le deutochlorure de mercure. Cette pommade amena de la douleur; ce fut la seule que la malade ressentit depuis l'origine de sa maladie.

« La peau elle-même paraît tout à fait saine; le tissu cellulaire sous-cutané paraît hypertrophié comme dans l'éléphantiasis (1). »

Entre ces deux observations, il y a de grandes analogies et quelques différences assez importantes.

Les deux malades étaient jeunes, blondes, à peau blanche, à tempérament lymphatique.

Chez l'une et chez l'autre, du moins antérieurement à toute opération, la tumeur s'est développée graduellement, à peu près sans douleur, et surtout sans aucune de ces poussées érysipélateuses qui jouent d'ordinaire un si grand rôle dans la production des tumeurs éléphantiasiques.

Chez l'une et chez l'autre, l'affection portait sur la région postérieure de la tête, et ne semblait pas s'étendre plus profondément que le tissu cellulaire sous-cutané; les cheveux n'étaient pas tombés, à peine avaient-ils changé de nuance.

Mais la malade de M. Bœckel avait reçu un coup qui avait produit une plaie et laissé une cicatrice. Derrière cette cicatrice, il a dû se produire une kéloïde, dont on voit les traces, et c'est autour que s'est développée progressivement la tumeur.

Il semble donc qu'il y ait eu là un point de départ traumatique. Rien de pareil n'a été noté chez la malade de M. Devergie.

Au fond, cette cause traumatique n'a rien d'étrange, si l'on considère, d'après M. Virchow, les indurations qui se produisent autour des os malades, des ulcères, des plaies, etc., comme de véritables éléphantiasis.

Ne l'oublions pas, pour M. Virchow, toute hyperplasie, tout développement exagéré des éléments du tissu cellulaire ou conjonctif, s'il est diffus, rentre dans le genre « éléphantiasis ».

Il peut donc y avoir des éléphantiasis des viscères même; et la pneumonie interstitielle, la cirrhose du foie, ne sont au fond pas autre chose.

M. Virchow ajoute dans une note de son *Traité des tumeurs :* « On ne peut douter que le scleriasis, ou sclérodermie des adultes, aussi bien que le scléréme des nouveau-nés, que les premiers observateurs allemands avaient déjà rangés en parallèle avec l'érysipèle, ne se rapproche beaucoup des formes de l'éléphantiasis ». Partant de là, un auteur danois, M. Rasmussen a voulu établir l'identité complète de l'éléphantiasis, de la sclérodermie, et de l'affection décrite par Velpeau sous le nom de *cancer en cuirasse*.

(1) *Traité pratique des maladies de la peau*, 3e édition, 1863, p. 146.

Tel est quelquefois le danger des études purement anatomiques et histologiques. En s'attachant à la lésion, on perd de vue l'évolution et la physionomie clinique des maladies; et l'on réunit dans des groupements artificiels les espèces les plus disparates, les plus graves et les plus bénignes, celles qui sont le mieux isolées, soit au point de vue de l'étiologie, soit au point de vue du pronostic, soit à celui du traitement.

La classification de M. Rasmussen ne nous semble pas de nature à supporter un examen sérieux. Nous reviendrons bientôt sur ce sujet, à propos de malades que nous avons dernièrement examinées.

Fièvre puerpérale commençant avant l'accouchement.

S'il est important d'étudier l'évolution clinique dans les maladies qui, comme l'éléphantiasis dont nous venons de parler, portent surtout sur les éléments anatomiques d'un tissu bien déterminé, à plus forte raison est-il très-nécessaire de ne pas la perdre de vue dans les maladies épidémiques, contagieuses et infectieuses.

A peu près tout le monde admet que la fièvre dite puerpérale est contagieuse et peut se transmettre d'une accouchée à une autre accouchée, mais peut-elle être contractée par une femme qui n'est pas dans l'état puerpéral, par exemple avant l'accouchement?

Cette question est très-controversée. On a déjà publié plusieurs cas de sages-femmes prenant la fièvre puerpérale par contagion, sans être accouchées ni même enceintes. L'année dernière, M. Lorrain a parlé d'une dame qui étant partie pour Saint-Germain, une quinzaine de jours avant ses couches, avait emporté de Paris le germe épidémique, lequel s'est développé aussitôt après l'accouchement, dans une ville où l'épidémie ne régnait pas.

Pourtant, cette année, un médecin très-compétent en pareille matière, M. Hervieux, dans une discussion à la Société médicale des hôpitaux, a prétendu que l'incubation de quelque affection puerpérale ne pouvait jamais commencer antérieurement à la parturition.

Il est donc bon de reprendre l'enquête; et sur notre demande, M. le docteur Carpentier, chef de clinique de M. Depaul, a bien voulu nous communiquer la note suivante sur un fait qui s'est passé à la Clinique.

G..., 27 ans, primipare, entre au dortoir le 28 mars.

Régée à 13 ans, 4 à 5 jours par mois. Dernières règles, le 15 juillet.

Le 29 et le 30, très-bien; le 31, frisson, vomissements, quelques douleurs de ventre, un peu de fièvre, pouls à 104. On la fait descendre du dortoir dans les salles.

Le 1er avril, même état fébrile, encore de la sensibilité du ventre, un peu de diarrhée.

Premières douleurs, le 1er avril à 10 heures du soir; rupture des membranes à 11 heures; travail, 5 heures 1/2. Le 2 avril, terminaison à 3 heures 1/2 du matin. Garçon pesant 2600 gr.

L'état ne s'aggrave pas dans la journée, mais le pouls reste au-dessous de 100; la peau chaude; le ventre un peu sensible.

Le 3 avril, l'état s'aggrave et devient très-inquiétant. Pouls à 120; face altérée; nausées; vomissements; ballonnement excessif du ventre; gêne de la respiration; diarrhée.

Cet état continue de plus en plus inquiétant jusqu'au 5 avril, où la femme succombe à 1 heure de l'après-midi.

Il est impossible, vu l'opposition de la famille, de faire l'autopsie. Mais pour M. Depaul, cela ne fait aucun doute, il s'agit ici d'une fièvre puerpérale ayant débuté avant le travail.

Ici donc, l'affection elle-même a débuté avant le travail, chez une femme qui était entrée, pour y faire ses couches, à la Clinique, où les cas de fièvre puerpérale étaient alors assez nombreux.

Il ne s'agit pas seulement d'incubation latente, comme chez la malade mentionnée par M. Lorrain. Les frissons, les vomissements, la fièvre ont paru plus de trente heures avant les premières douleurs expulsives.

Chez une autre femme du même service, l'invasion de la maladie a précédé également le travail, mais de moins longtemps.

Dr Victor Revillout.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Addition à la seance du 16 juin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture, du Commerce et des Travaux publics transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1867 dans le département du Nord et dans les arrondissements de Pont-l'Évêque et de Vire (Commission des épidémies);

2° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Vals (Ardèche), par M. le docteur Chabannes; de Royat (Puy-de-Dôme), par M. le docteur Bayet; de Monétier (Hautes-Alpes), par M. le docteur Chabrand; de Capeversa (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Montagnan; d'Aix (Bouches-du-Rhône), par M. le docteur Bourguet; de Campagne (Aude), par M. le docteur Dufour (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. E. Baudrimont, qui se présente comme candidat pour la section de pharmacie;

2° Une note additionnelle au travail sur la tuberculose, par M. le docteur A. de Beaufort (de Chaillac). (Commissaires : MM. Louis Boulay et Colin.)

3° Une lettre de M. le docteur Chassagny (de Lyon), à l'occasion des instruments qui ont été présentés en son nom par M. Galante pour pratiquer le tamponnement de l'utérus, et de la réclamation qui a été adressée à l'Académie par M. Favre.

4° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Valérius (d'Anvers).

M. le Président annonce la mort de M. le docteur Kuhn (de Niederbronn), membre correspondant de l'Académie.

M. Larrey présente :

1° De la part de M. Giraldès, le troisième fascicule des *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants ;*

2° De la part de M. le docteur Wecker, la deuxième édition du premier fascicule du tome second du *Traité théorique et pratique des maladies des yeux.*

M. Vigla présente, au nom de M. le docteur Bucquoy, un appareil fabriqué sur ses indications par M. Mathieu, et destiné à porter directement sur les muqueuses, dans les diverses cavités (pharynx, larynx, vagin, etc.), des solutions médicamenteuses pulvérisées.

Ce pulvérisateur se compose d'une petite cornue en verre pouvant contenir de 10 à 15 grammes de liquide, armée de deux tubulures et terminée par un col long et effilé de dix centimètres environ, auquel on donne une direction horizontale si on le destine au pharynx ou que l'on recourbe à son extrémité pour la pulvérisation laryngée.

Du fond de la cornue part un tube d'un petit diamètre et destiné à l'écoulement du liquide : ce tube se prolonge dans toute la longueur du col et se termine avec lui par un orifice capillaire.

L'une des tubulures permet d'introduire facilement le liquide dans le vase; l'autre, qui est plus longue et plus étroite et dirigée horizontalement, reçoit, pour pratiquer la pulvérisation, l'insufflateur à double boule de l'appareil de Richardson. Celui-ci pourrait être remplacé par tout autre insufflateur en caoutchouc.

Pour éviter les inconvénients qui pourraient résulter de la rupture de la tige creuse du pulvérisateur, elle est toujours garnie d'une petite gaine de caoutchouc.

---

estime des hommes éminents des temps passés, profonde vénération des maîtres, grande intelligence historique des personnalités éminentes qui font époque dans la science, tels sont les points saillants de ce discours, écrit dans un style fin et correct, et qui s'élève à une grande hauteur.

Weber était un professeur distingué, très-estimé et aimé par tous les élèves sérieux. Il était sévère pour la paresse et le travail superficiel; il consacrait volontiers son temps à ses élèves, était infatigable dans les démonstrations et les explications, mais en retour, il exigeait une attention soutenue, de l'assiduité et de l'ardeur dans le travail. On comprend que, doué d'un tempérament actif, obsédé sans cesse de pensées variées et nombreuses, obligé de vivre en économisant son temps rigoureusement compté, ce qui pouvait seul lui permettre l'accomplissement de ce travail colossal, il ait été toujours dans un état de surexcitation qui réagissait sur son entourage; son caractère, pour lequel l'indolence et la négligence des devoirs étaient en horreur, avait gagné quelque chose de l'habitude de l'ancien professeur et du médecin d'hôpital de son maître Wutzer.

L'enseignement de la chirurgie pratique heurte contre des difficultés considérables quand on ne peut lui consacrer que trois semestres sur les quatre années de la scolarité, et si ceux-ci sont encore partagés avec d'autres objets d'étude importants. Si quelqu'un ne peut consacrer encore un ou deux semestres spécialement à l'étude de la chirurgie, il ne pourra jamais en arriver à agir avec sûreté.

Quand l'étudiant en chirurgie est obligé de rédiger chaque jour les observations de la clinique, d'attendre la visite, de faire, en présence de l'interne, les pansements, de veiller près des opérés et d'étudier dans les livres les cas qui l'occupent, il lui reste peu de temps pour autre chose. S'il doit suivre encore de même la clinique interne, son temps est entièrement absorbé. Dans les grandes universités, avec un nombre considérable de malades et d'étudiants, il devient impossible à celui qui dirige la clinique de s'occuper individuellement de l'un et de l'autre; il lui faudrait l'aide d'un nombre considérable d'internes pour contrôler le journal des observations des étudiants et leurs pansements.

Weber faisait à ses élèves de grands sacrifices de temps et de patience. Il a formé beaucoup de chirurgiens excellents; il s'occupait particulièrement d'un certain nombre d'élèves, dirigeait d'autres dans leurs travaux de littérature chirurgicale, et dans la composition de la thèse.

Je ne connais pas tous les travaux accomplis sous sa direction; je ne puis donc pas les énumérer, mais je sais que le nombre en est grand. Dans les dernières années, un grand nombre de médecins étrangers affluaient à Heidelberg pour apprendre à travailler sous la direction de Weber qui, de son vivant encore, a eu la satisfaction de voir ses travaux et ses doctrines propagés au loin.

Weber a fait un nombre extraordinaire de leçons. A Bonn : sur les maladies des yeux, les bandages, les fractures et lésions traumatiques, l'anatomie microscopique des tumeurs, l'anatomie pathologique générale avec démonstrations, la chirurgie générale et spéciale, la médecine opératoire, les opérations sur les yeux, l'histologie. A Heidelberg, il restreignit son enseignement à la chirurgie générale et spéciale, à la médecine opératoire, aux exercices opératoires et à la clinique chirurgicale.

Weber était un médecin très-aimé. A Bonn, il avait eu une grande clientèle qui le vit partir avec grand regret. Quoiqu'elle lui eût pris beaucoup de temps, il n'avait pas voulu la quitter, car elle lui fournissait des matériaux d'observation. Il ne resta que peu de temps à Heidelberg, et déjà affluaient des patients en un grand nombre venant lui demander secours. Son amabilité et sa sympathique affection pour ses malades, l'ardeur avec laquelle il leur prodiguait ses soins, lui gagnèrent rapidement la faveur du public; les malades à l'hôpital étaient l'objet des mêmes prévenances. Il donnait là un exemple que ses élèves se sont efforcés de suivre.

C'est ainsi que cette vie si riche progressait dans les plus belles conditions; honoré de l'estime et de l'affection de tous ceux qui le connaissaient, répandant cette semence fertile autour de lui, Weber aurait, d'après les calculs humains, pu agir encore bien longtemps; il aurait grandi son nom et son activité, si une maladie ne l'avait enlevé si tôt.

Il a disparu bien rapidement, et le nom de Weber, déjà si renommé en médecine, perd un de ses plus illustres représentants! En rappelant encore ce nom ami, je dirai de lui ce qu'il a écrit de J. Muller : « Son esprit continue de vivre dans ses œuvres, d'animer et de féconder la science par ses élèves. » (Vienne, 1er déc. 1867).

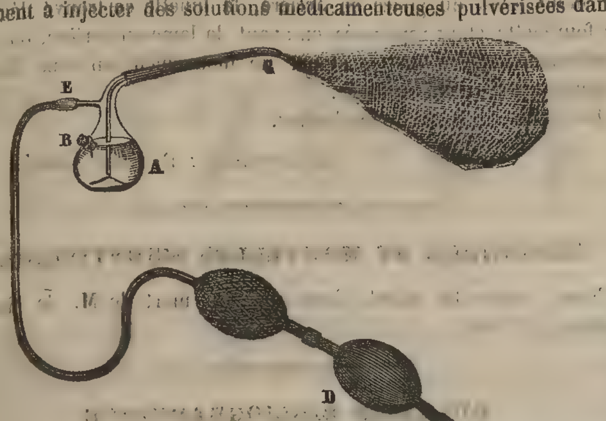
A la suite de cette notice se trouve, sous le titre d'*Adieux*, la pièce suivante :

« La mort si inattendue qui a frappé le professeur Weber, un des guides de la science médicale allemande, dans la plénitude de sa virilité et de son activité scientifique, a produit chez les représentants de la science médicale allemande, de ce côté de l'Océan, la plus pénible impression; les membres soussignés de l'hôpital allemand et du dispensaire de la ville de New-York ont, dans une séance extraordinaire de leur Société, décidé que les sentiments que cet événement tragique a excités seraient publiquement exprimés.

« Nous avons vénéré Weber comme la personnification du progrès dans l'anatomie pathologique et la chirurgie; depuis les premières années de ses études, il n'a cessé, par des travaux de plus en plus importants et des recherches personnelles dans ces deux directions, de bien mériter de la science et de donner l'espoir de le voir, comme savant et comme professeur, occuper le premier rang parmi ses collègues.

« Si nous nous permettons d'exprimer publiquement la part que nous prenons à ce triste événement, c'est parce que nous savons que le mérite du regretté Weber s'étend bien au delà des limites de la

Appliqué plus spécialement par l'auteur au traitement des maladies chroniques du pharynx et du larynx, cet instrument peut servir également à injecter des solutions médicamenteuses pulvérisées dan



d'autres cavités (fosses nasales, vagin, utérus, etc.); il suffit pour cela de donner au col de la petite cornue la direction nécessitée par l'usage auquel on la destine.

L'utilité des applications topiques, et en particulier les solutions astringentes dans les affections chroniques des muqueuses, est trop bien démontrées pour qu'il soit nécessaire d'insister sur les avantages de cet appareil. L'instrument, en effet, pouvant recevoir toute espèce de solution médicamenteuse, permet de la porter directement et en aussi petite quantité que l'on veut sur toute l'étendue de la muqueuse qu'on cherche à modifier.

Son emploi est facile, et la pulvérisation peut être faite par le malade lui-même. Enfin il n'est pas susceptible de se déranger, et s'il a le seul inconvénient d'être un peu fragile, son prix peu élevé permet de le remplacer facilement.

LECTURE.

Ligature de la carotide primitive.

M. Le Fort, candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire, lit un mémoire intitulé : *De la ligature de la carotide primitive, de ses résultats thérapeutiques, et en particulier des accidents cérébraux consécutifs à cette opération* (1).

Voici les principales conclusions de ce travail :

« 1° La fréquence des accidents cérébraux amenés par l'oblitération du tronc carotidien, constitue le principal danger de la ligature de la carotide primitive.

« 2° Cette ligature est une opération des plus graves, qui doit être à peu près rayée du cadre de la médecine opératoire, sauf les cas de nécessité absolue ou lorsque la ligature n'est pas faite dans le but précis d'obtenir l'oblitération de la carotide externe.

« 3° Cette ligature doit, autant que possible, ne jamais être mise en usage lorsqu'on peut lui substituer la ligature de la carotide externe. »

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 3 juin 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

DISCUSSION.

Luxations du poignet. — M. Marjolin. Je n'aurais pas pris la parole dans cette discussion sans l'appel, en quelque sorte direct, qui m'a été fait par notre collègue M. Guyon, attendu que je suis d'avance bien convaincu que, malgré des faits bien observés, beaucoup de chirurgiens ne veulent pas admettre qu'il puisse y avoir de luxation du poignet sans fracture.

En cela, ils vont bien plus loin que Dupuytren, qui, au lieu de nier cette possibilité, s'était borné à insister sur la fréquence des erreurs de diagnostic et à dire qu'il n'en avait jamais observé, et que tous ces prétendus faits de luxation du poignet qui lui avaient été présentés n'étaient autres que des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Maintenant, dire que, pour être certain de l'existence d'une véritable luxation du poignet, il faille l'autopsie et ne tenir compte de cette preuve qu'à la condition que les tissus n'aient pas été modifiés par la suppuration, c'est, je crois, se montrer par trop exigeant.

Je ne tiens pas, du reste, à changer des convictions qui, un jour ou l'autre, peuvent être modifiées par un fait sans réplique; je crois seulement que ces luxations du poignet sans fracture sont possibles, mais qu'elles sont d'une excessive rareté.

Quant aux faits que j'ai observés, les voici; il y en a quatre : deux avec autopsie, le premier sans fracture, le second compliqué de fracture; les deux autres, de date plus récente, et dont, fort heureusement pour ces malades, le diagnostic n'a pas eu toutes les preuves exigées, c'est-à-dire l'autopsie, m'ont paru sans fracture.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un garçon de bains qui, dans une chute, avait eu le poignet meurtri par la roue de sa voiture. Ici donc, il pouvait y avoir deux causes réunies : la chute et la contusion directe. La luxation avait été bien reconnue par MM. Laugier et mon père, et facilement réduite. A la suite de cet accident, il survint un phlegmon de la main et de l'avant-bras; le malade mourut, et à l'autopsie, on trouva, à la vérité, une altération des ligaments, augmentée par la suppuration, mais les os de l'avant-bras étaient intacts.

Dans le second cas, où il y a eu autopsie, il y avait, outre la luxation en avant du poignet, une fracture de l'extrémité inférieure du radius. C'est en 1837 que j'eus occasion d'observer ce fait, étant interne chez M. Martin Solon : le malade était un homme âgé, qui avait été amené pour une congestion cérébrale, à laquelle il succomba. Son fils nous raconta que, plusieurs mois auparavant, il était tombé dans un escalier, et que tout le poids du corps avait porté sur les mains. Le traitement consécutif avait été à peu près nul, et le blessé avait continué à se servir tant bien que mal de sa main. Au premier examen, malgré la difformité excessive de la main et du poignet, il était facile de reconnaître tous les signes de la luxation du poignet en avant; mais à l'autopsie, il fut évident que si il existait une luxation, il existait aussi une fracture de la partie antérieure du radius, et que, tout au pourtour du fragment, il s'était produit des végétations osseuses, ce qui contribuait à augmenter la difformité du poignet.

Les deux autres cas que j'ai observés plus récemment n'ont pas eu, je le répète, la preuve exigée, c'est-à-dire l'autopsie; mais je crois qu'il n'y a pas eu de fracture.

Le premier des deux malades chez lequel j'ai observé la luxation était un jeune ouvrier peintre qui, en tombant d'une échelle, eut la main et l'avant-bras pris entre deux échelons; la luxation se réduisait facilement et se reproduisait de même; aussi, je dus traiter le malade comme s'il s'agissait d'une fracture : malheureusement, je ne pus pas faire mouler l'avant-bras.

Dans le dernier cas, dont je vous présente le moule, l'accident est arrivé chez un garçon de 12 ans et demi, assez grand, employé chez un apprêteur d'étoffes. En courant le matin sur le quai, son pied avait été pris dans un trou, et tout le poids du corps avait porté, dans la chute, sur la paume de la main droite.

L'accident était arrivé à sept heures du matin. A neuf heures, le blessé était amené à l'hôpital, et comme à ce moment il n'y avait pas encore de gonflement, on pouvait parfaitement sentir à la face dorsale et inférieure de l'avant-bras, la rangée des os du carpe, tandis que l'extrémité des os de l'avant-bras était très-saillante en avant, ce qui permettait de sentir très-nettement presque toute la surface articulaire du radius. A ce moment, les doigts étaient légèrement fléchis, et il n'y avait pas la moindre inclinaison latérale de la main sur le côté radial. On pouvait imprimer quelques mouvements de latéralité à la main ou d'avant en arrière; quant à l'extension des doigts, elle était difficile.

Avant la réduction, la mensuration donnait le résultat suivant : des deux côtés, du sommet de l'olécrâne à l'extrémité inférieure du cubitus, 0,22.

Du sommet de la convexité de la rangée des os du carpe à l'extrémité supérieure du radius du côté malade, 0,18; du côté sain, 0,21.

En l'absence de toute mobilité et de toute crépitation, tout du long du radius et du cubitus, et avec les différences de longueur signalées, je ne pouvais admettre que deux hypothèses : ou un arrachement épiphysaire, ou une luxation.

Pour ce qui est de l'arrachement des épiphyses, comme elles sont excessivement rares d'une part, et que, lorsque cette lésion existe, il y a, outre la crépitation causée par la séparation des parties osseuses, presque toujours des lésions graves des parties molles et difficulté de la réduction, comme dans les fractures par enclavement; j'abandonnai entièrement cette idée et j'adoptai celle d'une luxation du poignet en arrière.

Je prévois bien toutes les objections qui me seront faites à l'inspection de ce moule, qui ne put être fait que douze heures après l'accident, alors qu'il existait déjà un gonflement plus marqué que le matin; on me dira que c'est exactement la même configuration que dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius; je n'en disconviens pas, et je me contente de répondre que si chacun avait pu, au moment même de l'accident, se rendre compte de l'état des parties par un examen attentif, mon opinion aurait plus de partisans.

Les retards que me firent éprouver les mouleurs m'empêchèrent de procéder de suite à la réduction : elle fut opérée le lendemain matin, vingt-quatre heures après l'accident, en présence des internes de l'hôpital. La réduction fut très-facile. Le bras et l'avant-bras étant fixés, il me suffit, pendant qu'un aide tirait sur la main, de repousser un peu en avant le carpe pendant que je relevais l'extrémité inférieure de l'os de l'avant-bras; à ce moment, j'éprouvais non pas la sensation d'une crépitation de fracture, mais une sensation analogue à celle que l'on perçoit dans toute luxation réduite, avec cette différence qu'elle était moins forte.

Dès ce moment, non-seulement la déformation du poignet avait entièrement disparu, mais en recommençant les mêmes mensurations faites avant la réduction, je trouvai des deux côtés, à un demi-centimètre près, exactement la même mesure.

Afin de prévenir le retour de la luxation et d'immobiliser l'articulation dont les ligaments avaient dû être fortement distendus, je plaçai par-dessous le cataplasme froid qui entourait l'avant-bras une attelle, et je continuai ce pansement quelques jours pour éviter les accidents inflammatoires.

Maintenant, je n'ajouterai qu'un mot : je crois que, lors de la présentation du moule faite par M. Guyon, M. Sée a dit que, dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius, la main n'est pas habituellement inclinée du côté radial; ce déplacement peut, à la vérité, ne pas se rencontrer toujours, mais il est si fréquent, que c'est pour y remédier que Dupuytren, Blandin et M. Laugier ont imaginé des attelles très-utiles pour combattre cette position vicieuse.

M. Chassaignac. Je mets sous vos yeux une pièce fort importante relativement à la question des luxations du poignet. Hier, on m'a amené un enfant chez lequel le radius et le cubitus avaient fait issue à travers la peau; la réduction a été impossible, et j'ai dû pratiquer la résection des deux extrémités articulaires. Tout le monde croyait avec moi à l'existence d'une luxation, car l'on voyait les surfaces à nu. Lorsque j'ai examiné minutieusement la pièce anatomo-pathologique, j'ai trouvé le cartilage intact au niveau du cubitus; mais au niveau du radius, il existait un décollement épiphysaire. Une couche très-mince de la surface inférieure du radius était restée accollée au carpe.

L'on voit, par cet exemple, combien il est difficile d'affirmer que l'on a sous les yeux une luxation pure du poignet.

M. Forget. On peut considérer le fait très-curieux présenté par M. Chassaignac, comme un pas fait vers la démonstration de la réalité de la luxation.

La pièce de M. Chassaignac est une pièce à part, très-rare. En l'examinant, il ne me paraît pas difficile de comprendre l'existence de la véritable luxation. Entre celle-ci et le fait actuel, il n'y a que l'épaisseur d'un cartilage.

M. Boinet. Le fait de M. Laugier rappelé par M. Marjolin ne doit pas être considéré comme un fait de luxation pure. Dans ce cas, en effet, il y avait des abcès dans le voisinage de l'articulation; les ligaments n'étaient pas intacts, ils étaient usés. Ce n'est pas là évidemment un fait probant.

Dans le deuxième fait rappelé par notre confrère, il existait des lésions osseuses. Quant au quatrième fait, celui dont on nous a mis le moule sous les yeux, il me paraît très-favorable au diagnostic d'une fracture des deux os de l'avant-bras. M. Guyon nous dit qu'une

(1) MM. les auteurs qui font des lectures devant l'Académie de médecine sont invités, dans leur propre intérêt et pour que leur pensée soit plus fortement rendue, à mettre une analyse ou les conclusions de leur travail à la disposition de chacun des journaux dont les noms suivent : *Gazette des hôpitaux, Gazette médicale, Union médicale.*

Ces journaux sont convenus de ne publier désormais que le titre des travaux dont les auteurs n'auraient pas rempli cette condition.

---

patrie, et que là où a pénétré la science allemande, sa perte sera vivement sentie.

« Quelques-uns des soussignés, qui ont eu le bonheur de connaître personnellement Weber comme condisciples, éprouvent une douleur que les qualités élevées de son noble caractère rendent bien plus amère.

« Puisse l'expression de la sympathie qu'a excitée cet événement dans ces contrées lointaines produire un allégement à la douleur de ceux qui sont si cruellement frappés dans leurs affections les plus intimes et les plus chères.

« New-York, 27 juillet 1867,

« Docteurs Leilmann, Schilling, Pramianne, Herzog, Jacobi, Althof, Simrak, Krackowizer, Voss, Goleke, Kamerer, Noeggerath, Rosenberg, Schwelder, Zinser. »

Physiologie amusante.

Les soirées scientifiques comptent de plus en plus parmi les distractions de la vie parisienne et deviennent un des plus puissants moyens de vulgarisation. Les médecins ne sont pas étrangers à ce mouvement intelligent, et il est rare qu'ils n'apportent pas à ces réunions, aussi agréables qu'utiles, le modeste tribut de leurs connaissances spéciales.

A la dernière soirée scientifique donnée par M. Flammarion, nous avons constaté la présence de plusieurs de nos confrères et, par eux, nous avons vu intervenir la physiologie de la façon la plus intéressante et la plus inattendue.

Après des expériences très-curieuses de projection de la lune et des planètes au moyen de la lumière au magnésium par M. Guyot de Lisle, M. Flammarion nous a permis de voir et de toucher du doigt le fameux Chinois qui avale des sabres et des œufs de poule avec leur coque.

Tout le monde connaît ces tours d'adresse, mais chacun les explique à sa manière. Il était donc intéressant pour nous de constater la réalité des faits et d'expliquer ensuite le mécanisme physiologique de leur exécution.

Un cercle d'observation fut formé par la Faculté autour de Ling-Look, le Chinois, et il fut constaté ce qui suit :

Ling-Look est un gaillard de la plus belle venue d'environ 30 ans; son crâne, orné de la tresse traditionnelle, présente les plus belles proportions et n'aurait droit qu'à cette simple réflexion admirative, si l'on nous eût appris que la Chine est située sur les bords du Rhin, voire même aux environs de la rue Mouffetard.

Le sabre qu'il nous présente est bien un vrai sabre long de 90 centimètres et émoussé à sa pointe.

Après avoir fortement penché sa tête en arrière, de manière à ce que le tube digestif représente une ligne droite depuis la bouche jusqu'à l'estomac, Ling-Look introduit la lame dans le gosier et la pousse jusqu'à une profondeur de 80 centimètres. Nous avons très-bien senti l'extrémité de cette lame, avec la main, au niveau de la fosse iliaque gauche.

Il est évident que la paroi inférieure de l'estomac avait été déprimée jusqu'en cet endroit.

Cette façon nouvelle de pratiquer le cathétérisme de l'œsophage ne présente rien d'extraordinaire dans son mécanisme; mais le fait en lui-même est curieux et exige, de la part de celui qui l'exécute, une grande habileté secondée par une gymnastique persévérante.

Après cette opération réjouissante, Ling-Look introduisit un œuf de poule dans sa bouche, et, simulant un mouvement de déglutition, le fit disparaître à nos yeux. Le fond de la gorge fut examiné, le cou fut palpé, mais l'œuf ne fut pas retrouvé : il avait disparu à travers quelque oviducte inconnu.

Cependant Ling-Look avalait une bouffée de tabac et, immédiatement après, faisait reparaître l'œuf dans sa bouche. D'où venait-il? C'est ce qu'il était difficile d'affirmer.

Le docteur Édouard Fournié, ayant cru remarquer que le mouvement de déglutition n'avait pas été complet, déclarait que l'œuf s'était arrêté dans la région pharyngo-laryngienne, les autres prétendaient, au contraire, que l'œuf était descendu dans l'estomac et qu'il avait été ramené à la bouche par une sorte de mérycisme. L'on discuterait encore, car les enfants d'Hippocrate ne sont pas à bout d'arguments, si le docteur Édouard Fournié n'avait pas proposé de résoudre la question par l'examen laryngoscopique.

On apporte un laryngoscope, et, grâce à la lumière éblouissante du magnésium reflétée dans la gorge par le miroir laryngien, notre confrère put montrer à chacun le corps du délit, placé au-dessous de la base de la langue, au niveau de l'orifice laryngien.

L'œuf n'était donc pas avalé, mais simplement dissimulé dans la région laryngienne où, par l'habitude, Ling-Look était parvenu à lui faire une sorte de nid.

Les physiologistes qui ont appliqué la laryngoscopie à l'étude de la déglutition savent qu'après un exercice suffisant, on peut supporter, dans la région pharyngo-laryngienne, la présence d'un corps étranger sans que l'on soit obligé de l'avaler. Le tour d'adresse de Ling-Look n'a donc rien de surprenant physiologiquement parlant, mais il est curieux, difficile à exécuter, et mérite les applaudissements qu'on lui a accordés.

En réduisant ces faits à leur valeur réelle, la science, même en s'amusant, ne sort pas de sa mission; elle projette un rayon lumineux sur tout ce qui est mystère, et sans nuire à l'effet légitime des distractions les plus louables, elle ferme la porte à l'erreur et au préjugé.

Medicus.

preuve évidente de la luxation réside dans la guérison rapide du malade. Ce malade serait sorti guéri au bout de dix jours. Eh bien! d'autres observateurs, Keisser, par exemple, virent au contraire la preuve de l'existence d'une luxation dans la persistance, après vingt jours et plus, d'une mobilité anormale.

Je me résume en disant que la démonstration des luxations pures du poignet ne me paraît pas encore donnée.

M. Trélat. Le moule qui nous a été présenté par M. Marjolin témoigne de l'existence probable d'une fracture de l'extrémité inférieure du cubitus et, à coup sûr, de celle d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Au niveau de la partie antérieure de l'avant-bras, il existe une saillie correspondant assurément à une saillie du radius, mais non à son bord tranchant.

COMMUNICATION.

Observation de grenouillette aiguë. — M. Georges Bouchard, interne à l'hôpital Necker, communique une observation de grenouillette aiguë.

(Commissaire : M. Forget).

PRÉSENTATION DE PIÈCE AVEC OBSERVATION.

M. Paulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, présente une pièce anatomique et remet une observation intitulée :

Exostose du corps et de la branche descendante du pubis. — Opération. — Guérison. — Mort accidentelle du malade trois ans et demi après l'opération. — Fracture incomplète du bassin et récidive de l'exostose.

(Commissaires : MM. de Saint-Germain, Dolbeau, Tillaux).

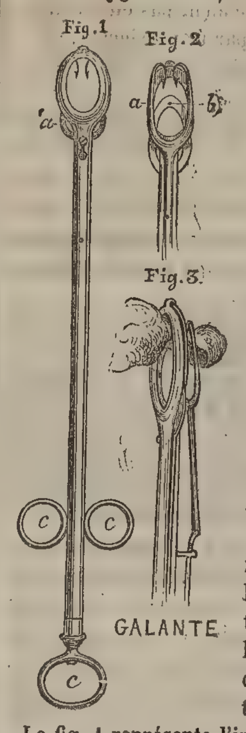
M. Chassaignac. M. Paulet a dit que l'on était resté dans l'incertitude pour savoir si la tumeur pénétrait dans le bassin. Le toucher par le rectum eût pu éclairer sur ce point.

M. Paulet. Le toucher par le rectum a été pratiqué et n'a pas donné de résultat positif.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. le docteur Martin, médecin-major, présente à la Société un instrument qu'il a fait construire chez M. Galante, fabricant d'instruments de chirurgie.

Avec cet instrument, il se propose de sectionner la luette rapidement, et avec une parfaite sécurité. Contrairement à ce qui a lieu dans l'amygdalotome, la lame agit d'avant en arrière, et la fourchette d'arrière en avant. Cette modification a pour effet d'éviter la propulsion de la luette vers le pharynx, comme cela arriverait si on faisait usage d'une fourchette agissant d'avant en arrière.



Cet instrument se compose :

1° De deux tiges d'acier accolées l'une à l'autre par un pivot, et terminées, à l'une de leurs extrémités, par une lunette de forme ovoïde, dans laquelle s'introduit l'ovule qu'on veut exciser;

2° D'une lame *b*, *a*, tranchant convexe agissant d'avant en arrière, au moyen de l'anneau *c*;

3° D'une fourchette à dents recourbées, avec laquelle on embroche l'ovule avant la section, en opérant une traction sur les anneaux *c*, *c*.

Cet instrument fonctionne de la même manière que l'amygdalotome, c'est-à-dire à l'aide d'une seule main; il est construit de telle façon, que la lame *b* ne peut agir que lorsque la fourchette a préalablement embroché l'ovule, afin d'empêcher celle-ci de tomber dans le larynx.

La fig. 1 représente l'instrument à l'état de repos.
La fig. 3 le représente fonctionnant.

Pour armer l'instrument, on introduit le pouce dans le grand anneau *c*, l'annulaire et le médius dans les deux anneaux *c*, *c*, et par un mouvement du pouce en arrière, la lunette se trouve dégagée. La fourchette étant repoussée en avant, la lame en arrière, on porte l'instrument sur la luette, et par un mouvement en sens inverse, l'opération se trouve terminée.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire : Dr Léon Labbé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lefèvre (d'Yvetot).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le Dr A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le quinzième demi-volume (le premier du tome huitième) vient de paraître. Il contient les principaux articles suivants : Bacterie, par M. Davaine; Bains en général, par M. Tartivel; Bains publics, par M. Beaugrand; Bains médicamenteux, par MM. Lutz et Tartivel; Bains de mer, par M. Dutroulau; Balanite, par M. Rollet; Bandages, par M. P. Tillaux; Baromètre, par M. Gavarret; les eaux minérales de Baden, Baden-Baden, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Bagnols, Bains en Vosges, Balaruc, Bataton-Füred, Baréges, par M. Rotureau; la Botanique, par M. Baillon; la Biographie et la Bibliographie, par MM. Beaugrand et Chéreau. Prix du demi-volume, rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie : 6 fr. — Paris, 1868. P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : A propos de quelques concours. — Hôpital de la Maternité (M. Hervieux). Marche, durée et terminaison de la péritonite puerpérale, etc. — Études sur certaines causes de rupture d'équilibre dans le mécanisme de la circulation. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Nouvelles.

Paris, 22 juin 1868.

Le concours, pour deux places de médecin près le Bureau central d'admission des hôpitaux de Paris, vient de se terminer par la nomination de :

1° M. Molland;

2° M. Descroizilles.

Le premier de ces candidats a été nommé à l'unanimité.

Le second a obtenu *quatre* voix sur *cinq*.

Le jury se composait, jusqu'à la fin de l'avant-dernière séance, de :

1° MM. Guéneau de Mussy, Marotte, Matice, Roger, juges titulaires médecins;

M. Guéniot, juge titulaire chirurgien ;

2° M. Cazalis, juge suppléant médecin;

M. Tarnier, juge suppléant chirurgien.

A la suite de cette avant-dernière séance, MM. Guéneau de Mussy, Marotte et Cazalis ont déclaré devoir se retirer du concours; toutefois M. Marotte, revenant sur sa première détermination, a pris part aux opérations du jury.

Une nomination de *médecin* des hôpitaux a donc pu être faite légitimement par un jury composé de :

3 médecins;

2 chirurgiens;

Et ce, conformément à un article 100 du règlement spécial.

— Les concours de Paris ne sont pas seuls à faire parler d'eux. *L'Union médicale* annonce que de graves imputations sont portées, en Angleterre, sur la loyauté du Collége des chirurgiens de Dublin, au sujet des prix Carmichael dont la distribution a eu lieu le 4 mai dernier.

« En accordant le premier prix au docteur Mapother, l'un de ses membres, pour son livre sur *la Profession médicale*, sujet fixé par le donateur, il (le collége des chirurgiens de Dublin) semble d'abord avoir enfreint sa volonté tacite; mais ce qui est plus grave, c'est de l'avoir annoncé de 200 liv. sterl., c'est-à-dire 5,000 fr., montant quatriennal, et de l'avoir doublé comme le second avec les ressources des prix précédents non adjugés. On le soupçonne, on l'accuse même d'avoir agi ainsi à dessein pour éviter un plus grand nombre de concurrents et favoriser son candidat.

« Avis aux jurés de tous les concours, ici et là, pour agir avec la plus complète impartialité. Autrement ils déshonorent le concours en se déshonorant eux-mêmes ainsi que leurs protégés. »

— Mais voici quelque chose de plus fort, s'il est possible.

Le *Messager du Midi* publie, d'après une correspondance qui lui est adressée de Marseille, en date du 16 juin, les faits suivants :

« Hier a eu lieu, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, un concours pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux. Ce fait n'aurait en lui-même rien qui pût défrayer un instant notre chronique, s'il ne s'était produit, au moment des épreuves des concurrents, un incident assez grave et qui mérite de vous être signalé.

« Quatre concurrents étaient en présence pour obtenir une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux de Marseille : M. Flavard, chef interne à l'hôpital de la Conception; M. Villeneuve, dont le père est professeur d'accouchement à l'École de Médecine; M. Reynaud, élève de notre École préparatoire, et M. Paul Picard, élève de la Faculté de Médecine de Paris (1).

« Avant l'ouverture du concours, M. Picard a demandé la parole et a déposé sur le bureau de la commission administrative la protestation suivante :

« Messieurs,

« Au moment de subir pour la seconde fois les épreuves du concours pour la place de chirurgien-adjoint des hôpitaux de Marseille, je viens protester formellement contre les conditions dans lesquelles ce concours doit être subi. Je suis heureux de constater que, sur les cinq membres du jury actuel, trois chirurgiens ont assisté à mon premier concours. Bien que ces chirurgiens aient été opposés à ma nomination, je compte sur leur esprit de justice; j'espère qu'ils s'efforceront de rendre le concours légal et digne; enfin, si dans les lignes qui suivent j'attaque le chef interne de l'Hôtel-Dieu, je prie mes auditeurs de se souvenir que c'est le titre que je discute et non l'homme, dont j'ai pu apprécier le mérite et l'honorabilité.

(1) M. le docteur Paul Picard, un des représentants les plus distingués de l'internat des hôpitaux de Paris, déjà docteur en médecine de la Faculté Wurzborg, où professait alors Virchow, a contribué par de nombreuses traductions à populariser en France les œuvres du savant micrographe allemand, qui fut son maître.

« Voici, en quelques mots, les abus contre lesquels je m'élève :

« Contrairement à ce qui se passe dans tous les concours académiques ou administratifs, la question écrite est mise dans l'urne dès le premier jour et n'est tirée que le lendemain. Ce mode de procéder ne présente aucun avantage, et il offre de grands inconvénients; il a donné lieu, il pourra donner lieu encore à des fraudes fort regrettables. Je n'insiste pas; tous m'ont compris.

« En second lieu, je proteste contre l'avantage qui est fait au chef interne de l'Hôtel-Dieu, en exercice au moment du concours. Le service de ce médecin l'oblige à examiner, à soigner, à opérer des malades qu'il aura à interroger comme concurrent. Par la nature de ses fonctions, le chef interne est au courant de l'opinion du chirurgien en chef; il connaît le diagnostic porté, le traitement qui a été institué. Les candidats étrangers à l'hôpital ont seulement vingt minutes pour examiner le malade. Vous le voyez, messieurs, ici encore, les conditions ne sont pas les mêmes, la lutte n'est pas égale.

« Je demande, de plus, que, dans la troisième épreuve, on donne le même malade à tous les candidats; le jury désignera lui-même ce malade, dont le choix ne sera pas laissé au gré des concurrents.

« Enfin, et comme c'est partout l'usage, je réclame ce droit, pour l'épreuve opératoire, de choisir mes aides et d'employer mes instruments. Cette demande me paraît trop juste et trop légitime pour que j'aie besoin de discuter les conditions imposées, qui sont complétement en défaveur du candidat étranger à l'hôpital.

« Messieurs, vous reconnaîtrez, je l'espère, combien mes remarques sont justes; vous couperez court aux abus que je vous signale. Ce n'est pas seulement ma cause que je défends. Le pauvre malade a des droits, et sur son lit de douleur, il s'inquiète peu du succès de telle ou telle coterie : le pauvre, dis-je, vous impose le devoir impérieux de choisir, pour lui donner des soins, celui d'entre nous qui donnera les meilleures garanties de savoir, d'expérience et d'habileté.

« PAUL PICARD.

« Marseille, le 15 juin 1868. »

« La commission administrative, après délibération, a déclaré qu'elle passait outre à cette protestation, et a ordonné le commencement des épreuves.

« M. Picard, se levant alors, a dit que devant la persistance des abus qu'il avait cru devoir signaler, devant l'inégalité d'une lutte dont l'issue lui apparaissait bien nette, quels que fussent son expérience et le savoir qu'il pourrait déployer dans un concours à chances égales, il croyait devoir se retirer, aussi bien par dignité que dans l'intérêt de la jeunesse des écoles, à qui sa conduite présente pourrait n'être pas inutile en provoquant pour l'avenir un changement de réglementation.

« Ces paroles ont été accueillies par les applaudissements de l'assistance, composée de médecins et de jeunes étudiants. La protestation de M. le docteur Picard sera déposée à la préfecture, et même portée au Sénat par voie de pétition. »

Est-il vrai que les faits se passent ainsi à Marseille?

Si les faits sont exacts, comment se trouve-t-il un médecin assez simple pour essayer une lutte à armes si discourtoises?

Dans des conditions semblables, qu'est-ce qu'un concours?

Entacher le concours de telles injustices, n'est-ce pas fournir les armes les plus puissantes à ceux qui veulent la destruction du concours?

Nous sommes pour le concours;

Mais pour le concours loyal, à armes égales;

Et sans empiéter sur la prochaine discussion que nous avons l'intention d'ouvrir sur cette question, nous croyons pouvoir affirmer que :

Le *concours*, tel qu'il fonctionne aujourd'hui, n'est pas digne de ce nom.

Dr E. Le Sourd.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. HERVIEUX.

Marche, durée et terminaisons de la péritonite puerpérale généralisée ou générale d'emblée (1).

Diagnostic. — Il résulte de l'exposé que nous avons tracé des phénomènes symptômatiques qui appartiennent à la péritonite généralisée, d'une part, et à la péritonite générale d'emblée, d'autre part, que la douleur est le caractère diagnostique par excellence, à l'aide duquel on peut différencier ces deux variétés de la même affection. Dans l'une, il y a des poussées douloureuses qui se succèdent à des intervalles plus ou moins éloignés, jusqu'à ce que la totalité de la cavité alvo-pelvienne soit envahie par la phlegmasie péritonéale; dans l'autre, une sensibilité très-vive se manifeste sur toutes les régions du ventre à la fois, et témoigne de leur invasion simultanée par l'inflammation de la séreuse. De plus, le frisson est unique dans la péritonite générale d'emblée; il est souvent multiple dans la péritonite généralisée.

(1) Suite. — Voir la *Gazette des Hôpitaux*, 1868, n° 71.

Ce dernier caractère n'a pas, à beaucoup près, la précision du premier; d'abord, parce que les poussées douloureuses successives ne sont pas toutes infailliblement accompagnées d'un frisson; en second lieu, parce qu'il est des péritonites générales d'emblée qui ont été précédées, soit d'une phlébite utérine, soit d'une ovarite suppurative, soit d'un phlegmon du ligament large et, par suite, d'autant de frissons qu'il y a eu de processus inflammatoires du côté de l'appareil utérin.

Que la péritonite soit généralisée ou générale d'emblée, elle se présente avec un ensemble de symptômes qui ne permettent guère à un praticien exercé d'en méconnaître l'existence. Avec le frisson et la douleur, on possède, comme éléments de diagnostic, la tympanite, les vomissements, la diarrhée, l'altération des traits. Mais quelle valeur faut-il attribuer à chacun de ces signes?

La tympanite est, comme le frisson et la douleur, un signe excellent, mais non infaillible. J'ai vu, en effet, la tympanite manquer dans quelques cas. D'une autre part, il est des malades atteintes de phlébite utérine, chez lesquelles ont constate une tympanite très-accusée, parfois même excessive, sans qu'il existe la moindre trace de péritonite. C'est que la tympanite n'est pas autre chose que le développement de l'intestin par une quantité plus ou moins considérable de gaz. Or la production gazeuse et la dilatation intestinale, qui en est la conséquence, n'est pas nécessairement liée, comme le prétend Niemeyer, à l'œdème sous-séreux, œdème qui donnerait lieu à la paralysie de la tunique musculaire. Cet œdème manque trop souvent pour qu'on puisse en faire la cause constante de la distension paralytique de l'intestin. Il y a bien réellement une exagération sécrétoire des gaz intestinaux, comme il y a sécrétion exagérée du liquide biliaire. Sans prétendre expliquer mécaniquement ces hypersécrétions, il faut se borner à dire qu'elles sont dues, comme les autres lésions fonctionnelles, à une influence générale qui n'est autre que l'intoxication puerpérale.

Quoi qu'il en soit, la tympanite n'en reste pas moins, en raison de sa fréquence très-grande dans la péritonite des femmes en couches, un caractère séméiotique de la plus haute valeur.

Les vomissements et la diarrhée étant presque constamment solidaires, ne constituent pour moi qu'un seul et même signe. Avec des vomissements abondants, il est rare qu'il y ait diarrhée. Avec une diarrheé intense, on n'a presque jamais de vomissements. Arrêtez les vomissements, la diarrhée s'établit. Supprimez trop brusquement la diarrhée, vous avez grande chance de voir reparaître les vomissements. Je ne pose pas de loi absolue; rien n'est absolu en pathologie. J'établis une règle générale, fondée sur une longue expérience, règle qui peut souffrir quelques exceptions, mais qu'il faut toujours avoir présente à l'esprit, si l'on ne veut pas s'exposer au plus graves mécomptes.

Eh bien! vomissements et diarrhée, ainsi réunis par ce trait d'union de la solidarité, acquièrent une importance séméiotique considérable, pas si grande toutefois qu'on serait porté à le croire, en se rappelant que tout le diagnostic des péritonites aiguës autres que la puerpérale, repose sur ce signe précieux : les vomissements.

Dans les autres péritonites aiguës, les vomissements sont un phénomène constant. Dans la péritonite puerpérale, ce signe peut manquer, soit parce que la diarrhée le remplace, soit même parce qu'il peut n'y avoir ni diarrhée ni vomissements.

Cette différence dans la valeur séméiotique des vomissements tient, selon moi, à une cause que je n'ai encore vue exprimée nulle part. C'est que dans les péritonites aiguës, soit traumatiques, soit par perforation, etc., les vomissements sont purement et simplement un phénomène sympathique; tandis que dans la péritonite puerpérale, il y a quelque chose de plus. Il y a une hypersécrétion de bile, de gaz et de sucs intestinaux, laquelle reconnaît pour cause la pénétration de l'organisme tout entier par le miasme puerpéral.

L'altération des traits doit être placée également au premier rang par les signes diagnostiques de la péritonite puerpérale. Toutefois, pour être vrai, je dois dire que ce signe me paraît appartenir tout aussi bien à la phlébite utérine et à l'infection purulente qu'à la péritonite. Cette même altération des traits, je la retrouve notée dans presque toutes mes observations de phlébite. Qu'est-ce à dire?

Dans l'altération des traits, il faut distinguer deux choses : 1° l'expression de la souffrance qui produit ce que l'on appelle la face grippée; 2° l'amoindrissement général du visage avec excavation des yeux, dépression des joues, effilement du nez, etc., le tout avec l'estampille de la stupeur, de l'hébétude

ou de l'étonnement. Le grippement de la face n'est que passager comme la douleur qui le détermine; l'amoindrissement avec hébétude de la physionomie est permanent. Or, c'est ce second mode d'altération des traits que l'on constate aussi bien dans la péritonite que dans la phlébite puerpérale La face grippée ou mieux l'expression de la souffrance est surtout l'apanage de la péritonite.

Les autres éléments diagnostiques que nous pourrions passer en revue sont encore beaucoup moins infaillibles que ceux qui viennent d'être passés en revue. Cependant, malgré les causes d'erreur que nous nous sommes attaché à signaler, tous ces signes réunis, frissons, douleurs abdominales, tympanite, vomissements, diarrhée et altération des traits forment un faisceau qui permettra toujours de poser le diagnostic : péritonite.

Essayons maintenant de différencier la péritonite des affections puerpérales diverses avec lesquelles on pourrait la confondre.

Et d'abord un mot de la distinction qui peut être établie entre les différentes péritonites partielles et la péritonite généralisée. Péritonite partielle et péritonite généralisée se présentent communément dans la pratique avec le même cortége de symptômes généraux. Il n'y a guère à cet égard qu'une différence de degré. C'est donc dans les symptômes locaux que l'on doit chercher et que l'on puisera les éléments du diagnostic différentiel.

Ainsi la péritonite iliaque s'affirmera par une induration, une rénitence plus ou moins circonscrite dans l'une ou l'autre des régions iliaques. C'est dans ce point que la douleur, les élancements, la tension du ventre seront localisés. Les annexes du côté correspondant se trouvant presque toujours impliqués dans la tumeur, celle-ci sera d'ordinaire en continuité avec l'utérus qui sera par suite plus ou moins dévié de sa situation normale, et privé, du moins en partie, de sa mobilité. Le toucher vaginal permettra de constater cette fixation de la matrice par des adhérences péritonéales, et en même temps la diminution plus ou moins notable de la souplesse et parfois même des dimensions du cul-de-sac vaginal correspondant. Dans la péritonite généralisée les douleurs ne respecteront aucune des parties de l'enceinte abdominale; la rénitence et la tension des parois seront partout les mêmes. A moins de complication du côté de l'appareil utérin et de ses annexes, l'utérus aura conservé sa mobilité, les culs-de-sac vaginaux leur souplesse. Et si la tympanite n'est pas telle qu'on ne puisse déprimer fortement la paroi abdominale au niveau des régions iliaques, celles-ci se présenteront indemnes de toute induration, de toute tumeur circonscrite.

La péritonite diaphragmatique en imposerait plus facilement pour une péritonite généralisée. Mais la limitation de la douleur dans l'un ou l'autre des deux hypochondres, la flexibilité et l'indolence des régions iliaques et des organes y contenus, seront d'un grand secours pour éviter toute erreur. D'ailleurs la confusion n'aurait pas de conséquences sérieuses, les indications thérapeutiques étant à peu près les mêmes dans les deux cas.

Quant à la péritonite intra-pelvienne ou péri-utérine, qui n'est autre chose que ce que la plupart des auteurs désignent sous le nom de *phlegmon péri-utérin*, elle se distingue de la péritonite généralisée par l'existence d'une tumeur qui n'est habituellement appréciable que par le toucher vaginal ou rectal et qui, quand elle se manifeste à la région suspubienne, consiste dans un empâtement, un noyau assez mal délimité, mais ne dépassant jamais les limites de la zone hypogastrique. Le reste de l'abdomen conserve sa souplesse et son indolence normale, ce qui n'a jamais lieu dans la péritonite généralisée.

La variété de péritonite que l'on confond le plus aisément avec la péritonite généralisée, c'est la variété épiploïque ou abdominale antérieure. L'erreur est ici presque impossible à éviter, parce que la paroi antérieure de l'abdomen est tendue et douloureuse sur tous ses points. Cependant si l'on presse sur les hypocondres, on les trouve indolores. Si l'on explore les fosses iliaques, on y constate une sensibilité beaucoup moindre que dans les régions épigastriques et péri-ombilicale. Si l'on pratique le toucher vaginal, on ne perçoit rien d'anormal dans les culs-de-sac latéraux. Ces différences, très-délicates à saisir au début, s'accusent davantage si la guérison a lieu, parce qu'alors le mal tend à se circonscrire de plus en plus. Elles s'effacent et disparaissent totalement, au contraire, quand les accidents s'aggravent, parce qu'alors la péritonite ne manque presque jamais de se généraliser.

La rétention d'urine, accident si fréquent dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, a pu, dans certains cas, donner l'idée d'une péritonite généralisée, en raison du développement énorme que la vessie est susceptible d'acquérir. Mais, d'une part, la forme ovoïde de la tumeur, sa matité, son indolence à la pression ne permettront pas de croire au développement tympanique de l'abdomen sous l'influence d'une inflammation péritonéale. D'une autre part, tous les doutes, s'il en restait, seraient levés par le cathétérisme.

Je ne mentionne que pour mémoire la métrite aiguë parmi les affections puerpérales susceptibles d'en imposer pour une péritonite. En effet, le volume de l'utérus, la saillie qu'il fait dans la région hypogastrique, sa rénitence, sa dureté presque pierreuse, la facilité de saisir la tumeur entre les deux mains en combinant le toucher vaginal avec le palper hypogastrique, tous ces caractères de la métrite sont trop constants et trop distincts pour qu'on puisse les interpréter dans le sens d'une péritonite et surtout d'une péritonite généralisée.

Il n'est pas impossible de confondre la phlébite utérine et la péritonite chez les femmes récemment accouchées.

Ces deux affections peuvent débuter avec un frisson, s'accompagner à leur période d'état de vomissements, de diarrhée, d'altération des traits, d'agitation, d'insomnie, de délire, etc., Comment les distinguer? Dans la phlébite utérine, le ventre est souple et indolent; il est dur, développé, douloureux dans la péritonite. Lors même qu'il existerait de la tympanite coïncidemment avec la phlébite utérine, ce qui est toujours exceptionnel, on échapperait encore à l'erreur en se rappelant que le développement tympanique du ventre est précédé de douleurs aiguës dans la péritonite, tandis qu'il se produit indépendamment de toute douleur dans la phlébite utérine. On a prétendu distinguer les deux maladies par l'unicité et la multiplicité des frissons; l'unicité appartenant à la péritonite; la multiplicité étant propre à la phlébite puerpérale. Cette distinction est malheureusement démentie par les faits, les péritonites à poussées multiples s'accompagnant souvent de plusieurs frissons, et certaines phlébites évoluant avec un frisson unique. La douleur est donc encore ici le signe diagnostique par excellence.

On est très-exposé à prendre une pleurésie pour une péritonite chez les femmes en couches, et l'erreur est beaucoup plus commune qu'on ne serait porté à le croire au premier abord.

Les causes de cette erreur sont multiples : 1° la répugnance naturelle qu'éprouvent les femmes en couches à se mouvoir, la crainte bien légitime que l'on a, en se livrant à une exploration complète de la poitrine, de provoquer un refroidissement ou des douleurs abdominales, s'opposent aux investigations thoraciques; 2° l'absence très-fréquente, sinon constante, de certains signes qui appellent l'attention du médecin, tels que le point de côté, la toux et l'expectoration, contribue à faire négliger l'examen des organes pectoraux; 3° le point de côté, quand il existe, est souvent confondu avec une douleur abdominale, ou attribué, ainsi que la dyspnée, à la tympanite qui peut exister simultanément avec la pleurésie.

Je pourrais me borner à dire que le moyen d'éviter l'erreur, c'est d'explorer attentivement tous les jours les organes thoraciques. Mais, dans la pratique, on n'en continuera pas moins, et avec beaucoup de raison, d'éviter aux femmes en couches des mouvements qui ne sont pas dépourvus de nocivité.

Eh bien! il est un moyen simple et très-pratique de savoir si l'on doit procéder quand même à l'examen de la poitrine, c'est de compter chaque jour le chiffre des respirations. Quand ce chiffre excède 40, il doit être suspect. Au delà de 50 respirations, il y a toujours lieu de redouter une grave affection de la plèvre et des poumons, mais surtout de la plèvre. Une exploration complète fera constater en effet la matité, le souffle, l'égophonie, tous les phénomènes caractéristiques en un mot de l'épanchement pleural.

(*La suite prochainement.*)

ÉTUDES

sur certaines causes de rupture d'équilibre dans le mécanisme de la circulation,

par M. E. TACHARD,

aide-major à l'hôpital militaire de Toulouse.

L'organisme humain forme un tout si bien constitué, qu'il est impossible de toucher à une partie quelconque de la machine, sans que tout le reste s'en ressente dans son fonctionnement.

Lorsque des maladies à marche chronique viennent frapper le poumon ou le cœur, si on ne peut enrayer leur marche dès le début, elles conduisent toujours à une terminaison fatale, au milieu de symptômes identiques, décrits par Beau sous le nom d'asystolie.

Ce sont à ce sujet deux malades, traités dans ces derniers temps à l'hôpital militaire de Toulouse, dont je désire présenter les observations fort intéressantes au point de vue anatomo-pathologique.

Les lésions étaient si considérables, que la santé de ces deux hommes s'altéra chaque jour davantage et que la mort arriva enfin comme terminaison fatale. Dans l'évolution de la maladie, il y a eu plus d'un point de ressemblance, ce qui m'a engagé à faire un examen synthétique plus propre à éclairer cependant la physiologie pathologique que la médecine pratique.

Quoique les lésions cardiaques fussent différentes, dans la période ultime où il nous a été donné de voir ces deux malades, nous avons pu cependant constater des symptômes identiques, qui ne dépendaient pas tant des lésions valvulaires *que de l'état physique et vital des cavités du cœur*, comme dit Stokes.

Dans les deux cas, trois fonctions principales se trouvaient lésées; la nutrition était imparfaite, la respiration fortement compromise, et, sautant aux yeux de tous, la rupture d'équilibre dans les phénomènes mécaniques de la circulation, se manifestant par l'œdème généralisé.

Mon intention n'est pas ici de faire une étude clinique, ou une classification, car en nosologie on ne doit point grouper les affections d'après les symptômes ou les lésions anatomiques seulement, ainsi que le fait remarquer Bouillaud.

Mon but est de présenter les lésions anatomiques, les analogies et les différences qu'elles offrent, aussi fidèlement que je le pourrai, et le résultat qu'elles ont exercé sur le mécanisme de la circulation.

Dans les deux cas qui vont nous occuper, le rhumatisme a produit ou favorisé le développement, dans le premier cas, d'une hypertrophie très-considérable du cœur avec symphyse cardiaque; dans le second, d'une endocardite se compliquant de graves lésions valvulaires et d'hypertrophie.

Je vais rapporter succinctement quelques détails de l'observation de ces deux malades, et les lésions rencontrées à l'autopsie.

Le premier, âgé de vingt-quatre ans, d'une constitution primitivement bonne, servait dans l'armée comme artilleur. Il entre à l'hôpital (service de M. le médecin-major Armieux) le 24 janvier 1868, pour une cinquième atteinte de rhumatisme polyarticulaire aigu; à son entrée, on constate les complications cardiaques, la faiblesse du pouls, l'œdème, la gêne de la respiration.

Le 26 février, il meurt victime de l'ensemble des conditions morbides désignées sous le nom d'asystolie.

L'autopsie fut pratiquée, par le docteur Bourgois, 24 heures après la mort.

Le cœur est libre de toute adhérence à la paroi thoracique ou à la plèvre, il est extrêmement volumineux et pèse 1,250 gr., bien que débarrassé des caillots qui l'obstruent. Son diamètre horizontal est de 17 centimètres, le vertical, de 13; l'oblique, partant du milieu de la pointe, est de 19 centimètres.

La péricarde adhère au cœur par de fausses membranes celluleuses qui se déchirent très-facilement; dans les mailles très-lâches de ce tissu de nouvelle formation, on voit comme une matière gélatiniforme. Cet exsudat est surtout fort apparent dans le trajet péricardique de l'aorte. Au-dessous de cette couche fibrineuse, on voit une couche réticulée rouge sombre, due à l'imbibition sanguine et à la compression exercée par l'épanchement.

Les cavités cardiaques sont beaucoup plus grandes qu'à l'état normal; les parois du cœur gauche n'ont pas 7 millimètres d'épaisseur; elles sont molles et flasques; la valvule mitrale est insuffisante; le ventricule droit logerait le poing d'une femme, ses parois sont amincies, l'orifice auriculo-ventriculaire est dilaté proportionnellement aux cavités.

La coloration générale du cœur est rouge-cendrée.

L'endocarde est parfaitement sain; les replis valvulaires et les cercles fibreux artériels ne présentent pas la moindre altération.

L'origine de l'aorte, sa partie ascendante et descendante, les artères coronaires, disséquées dans toute leur étendue, ne portent pas trace de dégénérescence athéromateuse à aucune période de son évolution.

Dans la cavité pleurale droite, on trouve environ 400 grammes de liquide séreux jaune-citrin; dans la gauche, la quantité est moindre; la séreuse n'est pas enflammée, les poumons sont fortement congestionnés, emphysémateux; en faisant des coupes, on provoque la sortie du sang mêlé à de la sérosité.

Le poumon gauche est refoulé par le cœur contre la paroi thoracique.

Dans la cavité péritonéale, il y a environ un litre de liquide. Rien à noter du côté des autres organes splanchniques, si ce n'est le volume augmenté du foie et son hyperémie.

Les fibres musculaires du cœur sont manifestement graisseuses, et la substance gélatineuse interstitielle est composée essentiellement de fibres élastiques, de cellules plasmatiques et de globules de pus.

Des lésions anatomiques différentes, mais non moins intéressantes, se rencontraient chez le second malade.

Agé de 30 ans, cet homme exerçait, avant son entrée au service, la profession de roulier. Il servait au 14e régiment d'artillerie, comme remplaçant, depuis le 20 novembre 1867. Il n'avait jamais fait campagne dans son premier congé, et s'était toujours trouvé dans de bonnes conditions hygiéniques; il a il a éprouvé fréquemment des douleurs rhumatoïdes.

A son entrée à l'hôpital, le 28 octobre 1867 (service de M. le médecin-major Desjardins), il présentait tous les signes de la bronchite chronique. La cage thoracique était déformée, un peu cylindrique; la matité précordiale s'était augmentée; mais la délimitation exacte était rendue très-difficile à cause d'une lame emphysémateuse du poumon qui recouvrait le cœur. A l'auscultation, on percevait en arrière des râles sibilants et ronflants; le bruit vésiculaire était très-affaibli. Les jugulaires étaient dilatées, le pouls était faible, l'hématose incomplète.

Plus tard, le malade accuse des douleurs précordiales que l'on rapporte à une péricardite (4 février); elles disparaissent (2 mars), mais déjà les urines sont très-fortement albumineuses et l'œdème a paru depuis plusieurs jours aux malléoles d'abord, pour remonter rapidement le long des membres inférieurs, envahir le tronc, puis les bras et la face.

Il y a eu un état diarrhéique à peu près constant, et la sécrétion urinaire a été peu abondante.

La marche de la maladie fut chronique et la terminaison fatale : une fois que les symptômes d'asystolie eurent apparu, la mort arriva par asphyxie.

Dans les derniers moments, les extrémités étaient froides, les lèvres presque noires; l'anxiété était extrême, malgré les grands efforts du malade pour rendre la respiration plus libre. Le pouls surtout était d'une petitesse extrême.

A l'autopsie, pratiquée le 14 avril, il était facile de prévoir ce qu'on allait rencontrer.

Les lésions principales portaient sur l'endocarde et sur le tissu musculaire du cœur qui pesait 630 grammes. Les altérations primitives affectaient le côté gauche et avaient amené consécutivement les désordres observés dans les autres cavités cardiaques.

Les parois du ventricule gauche étaient hypertrophiées, elles avaient 3 centimètres 1/2 d'épaisseur à la base et 1 centimètre 1/2 à la pointe. La hauteur du ventricule de la pointe au sommet de l'infundibulum métral, était de 7 centimètres, et son diamètre, pris au milieu de la poche, était de 5 centimètres.

Ces chiffres disent assez quelle est la dimension réelle de cet organe; mais là ne s'arrêtaient pas les désordres. L'oreillette anormalement dilatée, de 5 millimètres d'épaisseur, aurait pu loger une bille moyenne de billard. La cavité ventriculaire droite présentait une dimension d'un tiers plus considérable que la gauche; mais les parois ne présentaient que 1 centimètre d'épaisseur. Quant à l'oreillette droite avec ses appendices auriculaires, elle présentait une capacité double de celle du côté opposé.

Dans la cavité ventriculaire gauche, l'endocarde est épaissi et l'on y voit plusieurs taches laiteuses incrustées de matière calcaire. Les tendons des colonnes charnues sont restés exceptionnellement indépendants; ils sont presque tous réunis en un seul faisceau induré, comme pétrifié, et constitué par du tissu calcaire recouvert d'un fin feuillage séreux; par suite de cette disposition, les replis valvulaires de la mitrale semblent se continuer directement avec les muscles; pour les parties tendineuses restées indépendantes, elles sont rigides, incrustées de matière calcaire, et ont la grosseur d'une plume de corbeau.

La valvule mitrale est complétement ossifiée; les bords sont adhérents et hérissés d'un très-grand nombre d'aspérités de consistance pierreuse; sa dimension se réduit à celle d'une simple fente de 3 millimètres de large et restant constamment béante.

A droite, l'endocarde est sain; la valvule tricuspide n'est pas athéromateuse, mais elle est incomplétement insuffisante (épreuve par l'eau) pour obstruer l'orifice auriculo-ventriculaire droit, dont le diamètre a plus de 3 centimètres 1/2.

L'artère pulmonaire et ses valvules sont restées saines; l'orifice aortique et ses valvules ne sont pas altérés, mais les artères coronaires présentent de petits îlots athéromateux disséminés, ainsi que la crosse de l'aorte.

Dans le cœur gauche, on trouve des caillots fibrineux organisés depuis longtemps et adhérents aux parois; de l'autre côté, au contraire, des *coagulums* formés *post mortem* ou pendant l'agonie.

La quantité de sérosité infiltrée est extrêmement considérable; les séreuses sont remplies, et les membres sont gorgées de liquide.

Ce qui frappera tout le monde, au premier abord, est le poids énorme de ces deux cœurs. On sait, en effet, que le poids moyen de cet organe est de 250 grammes chez l'adulte; Bouillaud fixe le poids maximum à 688 grammes; et il cite dans son *Traité des maladies du cœur*, comme tout à fait exceptionnel, le cœur de deux livres trouvé par Lobstein.

Un fait non moins digne d'attention, dans le premier cas, est l'intégrité anatomique parfaite de l'endocarde et des valvules coïncidant avec la péricardite chronique, qui avait fait naître des symptômes que l'on pouvait rapporter cependant à des lésions organiques valvulaires.

L'étude que nous avons pu faire des deux feuillets du péricarde et du tissu interstitiel, prouve que la cause déterminante du travail pathologique observé est l'inflammation, ainsi que l'a avancé, il y a longtemps, le professeur Bouillaud.

Le semis de cellules plasmatiques dont certains noyaux se sont transformés en pus, en est la preuve bien évidente.

Vers la pointe où existaient les adhérences les plus solides, on trouvait des cellules fusiformes soudées entre elles et des granulations graisseuses.

Contrairement à l'opinion de Forget, l'augmentation considérable des cavités, dans le cas de symphyse, est le résultat de l'adhérence du péricarde, qui a déterminé l'accroissement des parois et affaibli la contractilité de la substance musculaire du cœur.

Beau et Aran ont écrit chacun leur opinion sur le mécanisme de l'hyperthrophie excentrique du cœur dans le cas de symphyse cardiaque.

Mais Haller, ainsi que le fait remarquer Aran, en a peut-être avant eux donné l'explication en disant que les cavités qui se contractent mal, se vident mal.

Ce qui rend exactement compte du mécanisme de l'hyperthrophie avec amincissement des parois, c'est l'influence du péricarde enflammé, dont l'effet direct est de diminuer la consistance du tissu du cœur, observation qui n'avait pas échappé aux anciens.

Histologiquement, il a été facile de reconnaître ce ramollissement graisseux de la fibre musculaire, qui n'est pas le résultat d'une cause isolée, telle que l'inflammation de la membrane d'enveloppe ou de l'excès de travail qu'a à fournir le cœur, ainsi que l'avance, dans sa *Thèse inaugurale*, le docteur Bar, mais bien de l'ensemble de ces causes et du trouble mécanique apporté dans la circulation.

La perte d'élasticité des parois et leur ramollissement ont rendu les contractions du cœur incomplètes; par suite, le sang, gêné dans son cours, a amené la congestion des viscères, les épanchements de liquide dans les cavités, de même que l'aurait pu produire une insuffisance du cœur.

Le cœur, qui se contractait et qui se vidait mal, a déterminé un état congestif du côté du poumon; l'exsudation à la surface des bronches en a été le résultat; de proche en proche, l'hématose devient impossible, le sang veineux ne s'artérialise pas, et un excès d'acide carbonique reste dans le torrent circulatoire, qui ne peut s'en débarrasser.

Si nous examinons maintenant l'action produite sur l'organisme par le rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche, nous verrons que des symptômes identiques aux précédents ont été observés; mais il fallait les rapporter à une cause différente.

A l'autopsie, nous nous trouvions en présence de la lésion anatomique la plus grave que l'endocardite puisse entraîner à sa suite.

L'orifice auriculo-ventriculaire gauche était transformé en un canal infundibuliforme rigide et considérablement rétréci. Il serait presque inutile de signaler les accidents que cette lésion mécanique, dont la gravité résulte de l'importance de l'organe malade, a dû entraîner; mais je tiens à faire ressortir que des altérations très-différentes créent constamment des troubles mécaniques analogues et entraînent fatalement la mort au milieu des mêmes symptômes.

Le rétrécissement mitral a créé *a tergo* la dilatation des cavités droites du cœur et un grand embarras à la circulation veineuse, en rendant le passage du sang à travers le cœur très-difficile; l'insuffisance du même côté a permis au sang de refluer dans l'oreillette et a été ainsi cause d'une congestion veineuse plus grande; de là la gêne de la respiration, congestion du foie et du système porte, engorgement séreux des extrémités, albuminurie, et enfin l'asphyxie par suite de l'impossibilité qu'avait le sang veineux à s'artérialiser à cause de l'œdème pulmonaire, consécutif lui-même à l'affection cardiaque.

En un mot, par un mécanisme différent, ces deux malades ont traversé les mêmes phases vers la période ultime.

Mais si tant est qu'il existe un rapport entre les maladies organiques du cœur et celles des autres viscères, rapport qui ne peut être contesté, il faut encore voir quelle en est la nature, où s'il y a seulement relation de cause à effet. C'est à cette dernière manière de voir que je m'arrêterai; le bien commun, c'est la rupture d'équilibre dans le mécanisme de la grande et de la petite circulation.

Ces faits n'apportent pas directement de résultat pratique; mais ils montrent d'une façon évidente que dans les maladies organiques du cœur l'attention doit se tourner presque exclusivement sur les troubles de la fonction circulatoire et ses conséquences.

Si je suis allé, au sujet de ces deux cas, jusqu'à faire ces trop longues réflexions, c'est qu'elles me semblent de nature à éclairer peut-être le traitement.

Contre la dégénérescence graisseuse, qu'il est plus facile de prévoir que de diagnostiquer d'une façon certaine, qui est souvent cause d'asystolie, nous avons la digitale, un médicament précieux, qui augmentera et régularisera l'action du cœur, quand il sera sagement administré.

Nous avons encore les préparations iodées, qui, sans être spécifiques, s'opposent pourtant à la métamorphose graisseuse, quelle qu'en soit la cause.

Nous pouvons encore agir indirectement, mais d'une façon moins efficace, sur les obstacles mécaniques qui gênent le cours du sang. Il nous est possible d'augmenter la perméabilité du tissu pulmonaire par la médication expectorante, et d'activer les fonctions sécrétoires et principalement celles du rein. Le sang ainsi aura plus de chance de s'artérialiser, il se dépouillera d'une plus grande quantité d'acide carbonique, par suite l'individu sera moins exposé à s'asphyxier lui-même.

Le calomel administré par la méthode anglaise, diminuera la congestion du foie, et facilitera la circulation dans le système porte.

Si le temps presse, il faut ouvrir le système sanguin, faire une saignée déplétive, dégorger le système porte par des sangsues à l'anus, et employer ensuite, comme adjuvants, les moyens dont je parlais.

On me fera peut-être le reproche de traiter bien mécaniquement la question des maladies du cœur; je n'en serai nullement touché, car c'est, à mon avis, la seule façon de comprendre et d'expliquer rigoureusement ce qui se passe lorsque l'appareil cardiaque est atteint.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 15 mai 1868. — Présidence de M. Chausit.

Calculs hépatiques.

M. Gros montre à la Société des calculs hépatiques très-volumineux qui ont été rendus par une dame âgée de 72 ans.

Cette malade, très-nerveuse, a eu, au mois de décembre dernier, des crises de coliques hépatiques tellement violentes, que M. Gros crut que la mort en serait la conséquence. Douleurs atroces, vomissements incessants et très-pénibles, enfin tout le cortége habituel des coliques hépatiques, mais à son summum d'acuité; petit à petit, les crises s'éloignèrent.

Il y a aujourd'hui quinze jours, les crises reparurent tout à coup, moins violentes, et cessèrent bientôt; et dans les selles, on retrouva les trois calculs que j'ai l'honneur de présenter à la Société. Leur forme, leurs facettes prouvent qu'il y en avait d'autres, mais qui n'ont pas été retrouvés. Jamais je n'ai vu d'aussi volumineux calculs expulsés; j'en ai vu d'aussi gros, mais *post mortem* et dans la vésicule.

M. Charrier. La communication de M. Gros est très-intéressante, et il faut avoir été témoin de semblables crises pour se faire une idée des douleurs atroces qu'endure le malade.

J'ai eu, ajoute-t-il, il y a quelques années, l'occasion de voir et de suivre, chez un de mes amis et clients, une crise de coliques hépatiques des plus violentes : la crise dura neuf jours, et le malade n'était un peu soulagé qu'en se mettant la tête en bas et les pieds en l'air. Il souffrait encore, mais moins, dans cette position fatigante.

Il avait été six années de suite à Vichy (1). C'était six semaines après sa dernière saison que la crise était survenue, intense et prolongée. Enfin, au bout du neuvième jour, la douleur cessa, et il alla à la garde-robe deux ou trois fois de suite : les selles étaient décolorées, et au milieu des matières, on trouva trente-trois calculs de différentes grosseurs; mais aucun n'était aussi gros que ceux qui nous ont été présentés par notre collègue. Depuis, mon client n'a plus de coliques et n'est pas retourné à Vichy.

LECTURE.

M. Durosiez lit un mémoire intitulé : *Du rétrécissement de la tricuspide* (sera publié).

ÉLECTION.

Le scrutin est ouvert pour la nomination d'un membre titulaire.

La Commission avait porté M. Foville en première ligne, M. Martin (Antonin) en deuxième.

Au premier tour, M. Foville obtient 12 voix, et M. Martin (Antonin) 12 voix.

Au deuxième, M. Foville a 11 voix, et M. Antonin Martin 13 voix.

En conséquence, M. Antonin Martin est nommé membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

DISCUSSION.

Discussion sur le mémoire de M. Leudet sur *les effets immédiats et éloignés des Eaux-Bonnes*.

M. Briquet. Je commencerai d'abord par féliciter notre collègue sur son mémoire : ce mémoire est bien fait, bien pensé, bien écrit et très-intéressant. Cependant, je ne suis pas complétement et toujours de son avis. Il y a surtout deux points essentiels, selon moi, que je ne puis laisser passer sans conteste.

Le premier point est celui-ci : notre collègue a expliqué, par la méthode substitutive, le mieux constaté chez ses malades. Il a dit que l'inflammation pathologique du poumon dans la phthisie était, sous l'influence des Eaux-Bonnes, remplacée par une inflammation médicale, si je puis dire ainsi, que cette inflammation se substituait à la première et guérissait plus vite; mais je n'admets pas cette explication-là, et je la crois dangereuse, car une inflammation médicale est toujours une inflammation, et c'est, selon moi, toujours très-dangereux d'enflammer un poumon malade. Dans la thérapeutique de la phthisie, on a ordinairement tellement peur d'enflammer, que l'on supprime les ferrugineux. MM. Hérard et Cornil ont voulu prouver que la phthisie était toujours une inflammation, et ils ont conseillé les sangsues et les saignées pour combattre ce processus inflammatoire, et je crois que ce n'est pas en enflammant de nouveau le poumon qu'on peut arriver à bien, mais en reconstituant l'économie, car la phthisie est une maladie déprimante par excellence.

Le second point est celui-ci : M. Leudet pense que la phthisie est antagoniste de la goutte, de l'arthritis et de l'herpétisme. D'abord ce sont des mots vagues, qui n'ont pas grand sens et qui ont le tort, selon moi, de renfermer une foule de choses et de ne rien préciser; mais si l'on en croit M. Pidoux, ce sont, au contraire, ces maladies-là qui conduisent à la phthisie pulmonaire. La phthisie serait le carré de ces états morbides. Ainsi M. Leudet, pour prouver ce qu'il avance, nous donne l'histoire d'une jeune fille lymphatique, ayant les symptômes de la phthisie commençante; sous l'influence de la médication thermale un mieux apparaît, puis, au bout de trois à quatre mois, il lui survient un eczéma, et elle guérit. Mais si elle était déjà mieux trois mois avant l'apparition de l'herpétisme, ce n'est pas l'herpétisme qui l'a guérie, c'est la dérivation, c'est la révulsion qui a amené la guérison.

Dans la fistule à l'anus qui, comme chacun sait, est très-souvent la compagne de la phthisie, s'il y a écoulement, les symptômes pulmonaires se taisent. Au contraire, si cette fistule guérit ou si on la guérit, les signes thoraciques apparaissent. Qu'est-ce donc que cette alternance, si ce n'est une dérivation et une révulsion?

M. Leudet nous cite encore un jeune malade qui est dans le même cas; survient, chez ce phthisique, une amélioration notable après l'apparition de coliques hépatiques et d'hémorrhoïdes; mais ce n'est pas l'arthritis qui l'a guéri, c'est la dérivation et la révulsion.

M. Leudet. Je remercie d'abord mon maître, M. Briquet, des éloges vraiment trop flatteurs qu'il a donnés à mon travail, mais je crois qu'il craint trop l'inflammation substitutive dans le poumon. La phthisie a un processus inflammatoire, cela n'est pas douteux, mais c'est une inflammation spéciale et qui est remplacée par une inflammation substitutive par les Eaux-Bonnes.

La goutte franche exclut la phthisie, mais la goutte dégénérée arrive à la phthisie, et je suis de l'avis de M. Pidoux; mais maintenant je crois qu'il faut voir, dans ces guérisons qui surviennent sous l'influence d'un état pathologique nouveau, dans l'organisme, une véritable substitution, un antagonisme.

M. Briquet. La médecine substitutive est scabreuse; on peut faire de la substitution sur l'œil, sur la muqueuse uréthrale; mais, sur le poumon, c'est dangereux.

M. Leudet. Dans une de mes observations, j'ai cité le cas d'une phthisique qui, sous l'influence des Eaux-Bonnes, a eu une hémoptysie, et c'est à la suite de cet accident que les phénomènes graves se sont amendés; je n'ai pas la prétention de croire que toujours l'hémoptysie amendera la maladie, mais enfin j'ai dit ce que j'avais vu, et ce qui m'avait semblé s'être passé chez mon malade.

M. Guibout. J'ai quelques objections à faire à M. Briquet : je voudrais bien définir le mot *phthisie* et le spécialiser. Il y a plusieurs formes de phthisie, la clinique nous le démontre d'une manière évidente; et s'il y a dans quelques cas, chez certains individus, une véritable inflammation franche, il y a aussi des phthisies strumeuses

(1) Voir, pour le traitement des calculs hépatiques, la *Gazette des Hôpitaux*, année 1868, page 170. (Note de la rédaction.)

et tout à fait asthéniques, et je crois que c'est dans ces cas-là que les Eaux-Bonnes sont réellement efficaces et utiles.

M. BLONDEAU. M. Briquet craint l'inflammation substitutive; mais dans les bronchites, il y a une véritable substitution quand on emploie la méthode sulfureuse, car je ne comprends vraiment le mot de guérison que par la substitution.

M. BRIQUET. Je vais d'abord répondre à M. Guibout. Ce qui varie surtout, c'est la constitution du sujet, mais le poumon du strumeux ne supporte pas mieux les excitations que les autres. On s'efforce d'éviter les irritations chez lui comme chez les individus de constitution différente. — Ensuite, à M. Blondeau : on emploie la méthode substitutive dans les maladies des bronches, c'est vrai, mais quand les alvéoles pulmonaires sont malades, croyez-vous que ce serait innocent d'employer la méthode substitutive? Je ne le crois pas, et quand on a tenté les inspirations d'oxygène comme méthode thérapeutique dans les maladies pulmonaires, ces inspirations ont déterminé des symptômes déplorables et nuisibles, les effets ont été énormes, désastreux.

M. DUROZIEZ. J'avoue, messieurs, que je suis étonné de ce que j'ai entendu dire des Eaux-Bonnes, et de la manière dont on les emploie. J'avais été élevé dans des idées tout autres, et je suis tombé des nues quand je les ai vu administrer, avec une prodigalité extrême, deux, trois, quatre verres. De mon temps, on donnait des quarts de verre, est-ce une idée qui m'est particulière et que je dois rejeter? Ce que je dis là, c'est une simple question pour mon instruction personnelle; mais mon étonnement a été encore plus grand quand j'ai entendu notre collègue Leudet présenter une hémoptysie considérable comme une crise favorable, et nous dire que l'on administre les Eaux-Bonnes à toutes les périodes de la maladie. Je voudrais savoir quelle est maintenant la manière de faire, et la pratique de nos confrères qui exercent aux Eaux-Bonnes.

M. SIMONNOT. Il y a eu deux idées émises pour expliquer le mode d'action des Eaux-Bonnes : M. Leudet l'explique par la substitution, M. Briquet par l'action tonique de ces eaux sur l'économie entière. Je comprends différemment la médication substitutive que M. Leudet. Je ne la comprends que topiquement appliquée sur la surface enflammée, et mon esprit admet difficilement le mode de substitution provoquée par les Eaux-Bonnes.

Je comprends plutôt M. Briquet qui explique l'action des eaux par une modification produite sur l'économie toute entière, car pour moi, dans ma pensée, je n'admets la substitution que lorsque le médicament a été mis en contact avec la surface malade.

Quand on donne un purgatif dans l'entérite, on donne un coup de fouet aux sécrétions intestinales, mais on ne substitue pas une inflammation nouvelle à l'inflammation ancienne.

M. LEUDET. Si l'on a écouté ce que j'ai dit dans mon mémoire, on verra que j'ai parlé de l'action locale, mais surtout de l'action générale sur l'économie entière. A présent je répondrai à M. Duroziez. On donnait autrefois les Eaux-Bonnes à doses minimes, mais maintenant que des études plus approfondies ont été faites sur l'action des eaux, on les donne plus largement qu'autrefois.

M. GUIBOUT. Il serait bon de s'entendre sur le mot *substitution*, et je crois que pour que ce phénomène se produise, il n'y a pas besoin, comme le disait tout à l'heure M. Simonnot, qu'il y ait contact entre le médicament et la partie malade. Il faut qu'il y ait une poussée, et c'est ce que l'on observe, à la suite de l'administration des eaux d'Allevard, dans les maladies de la peau.

M. BLONDEAU. Il résulte des travaux modernes, et surtout de ceux de M. Bernard, qu'il y a des lieux d'élection dans l'économie pour l'élimination de certains médicaments pris à l'intérieur, et M. Claude Bernard a prouvé que le soufre s'éliminait par le poumon, par la muqueuse pulmonaire.

M. BLACHEZ. Ce que dit M. Blondeau est très-vrai; comment agit le chlorate de potasse pris à l'intérieur dans la stomatite? N'est-ce pas une substitution? Et le copahu dans la blennorrhagie, comment agit-il?

Et dans la dysentérie, comment agissent l'ipéca et le sulfate de magnésie? N'est-ce pas en substituant un flux nouveau à un flux chronique. Dans cette maladie, le nitrate d'argent n'agit que comme pansement, car la muqueuse est hypertrophiée, et dans la dysentérie chronique, les intestins sont énormes.

Dans les phthisies, les Eaux-Bonnes contiennent des principes qui sont éliminés par le poumon.

M. SIMONNOT. Je n'appelle pas *substitution* les phénomènes qui se produisent dans l'économie sous l'influence d'un médicament ingéré dans l'estomac. C'est un état pathologique substitué à un autre, mais le sujet entier est modifié d'abord. Car s'il en était autrement, le sulfate de quinine serait le substitutif de la fièvre intermittente.

Dans la stomatite, ce n'est pas une substitution, c'est une action toute spéciale.

M. BLACHEZ. Eh bien! abandonnons le mot *substitution*, mais alors, comment, comme je le disais tout à l'heure, expliquer l'action du copahu dans la blennorrhagie? Tout ce qu'on a dit n'est qu'un abus de langage, qu'une logomachie, puisque le résultat, c'est-à-dire la guérison ou au moins l'amélioration des malades, est un fait certain, que ce soit par substitution ou par un tout autre procédé, le fait reste, et le mode d'action du médicament est peu important.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel : Dr A. CHARRIER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 15 juin 1868, le Ministre de l'Instruction publique a déclaré vacante la chaire de pathologie et thérapeutique générale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Les candidats à cette chaire devront faire parvenir leurs demandes, titres et justifications à la Faculté et au conseil académique.

— M. le docteur Berenger-Féraud vient de recevoir la décoration de 3e classe de l'ordre de la Couronne de Fer.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 74. — JEUDI 25 JUIN 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 25 JUIN 1868. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 24 juin 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la tuberculose est momentanément interrompue.

M. Bouillaud a remis son discours à quinzaine.

M. Colin annonce de nouvelles expériences sur la disparition rapide des tubercules produits par inoculation, même chez les lapins qui ont reçu une quantité considérable de matière tuberculeuse.

Ainsi se trouverait confirmée une des principales objections de M. Clark contre toute assimilation de la *phthisie* proprement dite à la *granulie* artificielle.

Le reste de la séance a été occupé par des présentations et des lectures.

Un ouvrage de M. Fournié, sur l'instruction des sourds-muets, a été présenté avec de grands éloges et analysé par M. Béclard.

Le but de ce livre est d'établir la supériorité de la méthode suivie par l'abbé de l'Épée, du langage mimique et gestif, sur celle du langage syllabique ou articulé.

On pouvait y arriver de diverses manières; et comme tous les genres de démonstration scientifique se prêtent un mutuel appui, nous rappellerons que ce sujet a été traité, tant au point de vue de l'analyse philosophique que de la linguistique comparée, dans une série d'articles publiés par la *Revue de Paris*, il y a quelques mois.

Nous détachons un peu au hasard une page de ces articles, où le jeune auteur démontre que le langage gestif convient seul à l'initiation intellectuelle du sourd-muet.

« Les signes alphabétiques sont, comme nous l'avons vu, des abstractions très-élevées; et pour comprendre des abstractions de cette espèce, il faut avoir passé par toute une série d'initiations intellectuelles que les sourds-muets n'ont pas reçues.

« La situation de ces pauvres êtres est bien différente de celle du jeune enfant, pleinement doué, auquel on enseigne les lettres.

« Nos enfants parlent avant de lire. Par la parole, ils entrent avec nous dans cette communion complète de pensée qui leur fait apprendre sans effort ce que nous savons. Ils assistent, par l'audition, au développement d'idées, parfois des plus nobles et des plus grandes. Le temps qu'ils passent sans connaître les caractères littéraux n'est pas un temps perdu pour leur intelligence et pour leur âme.

« Puis, quand on leur montre l'alphabet, dès qu'ils ont surmonté les premiers obstacles, ils se sentent sur le terrain de leurs connaissances acquises.

« Les mots inscrits sur le tableau ou dans le livre, une fois prononcés, ne diffèrent en rien de ceux que les petits élèves avaient l'habitude d'entendre. Ils se suivent dans le même ordre, d'après des règles qu'un long usage faisait entrevoir.

« Aussitôt donc qu'il a saisi la composition syllabique, l'enfant se retrouve en présence du terme qui lui est familier et qu'il accole nécessairement à sa pensée lorsqu'il la formule. Le livre ne lui fournit pas un nouveau langage, des expressions à traduire dans son esprit; il lui parle comme ceux avec lesquels il cause.

« Les sourds-muets, au contraire, n'ont jamais rien reçu par une tradition verbale. Ils ont dû se former eux-mêmes tout leur langage intellectuel, et ils ignorent entièrement ce qu'est la parole, ce qu'est le mot, ce qu'est la lettre.

« Pour eux, les sons ou l'action d'entendre paraissent incompréhensibles. Ils ne peuvent prévoir l'utilité de décompositions syllabiques, destinées à rendre un seul terme par une suite d'émissions vocales. Toutes les conventions du langage parlé et celles du langage écrit leur sont également étrangères; et comme les grammaires et les dictionnaires reposent sur elles, ces objets sont pour eux complétement vides de sens.

« Leur langue est toute différente de celles dont nous nous servons. Les idées qu'ils possèdent leur sont venues d'eux-mêmes, presque toujours; ils ont dû se les formuler eux-mêmes; et ce n'est pas en français qu'ils se les représentent et les expriment aux autres : *c'est en images*.

« Procéder comme eux est indispensable, si l'on désire en être entendu. »

. . . .

« ..... Pour eux, le langage vocal n'apporte pas l'impression directe et sensible qui le grave lorsqu'on l'entend.

« C'est un accessoire de l'écriture, une traduction complexe des caractères littéraux. Il est impossible de penser en mouvements de la bouche et des lèvres qui ne représentent pas un son.

« Le sourd de naissance pouvait les étudier et les comprendre, comme on fait d'une langue étrangère très-difficile; mais il fallait lui fournir autre chose pour alimenter son intelligence par l'usage de chaque instant. »

Nous arrêtons là nos citations et n'essayons pas de donner une analyse de ce travail.

La partie la plus remarquable est certainement celle où le jeune auteur, mettant à profit ses connaissances en linguistique, étudie parallèlement deux langages mimiques, l'un gestif et l'autre écrit : la langue des sourds-muets, telle que l'a donnée l'abbé de l'Épée, et la langue des hiéroglyphes, telle qu'elle a été retrouvée, beaucoup plus tard, par Champollion.

Ces deux langues sont presque identiques, non-seulement dans leurs signes représentatifs, idéographiques et symboliques, mais dans leurs règles et leurs grammaires.

Cette démonstration, pour ainsi dire expérimentale, prouve sans conteste que la mimique est un langage naturel et qu'elle peut suffire aux initiations intellectuelles les plus étendues.

Je serais moins embarrassé pour dire de ces trois articles tout ce que j'en pense, si leur jeune auteur n'était pas mon frère.

A propos de la *Revue de Paris* et de l'Académie de médecine, mentionnons un travail des plus intéressants publié dans cette revue par le secrétaire perpétuel de ce corps savant.

C'est une réponse à une attaque de M. de Berville, ancien magistrat, contre le mémoire que M. Dubois (d'Amiens) a lu, l'année dernière, devant l'Académie de médecine, sur « le genre de mort de Jean-Jacques Rousseau ».

Dr Victor Revillout.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

De l'état mental nécessaire pour faire une donation ou un testament.

I. — Avant de quitter la vie, l'homme a un acte solennel à accomplir, le dernier de tous et celui qui, par conséquent, exige le plus de soin et d'attention, « *Quod actorum hominis et præcipuæ curæ et ultimi est temporis* (1). » Son importance est attestée par les scrupuleuses formalités dont les législateurs de tous les siècles ont pris à tâche de l'environner : « *Voluntas defuncti consignata jure legibusque civitatis* (2). »

Dans l'un de ses admirables plaidoyers, d'Aguesseau, en parlant des testaments, a regardé l'expression des dernières volontés comme une espèce de consolation accordée aux hommes « en leur permettant de revivre, pour ainsi dire, dans la personne de leurs successeurs, et de se procurer une image et une ombre d'immortalité par une longue suite d'héritiers, qui puissent être un monument éternel de la sagesse et de la puissance du testateur. »

Ainsi que l'indique si nettement l'étymologie du mot testament (*Testatio mentis*), la volonté ne saurait être assoupie et la liberté morale visiblement évanouie ou tout au moins compromise, au moment où l'on règle son hérédité. Ulpien n'a-t-il pas dit : « *Testamentum est mentis nostræ justa contestatio, in id solemniter facta ut post mortem nostram valeat* (3).

Le mourant qui dispose de sa fortune doit donc obéir à ses seules incitations. S'il écoute les perfides conseils d'un entourage impatient et avide, s'il s'assimile les suggestions étrangères, s'il défère à l'intimidation exercée sur sa faiblesse, il n'est plus libre.

Sur cette matière, la législation romaine était très-nette. Qu'exigeait-elle, en effet? Que le testateur eût la *faction* de testament, « *Imprimis advertere debemus, an is qui id fecerit habuerit testamenti factionem.* » L'acte, valablement fait d'ailleurs, ne contenant que des dispositions très-sages et en faveur des enfants, était infirmé par cela seul que l'on prouvait la diminution des facultés de l'intelligence : « *Quia in eo qui testatur, ejus temporis quo testamentum facit, integritas mentis exigenda est.* »

L'article 901 du Code Napoléon est ainsi conçu : « Pour faire une donation ou un testament, il faut être sain d'esprit. » Malgré la très-remarquable clarté de cette disposition législative, on pourrait entrer dans d'interminables discussions, car nous ne connaissons pas toujours « les atomes divers dont a parlé Voltaire, et qui font l'esprit juste ou l'esprit de travers. » Il y a là comme un ressort secret qui se dérobe parfois à nos investigations les plus patientes. Sans croire, comme La Bruyère, « que le discernement est ce qu'il y a de plus rare au monde après les diamants et les perles », j'ai l'intime conviction que, tous les jours, des familles sont indignement frustrées par des actes irréfléchis et signés à la dernière heure sous la dissolvante pression de l'intérêt. C'est là le mal que je voudrais essayer de prévenir!

Avant d'entrer dans le domaine si étendu de la pathologie cérébrale, je me crois obligé de fixer un instant vos esprits sur l'état différent des facultés aux divers âges de la vie. Vous savez tous comment l'homme vit, mais je dois vous dire comment il meurt. Lorsque vous saurez comment l'homme meurt, vous saurez, en effet, comment il a pu tester.

II. — L'homme est ainsi fait qu'il ne jouit jamais d'un équilibre permanent des facultés de l'intelligence. Lorsqu'il a tout acquis, il perd. S'il ne peut rien regagner, il continue à perdre. Rien n'est immobile : la vie a ses saisons, personne ne s'y arrête.

L'enfant qui babille et le vieillard qui radote sont l'un et l'autre dépourvus de raison, ce *maître intérieur* dont parle Fénelon. Le premier ne peut pas encore former des idées, le second n'en forme plus. « C'est la pensée qui fait l'être de l'homme, » a dit Pascal; c'est elle qui nous guide dans les phases si accidentées de notre existence, et c'est elle aussi qui, saine, malade ou moribonde, nous assiste aux moments avant-coureurs de notre dissolution physique.

Trop exclusivement préoccupé du diagnostic et de la thérapeutique de l'affection qu'il est appelé à traiter, le médecin passe souvent à côté de faits d'un ordre élevé et dignes d'un grand intérêt; il ne s'attache pas assez à reconnaître l'état de l'entendement chez son malade, et il ne saisit pas, en général, le moment opportun pour lui donner le conseil de songer à ses affaires et à son acte de volonté dernière. Il peut arriver alors que de trop tardives dispositions, émanant d'une raison qui chancelle et d'une volonté qui s'assoupit, viennent bouleverser la fortune des familles et favoriser la ruse, l'hypocrisie et l'audace.

On ne peut se défendre d'une certaine émotion en parcourant les pages que Bichat a consacrées à la description de la décrépitude corporelle. Avec quels mâles accents ne nous dépeint-il pas ce vieillard, isolé au milieu de la nature, privé de désirs, de sensations, que les idées abandonnent, chez lequel la mémoire des choses présentes se détruit, et dont les perceptions s'effacent par degrés!

Les progrès de l'âge apportent des changements surprenants dans le caractère du vieillard. Il devient un être profondément égoïste. Comme chaque pas qu'il fait est un pas vers la mort, il se surprend volontiers ne pensant qu'à lui et à sa conservation. Le temps se charge de déployer un voile sur ses facultés affectives, et si les liens qui l'unissent à sa famille et à ses amis vont chaque jour en s'affaiblissant, chaque jour il prend une douce revanche et s'aime davantage. Si, mettant ses tendances à profit, les personnes qui l'entourent ne semblent s'intéresser qu'à lui, à sa santé, à ses besoins, à son bien-être et même à ses plaisirs, on comprend qu'il subira lentement l'influence calculée de cœurs aussi *sympathiques*. En cette matière, les témoignages probatoires sont difficilement acceptés; il y a toujours présomption en faveur de la liberté morale du testateur, et il est rare que le médecin soit obligé d'intervenir. Il intervient, au contraire, ainsi que je vous l'ai démontré, dans toutes les questions médico-légales relatives à la démence sénile confirmée (1).

III. — Du vieillard au mourant, il n'y a qu'une distance aisément franchissable. Or, à la phase ultime de notre existence, si ce dernier a encore le sentiment de son identité personnelle, il est très-souvent incapable d'affection; il ne se passionne pour rien, excepté pour la vie peut-être, et il est exposé à déférer automatiquement à une impulsion étrangère, contre laquelle il ne tentera même pas une lutte inutile. A ce moment suprême,

(1) Valère Maxime, VII, 7.
(2) Quintilien, *Déclam.*, 308.
(3) Reg., 20, § 1.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, nos des 1er et 8 octobre 1867.

la cupidité veille : une chance dangereuse est ouverte aux tentatives spoliatrices.

Sans vouloir tracer ici des règles fixes à l'endroit des phénomènes psychiques offerts par l'agonie, je crois qu'il est possible de ramener à trois cas distincts les différents genres de maladies qui conduisent à la mort.

Le premier genre comprend les nombreuses affections dans lesquelles le délire n'apparaît à peu près jamais. Non-seulement l'intelligence est conservée jusqu'à la fin ; mais elle acquiert quelquefois une très-remarquable pénétration.

Le second genre renferme les maladies qui n'intéressent que secondairement le cerveau. Les facultés mentales sont dans un état mixte, et le malade a en quelque sorte un pied dans le camp de la raison et l'autre dans celui du délire.

Je place enfin dans le troisième genre toutes les lésions de l'encéphale, et l'on sait qu'elles s'accompagnent à peu près toutes de la perte absolue de l'entendement.

Grâce à cette division, nous allons pouvoir passer en revue sans confusion tous les tons de la gamme pathologique, apprécier les dispositions d'esprit propres à chacun, et préparer pour plus tard une réponse à peu près certaine à cette question si fréquemment posée : Le testateur était-il sain d'esprit?

1° Le délire est un phénomène tout à fait exceptionnel à la période terminale d'un groupe assez considérable de maladies, parmi lesquelles je mentionnerai principalement la phthisie pulmonaire, les affections cardiaques et hépathiques, le cancer de l'estomac et de l'intestin, les hémorrhagies et la très-grande majorité des lésions chirurgicales. Il ne s'observe jamais dans aucune des phases du rhumatisme aigu (le rhumatisme cérébral excepté), de la pleurésie, de la péricardite, de la péritonite, et en général des états morbides des membranes séreuses.

Le malade conservant l'usage de sa raison jusqu'à son dernier soupir, reste libre et capable de *délibérer*.

On voit assez fréquemment, par exemple, l'attention distraite par les désordres organiques, reprendre, un peu avant la mort, toute son activité et toute sa plénitude. La prostration physique est remplacée par l'exaltation intellectuelle. A ce moment où les illusions de la vie s'évanouissent à jamais, l'agonisant, écartant les plis du linceul qui va le dérober au monde, élève une dernière fois la voix. Ses paroles ont quelque chose de solennel, de terrible et de prophétique ; les assistants sont étonnés, émus, subjugués. Il leur « semble entendre la sentence d'un condamné qui se lève pour aller au supplice ».

Sans chercher à analyser une manifestation psychologique aussi curieuse, les auteurs ont vaguement entrevu cette situation *à demi-céleste* que l'on observe parfois dans l'agonie, et ces heures révélantes des approches de la mort dans lesquelles le patient tire l'horoscope des siens, annonce des événements et prédit l'avenir. Dans maintes occasions, on a vu les facultés s'élever au-dessus de leur diapason normal et briller d'un éclat inaccoutumé.

Zimmermann a parlé d'enfants qui, sur la fin de leur dernière maladie, avaient donné tout à coup les preuves d'une intelligence presque supérieure. Ce fait est vrai, et il semble qu'au moment « où l'âme se dégage de la matière et aspire à sa délivrance », le jeune être escompte les richesses mentales et affectives d'un autre âge.

Ce retour de la raison, cette phosphorescence plus grande de l'esprit, étaient bien connus des anciens qui recueillaient dans un religieux silence les paroles des mourants.

2° A la suite de très-longues maladies, lorsque le sang est notablement appauvri, le système nerveux devient d'une grande impressionnabilité : la moindre cause, un malaise en apparence insignifiant, peuvent troubler l'exercice de la pensée. Ce phénomène, dû à une action sympathique ou réflexe, annonce la part prise par le cerveau à la souffrance d'un organe éloigné, ou trahit la participation de l'encéphale à la débilité générale. Il s'ensuit pour le patient une série d'oscillations intellectuelles et d'irrésolutions extrêmement curieuses à observer. Il se manifeste en ce moment une mobilité d'esprit telle, que les idées les plus contraires sont tour à tour adoptées, puis abandonnées, et que ces lueurs indécises de sentiment et de raison viennent démontrer jusqu'à l'évidence au médecin que la volonté ne tient plus qu'imparfaitement les rênes, et que l'activité va bientôt cesser d'obéir. Sans doute tout le monde peut saisir au milieu de cet état mixte les saillies passagères d'un jugement sain, mais il n'en existe pas moins parallèlement des traces évidentes, quoique fugitives, d'aberration.

C'est dans cet état, alors que la vie abandonne lentement les centres nerveux, qu'il est possible de retrouver ce que l'on a appelé les *terreurs des mourants*, c'est-à-dire ce subdélirium entretenu par des hallucinations, des illusions des sens et par des songes fantasques empruntés à une imagination que le principe coordinateur règle mal ou ne règle plus. La subdélirium, dans ce cas, est loin d'être continu ; il alterne avec la jouissance pleine et absolue du libre arbitre, mais en général les instants de répit qu'il vient à laisser, sont des instants d'une amère tristesse, d'un profond désespoir. « L'idée de notre heure suprême, dit Bichat, n'est pénible que parce qu'elle termine notre vie animale, que parce qu'elle fait cesser toutes les fonctions qui nous mettent en rapport avec ce qui nous entoure. C'est la privation de ces fonctions qui sème l'épouvante et l'effroi sur les bords de notre tombe. »

Je ne dois pas omettre ici, à propos du second genre de maladies, — celles qui n'intéressent que très-secondairement le cerveau, — d'établir un diagnostic différentiel important. On voit quelquefois les familles, et même les médecins, attribuer aux progrès de la scène pathologique et aux approches de la terminaison fatale des conceptions délirantes, et une dépression ou une surexcitation nerveuse qui ne tiennent au contraire qu'aux agents thérapeutiques mis en œuvre ou qu'à une intoxication préalable. Il s'agit cependant de distinguer et de savoir remonter des effets aux causes, car un jour peut-être les derniers moments du malade seront l'objet de très-vives discussions devant la justice. Rappelons donc que les troubles de la raison dus à la belladone, à la jusquiame, à la digitale, au haschisch, s'accompagnent de loquacité, d'agitation et d'illusions d'*optique psychologique;* que l'opium plonge dans la somnolence, les rêvasseries et le coma, à peu près comme l'intoxication par le plomb, et qu'enfin la dilatation des pupilles dans l'empoisonnement par les solanées vireuses, leur contraction dans le délire dû à l'opium, et la décoloration anémique de la peau, à la suite des accidents saturnins, sont autant de notions accessoires dont le médecin doit tenir compte, et que l'expert pourra ultérieurement mettre en relief.

La faculté de penser subsiste donc dans ce que j'ai appelé le second genre, mais on a vu au prix de quelles alternatives! Tant que le cerveau reçoit l'influence du sang artériel et que le cœur continue à battre avec une certaine force, les choses se passent comme j'ai essayé de le décrire, puis il n'est pas très-rare d'observer encore quelques éclairs d'intelligence comparables aux vives lueurs d'une lampe qui s'éteint,.. et c'en est fait de la vie.

En médecine légale, les incertitudes mentales qui viennent à signaler les heures dernières, et dont le reflet va s'inscrire dans un acte solennel, provoquent souvent des orages que le médecin traitant aurait peut-être pu prévenir. Mais n'anticipons pas.

3° Dans les affections de l'encéphale, le délire est un phénomène symptomatique. Que l'on prenne l'inflammation des méninges, la méningite aiguë simple ou la méningite cérébrospinale, la congestion cérébrale étendue, l'hémorrhagie, les tumeurs du cerveau, ou tout autre lésion venant frapper directement l'organe de la pensée, il y a en général obnubilation de l'intelligence, perte complète de connaissance, et le malade expire sans avoir conscience de sa situation.

En face d'un testament discuté, il faut, en conséquence, s'empresser de rechercher l'âge du testateur, le moment précis de la confection du testament et le genre de la maladie qui a amené la mort du testateur.

Désireux d'arriver à la solution de cette question : le testateur était-il sain d'esprit? Je suis bien obligé de convenir que chez le vieillard en enfance, chez le malade et chez le mourant, la décroissance du niveau intellectuel et le désordre des facultés mentales, s'opèrent souvent d'une façon inégale, partielle ou totale, et surtout imprévue. Depuis la plus imperceptible diminution de la mémoire jusqu'au complet anéantissement de l'esprit, je reconnais qu'il existe une foule de nuances et des degrés divers de capacité civile et de responsabilité. Le médecin s'égarerait dans l'examen de cet état mental, et le magistrat serait plongé dans les perplexités les plus anxieuses, s'il ne se rattachait pas à la classification si simple que j'ai exposée devant vous, et que je rappelle ici :

1° *Etat cérébral physiologique.* — Conservation de l'intelligence.

2° *Etat cérébral mixte.* — Compromission de l'intelligence.

3° *Etat cérébral pathologique.* — Perte de l'intelligence.

Je prévois une objection. Vous ne pouvez pas, allez-vous me dire, baser vos délimitations sur des signes certains, sur des règles invariables, et vous ne pouvez pas non plus assigner des limites fixes et précises à la santé et à la maladie. J'avoue franchement qu'il y a dans la sénilité, dans les approches de la mort et dans les manifestations morbides si variées du cerveau, des cas difficiles à analyser au point de vue psychologique et plus difficiles encore à classer en médecine légale, mais je dis que l'homme abandonne l'état physiologique et entre de plain-pied dans l'état mixte, *lorsqu'il vient à différer de lui-même*, et qu'il quitte l'état mixte pour tomber dans l'insanité, lorsque, ne pouvant plus se diriger lui-même, devenant étranger à toute chose, il subit passivement et sans conscience les inspirations, la volonté et la protection d'autrui. Avec ces deux points de repère fondamentaux, non-seulement on ne s'égare point, mais il est encore parfaitement possible de faire jaillir la vérité. Or, d'après moi, les progrès de la médecine légale contribueront à moraliser la société, si l'intervention perspicace, judicieuse et honnête du médecin vient à démasquer de honteuses manœuvres et à faire respecter les légitimes prétentions des héritiers naturels ou les droits justement acquis en dehors des liens du sang.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 23 juin 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture, du Commerce et des Travaux publics transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Chantreuil (de Cambrai), sur l'épidémie de fièvre muqueuse qui a régné à Fontaines-Notre-Dame (Nord) en 1867. (Comm. des épidémies).

2° Deux mémoires sur l'industrie des nourrices et sur la mortalité des petits enfants, l'un par M. le docteur Monot (de Montsauche), l'autre par M. le docteur Duché (d'Ouanne). (Comm. de la mortalité des nouveau-nés).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

Un mémoire de M. le docteur Decaisne, sur les effets du tabac à fumer sur les enfants. (Comm., M. Jolly).

M. le Président annonce qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section des académiciens libres.

M. Béclard offre en hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Édouard Fournié, un volume intitulé : *Physiologie et instruction du sourd-muet, d'après la physiologie des divers langages.*

Il me serait difficile, Messieurs, de vous donner une analyse, même succincte, de cet ouvrage, où sont traitées, avec un rare talent, toutes les questions qui touchent à l'instruction des sourds-muets. Ce livre est un éloquent plaidoyer en faveur de la méthode d'enseignement inaugurée par l'abbé de l'Épée. Croire à la possibilité de rendre la parole aux sourds-muets comme quelques-uns le pensent; croire qu'on peut penser à l'aide des signes de l'écriture sans l'intermédiaire obligé d'un langage physiologique préexistant, ce sont là, prévient l'auteur, de déplorables erreurs qui conduisent à bannir le langage mimique de l'instruction des sourds-muets, ce qui équivaudrait à la suppression de la parole pour celui qui parle et entend.

M. Fournié établit que les éléments du langage sont des mouvements voulus par l'intelligence pour rendre sous une forme sensible sa manière d'être, au moment où elle reçoit une impression par les sens. Le mouvement-signe, ou le signe-langage, qu'il s'agisse du langage phonétique ou du langage mimique (les deux seuls langages possibles, l'un s'adressant au sens de l'ouïe, et l'autre au sens de la vue), le signe-langage est la forme extérieure de l'idée, et c'est sous cette expression qu'il se représente subjectivement à la pensée, aussi bien chez le sourd-muet que chez l'entendant-parlant.

La parole est donc un ensemble de mouvements sonores déterminés par notre esprit et exécutés par nos organes dans le but de rendre possible à l'ouïe notre manière de parler et de penser. De même le langage mimique est un ensemble de mouvements expressifs déterminés par l'esprit et exécutés par les organes dans le but de rendre possible à la vue la manière de parler et de penser de celui qui n'a pas d'autres moyens d'expression. Quant à l'écriture, elle n'est pas un langage : l'écriture n'est que la traduction d'un langage; elle suppose la possession d'un langage soit phonétique, soit mimique. C'est parce qu'on a assimilé à tort la mécanique de l'écriture dans ses rapports avec la pensée, avec celui du langage articulé, qu'on a pu dire que, voir les signes de l'écriture et les comprendre, c'est penser avec ces signes. Le signe écrit n'est que l'objet lui-même sous une autre forme, et la mémoire retient plus facilement les traits de l'objet lui-même que la forme du signe écrit qui le représente. Ce signe ne renferme que l'idée de l'objet : celle-ci est ailleurs; elle est dans l'acte, dans le mouvement déterminé par l'intelligence, c'est-à-dire dans l'acte-langage. Lire, c'est traduire le signe écrit en langage physiologique, écrire, c'est traduire le langage physiologique en signe écrit. L'écriture, en un mot, suppose toujours, chez le lisant ou chez l'écrivant, un langage physiologique antécédent, qu'il soit phonétique ou mimique. Le sourd-muet, ainsi que l'entendant-parlant, doit posséder déjà son langage physiologique afin qu'il puisse traduire le sens que le signe écrit représente. En d'autres termes, lorsque nous lisons la reproduction écrite du langage, nous n'y trouvons que ce que nous y avons mis.

Le muet qui lit, parle mentalement son langage comme nous parlons le nôtre.

Le sourd-muet pense, avec ses signes mimiques, comme l'entendant pense avec les signes sonores du langage articulé.

Les signes mimiques, comme les signes phonétiques, peuvent être, les uns comme les autres, représentés ou traduits dans la langue écrite par les mêmes signes.

En résumé, l'enfant sourd de naissance ne peut pas apprendre à parler, dans le véritable sens du mot. Sans doute, à l'aide de la mimophonie, on peut, avec beaucoup de patience, faire articuler des lambeaux de phrases aux sourds-muets, mais ce n'est pas la parole qu'on leur donne, ce n'est qu'un langage mimique appris par l'intermédiaire du sens de la vue, et dirigé par lui.

Bien loin donc d'abandonner le langage mimique du sourd-muet, bien loin de le considérer comme un accessoire bon tout au plus, comme on l'a dit, à établir un moyen de communication entre le professeur et le sourd-muet dans les premières années de son éducation, il faut, au contraire, s'appliquer à le compléter et à le confectionner.

L'instituteur ne peut développer et enrichir l'intelligence du sourd-muet qu'à condition d'adopter la marche naturelle qu'elle avait prise jusque là.

Tous les efforts doivent donc être dirigés vers la création d'un langage mimique assez complet pour que la plupart des signes phonétiques puissent être traduits en signes mimiques.

Notre langage à nous, ne l'oublions pas, est, pour le sourd-muet, ce que serait pour nous une langue étrangère. Or, lorsque nous apprenons une langue étrangère, nous avons d'abord appris à parler dans la nôtre.

M. Huguier présente, au nom de M. Grippouilleau, médecin à Mont-Louis (Indre-et-Loire), un appareil pratique spécialement destiné aux travaux agricoles de terrassements.

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Marquez, médecin principal de l'armée portugaise, un ouvrage en portugais sur les maladies vénériennes et syphilitiques.

M. Marquez sollicite le titre de membre correspondant étranger.

M. Larrey dépose ensuite sur le bureau deux tomes des mémoires de l'Institut.

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE.

M. Chauffard. J'avais été surpris, en écoutant la lecture du rapport de M. Colin, d'entendre les opinions qu'il prêtait à M. Pidoux, et qui étaient si peu en rapport avec ce que je connaissais de ces opinions et ce que notre collègue avait dit à cette tribune. Je reçois, avec mission de la lire à l'Académie, une note de M. Pidoux, qui réclame contre les erreurs de fait commises à son égard :

« J'ai peine à m'expliquer, dit M. Pidoux, l'inconcevable méprise

de l'honorable rapporteur M. Colin, qui me classe, sans hésiter, parmi ceux qui nient *à priori* l'inoculabilité du tubercule de l'homme aux animaux et même des animaux aux animaux de la même espèce. J'ai dit et imprimé cinq ou six fois le contraire. Non-seulement je ne la nie pas *à priori*, mais je l'ai plusieurs fois affirmée *à posteriori* à la tribune académique, c'est-à-dire d'après mes propres expériences sur les lapins avec M. le docteur Constantin Paul.

« Encore une fois, je n'y comprends rien.

« Je ne dis pas cela pour l'Académie, qui sait à quoi s'en tenir et dont le *Bulletin* a consigné mes affirmations répétées, mais pour les personnes qui n'auraient lu que le dernier rapport de M. Colin. Je n'ai jamais attaqué le fait des inoculations, mais seulement les conséquences qu'on a voulu en tirer relativement à notre phthisie. Peut-être l'honorable rapporteur est-il mal fondé à critiquer avec ses faits expérimentaux les doctrines déduites d'une longue observation de la phthisie humaine, car la plupart des nouveaux résultats qu'il vient d'exposer confirment les idées générales et pratiques que j'ai développées dans mes discours devant l'Académie. Aussi ai-je lu avec un grand plaisir l'énoncé de ces faits, et me proposé-je bien de m'appuyer sur eux pour donner plus de force à mes arguments.

« L'observation clinique est toujours très-reconnaissante des lumières que lui apporte l'expérimention sur les animaux. Celle-ci croirait-elle donc se déconsidérer en reconnaissant les prérogatives de l'observation clinique quand il s'agit de médecine humaine? »

Je m'associe entièrement aux sentiments exprimés par M. Pidoux, et j'ai déjà eu l'occasion de réclamer les droits de l'observation clinique dans le cours de ces débats. Je ne veux pas entrer dans une discussion même écourtée du savant rapport de M. Colin. Je résiste au désir de montrer combien, sur tous les points afférents à l'expérimentation, il se rapproche des idées pathogéniques que j'ai émises; à mon sens, il en offre la confirmation presque textuelle; il n'est pas un des points du processus qu'il a décrit qui ne montre cette prolifération successive des éléments plasmatiques que j'ai invoquée comme raison des résultats obtenus par les inoculations. Cependant, M. Colin, et c'est la seule inexactitude que je veuille relever à mon sujet, M. Colin parle d'une matière qui selon moi féconderait au passage les éléments vierges des vaisseaux et des divers tissus. Je n'ai jamais invoqué ces actions de passage, ces transports de matière dont parle ici M. Colin; ces transports, cette exportation, comme il l'appelle, lui appartiennent, ou appartiennent à M. Guérin, et avant tout à l'école allemande. Pour moi, je combats absolument cette pathogénie de migration et de voyage, de dissémination et d'arrêt, et aucune des raisons cliniques que j'ai alléguées contre elle n'ont été réfutées à cette tribune. J'ai parlé de proliférations des éléments plasmatiques par irritation locale ou par fécondation spéciale, et d'une imprégnation secondaire de l'économie. M. Colin me paraît accepter l'irritation locale, sans peut-être en bien saisir la raison vitale qui n'est qu'une sorte d'action fécondante. Quant à la fécondation proprement dite, il la déclare inintelligible; je ne vois pas en quoi la fécondation pathologique est plus inintelligible que la fécondation dite physiologique. M. Colin admire beaucoup M. Virchow et sa *Pathologie cellulaire* qu'il déclare claire en même temps que profonde; je lui demande de réserver une part de cette admiration pour les *Leçons sur la pathologie des tumeurs*; les six premières leçons sont consacrées à l'exposé de ces idées de fécondation pathologique. Elles me paraissent mieux encore que la pathologie cellulaire mériter les éloges que M. Colin décernait à celle-ci.

Je me borne à ces réserves relatives à ce qui m'est personnel dans le discours de M. Colin; je ne veux pas même indiquer les critiques nombreuses que soulèvent, suivant moi, les idées d'une spécificité tenue pour ébauchée, quoiqu'elle se traduise par l'inoculabilité et la contagiosité, ces deux caractères essentiels de la spécificité vraie et complète. Il y a là les indices d'une contradiction, dont M. Colin n'a peut-être pas conscience, dont les causes sont profondes, et qu'il eût évitée s'il eût bien compris ces doctrines de prolifération qui lui permettaient d'accepter tous les faits expérimentaux observés par lui, sans recourir à cette spécificité qui le gêne évidemment plus qu'il ne semble le dire, et qu'il ne défend qu'après avoir frappé durement, trop durement, son véritable auteur, M. Villemin.

M. Bouillaud. A la dernière séance, M. Colin nous a lu un rapport rempli de faits d'un grand intérêt, mais après lequel tout est à recommencer.

Il faudrait d'abord définir ce que l'on entend par tuberculose; je n'ai pas l'intention d'aborder cette question d'une manière belliqueuse, je suis très-porté à la paix; mais ce n'est pas de sitôt qu'on arrivera à la paix perpétuelle en ce qui touche la tuberculose.

Je suis pour le microscope ce que j'ai toujours été. Je le considère comme un instrument merveilleux; ce n'est pas sa faute s'il conduit à des affirmations erronées; tout le monde ne peut pas se servir utilement du microscope. Le microscope, comme l'œil, ne fait pas les doctrines, il en fournit les éléments, dont il faut savoir tirer parti.

Or, à propos de la tuberculose, il n'y a pas encore une seule doctrine qui puisse s'affirmer.

Pour le moment, je demande un armistice. M. Colin a ajouté de nouvelles expériences aux autres, il a également ajouté ses propres doctrines; et bien que j'aie la plus grande confiance dans le talent expérimental de M. Colin, j'avoue qu'il y a de ses doctrines qui méritent beaucoup d'être examinées.

Il faudrait avoir des matériaux plus complets que ceux qu'on possède. M. Colin ne nous a donné que des résumés, et nous savons ce que valent les résumés. Il nous faudrait avoir le récit détaillé de toutes les expériences.

En outre, il reste des lacunes. Ainsi M. Colin fait jouer un grand rôle à l'absorption; la résorption de la matière inoculée, il l'a suivie dans les lymphatiques; mais il n'a rien dit ou à peu près rien sur le rôle possible des veines.

M. Colin. On ne peut pas suivre l'absorption dans les veines comme dans les lymphatiques.

M. Bouillaud. Vous le voyez « *on ne peut pas* » c'est une grande lacune. Depuis le temps où M. Donné était mon premier chef de clinique, et où je m'occupais avec lui de micrographie dans un temps ou presque personne ne s'en occupait, je n'ai jamais perdu de vue ce genre d'études; mais je ne me donne pas comme une autorité en micrographie. Je voudrais donc prendre la parole sur un autre point de la question, sur la phthisie telle que l'étude des malades nous a appris à la connaître, et je crois que je pourrai démontrer que ces théories de spécificité, de contagion, de virulence, sont tellement hasardées, qu'on peut les tenir pour non avenues.

M. Colin. J'ai lu attentivement les trois discours de M. Pidoux, et il ne m'a pas semblé qu'il acceptât les résultats de Villemin. Je m'en assurerai, du reste.

M. Chauffard m'a fait un reproche de n'avoir pas compris sa théorie, celle de Virchow. Oui, je l'avoue, je n'y comprends rien. J'ajoute que je n'ai rien compris non plus à la fécondation en physiologie, et par conséquent, encore moins aux fécondations pathologiques.

Je voudrais aussi répondre un mot à M. Bouillaud. Je n'ai jamais nié l'absorption par les veines, mais je ne l'ai pas affirmée, n'ayant pas pu la constater. Les lymphatiques se dilatent et s'enflamment lorsqu'ils absorbent, ce que les veines ne font pas. Quant à mes doctrines personnelles, je n'y tiens pas. Je crois être sûr de l'exactitude des expériences que je rapporte; mais mes doctrines, je les présente comme de simples hypothèses.

Mes expériences eussent été trop longues à rapporter dans tous leurs détails devant l'Académie; mais j'ai ces détails dans mon journal d'expériences, et je les tiens à la disposition de M. Bouillaud.

J'ajoute que j'ai maintenant quelques expériences sur une question très-importante; sur la résorption des tubercules produits par inoculation.

Chez des animaux qui avaient reçu une très-grande quantité de matière tuberculeuse, les tubercules provoqués semblent avoir fini par disparaître, et aujourd'hui ces animaux se portent bien.

Ainsi, la tuberculose produite par inoculation ne ressemblerait pas à la tuberculose spontanée.

M. Chauffard. L'admission par M. Pidoux des faits avancés par M. Villemin, résulte de tout l'ensemble des discours de M. Pidoux. Nulle part il ne les a niés, il les admet donc.

En ce qui me concerne, je serai très-bref. M. Colin ne comprend pas, dit-il, la fécondation physiologique; mais la fécondation ne se comprend pas, elle se constate; on ne comprend pas non plus la pesanteur, et on ne la nie pas; la fécondation est une propriété fondamentale des êtres vivants, comme la pesanteur est une propriété fondamentale de la matière. L'*ultima ratio* de nulle chose ne se comprend, est-ce une raison pour tout nier?

La suite de la discussion est remise à quinzaine.

LECTURE.

M. Poggioli donne lecture d'un mémoire intitulé : *Développement physique et intellectuel chez les jeunes sujets par l'électricité.*

(Commissaire, M. Henry Roger).

COMMUNICATION.

Sur les applications hygiéniques des différents procédés de chauffage et de ventilation.

M. le docteur Gallard, médecin de la Pitié, lit sur ce sujet un mémoire dont voici le résumé :

L'auteur établit d'abord que les conditions les plus importantes à réaliser, au point de vue de l'hygiène, sont :

1° En ce qui concerne le chauffage, de faire émaner le calorique par rayonnement direct d'un foyer incandescent, et de l'utiliser alors qu'il est encore associé au rayon lumineux qui est émis par le même foyer.

2° En ce qui concerne la ventilation, d'avoir de l'air pur, pris directement au dehors, par les ouvertures les plus faciles et les plus larges, comme les fenêtres, par exemple, et d'éviter, autant que possible, de lui faire parcourir de longs tuyaux dans lesquels sa composition pourrait s'altérer en même temps que sa température serait modifiée.

Puis, passant en revue divers locaux à l'usage de l'homme qu'il peut être avantageux de chauffer et de ventiler, il détermine, d'après les usages particuliers auxquels chacun de ces locaux est destiné, quel procédé de chauffage et de ventilation il convient de leur appliquer, en tenant compte d'abord de la salubrité, puis, et accessoirement, de l'économie.

Il s'occupe ainsi successivement :

A Des habitations privées.

Comprenant :

a Les chambres à coucher et les cabinets de travail;

b Les couloirs, escaliers et antichambres;

c Les salles à manger et les salons de réception;

d Les cuisines.

B Des habitations communes à un grand nombre de personnes, telles que :

a Les hôpitaux;

b Les hospices, les communautés, les colléges et les casernes;

c Les prisons.

C. Des édifices où les foules s'encombrent pendant plusieurs heures, comme :

a Les salles d'audience des tribunaux, les bibliothèques, les salles de bal;

b Les amphithéâtres, les salles de séances des assemblées délibérantes, les salles de spectacles.

D Les édifices de grande capacité et de grande élévation où les foules peuvent s'encombrer, mais pour un temps relativement court, comme :

a Les églises, les salles de bourses, les salles de pas perdus, les salles d'attente de chemins de fer;

b Les édifices largement ouverts par un ou plusieurs côtés, comme les gares de chemins de fer, les halles et marchés, les passages, les expositions.

Enfin il termine par les conclusions suivantes :

I. — Le chauffage par rayonnement direct d'un foyer incandescent, c'est-à-dire par une cheminée à feu découvert, est le plus favorable à la santé, et il y a lieu de le préférer dans toutes les circonstances où il peut être facilement appliqué. En tout cas, il importe d'y avoir recours pour les lieux où l'on séjourne d'habitude, comme les chambres à coucher, les cabinets de travail, les salles de malades dans les hôpitaux, etc.

II. — Ce chauffage n'est pas économique, et il ne donne pas toujours une température suffisante; mais on peut remédier à cet inconvénient, soit en faisant usage des systèmes de cheminées perfectionnées, soit en associant à l'action de la cheminée celle d'un calorifère général pour tout l'édifice et pour tout l'appartement qu'il s'agit de chauffer.

III. — La cheminée, en même temps qu'elle donne le chauffage le plus salubre, est aussi le meilleur appareil de ventilation qui se puisse employer, surtout pour les habitations privées. Elle agit par appel pour expédier l'air vicié, l'air neuf arrivant par les fenêtres, soit directement dans la pièce à ventiler, soit dans une pièce voisine qui est largement en communication avec la première.

IV. — Dans les locaux où l'on ne réside pas constamment, mais cependant où l'on fait un séjour assez prolongé, si le feu de la cheminée est plus agréable, il n'est cependant pas indispensable, et le chauffage peut se faire sans inconvénient par un calorifère. Il est indifférent que ce calorifère apporte par des canaux l'air à une température élevée ou qu'il lui transmette la chaleur par rayonnement de surfaces rayonnantes; l'essentiel est qu'il ne le soumette pas d'abord à une température assez élevée pour le dessécher et qu'il ne le mélange pas de gaz délétère. Les calorifères à eau chaude ou à vapeur doivent donc être préférés dans ces circonstances où la ventilation se fera encore par appel. Cette règle est applicable, dans les habitations privées, aux salles à manger et aux salons de réception. Elle peut s'étendre aux édifices ou aux locaux destinés à réunir un grand nombre d'individus pour lesquels le système de chauffage à feu découvert serait complétement impraticable, tels les lycées et les communautés, les salles de réunions des malades dans les hôpitaux ou hospices, les salles d'audience, les amphithéâtres, les salles de bals et de spectacles, les bibliothèques, enfin et surtout les prisons.

V. — Dans les locaux où l'on ne fait que passer, où l'ouverture permanente des portes et des fenêtres assure un renouvellement souvent surabondant de l'air, on peut se passer de système de ventilation et recourir au chauffage le plus économique, celui qui a lieu soit par un poêle, soit par un calorifère à air chaud. Tels sont les antichambres, les couloirs et escaliers; mais si ces locaux n'ont pas par eux-mêmes besoin d'un système spécial de ventilation, il ne faut pas oublier qu'ils sont les réservoirs dans lesquels l'appel exercé par les cheminées vient puiser l'air destiné à la ventilation du reste le l'habitation. Il importe donc que cet air reste pur et salubre, et si, par exemple, on les chauffe au moyen d'un calorifère, il est préférable que l'air sortant du calorifère soit à une température très-élevée pour que, par son mélange, il puisse échauffer suffisamment toute la masse, dont la majeure partie pourra ainsi n'être pas mise directement en contact avec les surfaces de chauffe. Ces règles, applicables aux couloirs, antichambres, escaliers, le sont aussi aux édifices où les foules s'encombrent pour ne séjourner qu'un temps très-court, tels que les églises, les salles des pas perdus, les bourses, les salles d'attente des chemins de fer, etc.

VI. — La ventilation par propulsion de l'air, à l'aide d'un moteur mécanique, n'est applicable que dans un très-petit nombre de circonstances, et même alors elle ne dispense pas de l'appel qui doit être exercé simultanément pour assurer l'extraction de l'air vicié, en même temps que le propulseur assure l'introduction de l'air neuf. On ne peut songer à y recourir que pour certains locaux spéciaux, où de grandes masses d'air doivent être mises en mouvement; pour les salles de spectacles, pour les prisons, cette ventilation par propulsion sera un adjudant utile de la ventilation par appel.

Elle ne peut être employée seule que pour de vastes locaux largement ouverts et cependant disposés de telle façon, que la circulation naturelle de l'air y soit rendue difficile par l'agencement intérieur des localités, comme cela avait lieu dans l'Exposition universelle, où ce mode de ventilation a été appliqué avec un succès satisfaisant.

Dans de grands ateliers, dans ceux surtout où il se dégage beaucoup de poussière, elle est encore applicable avec d'autant plus de facilité, qu'elle n'exigera pas l'installation d'un moteur spécial, une très-minime fraction de la force motrice dépensée dans l'usine pouvant être, sans grande dépense, utilisée dans ce but.

(Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Devergie et Bergeron).

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Commission de phthisiologie.

A la suite de deux communications importantes de MM. Besnier et Villemin, concernant l'étiologie et la fréquence croissante de la tuberculisation pulmonaire, la Société médicale des hôpitaux, dans sa séance du 24 janvier dernier, résolut de poursuivre l'étude des graves questions posées devant elle, et nomma, dans ce but, une commission composée de MM. Hérard, président, Chauffard, Moutard-Martin, Villemin, et Potain, secrétaire. La commission ainsi constituée, a dû se préoccuper d'abord de réunir en aussi grand nombre que possible des faits et des documents pouvant servir de base à son travail. Elle est convaincue que les observations à l'aide desquelles on peut espérer de résoudre les questions en litige, se font plus aisément et mieux dans les petites localités, où le médecin connaît de longue date ses malades, leurs familles, leurs relations et leurs habitudes, que dans les grands centres, où la population, agglomérée et mobile, se prête mal aux investigations en matière d'étiologie. Il lui paraît de même évident qu'un praticien est beaucoup mieux placé dans sa clientèle, pour suivre les filiations héréditaires ou constater l'importation des états morbides au milieu des familles, qu'il ne le serait dans un hôpital, où les parents des malades ne sont presque jamais vus.

Elle vient donc, au nom de la Société des hôpitaux, faire appel à tous les médecins qu'intéresse la solution des grands problèmes dont il s'agit, et les prie instamment de vouloir bien lui communiquer les renseignements qu'ils possèdent sur l'étiologie de la tuberculose, les observations qu'ils ont recueillies ou pourront recueillir, enfin, les statistiques qui seraient à leur disposition.

La commission étudiera avec le plus grand soin tous les documents qui lui seront transmis : elle en présentera périodiquement à la Société un bulletin analytique qui sera publié; puis, quand les communications qu'elle aura reçues lui paraîtront en nombre suffisant, elle en fera l'objet d'un rapport général. Elle a lieu d'espérer que, grâce au zèle obligeant des confrères dont elle sollicite le concours, les conclusions de ce rapport prendront une réelle importance en s'appuyant sur une masse imposante de faits soigneusement recueillis et consciencieusement étudiés.

Tous les renseignements relatifs à la tuberculose en général et à son étiologie en particulier seront reçus par la commission avec em-

pressement et reconnaissance; mais il lui paraît utile de signaler aux observateurs qui voudront bien se mettre en rapport avec elle les questions qu'elle désirait surtout élucider et la nature des documents qui lui semblent le plus propres à en donner la solution.

Les questions que l'état de la science, en ce qui concerne l'étiologie de la tuberculisation pulmonaire, impose en quelque sorte à l'attention médicale sont particulièrement les suivantes :

Quelle est, à l'époque actuelle, la fréquence absolue de la phthisie pulmonaire en France, soit dans l'ensemble du pays, soit dans les contrées diverses ou les localités dont il se compose? — Quelles différences peut-on constater relativement à la fréquence de la tuberculose aux différentes époques et dans les diverses localités pour lesquelles on a des renseignements positifs? — Si de telles différences sont bien établies, à quelles causes doit-on les attribuer?

Quelle est l'influence de l'hérédité tuberculeuse sur le développement et sur la forme de la tuberculose? — Quelles modifications résultent pour cette maladie des dispositions diathésiques autres et diverses existant en même temps qu'elle dans les familles des tuberculeux? — Quelle est la fréquence relative de la phthisie dans les familles où ces dispositions se manifestent et dans celles où on ne les rencontre pas?

La phthisie pulmonaire est-elle contagieuse, et à quelles conditions? — La phthisie contractée par contagion, si elle se peut contracter de la sorte, a-t-elle des caractères particuliers? et, si elle en a, quels sont-ils?

Les documents qui devront servir à la solution des questions précédentes sont de deux sortes : 1° des statistiques nécessaires à l'étude des questions de fréquence, d'influence climatérique, etc.; 2° des observations particulières circonstanciées auxquelles il est indispensable de recourir pour tout ce qui concerne l'hérédité, la contagion, etc.

1° Les statistiques devraient indiquer : le nombre des décès par phthisie, comparé au chiffre de la population et au nombre des décès résultant d'autres maladies; autant que possible, l'âge et le sexe des décédés; — les changements survenus dans le nombre des décès par phthisie aux différentes époques sur lesquelles il est possible d'avoir des renseignements assez positifs; — quand cela se pourrait, le nombre comparé des phthisiques dans des localités peu éloignées ou dans les différentes parties d'une même localité.

Il y aurait un intérêt considérable à rapprocher des différences ainsi constatées dans la fréquence de la phthisie, à diverses époques ou en différents lieux, celles qui auraient été observées dans l'hygiène des populations, dans leur mouvement, dans leurs travaux habituels, et dans les conditions météorologiques du pays. Il serait fort désirable aussi que les correspondants voulussent bien indiquer les principales maladies qui règnent dans les localités où les statistiques auraient été faites, et, quand ils le pourraient, le nombre des familles où existent des tuberculeux, comparé à celui des familles où il n'en existe pas et ne s'en est pas rencontré depuis plus ou moins longtemps.

2° Les observations particulières devraient nécessairement contenir une histoire de la maladie et une description des symptômes suffisante pour ne laisser aucun doute sur le diagnostic; mais on voudrait y trouver surtout des renseignements aussi étendus que possible sur les diverses circonstances étiologiques.

Au point de vue de l'hérédité, elles devraient indiquer notamment : l'état de santé des parents, ascendants, descendants ou collatéraux; l'époque à laquelle paraîtrait remonter le début de l'affection tuberculeuse; la santé des parents à l'époque de la conception; les rapports qui auraient continué d'exister entre le malade et les personnes de sa famille malades elles-mêmes, ou au contraire sa séparation complète et plus ou moins ancienne; les caractères que la phthisie aurait présentés chez les différents membres de la famille; enfin les conditions dans lesquelles la maladie serait née chez le premier de ceux-ci qui aurait été atteint, et les localités qu'il aurait habitées.

Au point de vue de la contagion, les observations devraient établir : s'il y a eu séjour habituel et prolongé avec des phthisiques, si ces phthisiques étaient ou non parents; quelles ont été la fréquence et l'intimité des rapports du malade avec ceux dont il paraîtrait avoir contracté sa maladie; s'il leur a donné des soins et s'il a dû en résulter des fatigues excessives; dans les cas où l'on pourrait supposer le transport par des effets d'habillement ou de literie communs, à quel degré était la tuberculose à l'époque où la contagion se serait opérée; lorsqu'il s'agirait d'une femme paraissant avoir contracté la maladie de son mari phthisique, si elle a eu des enfants de ce mari et à quelle époque; enfin, d'une façon générale, le temps écoulé entre l'époque présumée de la contagion et celle où les premiers accidents auraient apparu chez l'individu que l'on suppose contagionné.

Aucune observation, aucune statistique ne pourra, bien entendu, renfermer tous les renseignements souhaités et qu'on vient d'énumérer ici; mais, se complétant mutuellement, elles fourniront certainement les éléments nécessaires à l'étude d'un grand nombre de questions. La commission désirerait beaucoup que les observateurs voulussent bien indiquer s'ils ont pu constater par eux-mêmes l'état de santé des parents, ou si les renseignements concernant l'hérédité ont été fournis seulement par les malades ou leurs familles.

Toutes les communications que l'on voudra bien faire seront adressées au siége de la Société, rue de l'Abbaye, n° 3, à Paris, ou à M. le docteur LALLIER, secrétaire général, rue Caumartin, n° 22. La Société se chargera volontiers de tous les frais d'envoi et de correspondance.

— M. le docteur Caron, médecin du dépôt de la Préfecture (Service des prisons), vient d'être nommé médecin du dispensaire de salubrité, en remplacement de M. le docteur Ricque, decédé.

— M. le docteur Legrand du Saulle, médecin-adjoint du dépôt de la Préfecture (Service des prisons), est nommé médecin titulaire de ce dépôt, en remplacement de M. Caron.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 75. — SAMEDI 27 JUIN 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 27 JUIN 1868. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Affections puerpérales avant l'accouchement.

Décidément il faut se défier des entraînements de la parole, et ne pas prendre au pied de la lettre une phrase incidente prononcée durant le cours d'une discussion.

A propos de l'incubation de la variole, M. Hervieux avait cité l'exemple de l'intoxication puerpérale comme présentant une incubation parfois très-courte, et il avait donné le moment de l'accouchement comme le point de départ le plus reculé de cette incubation.

Nous en avions conclu que cet observateur expérimenté n'admettait pas l'action du poison puerpéral sur une femme qui n'était pas dans l'état puerpéral. Nous nous étions trompé. M. Hervieux n'avait rien dit des cas exceptionnels pour ne pas compliquer son argumentation, mais il ne voulait pas les révoquer en doute.

Au contraire, il nous a fait voir, dans le service qu'il dirige à la Maternité, et que nous avons visité sur sa gracieuse invitation, un fait de pleurésie considérée par lui comme puerpérale et dont le début a précédé l'accouchement, de plusieurs semaines.

Il s'agit d'une jeune femme qui, vers le milieu du neuvième mois de sa grossesse, étant à la maison d'accouchements, y fut prise d'un point de côté, en même temps que de vomissements répétés et de fièvre vive.

Un épanchement se forma dans la plèvre et s'accrut jusqu'à ce qu'il remplît toute la cavité pleurale et nécessitât la thoracentèse.

En même temps que cette femme, une autre, qui venait d'accoucher, offrait une pleurésie semblable. Il fallut aussi lui pratiquer la même opération.

M. Hervieux voit dans ces pleurésies des manifestations du poison puerpéral, parce que, dit-il, sans intoxication, une pleurésie ne provoquerait pas une fièvre aussi vive et des vomissements; tandis que fièvre et vomissements sont l'accompagnement ordinaire de toute affection puerpérale, quel qu'en soit du reste le siége.

Ce siége peut varier beaucoup, suivant le génie épidémique, et indépendamment de toute altération dans l'utérus et dans ses annexes. Tout peut se borner à une phlébite de quelques veines variqueuses des membres inférieurs; et M. Hervieux en a montré un exemple très-remarquable à la Société médicale des hôpitaux.

Eh bien, dans ces cas de phlébite, comme dans ceux de pleurésie, les symptômes généraux semblent exagérés par rapport aux lésions locales, et c'est là ce qui permet d'affirmer l'existence d'un empoisonnement puerpéral.

Non-seulement cet empoisonnement peut atteindre des femmes enceintes, mais même des vierges; M. Hervieux, comme d'autres observateurs, a vu mourir ainsi des élèves sages-femmes.

Nous ne pourrions, sans nous écarter décidément de notre sujet, exposer plus longuement ce que nous a fait voir et ce que nous a dit M. Hervieux.

D'autres documents nous sont venus de province. Un de nos confrères, M. le docteur Frédéric Estre, médecin cantonnal à Rémilly (Moselle), a observé, en moins de trois ans, trois cas de maladies puerpérales survenues avant l'accouchement. Voici un extrait de la lettre qu'il nous adresse sur cette question :

« La première malade était une Juive de 32 ans, primipare. 48 heures avant les premières douleurs, elle fut prise de vomissements, de coliques violentes avec diarrhée excessive. Il y avait eu des frissons la veille. Lorsque je fus appelé par la sage-femme, épouvantée par les symptômes funestes, la malade était au plus mal. Je fus obligé de terminer l'accouchement d'un enfant mort. La mère succomba le lendemain à la métro-péritonite.

« Dans le deuxième cas, la femme était âgée de 40 ans; elle était enceinte de son troisième enfant; elle fut également prise de diarrhée et de frissons quelques jours avant le terme. Je fus obligé d'intervenir. Je retirai un enfant mort. La mère mourut le lendemain dans le délire.

« Le sujet du dernier cas était une jeune femme de 20 ans, forte et vigoureuse, enceinte de son premier enfant. La veille de son accouchement, elle fut en proie à des nausées, à quelques frissons et à une diarrhée abondante. La sage-femme, croyant à une simple indigestion, ne s'inquiéta nullement de ces accidents. Le lendemain, sortie facile d'un enfant vivant. Je fus mandé en toute hâte. Je trouvai cette pauvre femme dans les convulsions de l'agonie.

« Ces trois cas étaient isolés et se sont passés à des époques différentes.

« Je dois ajouter que la fièvre puerpérale, jusqu'à ces derniers temps inconnue dans nos parages, a fait sa triste apparition depuis tantôt six ans. »

Cette apparition des maladies puerpérales dans un pays où elles étaient inconnues, leur recrudescence soudaine, sous une forme épidémique, dans les pays où elles régnaient, leur léthalité si variable suivant les époques, sont des éléments importants d'un problème très-délicat. Il n'est pas facile de montrer quels sont les caractères essentiels de l'empoisonnement puerpéral et quel est son mode d'action.

Comme la pourriture d'hôpital et le typhus, le poison puerpéral est très-certainement de nature infectieuse. Mais en quoi diffèrent les uns des autres les germes morbides infectieux? Comment naissent-ils? Pourquoi se manifestent-ils par des affections à formes diverses? D'où vient ce qu'on nomme en pareil cas « génie épidémique? »

Après l'accouchement, quel est l'influence du traumatisme, et celle de l'*état génital*, pour nous servir des expressions de M. Lorrain?

Cet état génital, auquel M. Lorrain fait jouer un si grand rôle dans la production des arthrites blennorrhagiques, etc., est-il, chez les femmes enceintes, la cause qui les rend exposées à l'empoisonnement puerpéral?

En est-il de même chez les jeunes filles, au moment de leurs règles; et est-ce ainsi que l'on doit expliquer la mort de plusieurs élèves sages-femmes?

Quelle est l'influence de l'encombrement, des soins de propreté, de la contagion par l'air inspiré, et de la transmission directe par le contact, etc.?

Nous ne pouvons pas examiner de telles questions d'une manière incidente; mais il était bon de rappeler leur existence et leurs difficultés.

Traitement des hémorrhagies.

Depuis que l'ovariotomie est à la mode, on a senti plus vivement les inconvénients du procédé déjà usité par les anciens, décrit par Celse, et retrouvé par Ambroise Paré, pour arrêter les hémorrhagies.

La ligature des vaisseaux oblige à laisser des fils dans les plaies; et la présence de ces corps étrangers est bien loin d'être indifférente, lorsqu'ils se trouvent en grande quantité dans une séreuse comme la péritoine.

Souvent on rencontre, entre le kyste que l'on doit enlever et les organes voisins ou les parois abdominales, des adhérences très-anciennes, très-vasculaires, qui donnent beaucoup de sang lorsqu'on les divise.

Ici la ligature devient presque impraticable; les vaisseaux à lier seraient trop nombreux, et la séreuse péritonéale, hérissée de fils, serait dans de mauvaises conditions pour le succès.

Il faut donc alors mettre en usage d'autres procédés, pour l'hémostase; ces procédés demandent certaines précautions pour être efficaces; et nous allons brièvement indiquer quelle est sur ce point la pratique de M. Kœberlé.

Le célèbre ovariotomiste emploie le plus souvent la pression continue, pour arrêter l'écoulement sanguin. Il saisit la surface saignante à l'aide d'une pince à pansement, semblable à celle de Charrière, et qu'un écrou maintient serrée au point voulu. Les tissus sont pour ainsi dire desséchés par cette pression très-énergique; et la pince est laissée en place pendant une vingtaine de minutes ou plus encore, sans que sa présence gêne le moins du monde pour la suite de l'opération.

Une dizaine de pinces de cette espèce furent fixées ainsi à la surface interne de la paroi abdominale, chez une des malades opérées devant nous pendant que nous étions à Strasbourg; et leur application, qui arrêta parfaitement l'écoulement sanguin, fut des plus faciles et des plus promptes.

Il faut avoir soin, quand on veut détacher ces pinces, de ne pas en écarter trop brusquement les branches; autrement, il pourrait se faire une sorte de décollement interstitiel dans les tissus comprimés; et l'hémorrhagie pourrait reparaître.

Lorsque les adhérences vasculaires sont bien limitées, par exemple, entre la tumeur et une anse intestinale, M. Kœberlé, comme beaucoup d'autres ovariotomistes, les coupe sur un clamp à l'aide d'un cautère chauffé au rouge.

Ici encore il faut user de précaution pour réussir. Le cautère cutellaire doit être petit et mince, car autrement la chaleur rayonnante qu'il émettrait pourrait blesser les intestins. Bien entendu le clamp ne doit serrer que par une surface assez étroite; on avait proposé de le garnir en dessous de quelque substance isolante; mais ce n'est pas indispensable, si le cautère n'est pas trop gros.

Pour que l'hémostase soit parfaite, il est bon que le clamp soit échauffé dans une certaine proportion. Les tissus sont mieux desséchés, et les vaisseaux mieux fermés, lorsqu'ils sont comprimés à chaud. Bien entendu, il ne faut pas que la température soit telle, qu'ils soient brûlés. En promenant avec lenteur ses tout petits cautères à la surface du clamp, M. Kœberlé atteint le but.

Ce que nous avons dit sur le soin qui doit présider au détachement des pinces comprimantes, s'applique au clamp. Si l'on en écarte les branches trop brusquement, une hémorrhagie peut avoir lieu.

Sur les points où se fait un suintement sanguin, sans qu'il existe de vaisseau notable, M. Kœberlé met en usage le perchlorure de fer concentré. Il en mouille le bout de son doigt et l'applique sur les tissus, en exerçant une pression assez forte, qu'il maintient durant plusieurs minutes; puis, par un mouvement de rotation, il soulève progressivement, avec lenteur, la pulpe du doigt; et si le sang n'est pas arrêté, il recommence avec une nouvelle quantité de perchlorure.

Tous ces détails sont importants, car, disons-le bien, la ligature a, sur tous les autres procédés qui peuvent arrêter les hémorrhagies, ce grand avantage d'être le seul à ne pas exiger une attention bien minutieuse.

Aussi l'acupressure, la torsion des artères, méthodes qui, préconisées, l'une par M. Simpson, l'autre par M. Syme, ont presque entièrement remplacé la ligature à Édimbourg, entreront difficilement dans la pratique générale.

Disons quelques mots de la torsion, qui ne se fait plus *limitée*, selon les préceptes d'Amussat.

Le professeur Humphry, de Cambridge, vient de publier une leçon sur ce sujet. Depuis plusieurs mois, il a abandonné l'acupressure, dont il était d'abord partisan, pour appliquer dans tous les cas la torsion seule. Il s'en est toujours bien trouvé, même dans des amputations de jambe ou de cuisse.

Pour la pratiquer, il saisit l'artère entre les mors d'une forte pince, et il la tort sur elle-même jusqu'au moment où, toutes les enveloppes ayant cédé, la pince devient libre. Les membranes se rompent inégalement et forment des plis qui sont maintenus les uns par les autres.

Sur le cadavre, une injection de force moyenne ne trouve pas issue par l'orifice ainsi fermé, même d'une grosse artère comme la fémorale. Mais M. Humphry reconnaît lui-même qu'il faut infiniment plus de temps et d'adresse pour la torsion bien faite que pour la ligature.

— En lisant le très-bon chapitre consacré par M. Bilroth au traitement des hémorrhagies, dans son traité de *Pathologie chirurgicale générale* (1), nous avons été très-étonné de ne pas y voir mentionner l'état syncopal artificiel, à côté du froid, parmi les moyens propres à arrêter les hémorrhagies non traumatiques, épistaxis rebelles, etc.

Pour amener dans ce but l'état syncopal, Galien, le premier, a proposé la ligature des quatre membres, vers leur racine, à l'aide d'une serviette ou d'un autre linge. En outre, il est bon de faire lever la personne atteinte d'hémorrhagie, et de la maintenir droite, en la soutenant, si c'est nécessaire. Bientôt surviennent les lipothymies, le sang ne coule plus que goutte à goutte, puis cesse de couler.

J'ai montré deux fois l'excellence de cette méthode à mon regretté maître, Trousseau, chez deux malades qui nous avaient fait appeler en consultation et ne voulaient pas supporter le tamponnement pour des épistaxis incessantes depuis plusieurs jours.

Ne pourrait-on pas expliquer ce résultat de la demi syncope par une action réflexe allant du cœur aux capillaires?

M. Cyon a montré que les vaisseaux capillaires se dilatent lorsque le cœur est vivement excité, comme lorsqu'il regorge de sang. Ici l'afflux du sang est moindre, le cœur moins ex-

(1) Paris, 1868. Germer Baillière.

cité; les capillaires ne sont plus maintenus béants, et le raptus hémorrhagique doit s'arrêter.

Non-seulement il s'est arrêté, mais il ne s'est pas reproduit de plusieurs jours chez nos malades.

Dr Victor Revillout.

OVARIOTOMIE

Par M. le Dr Regnault (de Rennes).

Renée F..., de la Poterie, près Rennes, vint me consulter vers le commencement de 1867. Elle portait, dès ce moment, un kyste de l'ovaire, dont le début remontait à deux ans. Les fonctions digestives et respiratoires n'étaient pas trop gênées, et, tout en avertissant la malade qu'il serait possible de lui enlever la tumeur, je lui déclarai mon intention de n'opérer que si un danger quelconque venant de la tumeur menaçait sa vie d'une façon sérieuse.

Au mois d'avril dernier, je fus appelé près d'elle. Depuis un mois, elle était prise de vomissements presque continuels; elle avait beaucoup maigri. Une perte utérine peu abondante, mais continue, s'était établie et l'affaiblissait beaucoup. Je proposai l'opération, et la malade vint à Rennes pour la subir le mercredi, 20 mai.

La tumeur avait alors à peu près atteint le volume d'une grossesse de neuf mois ou un peu plus; la fluctuation était facile à percevoir : en examinant la surface du ventre, on voyait assez nettement trois ou quatre gros lobes se dessiner sous la paroi. A gauche et à droite, profondément, on sentait, à côté des parties liquides de la tumeur, des masses beaucoup plus dures, arrondies, de la grosseur des deux poings. On pouvait faire glisser un peu la paroi abdominale sur le kyste, et l'on obtenait ainsi une sensation spéciale de frôlement perçue par la main, et qui me parut indiquer l'absence d'adhérences en avant.

L'opération fut pratiquée le 22 mai, en présence de MM. les docteurs Dayot, Lefeuvre, Petit (de Rennes) et Lemoine (de Saint-Brieuc), qui eurent la bonté de me prêter leur concours : elle fut d'une excessive simplicité.

Incision, couche par couche, de la paroi abdominale, en ayant soin de lier à mesure tous les vaisseaux pour empêcher un écoulement de sang dans le péritoine, quand celui-ci serait ouvert. Incision du péritoine. Ponction de la loge antérieure du kyste avec un gros trocart. Lorsque cette première loge fut à peu près vide, je saisis la paroi antérieure, devenue flasque, avec des pinces à griffes; je la fis saillir à travers l'incision abdominale, puis j'agrandis, avec le bistouri, l'ouverture faite à la paroi du kyste par le trocart et je ponctionnai, par l'intérieur de cette première loge, les autres loges du kyste. J'obtins ainsi rapidement l'évacuation de la plus grande quantité du liquide.

Introduisant alors le bras dans l'abdomen, après l'avoir soigneusement lavé, je reconnus, à ma grande satisfaction, l'absence complète d'adhérences. J'attirai la masse kystique vers l'extérieur, et, après quelques tractions aidées de pressions exercées sur le ventre par des aides, j'obtins la sortie de toute la tumeur. Elle était identique à celles que j'avais déjà trouvées; trois grosses poches, fort dilatées, formaient la masse principale : elles avaient été vidées précédemment. Derrière elles se voyait un nombre incalculable de petites loges de différentes grosseurs serrées les unes contre les autres, et constituant une masse qui, avant d'être incisée, donnait la sensation d'une tumeur solide. Le tout pouvait peser 2 kilogrammes et demi environ. Je plaçai, sur le pédicule, une très-forte ligature, et je fis la section. Quelques gouttes de sang à peine s'étaient écoulées dans le ventre. La toilette du péritoine fut donc, fort simple : je l'épongeai avec le plus grand soin et je réunis la plaie. Comme dans mes autres opérations, je me servis, pour cela, d'épingles longues et fortes, avec lesquelles je traversai de chaque côté la peau et le péritoine, de manière à adosser celui-ci à lui-même. Je réunis la plaie dans toute sa longueur sans laisser à la partie inférieure d'ouverture libre et sans placer de tube d'aucune sorte. Je fis passer au-dessous de la ligature, à travers le pédicule, une épingle qui la maintenait exactement. Pour plus de garantie, et afin d'empêcher sa rentrée dans le ventre, je fixai ensuite les deux chefs de la ligature qui avait étreint la base du kyste sur un gros rouleau de diachylon qui resta en dehors, placé en travers, remplaçant ainsi avantageusement le clamp. J'imbibai la partie du pédicule, restée à l'extérieur, de perchlorure de fer pour la momifier.

L'opération dura à peine une heure en tout. La malade, complétement anesthésiée, n'avait eu conscience de rien. Elle fut reportée dans son lit, enveloppée d'une couverture de laine.

Les suites de l'opération ont été d'une simplicité telle, que je n'en avais point encore vu de semblables. Il n'y eut point de vomissements chloroformiques.

Le lendemain, l'opérée éprouvait seulement une sensation générale de courbature, sans douleurs localisées. Le ventre était légèrement sensible; le pouls à 88. Elle mangea avec appétit une côtelette et but, dans la journée, une bouteille de bordeaux rouge.

Les deux jours suivants, la courbature continua en diminuant un peu; le ventre resta sensible. Le pouls s'éleva à 95 le 24, et à 108 le 25; ce fut le maximum; cette accélération légère ne m'empêcha point de continuer l'alimentation. L'hypogastre étant un peu douloureux, je me contentai de faire appliquer, le 25 et le 26, des fomentations émollientes sur le ventre. A partir du 26, tous ces légers accidents ont disparu complétement; le sommeil est devenu parfait; les douleurs de ventre nulles, l'appétit normal.

Le 29 mai, j'enlevai deux épingles; le 31, deux autres. Le 1er juin, j'enlevai le reste. Le pédicule, complétement séparé, tomba ce jour-là. Je n'ai point eu, cette fois, d'abcès de la paroi abdominale autour des épingles, comme j'en ai observé sur quelques-unes de mes autres opérées.

J'ai revu la malade le 2 juin : elle est aussi bien que possible; il ne reste plus qu'une plaie longitudinale presque linéaire en haut et en bas, un peu plus large, profonde et déprimée au point qui correspond à la sortie du pédicule.

La malade se lèvera dans deux jours et pourra, sans doute, retourner chez elle dans une semaine.

Ce cas est véritablement un cas type sous le rapport de l'extrême simplicité de l'opération et de la bénignité extraordinaire des suites. Il porte cependant son enseignement avec lui. Faut-il dans tous les cas laisser une ouverture à la paroi abdominale, et introduire dans le bassin, comme on le conseille assez généralement, des tubes de verre ou de caoutchouc pour évacuer les liquides qui peuvent s'accumuler dans les culs-de-sac péritonéaux? Je ne le pense pas, et je crois que ces moyens doivent rester exceptionnels. J'ai toujours réuni complétement la plaie et je m'en suis bien trouvé. Je crois que si, dans le cas présent, j'avais laissé une ouverture faisant librement communiquer l'air avec l'intérieur du ventre, les suites n'auraient point présenté une simplicité aussi grande; et, sans redouter, comme les anciens chirurgiens, le contact de l'air avec la séreuse abdominale, je crois fortement qu'il est bon de l'éviter toutes les fois qu'on le peut. Le péritoine est patient; toutes les ovariotomies faites jusqu'à ce jour le démontrent assez; mais encore est-il bon de n'en point abuser. Cette libre communication, proposée pour enlever les liquides septiques qui peuvent se produire, me semble d'ailleurs très-propre à favoriser la décomposition putride soit du sang, soit de la sérosité, soit du liquide kystique que l'on aurait pu abandonner par mégarde dans la cavité péritonéale. Chez une de mes opérées, des accidents inflammatoires se développaient, et des abcès considérables se firent jour ou durent être ouverts; mais le pus avait le caractère du pus de bonne nature, et n'offrait aucune fétidité. En eût-il été de même si une large ouverture l'avait mis en communication permanente avec l'atmosphère?

Il est pourtant des cas, j'en suis convaincu, où un chirurgien prudent devra recourir à cette mesure; mais c'est là pour moi l'exception. Toutes les fois que l'ovariotomie n'aura pas été trop laborieuse, que les adhérences, modérément étendues, auront pu être détruites sans hémorrhagie grave par arrachement ou par section avec le serre-nœud, que le péritoine aura pu être nettoyé complétement de tous les liquides pouvant le souiller, il sera, je le crois, avantageux de réunir complétement. L'ouverture permanente et l'usage des tubes devraient être réservés aux cas dans lesquels on prévoit, d'une manière à peu près certaine, un épanchement ultérieur intra-pelvien *assez considérable*; et ces cas devront être assez rares, si toutes les précautions ont été prises, et si le nettoyage, sur la nécessité duquel les chirurgiens anglais ont tant insisté, a été fait avec le soin minutieux qu'il demande.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 10 juin 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

LECTURES.

Des corps fibreux et des polypes de l'utérus considérés pendant la grossesse et après l'accouchement.

M. Forget lit le travail suivant :

La communication qui a été faite dans notre avant dernière séance par M. Depaul, d'une observation de M. le docteur Julien qui met en évidence la coexistence d'une grossesse arrivée à terme et d'un corps fibreux spontanément expulsé quatre jours après l'accouchement; cette communication soulève un point de chirurgie obstétricale auquel se rattachent en pratique des questions importantes d'une solution souvent difficile.

C'est à ce titre que le sujet dont il s'agit m'a paru mériter de fixer quelques instants votre attention. Mais tout d'abord, pour expliquer mon intervention en cette matière, je rappellerai que dès 1846, après avoir eu l'occasion pendant mon prosectorat à la clinique du professeur Lisfranc, d'observer un très-grand nombre de fibromes de l'utérus, j'avais remarqué depuis longtemps qu'il existait une lacune dans l'histoire générale de ces tumeurs, presque exclusivement considérées par les auteurs dans les conditions physiologiques ordinaires de la matrice, c'est-à-dire dans l'état de vacuité de ce viscère.

J'avais dès lors pensé à ajouter à la pathologie utérine un chapitre nouveau qui comprit une voie d'ensemble des tumeurs fibreuses compliquant la grossesse, et dans ce but, j'ai publié, dans le numéro d'avril 1846 du Bulletin général de thérapeutique dont j'étais alors collaborateur, un travail qui a pour titre : *Recherches sur les corps fibreux et les polypes de l'utérus considérés pendant la grossesse et après l'accouchement.*

Je sais, Messieurs, avec quelle discrétion et quelle retenue il convient toujours de mettre en jeu sa personnalité et ses propres œuvres, et si je me suis décidé à prendre la parole dans le cas actuel, c'est parce que, à en juger par le silence de mes collègues à l'endroit de mon travail, il m'a semblé qu'ils ne le connaissaient pas; et parce que d'autre part, je crois, ne serait-ce qu'à titre de renseignement, qu'il peut être avantageusement consulté.

Quelles sont donc les questions que soulève la présence des productions fibreuses compliquant l'état de grossesse?... Tel est le problème qu'il m'a paru convenable de me poser tout d'abord.

Ces questions sont complexes : les unes relatives à l'influence réciproque de ces néoplasmes sur la grossesse, et de celle-ci sur ceux-là; les autres au rôle que ces fibromes peuvent jouer comme cause de dystocie au moment de l'accouchement, et d'accidents ultérieurs soit primitifs soit consécutifs; enfin un troisième point qui s'y rattache intimement est relatif à la conduite que doit tenir le chirurgien, et à l'opportunité de son intervention immédiate ou tardive dans un semblable cas pathologique.

Pour répondre aux diverses questions de ce programme, il m'a paru nécessaire de se placer en présence des variétés anatomiques et des différences de forme, de volume et de nombre, avec lesquelles ces tumeurs se sont produites dans le champ de l'observation.

Or, l'expérience a démontré qu'on peut les rencontrer sous trois états distincts pendant la grossesse :

1° Enveloppées par le tissu utérin, enkystées pour ainsi dire dans son épaisseur, ces tumeurs constituent les corps fibreux interstitiels;

2° En connexité avec l'utérus d'une façon médiate, au moyen du péritoine qui les revêt de toutes parts, et leur forme une sorte de pédicule membraneux à la surface de cet organe; ces tumeurs, presque toujours indépendantes du tissu utérin sous cette forme particulière, peuvent être considérées comme une sorte de polypes sous-péritonéaux;

3° En connexité immédiate et directe avec la matrice, par un pédicule de longueur variable, continu au tissu utérin lui-même; le néoplasme n'est autre alors que le polype proprement dit.

Il convient encore d'ajouter que le fibrome peut être solitaire ou multiple.

Qu'il occupe tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, le fond de l'utérus, tantôt un des points rapprochés de la zone cervico-utérine.

Qu'enfin il peut être vaginal ou utéro-vaginal.

Je m'occuperai des corps fibreux.

Corps fibreux. — Lorsqu'un corps fibreux préexiste à la grossesse, l'effet le plus constant de celle-ci c'est d'en accroître la vitalité, d'en augmenter le volume, et d'en hâter le progrès ultérieur après l'accouchement. Voici deux exemples qui le prouvent.

Observation. — corps fibreux; grossesses successives. — Une dame, chez laquelle j'avais constaté après plusieurs autres chirurgiens consultés par elle, la présence d'une tumeur volumineuse, arrondie, dure, accessible au toucher par le rectum, occupant la paroi postérieure de l'utérus, et considérée par tous, comme étant de nature fibreuse, devint trois fois enceinte; la grossesse suivit sa phase régulièrement; le dernier accouchement a été laborieux et fut suivi d'une hémorrhagie inquiétante. Après chaque accouchement, la tumeur fibreuse augmenta de volume, depuis le dernier surtout, elle prit un accroissement notable; le ventre resta développé, la marche devint pénible, et cette dame était obligée de garder presque complétement la position horizontale sur une chaise longue. Cette malade, qui est morte depuis plusieurs années et que j'ai suivie depuis sa dernière couche, a succombé dans un état d'anémie profonde, avec les jambes infiltrées et une hydropisie abdominale. La saillie considérable du corps fibreux dans l'excavation pelvienne, exerçait sur le rectum une pression telle que les garde-robes étaient extrêmement pénibles; plusieurs fois je me trouvai dans la nécessité d'obvier à la rétention des matières fécales en allant les extraire au-dessus de l'obstacle à leur passage.

Une autre femme, âgée de 40 ans, réclama mes soins pour une hydropisie ascite qui, dans l'espace de deux années, rendit nécessaire huit fois l'opération de la paracentèse. L'affaissement des parois abdominales après l'évacuation du liquide, permettait d'arriver sur la paroi de l'utérus qui présentait un développement tel que cet organe dépassait l'ombilic. Cette élévation apparente était due à plusieurs tumeurs fibreuses, dont une avait un volume énorme. Cette tumeur, qui faisait corps avec l'utérus, l'entraînait dans tous les mouvements qu'on lui imprimait.

La malade s'aperçut de la présence de ce fibrome à la suite d'une grossesse, survenue six ans auparavant; jusque-là elle s'était bien portée. L'accouchement qui eut lieu à terme, fut suivi d'une métrorrhagie grave, qui se prolongea à des degrés divers pendant plusieurs semaines. Le ventre, depuis cette époque, resta volumineux, et les règles parurent chaque mois sous forme de perte. L'existence des tumeurs fibreuses qui fut alors constatée, permit d'en suivre l'évolution qui eut lieu avec une grande rapidité. Cette malade, dont la santé n'avait pas souffert jusqu'à sa dernière grossesse, quitta Paris après quatre ans, pendant lesquels je lui donnai des soins. Elle était dans un état déplorable; elle a succombé depuis aux suites de son affection.

La vascularisation du corps et des polypes fibreux intra-utérins pendant la grossesse, est un fait généralement admis. Il s'explique par l'excès de mouvement nutritif dont l'utérus est le siége pendant la gestation, et auquel participent nécessairement les produits anatomo-pathologiques qui lui sont annexés. Ces conditions physiologiques dans lesquelles se trouve l'utérus gravide, rendent en outre raison de l'accroissement de ces produits pendant la grossesse, et leur progrès rapide après l'accouchement.

L'examen anatomique de quelques-uns de ces corps fibreux m'a paru démontrer que la vascularisation qu'elles doivent au développement de la circulation utérine, ne change pas toujours sensiblement la composition intime de leur tissu; un peu plus mou, plus humide, quelquefois assez friable, il ne présente pas en général dans son épaisseur une organisation vasculaire suffisante à rendre raison des hémorrhagies consécutives à l'accouchement. C'est dans leur enveloppe verticale, formée par le tissu utérin lui-même, que la vascularisation est apparente; c'est dans le prolongement du tissu musculaire qui fixe et relie ces fibromes à la matrice que j'ai eu occasion d'observer l'existence de vaisseaux d'un certain calibre, pouvant expliquer les pertes sanguines abondantes qui suivent la sortie du fœtus et la délivrance.

Il y a longtemps que Lisfranc a appelé l'attention sur cette particularité anatomique de la constitution des tumeurs fibreuses, et notamment des polypes. Il fit observer qu'à l'époque des règles, on voit couler de la surface de certains polypes des gouttelettes de sang, et que, pour peu que cet écoulement qui se fait en nappe devienne trop abondant, il lui a suffi souvent, dans ces cas, de cautériser la surface du corps étranger pour le faire cesser. Or il est facile de comprendre qu'une semblable disposition, à la suite de la grossesse, se trouve singulièrement exagérée, et que les contractions de la matrice, s'exerçant sur un corps fibreux volumineux qui s'oppose au retrait du tissu utérin sur lui-même dans les points qu'il occupe, aient pour effet de produire une hémorrhagie grave. C'est dans cette catégorie de faits que se placent ceux que Chaussier a mis sous les yeux de la Société de médecine de Paris, et qui sont cités par Desormeaux et P. Dubois dans l'article dystocie du « dictionnaire de médecine ou répertoire général des sciences médicales ». Chaussier les avait recueillis sur des femmes mortes à la Maternité à la suite d'accouchements laborieux, chez lesquelles des corps fibreux multiples occupaient toute l'étendue d'une des parois de l'utérus. La mort avait été produite par des hémorrhagies qu'on n'avait pu arrêter.

J'ai rapporté moi-même un cas analogue qui se trouve mentionné

dans le « journal de médecine de Bordeaux, n° 12, décembre 1844 ». Le docteur Brulatour, à qui on le doit, dit avoir assisté à l'autopsie d'une femme dont l'utérus contenait quinze corps fibreux interstitiels. La mort eut également lieu par hémorrhagie.

En supposant les cas les plus favorables, celui de l'existence d'un seul corps fibreux éliminé spontanément par les contractions de l'utérus, à la suite de l'accouchement, ainsi que cela eu lieu pour la malade de M. le docteur Jullen, dont M. Depaul a entretenu la Société de chirurgie, on se trouve toujours dans des conditions qui font que l'hémorrhagie est encore fort à craindre.

L'élimination d'un tel fibrôme, en effet, ne peut s'effectuer que par une véritable énucléation qui le dégage de l'épaisseur de la paroi utérine où il est inclus; or, cette opération naturelle ne se conçoit pas, sans qu'elle produise, dans le tissu utérin, un véritable traumatisme dû à la lésion des fibres musculaires rompus, qui, pour livrer passage au corps enkysté, ont dû subir une déchirure partielle plus ou moins étendue, qui est une cause d'hémorrhagie.

Il est, dans l'histoire des fibrômes utérins, un point encore obscur, quoique depuis longtemps controversé : c'est celui qui a trait à l'inflammation de ces productions morbides et à la suppuration qui en serait la conséquence.

Bayle admettait que les polypes pouvaient s'enflammer. Lisfranc affirme avoir vu plusieurs exemples d'abcès développés dans leur épaisseur. Le même journal de Bordeaux que je viens de citer renferme un fait qui met en évidence ce travail pathologique survenu à la suite d'un accouchement.

Le docteur Barnetche a mis sous les yeux de la Société de médecine de Bordeaux l'utérus d'une femme décédée à la Maternité, quarante-huit heures après un accouchement des plus difficiles qui avait nécessité la version à la suite d'un travail qui durait depuis plus de six jours. Cette matrice énorme présentait trois tumeurs fibreuses de volume inégal à ses parties supérieures et latérales. L'incision de la tumeur la plus élevée donna lieu à un écoulement de pus sanieux, mélangé d'une espèce de détritus formé par le tissu utérin, dans l'épaisseur duquel la tumeur s'était développée : l'auteur dit qu'il n'a trouvé aucune trace de phlébite utérine et que, pour lui, la mort a été causée par une métrite aiguë compliquée d'un ulcère développé solidairement dans l'épaisseur d'un des corps fibreux dont l'existence, pendant la grossesse, n'avait pas été reconnue.

En parlant de la vascularité des productions fibreuses de la matrice à la suite de la gestation, j'ai fait remarquer précédemment, et la tumeur produite par M. Depaul dans la séance dernière en est la preuve, que le tissu fibreux lui-même n'est pas sensiblement modifié dans son aspect, sa consistance et sa composition, et que c'est dans le tissu utérin, qui embrasse la périphérie, que réside la source de l'hémorrhagie. Il y a des exceptions à ce fait anatomique, comme le démontré celui qui suit :

Observation. — J'ai été, pendant plusieurs années, appelé à donner des soins à une dame qui, huit jours après un accouchement pratiqué par Hutin, et à la suite duquel le placenta avait été extrait entier, sans aucune déchirure, présenta des pertes abondantes. Lisfranc fut appelé. Le toucher vaginal lui permit de constater l'existence d'un polype formant, au-dessous du col, une légère saillie arrondie. La tumeur remontait dans l'utérus à une hauteur qu'il ne fut pas facile de préciser. Une ligature fut portée, à grand' peine, à une profondeur qui fit croire à Lisfranc qu'il était arrivé jusqu'au fond de l'utérus. L'hémorrhagie cessa, et le polype, dont le lien constricteur fut resserré chaque jour, s'engagea dans le vagin à la fin du quatrième jour, après des efforts d'expulsion très-douloureux, comme si, dit la malade, un nouvel accouchement avait eu lieu. Ce polype, de consistance molle, d'un tissu rouge-brun, très-friable par endroits, offrait dans son épaisseur des tractus vasculaires sous forme de linéaments et de vacuoles des plus apparents.

Lisfranc, dans ses leçons, insistait particulièrement sur cette variété de polypes fibreux dont la structure particulière rend raison des aptitudes hémorrhagiques qui leur sont propres et qui, comme complication de la grossesse, les rendent on ne peut plus redoutables.

Au nombres des accidents imputés à la présence des tumeurs fibreuses compliquant la grossesse, on a cité l'avortement, la rupture et l'inversion de la matrice.

A en juger par les observations nombreuses qui prouvent que, nonobstant la préexistence d'un corps fibreux à la grossesse, celle-ci peut suivre son cours régulier jusqu'à terme. L'avortement provoqué par le corps étranger serait une exception.

On peut en dire autant de la rupture des parois utérines qui, dans les cas de corps fibreux multiples que j'ai cités, n'ont pas plus déterminé ce grave accident qu'ils n'ont enrayé l'évolution normale de la grossesse.

Si la rupture de l'utérus est en effet à redouter, c'est bien sans contredit lorsque toute une paroi de l'utérus est envahie par ces fibrômes, comme cela existait dans les exemples rapportés par Chaussier et dans celui que j'ai emprunté au *Journal de médecine de Bordeaux*. L'ampliation de la cavité utérine, ne pouvant alors s'effectuer par la dilatation extrême de la portion des parois de l'organe restée saine, celle qui est le siége de ces tumeurs ne pouvant s'y prêter que dans une limite tout à fait restreinte.

Il serait intéressant, à cet égard, d'entendre ceux de nos collègues que des études spéciales ont mis à même d'acquérir, en cette matière, une expérience personnelle. Sur ces deux points de pathologie obstétricale, leur opinion aurait une grande autorité. Il en serait de même pour celui qui a trait à l'inversion de la matrice.

Quel est le degré de fréquence de ce déplacement à la suite de l'accouchement? Pour moi, je n'en connais aucun cas dans lequel il ait été manifestement produit par l'issue spontanée d'un corps fibreux, due aux seules contractions de l'utérus. Peut-être, cependant, faut-il faire une exception pour celui que Lisfranc a cité dans sa clinique chirurgicale.

Il s'agit d'une malade qui, après avoir rendu avec de très-vives douleurs, par le vagin, ce qu'elle appelait un morceau de chair, produit d'une grossesse qu'elle croyait exister depuis trois mois, resta souffrante pendant cinq ans. Elle avait une leucorrhée abondante et tenace, et ressentait dans le bassin et dans la région lombaire des tiraillements et un sentiment de pesanteur. Cette femme ayant succombé à une phlegmasie viscérale, on constata chez elle, à l'autopsie, un renversement de l'utérus qui s'arrêtait à la partie de cet organe, qui forme le museau de tanche.

Si l'inversion utérine est rare dans le cas de corps fibreux interstitiels, elle l'est moins dans celui des polypes intra-utérins compliquant la grossesse.

Les tractions exercées sur l'utérus distendu, ramolli et éminemment contractile, par le pédicule de la tumeur et par le poids de celle-ci, rendent raison de la facilité plus grande de la matrice à s'invaginer à la suite de l'accouchement. Tous les auteurs s'accordent généralement à cet égard.

C'est même cette tendance au renversement des parois utérines dans les conditions spéciales dont il s'agit qui a prescrit au chirurgien d'éviter toute traction un peu forte sur le polype, en vue de l'attirer dans le vagin, cette manœuvre ayant pour effet d'exposer à produire l'inversion par elle-même d'abord, ensuite en sollicitant les contractions énergiques des plans vasculaires de la matrice. C'est pour cela que, lorsque la ligature de la tumeur est rendue urgente par l'abondance de l'hémorrhagie, en pareil cas, il est rigoureusement prescrit de la pratiquer sur place, c'est-à-dire de la porter sur le pédicule du polype à la hauteur où il est situé dans la cavité utérine.

De l'exposé succinct des faits que j'ai cités et qui se rapportent la plupart aux corps fibreux de l'utérus, il ressort, ce me semble, pour le praticien, une question de déontologie qu'il serait opportun de résoudre : c'est la conduite à tenir envers une femme chez laquelle l'existence d'un fibrôme utérin est constatée, et qui s'adresse à l'homme de l'art, pour savoir de lui si elle peut, sans inconvénient, contracter mariage et courir les chances d'une grossesse.

Quelle sera la réponse du médecin en pareille circonstance?

Les corps fibreux ne sont pas un obstacle à la fécondation; ils sont rarement une cause d'avortement; la grossesse peut être menée jusqu'à terme; cela est démontré; mais ce qui ne l'est pas moins, c'est que le danger pour la femme commence à devenir sérieux au moment de l'accouchement généralement laborieux, et pouvant être suivi d'une hémorrhagie dont la gravité ne peut jamais être prévue à l'avance et qui souvent a été promptement mortelle.

Cette dernière considération me paraît de nature à trancher la question, si surtout on y ajoute la possibilité de la rupture de l'utérus admise par quelques auteurs durant le cours de la grossesse, et l'influence fâcheuse de celle-ci sur le développement ultérieur et rapide des corps fibreux, et conséquemment sur l'état de santé des femmes qui en sont atteintes. Ajoutons encore que de ce que, par le toucher, on n'a pu constater la présence que d'un seul corps fibreux, il ne faudrait pas en inférer qu'il n'en existe aucun autre, car l'anatomie pathologique apprend que ces néoplasmes sont fréquemment multiples. Il y a donc, à mon avis, les motifs les plus sérieux pour dissuader, en pareil cas, une femme de s'engager par les liens du mariage et de s'exposer aux aventures d'une grossesse.

Ce n'est d'ailleurs qu'avec toute réserve que je me prononce sur une question de cette nature que je soumets à l'appréciation de ceux de mes collègues, que leurs travaux en obstétrique rendent plus compétents pour les juger en dernier ressort.

Polypes. — Si des corps fibreux que j'ai eu plus spécialement en vue jusqu'ici, j'arrive aux polypes proprement dits; les faits qui leur sont relatifs m'ont appris qu'ils peuvent, comme complication de la grossesse et de l'accouchement, se présenter sous plusieurs aspects.

Une première division à établir est celle des polypes celluloso-vasculaires et des polypes fibreux.

Polypes celluloso-vasculaires. — Dans un cas dont j'ai été témoin et qui est rapporté dans la Clinique de Lisfranc, tome III, p. 87, cette variété de polypes qui, par leur siége à l'intérieur de l'utérus, sont d'un diagnostic impossible, a provoqué l'avortement, et à la suite de celui-ci des hémorrhagies successives et abondantes.

Observation. — Une dame, âgée de 28 ans, mère de quatre enfants, fut atteinte d'une métropéritonite à son dernier accouchement. Elle devint enceinte pour la cinquième fois, lorsque l'utérus était encore sensiblement hypertrophié. Pendant quatre mois, cette dame se résigna à garder le repos. A cette époque, elle fit un voyage à la suite duquel elle fut prise de douleurs utérines, et l'avortement eut lieu; bientôt après des pertes abondantes, rebelles, se déclaraient; au toucher on constata que la matrice était tuméfiée et douloureuse; l'on combattit cette phlegmasie par des moyens antiphlogistiques : pendant deux mois la métrorrhagie cessa, mais elle reparut avec intensité. La malade vit ses forces s'épuiser, elle succomba.

A l'autopsie, on découvrit dans la cavité de l'utérus, dont les parois avaient doublé d'épaisseur, six polypes celluloso-vasculaires ou muqueux, dont le plus petit avait le volume d'une lentille, et le plus gros celui d'une petite noisette.

Ces excroissances polypeuses dont l'existence était en dehors de toute prévision, sont très-insidieuses : elles sont formées par un tissu rouge, mou, d'apparence érectile lorsqu'il est vu à la surface d'une loupe fraîche et nette; flottants et en relief à la surface utérine avec laquelle ils se continuent, ces petits polypes sont éminemment vasculaires. J'ai eu occasion d'en observer, l'utérus étant à l'état de vacuité, ils ont, dans ce cas, déterminé la mort par hémorrhagie successive, chez une malade que j'ai observée pendant mon internat à l'hôpital de la Pitié, et dont j'ai moi-même fait l'autopsie. Leur siége était le même que dans le cas précédent, c'est-à-dire qu'ils occupaient la partie la plus élevée de la cavité utérine. Ils étaient au nombre de huit; quel- ques-uns avaient l'aspect des franges de la membrane muqueuse, plusieurs, celui de petits corps olivaires, et leur structure identique était celle des mêmes polypes mentionnés dans l'observation ci-dessus relatée.

Polypes fibreux. — Les conditions dans lesquels ces polypes ont été observés pendant et après l'accouchement, sont très-diverses, et les accidents qu'ils ont déterminés varient également suivant la nature même de ces conditions.

Ainsi, sans entrer dans les détails des observations que j'ai reproduites au nombre de douze, dans mon mémoire publié en 1866, je me bornerai à en donner les principaux traits.

Ces polypes, de diverse grosseur, quelquefois très-volumineux, siégeant soit à la vulve, soit dans le vagin, soit dans l'utérus, peuvent ne pas s'opposer à la grossesse, et même n'apporter qu'un léger obstacle à l'accouchement.

Observation I. — *Accouchement à terme, compliqué de l'apparition d'un polype utérin à la vulve avant la sortie du fœtus.* — On trouve dans Levret une observation d'une femme chez laquelle une tumeur avait été expulsée de la vulve pendant la parturition avant la sortie d'un fœtus à terme. L'accouchement de cette femme reconnut un polype de la grosseur de la tête d'un enfant nouveau-né, et dont le pédicule, large d'un travers de doigt, était implanté au côté droit du col de la matrice. Il n'y avait pas de pertes considérables après la délivrance, nonobstant, Guiot lia le pédicule; puis il plaça la femme de manière que la tumeur fut soutenue, et qu'elle n'exerçât aucun tiraillement douloureux. Dès le lendemain, des douleurs vives aux lombes et à l'aine droite obligèrent à exciser la tumeur au-dessous de la ligature qui se détacha le troisième jour. La femme n'éprouva aucun accident, elle allaita son enfant et fut bientôt rétablie.

Observation II. — *Polype volumineux occupant la vulve; grossesse terminée heureusement.* — Le même observateur Levret, cite un second exemple d'une femme qui portait un polype d'un volume considérable, dont la base pendait entre ses cuisses, et qui, par son pédicule, était fixée au cul utérin. Cette tumeur avait paru depuis seize ans à la suite d'une couche fort heureuse; elle rentrait facilement lorsqu'on la réduisait dans le vagin. De nouveau devenue enceinte une seconde fois, le polype rentra progressivement par l'effet de l'élévation successive de l'utérus, et cessa de paraître pendant la grossesse. La femme accoucha heureusement à terme d'un enfant bien vivant; mais dès qu'elle fut rétablie, la tumeur sortit de nouveau à la vulve. Cette femme continua à faire remonter sa tumeur qui, un jour, sortit et ne put pas être réduite. L'étranglement du polype à la vulve exigea une opération qui fut pratiquée par Rondon, chirurgien de l'Hôtel Dieu, au moyen de la ligature. La tumeur se détacha le quatrième jour, et la malade ne tarda pas à être guérie.

Observation III. — *Polype énorme compliquant la grossesse.* — *Double insertion au col de l'utérus et au vagin.* — *Cinq accouchements d'enfants à terme mort-nés.* — Je rapprocherai du fait précédent une observation analogue du docteur Pordham. — C'est celle d'une femme de 35 ans en travail depuis six jours. Par le toucher on constate dans le vagin une tumeur volumineuse, implantée sur la partie postérieure du col utérin. — Cette femme, depuis dix ans, avait eu quatre enfants mort-nés. A chaque accouchement une tumeur sortait de la vulve, poussée par le fœtus. Cette fois encore la parturition, malgré cet obstacle, s'opéra tout naturellement; mais l'enfant était mort, comme les quatre autres qui l'avaient précédé.

Le docteur Clough, appelé en consultation, constata la continuité des efforts expulsifs après la délivrance, et reconnut une double insertion du polype au col de l'utérus et à la paroi postérieure du vagin. L'application de cette ligature fut très-laborieuse : la femme, fort épuisée déjà, s'affaiblit rapidement et succomba le lendemain de l'opération, sans avoir présenté ni douleurs, ni vomissements, ni aucun autre signe de métropéritonite. Il n'est pas question de l'autopsie.

Obs. IV. — Un troisième fait, puisé à la même source (*Medical and Physical journal* 1811 *et* 1812), nous montre encore *un polype sortant de la vulve au moment de l'accouchement, et cela à la suite de trois grossesses successives, en même temps qu'il fait voir le danger d'une ligature pratiquée immédiatement après l'accouchement.*

Voici ce fait, qu'en raison de l'enseignement pratique qu'il renferme j'ai jugé à propos de reproduire intégralement.

Une femme, mère de plusieurs enfants, accoucha d'une fille à terme après une parturition douloureuse. Pendant le travail, une tumeur consistante et charnue, poussée par la tête de l'enfant, était sortie avant elle; à deux couches précédentes ce même phénomène avait eu lieu. Le volume de la tumeur était seulement moins considérable, aussi n'y avait-on pas fait grande attention, chaque fois celle-ci étant rentrée dans le vagin. Cette dernière fois elle resta hors de la vulve; elle avait la grosseur de la tête d'un enfant nouveau-né. Dès le lendemain une ligature fut placée autour de son pédicule; vers le soir du même jour, agitation et insomnie. Le lendemain, nouvelle ligature, la première s'étant relâchée : presque immédiatement, douleur si vive et anxiété telles que, vers le soir, on fut contraint d'enlever le fil constricteur. Les accidents convulsifs déterminés par cette opération durèrent plusieurs jours, malgré l'usage des narcotiques, le pouls monta à 120 pulsations, la voix était éteinte. La malade cependant se rétablit et on crut, neuf semaines après l'accouchement, le moment venu d'appliquer une nouvelle ligature, qui ne tarda pas à reproduire les mêmes accidents qui avaient eu lieu une première fois. La tumeur était recouverte, dans toute sa surface, d'une escharre qui était le point de départ d'un écoulement fort abondant. L'état de la malade s'étant beaucoup amélioré par les soins appropriés et un régime analeptique, on pratiqua de nouveau la ligature du polype dont le pédicule était devenu moins gros et plus facile à atteindre; il s'était passé alors quatre mois depuis l'accouchement; cette fois la ligature, d'abord douloureuse, fut bientôt mieux supportée, et au bout de quelques jours la tumeur se détacha, et la malade recouvra une santé parfaite.

Les polypes fibreux restés dans l'utérus s'y comportent de la même manière que les corps fibreux; comme eux ils constituent par leur présence un obstacle au retrait de l'utérus sur lui-même; outre que par la vascularisation dont ils sont doués quelquefois à un haut degré, ils peuvent, de plus, devenir par eux-mêmes une source d'hémorrhagies graves et surtout mortelles. J'en ai cité trois exemples que j'ai empruntés l'un au docteur Churchill, un autre au docteur Radford, de Manchester, et un troisième au docteur Crisp; la mort eut lieu au bout de huit à dix heures dans le premier cas; elle se produisit par épuisement quinze jours après l'accouchement dans le second; chez la madade du docteur Crisp, à l'hémorrhagie s'ajouta, comme une cause de mort après l'accouchement, la persistance des contractions énergiques de l'utérus et la répétition des douleurs pendant l'expulsion d'un polype qui était très-volumineux, à ce point qu'on l'avait pris pour un second enfant, et qu'engagé à la vulve il rendait le cathétérisme difficile.

Des faits qui précèdent, il me semble que l'on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Les fibrômes les plus variés de forme, de volume et de siége ne sont pas un obstacle à la conception;

2° Les polypes compliquant la grossesse, même quand ils sont volumineux, ne s'opposent pas généralement à l'évolution de celle-ci et peuvent ne mettre que faiblement obstacle à l'accouchement;

3° Les polypes peuvent occuper le vagin, ou être contenus dans l'utérus au moment de l'accouchement;

4° Les polypes qui occupent le conduit vulvaire constituent un danger pour la vie de l'enfant; les polypes intra-utérins, après l'ac-

couchement, sont au contraire un danger pour la mère, en raison de l'hémorrhagie qu'ils déterminent;

5° Les polypes intra-utérins sont plus facilement éliminés que les corps fibreux en même temps que le produit de la conception : leur forme, qui les rend indépendants du tissu utérin, et le peu d'épaisseur de leur pédicule, rendent raison de cette différence;

6° Le renversement de l'utérus, après la grossesse, compliqué d'un corps ou d'un polype fibreux, peut être le résultat des contractions utérines, et aussi des manœuvres irrationnelles exercées sur le corps étranger;

7° La question d'opportunité de l'opération, un corps fibreux ou un polype se montrant à la suite de l'accouchement dans des conditions accessibles à l'action instrumentale, constitue un problème diversement résolu;

8° Si la matrice se ferme et revient sur le corps inclus dans sa cavité, sans donner lieu à une hémorrhagie sérieuse, il est sage de s'abstenir de toute tentative, et d'attendre que les conditions spéciales dans lesquelles se trouvent l'utérus après l'accouchement aient cessé. On agirait de même dans le cas d'un polype intra-vaginal fibreux qui donne lieu;

9° Une hémorrhagie qui compromet les jours de la mère, ou qui est obstacle au passage du fœtus pour qui il constitue un danger, réclame impérieusement l'intervention du chirurgien et s'oppose à toute temporisation;

10° Quant à l'indication chirurgicale, elle varie suivant les cas.

M. Tarnier. Je crois qu'il serait opportun d'attendre la communication que M. Guéniot nous a annoncée pour commencer la discussion. Cela était convenu entre les membres de la Société, lorsque M. Depaul a fait sa communication.

(La suite au prochain numéro.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 23 juin 1868, il sera ouvert, à Paris, le 18 janvier 1869, un concours pour quatre places d'agrégés près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, savoir : deux places dans la section des sciences physiques (une, *physique*, et une, *chimie*), et deux places dans la section des sciences naturelles (une, *histoire naturelle*, et une, *pharmacie*).

— Lundi dernier, a eu lieu la distribution annuelle des prix aux élèves sages-femmes de la Maternité, ainsi que la remise des certificats d'aptitude aux élèves désignées par le jury d'examen.

Le 1er prix d'accouchement (médaille d'or) a été remporté par mademoiselle Weissenthanner.

Le 1er prix de vigilance clinique a été partagé entre mademoiselle Caillaous et mademoiselle Vallangellier.

Le 1er prix d'observations cliniques a été obtenu par mademoiselle Lafont.

Les trois prix de saignée, de vaccine et de botanique ont été remportés par mademoiselle Sion.

Enfin mademoiselle Caillaous a obtenu le prix de bonne conduite.

De nombreux accessits ou des mentions honorables ont été décernés à d'autres élèves qui s'étaient fait remarquer également par leurs succès, leur travail et une application soutenue.

— Mardi dernier un banquet réunissait les anciens élèves de M. le professeur Bouillaud, désireux de fêter en famille la nomination du maître à l'Institut. L'assemblée se composait des chefs de clinique et des externes, auxquels s'étaient joints un petit nombre de médecins jaloux de compter parmi les élèves de M. Bouillaud. Une agréable intimité, telle qu'elle doit exister entre gens qui se connaissent et s'apprécient, donnait à ce banquet une physionomie particulière. Des toasts ont été portés par MM. Pelletan de Kinkelin, Béhier, Maingaret, Boutequoy, Chauffard, Cornil et Lemaire. Chacun de ces toasts, inspirés par un sentiment commun, a été chaleureusement accueilli.

A plusieurs reprises, M. Bouillaud a pris la parole pour répondre à ces divers toasts. Dans une vive improvisation, l'éminent professeur, ému par tous ces témoignages de respectueuse sympathie, a remercié l'assemblée des sentiments qui lui étaient exprimés et qui l'avaient profondément touché; puis, jetant un regard sur sa vie médicale, il l'a résumée en la montrant vouée tout entière à la recherche du véritable progrès, et a invité ceux qui l'entouraient à ne pas déserter cette noble cause où notre école doit toujours ambitionner une glorieuse initiative.

De pareils encouragements donnés avec cette parole abondante et colorée que connaissent tous les médecins de France ont trouvé dans l'assemblée l'écho qu'ils méritaient, et de vifs applaudissements ont à plusieurs reprises interrompu l'orateur.

Sur la proposition de M. le docteur Maingaret, une médaille a été votée, destinée à consacrer la mémoire de cette réunion. Elle sera prochainement offerte à M. Bouillaud, et lui rappellera une de ces heures douces au vrai savant et à l'homme de bien, qui trouve dans l'admiration et l'estime de toute une génération la récompense d'une vie consacrée par le travail et une inaltérable dignité.

Erratum. — Une faute d'impression a complétement dénaturé un passage d'une citation faite par nous dans le dernier numéro de la *Gazette*. Vers le bas de la première colonne du premier Paris, au lieu de « ils ont dû se former eux-mêmes tout leur *langage* intellectuel, » il faut lire « ils ont dû se former eux-mêmes tout leur *bagage* intellectuel. »

Le Directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 29 juin 1868.

Lundi dernier, nous annoncions — à l'occasion de scandales récents — qu'il était urgent de remettre à l'ordre du jour la grave question des concours en médecine.

Les règlements actuels ne peuvent empêcher que la justice ne soit foulée aux pieds. C'est donc la constitution même de ces règlements qu'il est nécessaire d'étudier pour en demander la révision.

Nous avons soumis loyalement notre intention à M. le Directeur général de l'Assistance publique, et nous lui avons demandé communication du règlement actuel des concours des hôpitaux.

Huit jours se sont écoulés et nous attendons encore ce document.

Mais il faut que la lumière se fasse.

Trois grands concours existent en France — Ecole polytechnique, Ecole de Saint-Cyr, École navale; — trois concours dont les résultats n'ont jamais soulevé la moindre réclamation; types d'honneur et de loyauté, ils doivent servir de point de départ à notre discussion.

En attendant les documents réclamés auprès de M. le Directeur général de l'Assistance publique, nous déclarons ouverte la discussion, et nous sommes heureux de reproduire aujourd'hui les idées d'un homme considérable comme honorabilité et valeur scientifique.

M. le docteur Boinet, membre de la Société de chirurgie et chirurgien consultant des maisons impériales, nous adresse la lettre suivante :

Monsieur le Directeur,

Je lis, dans l'avant-dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux*, à l'occasion du dernier concours pour deux places de médecin près le bureau central d'admission des hôpitaux de Paris :

« Le concours, tel qu'il fonctionne aujourd'hui, n'est pas digne de ce nom. »

Il y a longtemps déjà que cette opinion est la mienne; elle est aussi celle de bien des juges et de bien des concurrents; je dirais volontiers qu'elle est l'opinion de tous les médecins qui suivent les concours, mais qui ne sont ni juges ni concurrents. Ceux qui tiennent au mode de concours actuel sont tous ceux qui veulent toujours le règne des protecteurs et des protégés, et qui n'ont d'autre but que de faire arriver quand même leurs élèves, leurs amis ou leurs camarades, qu'ils soient dignes ou non.

Dans une lettre que j'eus l'honneur d'adresser à M. le Directeur général de l'Assistance publique, en 1851, et qui a été publiée dans la *Gazette médicale* (1851, p. 277), je signalais les inconvénients nombreux et graves des concours actuels, et j'indiquais les moyens de remédier aux abus et de faire triompher le mérite seul, d'arrêter l'incapacité, l'intrigue et l'injustice en forçant les corrupteurs et les corrompus à rester honnêtes et dignes. Mes réflexions furent alors prises en considération par tous les hommes placés à la tête de l'administration de l'Assistance publique, mais, j'ai le regret de le dire, les médecins seuls s'opposèrent aux mesures de justice que je proposais et défendirent le mode actuel des concours, sous l'honnête prétexte qu'ils ne pourraient plus faire arriver leurs amis.

Quoi qu'il en soit, et dans l'espoir que les faits qui viennent de se passer à Paris et ailleurs pourront servir d'avertissement à ceux qui pensent que le concours est encore le meilleur moyen pour faire nommer les plus méritants, permettez-moi, Monsieur, d'exposer à vos lecteurs ce que je proposais pour que les concours fussent ce qu'ils devraient toujours être, honnêtes, justes, et j'ajoute honorables pour les juges et les concurrents; trop souvent, jusqu'à présent, les concours n'ont eu que la forme et les apparences de la vérité.

Je ne veux pas rappeler ici tous les inconvénients et tous les abus que j'ai signalés et énumérés dans mon article de la *Gazette médicale;* il sera facile, à ceux qui voudront les connaître, de relire cet article, et ils verront par combien de combinaisons on peut arriver à annihiler le concours et faire que les épreuves n'aient lieu que pour la forme, afin de donner aux décisions de certains juges les apparences de la justice.

En 1821, Dupuytren disait, après avoir réfuté les objections faites au mode de nomination par le concours, et montré de quelle manière ils doivent être établis : « Les concours deviendront ce qu'ils doivent être, une barrière contre l'obsession, l'intrigue et le népotisme; ils deviendront surtout une garantie pour l'autorité, un motif d'émulation pour les savants et un puissant moyen d'avancement pour la science. »

Qui n'applaudirait pas à ces paroles de Dupuytren, et qui, aujourd'hui, n'en reconnaît toute la valeur? Malheureusement, ces vœux du célèbre chirurgien n'ont pas été exaucés, et l'expérience nous montre encore aujourd'hui que le concours, organisé comme il l'est, ne tient pas ce qu'on est en droit de lui demander, puisque le concours n'est pas encore une barrière pour l'obsession, l'intrigue et le népotisme, et qu'il n'est pas une garantie pour l'autorité, etc. Et cependant, il serait bien facile d'accomplir les vœux de tous ceux qui demandent et désirent que le concours soit une vérité.

Si on veut que, dans les hôpitaux de Paris et de toute la France, aussi bien que dans toutes les facultés, le talent et le vrai mérite occupent les places que les coteries injustes, que l'amitié aveugle, intéressée ou corrompue, donnent à la médiocrité intrigante; si l'on veut que la science avance, il faut rétablir le concours partout et apporter des modifications dans le système généralement adopté aujourd'hui pour les concours en médecine et en chirurgie.

Il faut que cette épreuve, si capable de jeter de l'éclat sur nos institutions médicales, ne soit pas rendue inutile et stérile par l'influence immorale de certains hommes, formés à l'école de la corruption; il faut que ceux qui se soumettent à cette chance des concours soient sûrs qu'ils seront toujours jugés avec justice et qu'ils ne sont pas dupes de manœuvres illicites et si faciles, que le concours, tel qu'il est organisé aujourd'hui, ne peut empêcher; il faut soustraire les hommes d'un mérite réel à la souffrance de voir arriver à leur place des incapables et des intrigants; il faut fermer la porte à des hommes sans délicatesse, qui, arrivés par l'intrigue, trouvent tout naturel d'en faire autant pour leurs serviles complaisants et de s'adjoindre, même par calcul, des hommes dont ils ne redoutent pas la rivalité. Il faut épargner aux hommes justes et honnêtes, qui font partie des jurys, les fatigues et les dégoûts que leur font éprouver les jugements intéressés et pleins de partialité de leurs collègues.

Il est bien entendu que, si nous blâmons le concours tel qu'il existe aujourd'hui, notre but n'est point de le blâmer comme principe; au contraire, nous voulons que le concours soit solidement établi, et nous pensons qu'il est le meilleur des moyens sur lesquels semble reposer l'avenir de la science. Nous soutenons que cette lutte scientifique, ouverte publiquement entre des hommes qui prétendent occuper une position scientifique, passe, dans l'esprit du grand nombre, et avec raison, pour l'épreuve qui doit surtout guider l'autorité dans le choix qu'elle fait parmi tant de gens habiles.

Les modifications que nous proposons, et que le temps et l'expérience nous font regarder comme les meilleures et telles que l'équité des juges ne pourra plus être mise en suspicion, sont les suivantes :

1° Il faudrait nommer autant de jurys qu'il y aurait d'épreuves. De cette façon, les juges et les candidats perdraient beaucoup moins de temps, et l'intrigue et l'injustice deviendraient sinon impossibles, au moins très-difficiles. Le nombre des juges pour chaque épreuve serait de cinq et de deux suppléants.

2° Après chaque épreuve, les juges classeraient les candidats à l'aide de points; chaque juge, à l'insu les uns des autres, donnerait au candidat qui vient de subir une épreuve le nombre de points que sa conscience et l'appréciation qu'il aurait faite de l'épreuve l'engageraient à lui donner. Ces points seraient inscrits en toutes lettres sur un bulletin spécial portant la date du jour de l'épreuve, la nature de l'épreuve, le nom du candidat, la signature du juge qui aurait donné les points, et la signature du président du concours qui aurait signé les bulletins avant de les remettre à chaque juge. Tous ces bulletins signés et paraphés et portant le nombre de points donnés par chaque juge seraient déposés dans une urne bien fermée et sur laquelle un des juges et un des candidats apposeraient leur cachet; de plus, l'urne aurait deux clefs, dont l'une serait remise au président, et l'autre à un des candidats tirés au sort.

Le deuxième jury, pour la seconde épreuve, procéderait de la même manière, et ainsi de suite jusqu'à la fin du concours, avec la précaution de remettre la clef des urnes des autres épreuves, à un autre candidat également tiré au sort.

Ces bulletins, ainsi déposés dans une urne particulière pour chaque épreuve, serviraient, les épreuves terminées, à faire connaître celui qui aurait obtenu le plus de points dans toutes les épreuves réunies; celui ou ceux qui compteraient le plus de points seraient nommés suivant qu'il y aurait une ou plusieurs places à donner.

Le dépouillement des urnes se ferait en séance publique, et deux scrutateurs tirés au sort parmi les candidats contrôleraient le bulletin lu à haute voix par le président, et le nombre de points écrits sur chaque bulletin serait inscrit en face du nom du candidat sur des feuilles imprimées destinées à cet usage, et dans autant de colonnes qu'il y aurait eu de juges votants. Il n'y aurait plus qu'à faire une addition, et on aurait le résultat exact et mathématique du concours, c'est-à-dire, la justice.

FEUILLETON

Des effets du tabac à fumer chez les enfants.

Depuis plusieurs années, j'avais eu l'occasion de donner mes soins à un assez grand nombre de jeunes garçons employés dans les manufactures, et qui présentaient les signes les moins équivoques de la chloro-anémie. Ces désordres de l'économie me paraissaient, en général, avoir pour causes une constitution chétive, l'insuffisance de l'alimentation, l'humidité des habitations, l'encombrement et la nature elle-même du travail de ces enfants passant une grande partie de leur vie au milieu d'émanations malsaines de toutes sortes dans des ateliers où vient s'étioler, dès l'âge le plus tendre, une partie de nos populations.

Il y a quelques années, alors que je m'occupais de mes recherches sur l'influence du tabac sur la circulation, je fus frappé du nombre considérable d'enfants d'ouvriers de 9 à 15 ans, faisant usage du tabac à fumer, et je me demandai si cette habitude n'entrait pas pour quelque chose dans les cas si nombreux de chloro-anémie que je constatais chaque année.

Je résolus donc de porter mes recherches sur ce point sans me dissimuler les erreurs et les illusions dans lesquelles je pouvais tomber, car je savais, avec Marshall-Hall et tous les hygiénistes, que les enfants qui travaillent dans les manufactures, sont très-souvent anémiques, et que d'ailleurs, comme je l'ai déjà dit, les autres conditions mauvaises d'hygiène dans lesquelles ils se trouvent placés ordinairement, sont des causes puissantes d'altération du sang chez les jeunes sujets.

Aussi, à l'exception de deux, les vingt-sept observations qui font la base de ce travail ont été prises en dehors des manufactures et dans la classe aisée de la société, à Paris et à la campagne.

J'ai pensé que la publicité donnée à mon modeste travail appellerait peut-être l'attention des médecins sur une des nombreuses causes d'affaiblissement des constitutions qu'amènent presque inévitablement avec eux les raffinements d'une civilisation excessive.

J'ai observé 38 enfants de 9 à 15 ans, faisant un usage plus ou moins grand du tabac à fumer.

J'ai noté des effets sensibles sur 27.

22 présentaient des troubles divers de la circulation, le bruit de souffle aux carotides, des palpitations de cœur, des difficultés de digestion, de la paresse de l'intelligence, et un goût plus ou moins prononcé pour les boissons fortes.

3 avaient des intermittences du pouls.

Chez 8, l'analyse du sang accusait une diminution plus ou moins notable des globules sanguins.

12 avaient des saignements de nez assez fréquents.

10 avaient le sommeil agité.

4 présentaient des ulcérations légères de la muqueuse buccale qui disparaissaient quand ils cessaient de fumer pendant quelques jours.

Chez un enfant, la phthisie pulmonaire m'a paru être la conséquence d'une altération profonde du sang par suite de l'usage du tabac.

Je n'ai guère pu établir une comparaison selon les tempéraments : les enfants étant tous plus ou moins lymphatiques.

De 9 à 12 ans, les effets m'ont paru plus marqués.

Chez les enfants très-bien nourris, les désordres étaient en général moins accusés.

8 étaient âgés de 9 à 12 ans, 19 de 12 à 15 ans.

11 fumaient depuis six mois, huit mois ou un an, et 16 depuis plus de deux ans.

Le traitement par les ferrugineux et le quinquina m'a presque toujours donné des résultats insignifiants :

Sur 11 enfants qui ont cessé de fumer et que j'ai pu suivre, 6 ont vu disparaître à peu près complétement les désordres de l'économie que j'ai signalés, et cela en moins de six mois, 3 en ont conservé une partie. J'ai perdu de vue les 2 autres.

Je me bornerai à rapporter les quatre observations suivantes :

J. M..., âgé de 11 ans. Cet enfant travaille dans une filature de laine depuis dix-huit mois : il est bien constitué; il a la poitrine large, le système musculaire bien développé pour son âge. La face est pâle légèrement bouffie, le regard est un peu éteint, les mouvements sont languissants, il saigne quelquefois du nez. L'appétit n'est pas bien réglé, il est souvent constipé. L'enfant n'a pas de *mauvaises habitudes* et est assez bien nourri.

Les parents m'avouent qu'ils savent bien que leur enfant fume depuis plus d'un an, mais qu'ils n'y ont jamais attaché aucune importance, que tout le monde fume chez eux, et qu'ils ne croient pas que cela puisse avoir aucun inconvénient, que d'ailleurs, il ne fume jamais plus de trois à quatre pipes par jour, excepté le dimanche, où il fume pendant une partie de la journée.

La sthétoscope accuse aux carotides un bruit de souffle très-prononcé; le pouls est mou, régulier, sans intermittences. A l'auscultation, on constate quelques palpitations avec impulsion modérée à la région précordiale. Le sang que j'ai pu recueillir plus tard m'a donné à l'analyse une diminution assez notable des globules sanguins.

Je fus assez heureux pour obtenir des parents qu'ils empêcheraient leur enfant de fumer. Ils tinrent leur promesse, et trois mois environ après, l'enfant était revenu à la santé. On observe seulement quelques palpitations de cœur de temps en temps. Je n'ai eu recours à *aucun médicament.*

Nous n'avons pas besoin de chercher à démontrer qu'en suivant ce mode de concourir, l'injustice deviendrait presque impossible, car si, dans une épreuve, un juge ou des juges cherchaient plus à satisfaire à leur amitié ou à leur haine qu'à remplir leur devoir avec conscience, ces amitiés variant suivant les juges et les candidats, il y aurait, à la fin du concours, une juste compensation par les influences et les sympathies opposées qui pourraient se rencontrer et se feraient ainsi contre-poids. Mais ces amitiés et ces haines ne pourraient se manifester que jusqu'à un certain degré, car si un juge ou plusieurs avaient l'impudeur, pour favoriser un candidat, de lui donner le maximum de points, alors que les autres juges, estimant l'épreuve à sa juste valeur, ne donneraient qu'un nombre faible ou un minimum de points, on apprendrait, au dépouillement des scrutins, quels auraient été les juges assez peu consciencieux pour en agir ainsi. Il en serait de même si ces mêmes juges peu délicats donnaient 0, ou un nombre de points très-restreint, à un candidat auquel la majorité du jury donnerait le maximum. Alors les juges eux-mêmes seraient jugés suivant leurs actes, et le public ne manquerait pas de leur tenir compte de leur conduite improbe.

La manière dont les juges auraient jugé serait donc connue de tout le monde, à la fin du concours. Jusque là, tous auraient ignoré, juges, candidats et public, les secrets de l'urne.

Une autre garantie encore, qu'on pourrait ajouter, serait celle de ne faire connaître les juges aux candidats qu'au moment de l'épreuve; pour cela, l'administration aurait la précaution, suivant les besoins d'un concours, de tirer chaque jury, quelques jours seulement avant son entrée en fonction, et de ne pas en publier la liste; de cette façon, juges et concurrents ne se connaîtraient qu'à la premiere séance de chaque épreuve; en agissant ainsi, toute intrigue par anticipation, soit directement soit indirectement, deviendrait impossible; puis les nouveaux juges, ignorant les points attribués à chaque candidat, et les juges de la première épreuve les ignorant également, de même que les candidats, il en résulterait que tous ces arrangements de points, que toutes ces combinaisons si habiles et si bien conduites avec le mode actuel du concours, disparaîtraient forcément.

Cette manière de procéder rendrait les juges et les candidats honnêtes, *malgré eux*. La manière de chiffrer les épreuves a aussi une grande importance, car, avec des demi-points, des quarts de points on fait encore facilement *des tripotages* contre lesquels les juges les plus sévères ne peuvent pas toujours se tenir en garde; il faudrait suivre, pour le classement des épreuves, le système adopté pour l'admission à l'École polytechnique.

Ainsi, étant convenu que le maximum des points sera 30 et le minimum 0, il est facile de faire un classement juste.

Je suppose, par exemple, une épreuve hors ligne, on la cotera à.. 30 points.
Une épreuve très-bonne ou très-bien.................. 25 —
Une épreuve bonne ou bien.............................. 20 —
Une épreuve assez bonne, passable.................... 15 —
Une épreuve faible.. 10 —
Une épreuve très-faible.................................... 5 —
Une épreuve nulle.. 0 —

Avec le concours ainsi modifié, il y aura économie de temps et d'argent; et les juges, ne siégeant qu'à une seule épreuve, perdront moins de temps et ne seront pas arrachés à leurs occupations quotidiennes pendant plusieurs mois, comme cela a lieu ajourd'hui avec le mode actuel du concours; de plus, ils seront débarrassés d'obsessions de toute espèce, et leur conscience restera tranquille.

Nous appelons de tous nos vœux la réalisation de ce projet, parce que l'avenir du concours s'y trouve attaché, et l'autorité trouvera avantage et justice dans les conséquences qui découleront des nouvelles mesures que nous avions déjà proposées en 1851 (*Gazette médicale*, p. 277, année 1851).

BOINET.

La lettre de M. Boinet renferme, comme on le voit, d'excellentes idées sur la matière.

Le jury, variant avec chaque épreuve, protége le candidat contre la fatigue du juge, et permet à celui-ci de ne pas perdre un temps énorme à chaque concours. Il garantit en outre le candidat *non favorisé* des manœuvres savamment combinées pour faire arriver le candidat *favorisé*.

Le secret de l'urne, l'échelle proportionnelle des points sont autant de garanties qu'il semble surprenant d'être contraints d'invoquer en pareille matière.

Mais tout le mal est-il ainsi conjuré? C'est ce que nous essaierons d'étudier prochainement.

Dr E. LE SOURD.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. HERVIEUX.

Marche, durée et terminaisons de la péritonite puerpérale généralisée ou générale d'emblée (1).

Pronostic. — La gravité de la péritonite généralisée est un fait depuis trop longtemps établi par les recherches de nos devanciers pour que nous apportions ici le luxe d'une nouvelle démonstration. Interrogez les statistiques de Delaroche, Dugès, Bandelocque, Tenon, Lasserre, etc., et vous acquerrez la conviction que les quatre-cinquièmes des accouchées, atteintes dans les hôpitaux par cette cruelle maladie, y succombent.

Personne n'ignore que, si l'on pouvait placer en regard des malades de nos hôpitaux les malades de la clientèle civile, ce chiffre serait considérablement modifié.

Il est donc un premier élément dont il faut tenir compte dans l'appréciation du pronostic, c'est le milieu où résident les femmes en couches.

Le séjour dans une localité habituellement maltraitée par les épidémies puerpérales, l'intensité plus ou moins grande avec laquelle sévissent ces épidémies, les allures spéciales de celle qui règne au moment que l'on considère, son génie propre, pèseront dans l'espèce avec une grande force sur le pronostic.

Au contraire, l'apparition d'un cas isolé au milieu d'une population habituellement indemne de toute influence épidémique, imposera, malgré les apparences les plus alarmantes, une très-grande réserve au point de vue pronostique.

A n'envisager que la maladie en elle-même et indépendamment de toute action épidémique, voici comment on peut résumer les données que nous possédons sur cette question de la prognose.

Une péritonite a d'autant plus de chances d'être grave qu'elle se manifeste à une époque plus voisine de l'accouchement. A plus forte raison nous inspirera-t-elle les inquiétudes les plus sérieuses quand elle débutera pendant le travail, ou même quand les phénomènes initiaux éclateront dans le cours de la grossesse, de manière à provoquer l'accouchement prématuré, ainsi que je viens d'en voir un cas chez une femme enceinte de huit mois, ce matin, 17 octobre 1867, à la Maternité.

Le frisson d'invasion fournit généralement peu de données utiles au pronostic. J'ai vu les plus grands frissons être suivis d'accidents fort peu graves et de simples horripilations précéder l'explosion des symptômes les plus redoutables. Cependant un frisson violent dont la durée excèdera une demi-heure, et qui s'accompagnera de tremblement des membres et de claquement de dents, devra tenir en éveil l'attention du médecin et le mettre en garde contre les manifestations les plus sérieuses de la péritonite.

C'est surtout au début de la maladie qu'il importe d'être fixé sur le pronostic, non-seulement pour pouvoir édifier les personnes intéressées sur la grandeur du danger que courra le malade, mais pour proportionner l'énergie des moyens de résistance avec la vigueur de l'assaut.

Or, parmi les éléments de pronostic que nous fournit la période initiale, il en est trois sur lesquels j'ai l'habitude d'appeler spécialement l'attention de mes élèves. Ce sont les suivants : *le pouls, la face, le ventre*.

La valeur séméiotique du pouls dans la péritonite puerpérale était connue depuis longtemps. Suivant Hulme et Delaroche, c'est l'état du pouls qui fournit les signes les plus certains pour le pronostic. Vigarous partage l'opinion de Delaroche, et Alphonse Leroy dit en termes exprès : « L'examen du pouls sert en cette maladie (la péritonite puerpérale), plus qu'en aucune autre, à établir un pronostic consolant ou terrible. » (*Essai sur l'histoire naturelle de la grossesse*, etc., p. 145.) Baudelocque (*Traité de la péritonite*, 1830, p. 242) ne connaît pas de signe pronostique plus infaillible.

Je crois, avec ces auteurs, qu'un pouls qui se maintient fréquent malgré les moyens de traitement employés, malgré l'amélioration apparente des autres symptômes, indique un grand danger. Le ralentissement progressif du pouls, au contraire, annonce une heureuse issue. S'il s'élève à 120, 130, 140, et si en même temps il devient faible et concentré, c'est un présage de mort.

L'expression faciale a une valeur pronostique qui n'est guère moindre que celle du pouls. Mais pour apprécier toute la portée de ce signe, il faut tenir compte des deux éléments que nous avons indiqués plus haut, à savoir, l'altération temporaire des traits par la douleur, d'où résulte ce qu'on appelle la face grippée, et l'altération par dépérissement de la face, d'où résulte l'amoindrissement du visage, l'excavation des yeux, l'effilement du nez, etc. L'expression douloureuse de la face, pouvant être passagère comme la cause qui la produit, n'a pas la même importance que l'altération des traits par l'épuisement qu'engendre la maladie. Ce second mode d'altération faciale est beaucoup plus alarmant que le premier. Mais la réunion de ces deux éléments donne au pronostic son maximum de gravité.

Le ventre étant dans la péritonite puerpérale le théâtre des lésions qui peuvent conduire au terme fatal, l'état de cette cavité doit entrer pour une large part dans l'appréciation du pronostic.

Plus le ventre sera douloureux, tendu, météorisé, plus le danger sera grand.

L'intensité des douleurs n'est pas cependant un signe pronostique d'une valeur aussi grande qu'on serait porté à le croire. D'abord, les douleurs peuvent s'apaiser promptement, soit par le bénéfice de la médication employée, soit par celui de la nature. D'une autre part, il est des péritonites dans lesquelles l'apaisement des douleurs ne correspond pas à une amélioration réelle, bien loin de là. En sorte que la cessation des douleurs signifie tantôt mieux sensible, tantôt aggravation. Ce n'est donc pas là un critérium certain.

Il y aurait plus de fond à faire sur la tension et le météorisme abdominal, en tant que signes de fâcheux augure. Toutefois, il ne faut pas oublier que la tympanite peut exister indépendamment de toute phlegmasie péritonéale, et que, même quand elle est liée à la péritonite, elle peut encore être suivie de guérison.

Malgré ces réserves enseignées par l'expérience, il faudra considérer les douleurs abdominales aiguës et le ballonnement du ventre comme étant, dans la grande majorité des cas, l'indice d'une situation très-grave.

La constipation, quand elle ne présente pas une opiniâtreté exceptionnelle, et surtout quand elle ne coïncide pas avec des vomissements, me paraît constituer un signe plutôt favorable que fâcheux.

La diarrhée, au contraire, est un symptôme toujours inquiétant, soit qu'elle cesse pour faire place aux vomissements, soit qu'elle apparaisse quand les vomissements ont cessé.

(1) Suite. — Voir la *Gazette des Hôpitaux*, 1868, nos 71 et 72.

S. R..., enfant de 13 ans, fils d'un meunier, fume depuis six mois. Chaque fois qu'il fume, il a des vertiges, de la décoloration de la face, souvent des vomissements. La muqueuse buccale est généralement couverte d'aphtes qui se guérissent en quelques jours, lorsqu'il cesse de fumer. Le sommeil est très-agité. Les digestions sont en général bonnes. Cet enfant, qui se faisait remarquer par une intelligence assez vive, est devenu lent, apathique, et se livre au travail intellectuel avec difficulté. Il a du goût pour les boissons fortes. Il a quelques palpitations. Tous les efforts que j'ai faits pour l'empêcher de fumer ont échoué devant la faiblesse des parents.

B..., fils de cultivateurs aisés. Cet enfant n'a jamais fait de maladie jusqu'à l'âge de 13 ans. Il eut alors des crachements de sang et de la toux qui inquiétèrent beaucoup ses parents qui vinrent me consulter. Je constatai des tubercules au sommet des deux poumons. Le mal fit de rapides progrès, et l'enfant mourut huit mois après. Sa sœur m'a affirmé que depuis l'âge de 11 ans, il fumait 4 à 5 pipes par jour, malgré les observations et les menaces qu'on avait pu lui faire à ce sujet. Jusqu'à cet âge, il avait toujours été bien portant. Alors seulement, il devint pâle et languissant, avec un appétit capricieux et des vomissements fréquents. Il accusait souvent des palpitations de cœur et était devenu fort paresseux. Il n'y a pas de tuberculeux dans la famille.

X..., 15 ans. Cet enfant, d'une vive intelligence, fait ses études dans un des lycées de Paris, en qualité d'externe. Je le connais depuis l'âge de 6 ans, et il m'avait toujours paru jouir d'une santé parfaite. Il avait 15 ans lorsque sa mère me consulta pour des saignements de nez auxquels il était très-sujet depuis deux mois. Je fus frappé tout d'abord de la pâleur et de l'amaigrissement de ce garçon, que j'avais vu si frais un an auparavant, et comme sa sœur était morte phthisique, je commençai par ausculter la poitrine. Les poumons étaient sains. Le cœur était le siége de palpitations assez fortes et par quinze ou vingt battements, je constatai une intermittence très-marquée, qui coïncidait avec l'arrêt du pouls à l'artère radiale. Le sthétoscope me donnait le bruit *de diable* aux carotides. L'analyse du sang accusait une diminution très-notable des globules sanguins.

J'étais certain que cet enfant n'avait pas de *mauvaises habitudes*; son alimentation était excellente, et il était placé au milieu des meilleurs conditions hygiéniques. J'attribuai cette altération du sang à une croissance un peu fatigante, et je le soumis à un régime particulier : aux ferrugineux, au quinquina, etc. Après trois mois de traitement, l'état, loin de s'améliorer, s'aggrava. On était à l'époque des vacances et j'engageai sa mère à le conduire aux bains de Dieppe.

A son retour, c'est-à-dire six semaines après, je l'examinai de nouveau, et les désordres que j'ai décrits persistaient. L'appétit était peut-être meilleur.

C'est alors qu'un ami de la maison me dit qu'il avait remarqué que cet enfant, trompant toute surveillance, fumait depuis deux ans plusieurs cigares par jour. Mon jeune collégien m'avoua, en effet, qu'il fumait toutes les fois qu'il en trouvait l'occasion, et qu'il dissimulait cette habitude par toutes les ruses imaginables.

J'avais affaire à un garçon intelligent et qui avait confiance en moi, et je lui fis bientôt comprendre les dangers du tabac à son âge. Il me promit de ne plus fumer, et il tint parole. Quatre ou cinq mois après, il avait repris tous les signes de la santé. Je dois dire, cependant, que les intermittences du pouls ont persisté pendant un an. Il m'avoua qu'à partir du moment où il avait commencé à fumer, il avait éprouvé un goût assez prononcé pour les boissons fortes.

Conclusions.

1° Quoique difficiles à apprécier chez tous les sujets, les effets pernicieux du tabac à fumer sur les enfants sont incontestables.

2° L'usage, même restreint, du tabac à fumer chez les enfants, amène souvent une altération du sang et les principaux symptômes de la chloro-anémie : la pâleur du visage, l'amaigrissement, le bruit de souffle aux carotides, les palpitations de cœur, la diminution de la quantité normale des globules sanguins, les difficultés de digestion, etc.

3° Le traitement ordinaire de la chloro-anémie et de l'anémie ne produit, en général, aucun effet tant que l'habitude persiste.

4° Les enfants qui fument accusent en général une certaine paresse de l'intelligence et un goût plus ou moins prononcé pour les boissons fortes.

5° Chez les enfants qui cessent de fumer et qui ne sont atteints d'aucune lésion organique, les désordres de l'économie que nous venons de signaler disparaissent souvent très-promptement et presque toujours sans laisser aucune trace.

Dr E. DECAISNE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Année médicale et scientifique, ou Résumé critique des principales discussions qui ont eu lieu devant les Sociétés savantes, et des travaux les plus importants qui ont paru dans les journaux et recueils scientifiques, pendant l'année 1867, par MM. CAVALIER, Alph. JAUMES, JACQUEMET et PÉCHOLIER, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Montpellier; suivie d'un répertoire de thérapeutique médicale et chirurgicale. 5e année.
1 vol. in-8°, grande justification. Prix : 4 fr. — Paris, 1868. P. Asselin.

De l'arthrite blennorrhagique, par le Dr VOELKER. 1 vol. in-8° de 151 pages. Prix : 2 fr. 50 c. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Elle acquiert une gravité extrême quand elle est très-abondante, quand elle s'accompagne de tympanite et de douleurs abdominales très-aiguës.

C'est un signe presque constamment mortel, quand les traits sont profondément altérés, le pouls très-affaibli et les évacuations involontaires.

Il est des cas cependant (et c'est dans les épidémies bénignes que cela s'observe) où la diarrhée semble jouer le rôle d'une crise favorable. Les malades éprouvent après chaque évacuation un soulagement marqué, les douleurs et la tension abdominales diminuent, la physionomie reprend son expression naturelle et le pouls se ralentit. Mais il faut pour cela que la diarrhée soit peu abondante et qu'elle ait régné fort peu de temps. C'est la pensée qu'exprimait Hulme lorsqu'il disait : « A diarrhæ comingan at the beginning, if followed by a slower pulse, prognosticates safety. »

Les vomissements ont pour moi, en raison de leur solidarité avec la diarrhé, la même valeur pronostique que celle-ci.

Les nausées et les vomissements de la période initiale, quand ils sont peu abondants, quand ils ne consistent que dans l'expulsion des boissons et des aliments, et s'arrêtent spontanément, n'ont pas de signification bien sérieuse.

Mais quand ils se déclarent à une période plus avancée de la maladie et prennent le caractère bilieux, ils annoncent un grand danger.

Si la bile expulsée, au lieu d'être liquide et jaune, est en consistance demi-solide et d'un vert foncé, presque noir; si en même temps elle arrive dans la bouche sans effort et n'est rejetée que par un simple mouvement de régurgitation, il faut craindre une fin prochaine. A la Maternité, une femme qui *vomit vert*, pour me servir d'une expression usitée parmi les élèves, est une femme perdue. Il est bien entendu que la coïncidence d'une fièvre intense, de l'altération des traits, de douleurs abdominales aiguës, de la tympanite, etc., aggrave encore, si c'est possible, le pronostic.

C'est un signe pronostique grave que le délire. Cependant, quand il prend la forme d'un accès de manie, quand il ne s'accompagne pas d'une fièvre intense et de phénomènes abdominaux trop aigus, il se termine d'ordinaire par la guérison.

Le délire suivi de coma présage une mort prochaine. Il faut attribuer la même signification aux sueurs visqueuses, aux plaques ecchymotiques, aux eschares du sacrum ou des trochanters. J'en excepte les eschares vulvaires qui guérissent toujours, même dans les cas les plus graves, par le traitement que j'ai institué dans mon service à la Maternité.

Parmi les circonstances susceptibles d'aggraver le pronostic, nous ne devons pas omettre les complications possibles de la péritonite puerpérale généralisée.

La métrite suppurée et la phlébite utérine, avec ou sans infection purulente, doivent être placées au premier rang, tant pour la fréquence que pour la gravité.

L'ovarite et le phlegmon du ligament large ajoutent également au péril de la situation. Il m'a paru cependant que dans certains cas, le développement d'une vive inflammation, soit du côté de l'ovaire, soit du côté du ligament large, avait eu le pouvoir de détourner l'attention de l'économie sur ces organes et d'imposer silence à des accidents péritonéaux qui s'étaient manifestés tout d'abord avec un appareil de symptômes très-alarmant. Il restait à redouter, il est vrai, le danger d'une suppuration ultérieure dans ces parties. Mais au moins on avait obtenu un sursis, et il était permis d'attendre soit de l'art, soit de la nature, quelques chances de salut.

L'ictère, qui accompagne quelquefois la péritonite puerpérale, n'est grave que quand il est lié à une altération profonde du parenchyme hépatique.

La pleurésie est une des complications les plus redoutables : 1° parce qu'elle se développe d'une manière insidieuse, presque latente; 2° parce qu'elle ne se produit généralement qu'à une période avancée de la maladie; 3° parce qu'elle marche avec une extrême rapidité. C'est en raison de ses rapports étroits et presque constants avec la dyspnée, quand elle existe, qu'il faut considérer celle-ci comme un signe du plus fâcheux augure.

La pneumonie, au contraire, surtout lorsqu'elle se manifeste à une époque rapprochée du début, semble jouer le rôle d'un agent révulsif et mène souvent à la guérison. Cette règle est loin d'être absolue; car ce matin encore (19 octobre 1867), j'ai signé la feuille de décès d'une femme emportée par une pneumonie droite concomitante d'une péritonite puerpérale généralisée.

La scarlatine, la variole, l'érysipèle, le choléra, ont, en tant que complications de la péritonite chez les femmes en couches, une gravité proportionnelle à la gravité des épidémies scarlatineuse, variolique, etc., sous l'influence desquelles ces complications se produisent.

OVARIOTOMIE

Obs. XLV. — Ovariotomie pratiquée le 23 avril 1867. Mort.

Par E. Kœberlé.

Madame L..., de Quiévy (Nord), âgée de 42 ans, d'une forte constitution, mais affaiblie et très-amaigrie, était affectée d'une tumeur abdominale dont on a remarqué l'apparition en 1864. Il y avait eu quatre grossesses à terme, la dernière en 1863. La malade a été ponctionnée trois fois : la première fois au mois de décembre 1866, la deuxième au mois de février et la troisième au mois d'avril 1867. Le ventre restait de plus en plus gros après chaque ponction. Avant la dernière ponction, sa circonférence était de 1 m. 60 : les hanches, les jambes et la paroi abdominale étaient considérablement infiltrées. On extraya 27 litres de liquide de trois loges principales. Il n'y avait rien d'anormal dans l'excavation pelvienne. Le kyste était adhérent à la paroi abdominale.

L'extirpation de la tumeur se présentait sous des auspices défavorables, mais elle était la seule chance de salut.

L'ovariotomie eut lieu le 23 avril, une dizaine de jours après la dernière ponction, alors que l'œdème s'était en majeure partie dissipé.

Incision de 25 centimètres. Ponction et déchirure d'un grand nombre de loges pour arriver rapidement à une réduction de volume de la tumeur aussi complète que possible. Il y avait des adhérences à la paroi abdominale, au ligament suspenseur du foie et à l'épiploon, que l'on sépara rapidement. Le kyste se laissait très-facilement déchirer. Une certaine quantité de liquide s'écoula dans la cavité péritonéale.

Les parties restantes de la tumeur, qui pesaient encore 7 kilogrammes, furent extraites et excisées après que l'on eût appliqué sur le pédicule une ligature en fil de fer. L'ovaire gauche était sain. Il y avait un épanchement de 400 grammes de sérosité dans la cavité péritonéale, qui fut épongée aussi bien que possible; l'air ne put en être expulsé complétement, à cause de l'écartement très-considérable des côtes à la base du thorax. La perte de sang a été de 300 grammes environ. Il y avait encore un léger suintement de sang au moment de la réunion, qui fut faite par quatre points de suture profonde et huit points de suture superficielle. Un tube de verre de 12 centimètres de longueur fut placé dans le bassin. L'opération a duré une heure et un quart. La tumeur extirpée pesait 48 kilogrammes.

Dès l'opération, la respiration a été embarrassée et les narines sont devenues pulvérulentes. Le pouls, de 120 à 130 pulsations, très-petit par intervalles, ne s'est pas relevé, malgré une stimulation active par du vin de Champagne. Pendant les dix premières heures, on opéra l'extraction de 130 grammes de sang presque pur. Le liquide extrait en dernier lieu était trouble, rougeâtre, en petite quantité.

Le lendemain, dix-huit heures après l'opération, le pouls était petit, irrégulier; la respiration était accélérée, et l'état de l'opérée ne s'est pas amélioré dans le courant de la journée; il y avait un peu de septicémie que l'on combattit, dès le principe, par le sulfate de quinine. La région hypogastrique et la partie latérale droite de l'abdomen se sont un peu tuméfiées vers le soir.

Le troisième jour, le pouls est toujours petit, filiforme; la respiration, à 36 inspirations le matin, s'est élevée à 40 inspirations vers le milieu de la journée. La malade se plaignit de coliques, de crampes. Urines chargées, moins abondantes. Tendance au refroidissement.

Comme il y avait des indices d'épanchement dans la fosse iliaque du côté droit où l'intestin avait commencé par se tuméfier et où une péritonite encore peu étendue avait eu son point de départ, on évacua au moyen d'une canule introduite par l'angle inférieur de la plaie et dirigée de ce côté, 120 grammes de sérosité purulente grisâtre. On fit également une ponction de l'intestin de ce côté, et on évacua un peu de liquide et beaucoup de gaz. Stimulation très-active. Lavements chauds. Nonobstant, le refroidissement fit des progrès; le pouls devint imperceptible; la respiration s'accéléra jusqu'à 48 inspirations; les urines se supprimèrent complétement; la peau se couvrit de vergetures, et l'opérée succomba après une courte période de coma.

A l'autopsie, on trouva une péritonite du côté du bassin et dans la région droite de l'abdomen; il n'y avait pas d'épanchement de liquide, si ce n'est dans la fosse iliaque droite, où il y avait environ une cuillerée de sérosité purulente. Il n'y avait pas de péritonite dans la région sus-ombilicale. La ponction avait été faite dans le cœcum. Il y avait beaucoup de liquide dans l'intestin grêle, qui était congestionné dans la majeure partie de son étendue. Le ligament large du côté droit, soulevé par la ligature du pédicule, comprimait un peu la partie terminale de l'intestin grêle, qui passait au-dessus, et dans lequel il gênait la circulation des liquides.

Remarques. — Quoique la perte du sang eût été peu considérable, néanmoins la respiration a été très-gênée de suite après l'opération, parce que le thorax, très-élargi à sa base, fonctionnait mal et que la malade avait été très-affaiblie par les hémorrhagies internes qui s'étaient produites dans différentes loges du kyste, dont le contenu était plus ou moins mélangé à du sang à divers degrés de résorption et de décomposition. D'autre part, comme la paroi abdominale était œdémateuse et adhérente, les parties saignantes n'ont pu subir un retrait complet, et il restait encore, au moment de la réunion, un léger suintement séro-sanguinolent qu'on ne pouvait arrêter entièrement sur une surface de plus de 10 décimètres carrés. Le sang et la sérosité qui continuaient à suinter, s'amassèrent en partie dans la fosse iliaque du côté droit, où ces liquides se décomposèrent et provoquèrent un commencement de péritonite et de septicémie qui, jointes à la faiblesse et à l'anémie de la malade, ne tardèrent pas à rendre sa situation désespérée, malgré l'intervention la plus active.

Sclérose générale de la protubérance annulaire

Par M. le docteur Larcher.

M. Le docteur O. Larcher, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris, vient de publier sur ce sujet un mémoire dans les *Archives de Médecine.*

De ce travail, il ressort que la sclérose peut être assimilée à la cirrhose, au moins au point de vue de sa marche, à laquelle on doit reconnaître deux périodes :

1° L'une, d'hyperplasie conjonctive, avec augmentation de volume de la partie envahie;

2° L'autre, caractérisée par la rétractilité de la substance conjonctive de nouvelle formation et aboutissant à l'atrophie des éléments normaux.

La sclérose générale de la protubérance, en tant qu'elle intéresse à la fois un grand nombre des éléments importants dont les altérations compromettent l'existence, ne peut arriver que difficilement au delà de sa première période, et si elle la franchit, ce ne paraît pouvoir être que partiellement, — *sclérose en plaques,* — la mort se produisant avant l'évolution complète de la sclérose, dans le cas où cette dernière est générale.

La sclérose peut avoir pour point de départ un foyer hémorrhagique; mais, en ce qui concerne les lésions concomitantes des éléments nerveux, celles-ci paraissent, au moins dans certains cas, sinon toujours, constituer des altérations secondaires de la sclérose.

La sclérose générale du mésencéphale, dans sa période initiale, offre une marche insidieuse. A mesure qu'elle s'accentue, elle détermine l'apparition de symptômes dont l'ensemble représente une image réduite des lésions que produirait la destruction pathologique complète des éléments de la protubérance annulaire.

Quelque rapide qu'on puisse la supposer, la marche de la sclérose est encore lente dans le mésencéphale, et, par conséquent, elle se prête à l'étude symptomatique des lésions du mésencéphale, mieux que ne pourrait le faire l'hémorrhagie qui intéresserait la partie centrale ou une grande étendue de la protubérance.

CORRESPONDANCE

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur,

La *Gazette des Hôpitaux* vient de publier, dans les numéros des 9 et 11 juin, les études cliniques de M. Guéneau de Mussy sur l'adénopathie bronchique. J'ai lu ces études avec d'autant plus d'intérêt, que je me suis moi-même occupé de cette affection, et que je ne cesse point de poursuivre mes recherches. Comme le savant médecin de l'Hôtel-Dieu, je suis parfaitement convaincu de l'importance de cette question, un peu négligée, sans doute, mais qui, cependant, a été traitée par quelques observateurs. C'est donc à tort que M. Guéneau de Mussy avance que l'adénopathie bronchique des adultes n'a été, en dehors de quelques observations éparses, l'objet d'aucun travail spécial. Que l'honorable professeur veuille bien me permettre de rappeler quelques-uns de ces travaux dont la lecture pourra guider les jeunes médecins dont il cherche à stimuler le zèle.

Par ordre chronologique, je citerai tout d'abord le travail de M. Marchal (de Calvi), lu à l'Académie de médecine (séance du 13 juillet 1847), et qui a été inséré dans le recueil des *Mémoires de médecine militaire* (2e série, tome V, année 1850). Bien que notre ancien maître n'ait constaté l'hypertrophie ganglionnaire qu'après la mort, il a néanmoins conçu la possibilité d'en établir le diagnostic pendant la vie, et indiqué quelques symptômes propres à éclairer le clinicien.

En 1856, MM. Gleize et Duriau ont étudié la même affection dans un mémoire publié par la *Gazette hebdomadaire.*

En janvier 1861, un de nos jeunes collègues, M. le docteur Sotinel, a présenté à la Faculté de Strasbourg une thèse sur la phthisie ganglionnaire chez l'adulte.

En décembre 1861, a paru, dans les *Archives générales de médecine,* un remarquable mémoire de M. Fonssagrives sur l'engorgement des ganglions bronchiques chez l'adulte considéré comme cause d'asphyxie. Le savant professeur de la marine a eu, le premier, l'incontestable mérite de formuler, d'une manière précise, le diagnostic de cette affection.

Après avoir recueilli, en février 1863, en mars 1864, deux cas de tuberculisation ganglio-bronchique dont le diagnostic a été établi pendant la vie, et guidé par les travaux précédents, j'ai rédigé moi-même sur cette maladie un mémoire, couronné en décembre 1865 par la Société de médecine de Louvain. Un extrait de mon travail a été publié dans le *Recueil de médecine militaire* (année 1866). Je regrette vivement que la rédaction ait cru devoir supprimer l'article historique dans lequel je mentionnais ces différents travaux ainsi que les observations recueillies par les auteurs français.

Comme le suppose avec juste raison M. Guéneau de Mussy, on peut arriver à délimiter par la percussion les tumeurs dues à l'engorgement ganglionnaire. Je l'ai fait pour les ganglions médiastinaux antérieurs et pour les ganglions cardiaques.

Enfin un jeune docteur, autrefois médecin requis à l'hôpital de Lille et attaché à mon service, M. Tanchou, a, d'après mon conseil, choisi pour sujet de thèse la tuberculisation bronchique, ou ganglio-phymie chez l'adulte. (Thèse de Paris, n° 65, année 1867).

Tels sont, à ma connaissance, les divers travaux entrepris sur la matière. La question a donc déjà été traitée; mais, comme l'honorable médecin de l'Hôtel-Dieu, je crois qu'elle mérite d'être approfondie par de nouvelles investigations cliniques.

Daignez agréer, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de ma parfaite considération.

Daga,
médecin-major à l'hôpital du Dey.

Monsieur et très-honoré confrère,

En réponse à l'article que vous avez publié dans le numéro 72 de la *Gazette des Hôpitaux,* page 236, ayant pour titre : « Fièvre puerpérale commençant avant l'accouchement » ; j'ai l'honneur de vous rappeler les observations succinctes que j'ai consignées, en 1855, dans le même journal, page 522. Vous y trouverez notés l'existence de la fièvre puerpérale pendant le travail de l'accouchement, et trois faits de femmes ayant contracté cette maladie en dehors des couches, mais se trouvant

dans les conditions physiologiques qui se rapprochent le plus de cet état. Les sages-femmes, dont vous parlez, ont dû assurément se trouver à l'époque des règles. C'est là, je crois, la condition *sine quâ non* de la congestion ou de l'infection. Je suis également convaincu que l'affection peut survenir avant le travail de l'accouchement. Permettez-moi, à cette occasion, de vous rapporter le fait suivant :

Pendant l'épidémie de fièvre puerpérale qui a régné à Abbeville, en 1851 Madame B..., Pont-aux-Brouettes, primipare, qui a toujours eu une excellente santé et une heureuse grossesse, est prise, le 24 janvier, à deux heures du matin, d'une sensation de froid suivie bientôt de chaleur, de nausées, d'endolorissement du ventre. A huit heures du matin, pouls à 112, vomissements, ventre douloureux à la pression. Le 25, à sept heures du matin, premières douleurs de l'accouchement, pouls à 125, vomissements plus fréquents, rupture des membranes à trois heures, terminaison à cinq, délivrance facile dix-sept minutes après. Le 27, mort à six heures du matin. Le même jour, à quatre heures du soir, l'enfant très-fort et bien constitué succombe en présentant tous les symptômes de la maladie de la mère.

Je suis heureux d'apprendre, par votre nouvel article de ce jour, que les observations de M. Hervieux sont conformes aux faits que j'ai constatés.

Agréez, etc.

H. BELLETTRE.

Abbeville, 27 juin 1868.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 17 juin 1868, M. le docteur Bauquier a été nommé président de la Société de secours mutuels de la commune de Saint-Ambroix (Gard).

— Par décret en date du 27 juin 1868, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Garnier et Arondel, médecins-majors de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Pellerin, médecin-major de 2e classe; Massaloup, médecin aide-major de 1re classe; Lancelot, pharmacien-major de 2e classe; et Lebesgue, vétérinaire en premier.

— M. le docteur Antoine Martin, médecin-major du 5e escadron du train des équipages militaires, vient d'être nommé membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

— M. le docteur Thévenin vient de recevoir, de l'empereur du Maroc, l'autorisation d'ouvrir à Maroc un hôpital arabe. Notre confrère avait été appelé à donner des soins à la famille impériale.

— Dans la dernière séance de l'Académie des sciences (du 22 courant), un touchant incident s'est produit.

Deux membres de l'illustre assemblée, le baron Charles Dupin (né en 1784 et élu académicien en 1818) et M. Mathieu (né en 1784, élu en 1817), ont reçu de leurs confrères un témoignage de sympathie et d'estime excessivement flatteur. Le président, M. Delaunay, s'est levé en annonçant qu'il était chargé de remettre à chacun des deux illustres vétérans, et au nom de leurs confrères, une médaille devant perpétuer le souvenir des cinquante années écoulées depuis que l'Académie les compte dans son sein.

« J'ai une agréable mission à remplir, a dit M. Delaunay. Vous savez que deux de nos vénérés confrères, MM. Dupin et Mathieu, sont depuis cinquante ans et plus membres de l'Académie des sciences; quelques-uns d'entre nous ont eu la pensée de célébrer cette cinquantaine académique en leur faisant frapper une médaille commémorative. Nous avons donc ouvert une souscription, et immédiatement de nombreuses signatures ont couvert la liste; l'Empereur lui-même a voulu coopérer à cet acte de sympathie envers nos estimables confrères. Les médailles sont là sur le bureau, et je suis heureux que cette circonstance se soit produite sous ma présidence, puisqu'elle me permet de les remettre moi-même à MM. Dupin et Mathieu. L'Académie me permettra d'ajouter que je ne puis oublier que l'un d'eux, M. Mathieu, m'a pour ainsi dire pris par la main pour me conduire dans la carrière scientifique. »

Après ces paroles vivement applaudies, M. Delaunay est descendu du fauteuil pour aller offrir à M. Mathieu sa médaille, puis à M. le baron Dupin la sienne.

Chacun d'eux, en la recevant, a prononcé quelques paroles qui trahissaient l'émotion dont il était pénétré, et à laquelle aucun des témoins n'a pu se soustraire.

— Le corps médical d'Elbeuf vient de perdre un de ses membres les plus honorés, M. Filloiet, médecin en chef de l'hospice.

Plusieurs discours ont retracé les services éminents rendus par notre confrère; MM. les docteurs Alfred Vy et Flaubert, de Rouen, ont pris la parole au nom du corps médical.

— M. le Maire de Nancray (Loiret), nous prie d'annoncer qu'une place de médecin est vacante dans sa commune.

Certains avantages sont offerts par ladite commune. — Pour tous renseignements, s'adresser au maire.

— *La Revue de Paris* — que nous donnons à tous les abonnés de la *Gazette* au prix annuel de 20 francs au lieu de 30 francs — a publié, dans son numéro du 15 juin, les articles suivants :

I. Denis de Rivoire. — La côte d'Abyssinie.
II. L. Léouzon le Duc. — La nuit de la Saint-Jean en Suède.
III. Émile Landon. — Guillaume de Champeaux.
IV. Dubois (d'Amiens). — Du suicide de J.-J. Rousseau.
V. Marquis de Mornay. — La Société hippique française.
VI. Hippolyte Lucas et de Beaumar. — Théâtres.
VII. Amaury de Cazanove et Madame Blanchecotte. — Poésies.

— L'auteur de la communication faite à la Société de chirurgie, au sujet d'un corps fibreux, est M. le docteur Faliu et non Julien, comme cela a été imprimé par erreur dans le travail de M. Forget. (Voir notre dernier numéro.)

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — École pratique (M. Legrand du Saulle). De l'état mental nécessaire pour faire une donation ou un testament. — De la fréquence et de la forme des hydropisies, etc., par M. Leudet. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, 1er juillet 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la tuberculose a été reprise incidemment, à propos du procès-verbal, et avec une animation toujours croissante.

Nous avons entendu demander à quoi servent ces discussions de l'Académie de médecine : certes, il est peu de corps savants, peu d'assemblées, dont l'utilité soit plus évidente et dont le rôle soit mieux rempli.

A une époque où les systèmes n'ont plus aucune autorité devant les faits, et cela doit être, il est bon de mettre en présence les interprétations diverses que peuvent recevoir les mêmes faits. Autrement chaque expérimentateur, faute de prévoir les objections, se ferait son petit système qu'il croirait avoir démontré, et l'on ne saurait comment conclure entre un grand nombre d'affirmations isolées et contradictoires.

Un congrès international permanent, où seraient discutées les questions à l'ordre du jour, où l'on viendrait soi-même exposer et défendre ses propres doctrines, un pareil congrès serait malheureusement presque impossible à établir. Notre Académie de médecine en tient la place.

Tous les systèmes un peu spécieux, ou à peu près, des théories même hasardées qui ont pu faire un certain bruit dans quelque partie du monde scientifique, y trouvent à la fois les adversaires et les défenseurs les plus convaincus, pour le moment.

Une conclusion, une décision, ne les demandez pas à l'Académie : ce n'est pas son rôle. Qu'importe un vote, en fait de science, à notre époque!

L'important, c'est de vulgariser les idées les plus exotiques, de se passionner pour ou contre, de les tourner et les retourner dans tous les sens, et de les mettre en lumière avec l'incomparable clarté française : ce qui permet ensuite à chaque médecin de les juger lui-même en connaissance de cause.

Il arrive parfois quelque malentendu sur ces théories étrangères; parfois des Académiciens confondent les unes avec les autres; mais la presse est là pour apporter plus de précision dans les citations et les analyses, et *l'agitation* académique n'en a pas de moindres résultats.

On sait maintenant en quoi consiste l'originalité des systèmes allemands sur la phthisie et la tuberculose.

Comme nous l'avons dit l'année dernière, la base essentielle en est la distinction complète entre deux genres de produits, dans la poitrine d'un phthisique.

Comme MM. Robin, Empis, etc., l'ont fait en France, les Allemands mettent à part la granulation grise. Seulement ils la nomment tubercule, à l'exclusion des autres produits; tandis que M. Empis donnait le nom de tubercule aux autres produits, à l'exclusion de la granulation grise.

Mais cette granulation, pour être appelée tubercule par M. de Niemeyer, n'en est pas moins isolée par lui de la phthisie. A ses yeux, un phthisique n'est pas nécessairement tuberculeux; il peut le devenir, et c'est une grave complication; mais il peut mourir sans l'avoir été.

Qu'est-ce donc que la phthisie de M. de Niemeyer? C'est une pneumonie qui s'est terminée par infiltration caséeuse.

« Nous combattrons de toute notre énergie, dit M. de Niemeyer dans l'édition récente de son *Traité de pathologie interne* (1), nous combattrons de toute notre énergie l'opinion de ceux qui admettent que les infiltrations caséeuses du poumon et leur terminaison par formation de cavernes sont le résultat d'une pneumonie particulière qui doit être distinguée des autres formes de pneumonie. Vouloir établir une *pneumonie caséeuse ou tuberculeuse*, c'est ouvrir la voie à de nouvelles confusions. Au contraire, on est en droit de soutenir que *chaque forme de pneumonie peut se terminer, dans de certaines circonstances, par infiltration caséeuse*, et qu'il n'y en a aucune qui se termine uniquement et fatalement de cette manière. »

(1) Nouvelle traduction exécutée sous la direction de l'auteur sur la 7e édition allemande. 1868, Paris, Chamerot et Lauwereyns.

Toutes les influences nuisibles, entraînant à leur suite des hyperhémies fluxionnaires du poumon ou des catarrhes bronchiques, seront donc causes occasionnelles de la phthisie pulmonaire; et celle-ci, je le répète, pourra parcourir toutes ses phases sans qu'il se produise de tubercules, c'est-à-dire de granulations.

Le plus souvent ces granulations, ces tubercules, constitueraient, suivant M. de Niemeyer, une affection secondaire « qui, dit-il, se développe, nous ne savons de quelle manière, sous l'influence préjudiciable des produits caséeux sur l'organisme; mais qui, d'après des faits positifs, peut également être provoquée par d'autres causes que nous ne connaissons pas. »

On est frappé de voir combien sont ressemblantes la *tuberculose aiguë miliaire*, de M. de Niemeyer, et *la granulie*, de M. Empis. Seulement, l'élément constitutif de l'une et de l'autre, la granulation grise, est considérée par M. Empis comme un produit inflammatoire; par M. de Niemeyer, comme une néoplasie.

Le professeur allemand insiste sur ce point : que la tuberculose miliaire aiguë ne s'accompagne pas de troubles nutritifs, inflammatoires ou autres, dans les poumons qu'elle envahit.

Ainsi le lapin présenté par M. Colin, et tué dans le cours d'une tuberculose miliaire aiguë, provoquée par inoculation, ne devait pas présenter de pneumonie, suivant ces doctrines. C'est par erreur que M. Barth s'est fait de cette absence de pneumonie, caséeuse ou autre, un argument contre les Allemands, et en particulier contre M. de Niemeyer.

Il faudrait maintenant examiner quelles sont pour M. de Niemeyer les conséquences de cette séparation de la phthisie et de la tuberculose.

N'a-t-il pas trop atténué la première? N'a-t-il pas beaucoup ajouté à la gravité de la seconde?

Ce terme de néoplasie dont il se sert pour la granulation demi-transparente l'a conduit, peut-être à son insu, à y voir quelque chose de presque absolument fatal; et sous cette influence, il a écrit la phrase célèbre : « Le plus grand danger pour les phthisiques est de devenir tuberculeux. »

Or si l'on admet, chose douteuse, que les granulations demi-transparentes constituent un produit spécial, une néoplasie bien définie, toujours identique à elle-même, quand on la rencontre, soit chez l'homme, soit chez tel ou tel animal inoculé ou non, si l'on admet sa séparation absolue d'avec la phthisie, on peut déjà prévoir à quelles conclusions devront conduire les expériences de MM. Clark, Empis, Colin, etc.

Tandis que la phthisie humaine est si redoutable, la tuberculose, expérimentalement isolée d'elle, pourrait guérir dans un délai plus ou moins long.

En étudiant donc la tuberculose dans toute la série animale, on pourrait renverser les termes de M. de Niemeyer et dire : « un des grands dangers des tubercules est d'être une cause de phthisie. »

Dr Victor Revillout.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

De l'état mental nécessaire pour faire une donation ou un testament (1).

IV. — Quelques minutes avant de commettre son crime sur lui-même, dans quel état mental se trouve l'homme qui va finir par le suicide? Il y a deux formes distinctes dans la mort volontaire : l'une qui permet à la liberté et à la volonté de demeurer intactes, l'autre qui témoigne du désastre des facultés. Que l'on sache donc que la plus grande partie de ceux qui désertent la vie ne résistent point au désir, au besoin de faire connaître les sentiments qui les agitent, les chagrins auxquels ils sont en proie, les malheurs ou les déceptions dont ils sont ou se croient les victimes.

M. Brierre de Boismont a rassemblé, lu et commenté treize cent vingt-huit lettres, notes, écrits quelconques, où se reproduisent les souffrances les plus variées du cœur humain. En parcourant ces pages lugubres, on remarque que les derniers sentiments exprimés par les suicidés peuvent, par leur fréquence, se ranger à peu près dans cet ordre : reproches, plaintes, injures, déclamations et réflexions sur les causes de la fin tragique, adieux, instructions pour les funérailles, prière de n'accuser personne, aveu d'un crime, d'une passion, d'une mauvaise action; prière d'obtenir le pardon, sollicitude pour l'avenir des enfants, confiance en Dieu, paroles bienveillantes, regret de la vie, croyance à une vie future, angoisses diverses, fatalisme, etc.

(1) Suite. — Voir le n° du 25 juin dernier.

Sur ces treize cent vingt-huit lettres, mon honorable collègue a trouvé quatre-vingt-cinq testaments. La plupart étaient très-nets, exprimaient des dispositions intelligentes et libres, et témoignaient d'une grande présence d'esprit. Là, le suicide s'est accompli dans des conditions intellectuelles physiologiques, et les testaments, s'ils eussent été attaqués, pouvaient être réputés valables.

Que la mort volontaire soit, au contraire, la résultante d'une grave perturbation cérébrale, et l'acte testamentaire va demeurer discutable. Ecoutez plutôt cette observation :

D... a reçu avec la vie les plus fâcheuses prédispositions psychiques : son père passait pour un homme excentrique; sa mère, — vraisemblablement atteinte de délire mélancolique, — s'est obstinée à ne point sortir de sa demeure pendant quarante ans et elle y vivait au milieu de la plus repoussante malpropreté; sa sœur est morte à l'asile de Saint-Yon.

D... avait contracté l'habitude de boire des liqueurs fortes et s'enivrait très-fréquemment. L'ivresse est déjà par elle-même une véritable enfance de la folie : elle ébranle le cerveau le plus sain et compromet rapidement l'intelligence la mieux douée; à plus forte raison consomme-t-elle aisément la ruine de l'homme que de fâcheux hasards originels ont placé sur la frontière de l'aliénation de l'esprit. D... ne pouvait point échapper à l'action si connue de ces causes prédisposantes d'abord, déterminantes ensuite. Il passa toujours pour être excentrique, « drôle; » il parlait seul dans les rues depuis de longues années, « il faisait des armes contre les arbres, on l'entendait crier, et cela à toute heure du jour et de la nuit, soit qu'il fût ivre, soit qu'il fût à jeun, etc. »

La cause occasionnelle, susceptible de faire violemment éclater la folie, avait seule manqué; les événements la suscitèrent.

D..., le 20 janvier 1863, perd sa mère qu'il avait toujours beaucoup aimée et dont il avait jusque-là partagé le sordide réduit. Sans guide, isolé, aux prises avec sa propre débilité et incapable de se conduire, D... « pleure comme un enfant, se lamente se frappe la tête, s'écrie qu'il est perdu, que sa pauvre tête n'y tiendra pas; il menace de tuer sa domestique, etc. »

D... est évidemment atteint en ce moment de mélancolie alcoolique. Cet état si grave est d'ordinaire constitué par des phénomènes de trois ordres différents : le délire triste, les hallucinations menaçantes, la tendance au suicide.

Si nous approfondissons ce qui a trait au délire, nous voyons que le 11 ou le 12 avril, D... va trouver l'une de ses locataires, qu'il lui réclame énergiquement le payement de son loyer et que, sur le refus de la femme B..., il se met à se frapper la tête avec les mains, dit qu'il est perdu, qu'il n'a pas d'argent pour son boulanger et pour son tailleur, etc. On l'invite à la patience, et il reprend toujours : « Je suis perdu, il me faut de l'argent. » A ce moment-là, il possède une somme de 5,200 francs.

Quelques jours se passent et le mari de la femme B... va porter quelque argent à D... « Je suis un homme perdu, lui dit-il, je suis fou, je me détruirai. » Et comme on lui fait des remontrances, il ajoute : « Ah! ça finira par là. »

Les conceptions délirantes qui s'observent dans la mélancolie alcoolique présentent toujours ce caractère sombre, anxieux, dépressif et sinistre. L'un se croit assailli par les plus grands malheurs; l'autre est poursuivi et en faillite; celui-ci est très-malade et va mourir; celui-là est victime de machinations odieuses, et il s'attend à être assassiné; un autre, sur les indices les plus ridicules, accuse sa femme de lui être infidèle; un dernier enfin se livre à la justice et s'accuse de crimes imaginaires.

Un fait considérable doit être noté ici : c'est que ces malades ne présentent pas, dans un certain nombre de cas, d'incohérence dans les paroles, de dissociation dans les idées : ils partent d'un point faux, raisonnent avec justesse, mais leur conclusion est nécessairement extravagante ou absurde; en un mot ils sont « logiques » dans leur délire. Que fait D...? Il est son propre juge, il s'apprécie lui-même, se rend compte de son isolement et du désastre de ses facultés mentales, et il annonce qu'il se tuera.

Nous sommes au 22 avril 1863. D..., de plus en plus obsédé par ses maladives impulsions et dans un état complet de cécité d'esprit, met à exécution ses projets de suicide et se pend. De prompts secours surviennent : on coupe la corde, et le pendu est rappelé à la vie.

En commettant cet attentat sur lui-même, D... a fléchi sous l'oppression mentale et a été entièrement subjugué par la lésion cérébrale. Il n'a pas plus résisté à la fascination morbide de la mort qu'il n'a résisté, quelques heures plus tard, aux suggestions qui l'ont assailli.

Indifférents, étrangers à tout, les « alcoolisés » arrivés à cette période, sont exposés à différer automatiquement à la première impulsion venue, et ils ne tentent même pas contre elle une lutte inutile. A ce périlleux instant, la cupidité veille et tous les piéges sont tendus aux malades par la plus honteuse convoitise.

Quelques heures après sa tentative de suicide, D... a fait un testament. Cet acte de dernière volonté n'a été ni mûrement souhaité, ni

librement consenti, car, le matin même, D... a failli mourir *ab intestat!* On lui a donc fait improviser des dispositions testamentaires quelconques, et, il faut bien le reconnaître, c'était tristement facile!

Les jours suivants, l'état mental reste aussi mauvais, et le 26 avril, quatre jours après avoir fait son testament, D... se brûle la cervelle.

Aucun commentaire n'est plus possible: la folie, arrivée à son plus haut paroxysme, a oblitéré la volonté, l'intelligence et la liberté; elle a achevé son œuvre en amenant violemment la destruction physique.

Vous pensez évidemment que le testament de D... a été annulé? Eh bien, non, mon opinion n'a point prévalu, et mon honorable contradicteur, M. le docteur Morel, de Rouen, a fait pencher la balance en faveur de la validation de l'acte!

V. — Dans le délire fébrile, en dehors de l'aliénation mentale, un acte peut très-bien n'avoir pas été libre.

En 1865, j'ai été consulté sur la question de savoir si M. Ernest G... avait pu, à la période ultime d'une fièvre typhoïde ataxique, envoyer de son propre mouvement chercher un notaire et dicter un acte de donation entre-vifs. Après l'examen attentif d'un très-volumineux dossier, j'ai établi que la maladie de M. Ernest G... s'était accompagnée d'un désordre extrême dans les idées et avait constitué une situation tout à fait anormale de l'entendement, et que le donateur n'avait pas pu articuler clairement, librement et sainement l'expression spontanée de sa ferme volonté.

J'ai nécessairement étayé cette opinion sur un grand nombre de considérations pratiques et cliniques, et la donation de M. Ernest G..., qui avait été annulée par le tribunal de première instance de Dijon, fut néanmoins déclarée valable par la Cour impériale. Cette fois encore j'ai été vaincu.

VI. — Parlerai-je maintenant de la folie en général?

« Si le fou, disait la loi romaine, a recouvré la raison, ou s'il a fait un testament dans un intervalle lucide, le testament est réputé valable; à plus forte raison, si le testament a été fait avant la folie.

La loi française, jugeant peut-être que tout serait douteux et arbitraire si l'on arrivait à admettre l'intervalle lucide, n'a point autorisé cet état intermédiaire, et elle s'est intentionnellement abstenue. Les arrêts des parlements ne font mention d'aucune distinction à ce sujet, et l'article 901 du Code Napoléon se contente seulement de dire : « Pour faire une donation ou un testament, il faut être sain d'esprit. »

On s'est très-souvent demandé si un ou plusieurs accès préalables de folie pouvaient laisser, dans les intervalles lucides, assez de clairvoyance pour que le judicieux accomplissement de l'acte de dernière volonté pût s'effectuer sans entrave. Eh bien! cela ne me paraît pas douteux, et il n'est certainement pas un seul médecin d'aliénés qui n'en ait fait l'expérience en faisant écrire les malades ou en recevant d'eux, « pendant ces moments de trêve, » des dispositions testamentaires irréprochablement prises. Nos lois restent muettes sur ce point; mais les magistrats chargés de leur interprétation n'en valident pas moins les actes civils contractés ou consentis pendant les intercurrences de calme et de raison indubitables, et ayant eu une durée suffisante pour que leur constatation réelle ait été à l'abri de tout soupçon.

En parcourant les recueils de la jurisprudence, on voit sans de grands efforts que la loi établit toujours une présomption en faveur de la liberté morale de celui qui a disposé de sa fortune: c'est aux héritiers à démontrer qu'au moment où il a arrêté sa succession, le testateur n'était pas sain d'esprit. Deux cas peuvent, du reste, se présenter : ou le testament renferme des clauses raisonnables, et celui qui l'attaque doit prouver la folie, ou l'acte contient des bizarreries, et celui qui le défend doit prouver la sagesse.

Serres a vu casser, à Toulouse, le testament, d'ailleurs irréprochable, du sieur Aymant du Moret, parce que cet homme, pendant le cours de sa vie, « croyait être fille et avait la manie de vouloir passer pour fille, bien que, sur tous les autres points, cet homme parût avoir du bon sens. Il allait souvent habillé en fille; on l'avait même vu communier en cet état et voulait être appelé *mademoiselle Rosette*. Il filait, se formait une gorge avec des étoupes, etc. (1). »

Merlin a rapporté deux exemples assez curieux. Un individu commande à son héritier de jeter ses cendres à la mer. Cette condition était-elle obligatoire? Les jurisconsultes ont pensé qu'il fallait d'abord se rendre un compte exact de l'état de l'intelligence du testateur au moment où il a formellement émis un vœu aussi étrange, et que dans le cas où la plénitude de la raison serait établie par des *preuves solides*, la succession devrait alors être livrée à l'héritier, sans que celui-ci fût tenu d'obéir à la volonté tout au moins originale du testateur : *Hoc prius inspiciendum est, si homo qui talem conditionem posuit, compos mentis esset. Igitur si perspicuis rationibus hæc suspicio amoveri potest, nullo modo legitimus hæres hæreditate controversiam facit scripti hæredo* (2).

Dans l'autre cas, un père avait fait une disposition des plus sages. Son fils ne put l'attaquer qu'en alléguant l'insanité d'esprit, mais les empereurs Dioclétien et Maximilien lui imposèrent la nécessité de justifier une présomption si peu apparente.

VII. — On observe fréquemment dans le cours de la paralysie générale — cette affection si commune aujourd'hui — des phases de rétrocession pathologique pendant lesquelles les malades récupèrent en partie leurs attributs intellectuels, rentrent dans leurs familles, et, à la faveur de leur liberté recouvrée, se mêlent de nouveau à tous les détails de la vie civile et défèrent volontiers à l'intimidation exercée sur leur faiblesse. Il y a là un danger, car dans la rémission la plus franche, le paralysé général ne dispose que d'une capacité amoindrie.

(1) *Institutions*, liv. II, tit. XII, § 1.

(2) Loi 27; D. *De conditionibus institutionum.*

Quelle opinion, en effet, peut-on se faire sur la validité des dispositions testamentaires prises par un paralysé général, pendant une *rémission*? La rémission et l'intervalle lucide sont, je me hâte de le dire, deux états très-différents. Pendant l'intervalle lucide, l'esprit du maniaque est d'une clarté parfaite; pendant la rémission, l'intelligence du paralysé général est abaissée de niveau. Le premier de ces malades s'aperçoit des piéges que la captation dresse autour de lui, mais sa volonté reste énergique et souveraine; le second, accessible aux cajoleries d'un entourage avide, peut livrer sa confiance à qui la veut et signer avec docilité.

L'état mental si particulier qui s'observe dans les trêves paralytiques ne permet pas aux malades d'exprimer toujours librement leurs volontés dernières. Il doit donc être souvent possible d'attaquer, pour cause d'incapacité d'esprit, les dispositions testamentaires prises par eux. Je veux, à cette occasion, vous citer deux faits assez récents.

P..., officier, atteint de paralysie générale, entra à l'asile de Marseille le 10 juin 1851. Une rémission survint. Un frère, contre lequel existaient divers motifs de répulsion, mit de l'empressement à venir le voir, le fit sortir, en prit soin chez lui et le fit tester en sa faveur. P... s'agite, délire de nouveau et est remis en traitement. Une seconde rémission se produit, et un autre frère, que le malade avait toujours affectionné, arrive en France, se hâte d'accourir à l'asile, se doute de ce qui s'est passé, cherche à faire la contre-partie de ce qui a eu lieu déjà, et se fait instituer héritier par un second testament olographe. P... mourut le 28 novembre 1854. Un procès a été sur le point de s'engager, mais la crainte du scandale a conduit les deux frères à une transaction amiable.

En 1860, M. Brierre de Boismont, reçut communication d'un dossier concernant un individu originaire de Suisse qui venait de mourir des suites d'une paralysie générale, dont le début remontait au mois de juillet 1857. Le malade, en 1858, pendant une phase de rémission, était rentré chez lui, n'ayant plus qu'un léger bégaiement. Sa femme, après avoir obtenue la mainlevée de l'interdiction, se fit instituer légataire universelle. Le testament fut attaqué en nullité par les trois frères du malade, mais la veuve eut gain de cause.

Après la mort du paralysé général, on peut encore se trouver en présence d'un acte de dernière volonté, qui n'aura plus été signé cette fois pendant une phase de rémission, mais bien à une époque quelconque de la vie, et l'on se demandera peut-être si le testateur a été libre et s'il a obéi à ses seules incitations.

En mars 1846, un officier en retraite de la ville de ***, déshérita sa famille et institua sa domestique pour légataire universelle. Quatre mois après, il mourut des suites d'une résorption purulente déterminée par une grave lésion des voies urinaires, mais après avoir présenté, *à une époque antérieure au testament*, de la somnolence, de l'incertitude dans la marche, de l'embarras de la parole, une légère agitation des muscles de la face, de la gêne dans les mouvements de la tête, du tremblement dans les mains, etc., etc. Parchappe fut consulté et se prononça en faveur de la validation de l'acte. Le testament fut confirmé.

Lorsque j'ai consacré toute une série de leçons à l'étude médico-légale de la paralysie générale, j'ai rapporté plusieurs exemples de testaments entachés de démence. Je ne peux en ce moment qu'y reporter vos souvenirs (1).

(1) *Gazette des Hôpitaux* Octobre et novembre 1866.

De la fréquence et de la forme des hydropisies observées à Rouen.

Par M. le docteur Leudet, directeur de l'École de médecine.

M. le docteur Leudet, résume de la manière suivante le travail qu'il vient de publier dans les *Archives de Médecine*.

I. Les hydropisies cachectiques sont plus fréquentes à Rouen que dans les autres localités.

II. Elles s'observent surtout dans deux maladies : la phthisie pulmonaire, le cancer de l'estomac.

III. Dans ces deux maladies, elles apparaissent sous forme d'hydropisies localisées aux membres inférieurs ou d'hydropisies générales.

IV. Dans la phthisie pulmonaire, l'hydropisie existe le plus souvent, indépendante de l'albuminurie; cependant cette dernière complication se rencontre également.

V. Dans le cancer de l'estomac, l'hydropisie n'est jamais accompagnée ni précédée d'albuminurie.

VI. La seule cause qui semble prédisposer à ces hydropisies est la diarrhée.

VII. Les hydropisies secondaires ne s'observent qu'exceptionnellement à la suite des maladies aiguës.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 30 juin 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des rapports d'épidémie, par MM. les docteurs Banaston (de Barbézieux), de Montchaux (de Saint-Quentin), Prieur (de Gray). (Com. des épidémies).

2° Une note sur le traitement complet des maladies respiratoires, par M. Pommier, pharmacien, à Sens. (Commission des remèdes secrets).

M. Béclard donne lecture d'une lettre de madame Blanche Desormeaux, qui offre à l'Académie la photographie d'un portrait de son père, par Ingres.

Des remerciments sont adressés, au nom de l'Académie, à madame Blanche Desormeaux.

M. le Président annonce la mort de M. Matteucci, associé étranger de Florence.

M. Tardieu présente :

1° Au nom de M. le docteur Hayem, une brochure intitulée : *Étude sur les diverses formes de l'encéphalite;*

2° Au nom de M. le docteur Louis Monod, une autre brochure sur l'*Encéphalopathie albuminurique aiguë*.

M. le Secrétaire perpétuel annonce que la section de médecine opératoire, ne comptant pas le nombre de membres votants exigé par le règlement pour faire une présentation, il y a lieu de lui adjoindre un membre choisi dans la section de pathologie externe.

L'Académie procède à l'élection.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 46,

M. Huguier obtient..........	32 voix.
M. Gosselin..................	6 —
M. Cloquet...................	5 —
M. Larrey....................	3 —

En conséquence. M. Huguier est adjoint à la Commission chargée de faire les présentations de candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE.

A propos du procès-verbal :

M. Colin, après avoir cité plusieurs passages du discours de M. Pidoux, ajoute :

Je suis heureux d'apprendre, par la lettre de M. Pidoux, que les faits avancés par M. Villemin et par moi-même sont admis par lui. Ils ne rencontrent donc plus maintenant qu'un seul contradicteur, M. Béhier. Nous verrons quels arguments leur opposera cet académicien, qui a préparé, à ce qu'il paraît, un certain nombre d'expériences.

En attendant, je voudrais montrer à l'Académie les résultats d'une expérience que je viens d'achever. Voici un lapin, inoculé il y a trois mois moins trois jours. J'avais pris la substance tuberculeuse sur une vache, à l'instant même où on venait de tuer cet animal. Le cœur battait encore. J'ai introduit gros comme un pois de cette substance tuberculeuse sous la peau du dos de mon lapin, près de la ligne médiane. Dès la première semaine, au point inoculé, on sentait une tumeur; cette tumeur, vous la voyez : elle est en voie de métamorphose regressive vers sa partie centrale, et autour d'elle, les lymphatiques présentent une série de nodosités. Lorsque j'ai tué ce lapin, il y a deux heures et demie, le gonflement des lymphatiques était encore bien plus apparent. Le premier ganglion offre une tuméfaction énorme : il a douze ou quinze fois son volume normal; d'autres ganglions, du même côté, du côté droit, sont aussi très-développés. C'est de ce côté droit que le poumon est surtout affecté, comme nous allons le voir. Du côté gauche, les ganglions sont moins malades.

Le poumon droit est farci de tubercules. Les parties les plus centrales présentent une transformation caséeuse, mais, vers la périphérie des tumeurs, on trouve des granulations semi-transparentes parfaitement caractérisées.

J'avais pris, à dessein, de la matière caséeuse au centre d'une tumeur grosse comme une noisette, pour l'inoculer à ce lapin. Cette tumeur mère était, chez la vache, parfaitement isolée. Dès la quatrième semaine, je m'aperçus que mon lapin devenait phthisique : il mangeait moins, maigrissait, avait de la fièvre, enfin il paraissait bien près de l'agonie, lorsque je le tuai aujourd'hui, à midi et quart.

J'attache une certaine importance à ces deux points, sur lesquels j'insiste. J'ai pris, pour faire cette inoculation, du tubercule déjà caséeux et encore vivant. Je n'ai pas attendu que la vache soit entièrement morte, et je me suis mis, par conséquent, dans les conditions où les éléments tuberculeux peuvent continuer à vivre, comme j'ai dit que la chose pouvait se faire, après leur transport d'un animal à un autre.

On a objecté à ma théorie l'impossibilité où seraient les cellules tuberculeuses de traverser les ganglions; mais on ne fait pas attention que les cellules de lymphe et de chyle doivent bien traverser toute une série de ganglions lymphatiques avant de pénétrer dans le sang, puisqu'on trouve des cellules dans la lymphe et le chyle. Pourquoi les cellules tuberculeuses ne pourraient-elles pas pénétrer où pénètrent les leucocytes? Parfois on voit des corps plus gros, tels que des fragments de charbon, passer eux-mêmes.

Je crois donc que les éléments tuberculeux pénètrent dans les lymphatiques, viennent de là dans les ganglions, où ils s'arrêtent plus ou moins longtemps et qu'ils irritent par leur présence, avant d'aboutir au système circulatoire, qu'ils traversent pour se fixer en très-grande partie dans les poumons.

Enfin je crois que les tubercules formés dans les autres viscères, comme on le voit sur ce lapin, y doivent leur naissance à des éléments qui y parviennent après s'être échappés par les capillaires des poumons.

M. Piorry. Je regrette que les questions de mots, dans cette discussion, aient empêché de bien voir les choses. On a beaucoup parlé du pus, solidifié dans les tissus sous le nom de tubercule; mais en développant la théorie de sa formation, on a oublié de citer les sources. Tout ce que M. Colin vient de nous expliquer si bien, c'est la résorption de pus décrite par Dance, Blandin, et par moi-même.

Ce n'est pas M. Guérin qui a montré, le premier, l'analogie des cellules de pus et des cellules tuberculeuses. L'inoculation de matière tuberculeuse est connue depuis longtemps. On crée, de toutes pièces, un élément tuberculeux, et parce qu'on a changé les mots, on croit avoir changé les choses.

M. Colin. Il me serait difficile de répondre à M. Piorry. Certainement, il y a une résorption purulente; mais on ne pense pas généralement que les globules de pus puissent passer dans les vaisseaux (ce n'est pas démontré, mais cela me semble probable). Les granulations purulentes, dans tous les cas, sont résorbées. Hier, chez un cheval atteint de différentes tumeurs phlegmoneuses, mal de garrot, etc.,

j'ai constaté, dans le sang, la présence, d'abord d'un grand nombre de leucocytes, puis de petites granulations comme on en rencontre dans le pus.

M. Piorry. Il y a vingt ou trente ans, la discussion a roulé déjà sur le défaut d'absorption du pus. Blandin soutenait que les globules de pus étaient trop gros pour traverser les capillaires. J'ai démontré que ces soi-disants globules étaient formés par une aggrégation de petits granules, lesquels pouvaient entrer dans les tissus.

Les expériences de Cruveilher sur les injections de mercure dans les vaisseaux ne doivent pas être oubliées. Le résultat en était la production, dans les poumons, de tubercules qui se généralisaient ensuite. Il ne fait pas non plus oublier que le poumon est le siége de prédilection du tubercule, comme l'a prouvé Louis.

M. Colin. Les cellules de pus ont certainement une enveloppe transparente à contenu granuleux. Cette enveloppe se rompt parfois comme un grain de pollen et laisse échapper son contenu.

M. Piorry demande si on est bien certain de ne pas inoculer du pus pour du tubercule; mais j'ai choisi parfois des granulations grises, transparentes, qui ne ressemblent nullement à du pus. Quand j'inoculais d'autres produits, j'avais des résultats complexes : à la fois des dépôts purulents et des tubercules.

M. Béhier. J'ai été mis en cause par M. Colin, qui m'a demandé les résultats de mes expériences; mais elles ne sont pas terminées. Je veux laisser mes animaux vivre le plus longtemps possible, un an et plus; alors on verra ce qu'ils seront devenus. Déjà, ceux qui ont été inoculés de lapins à lapins se portent mieux que dans le début : ils engraissent. Mourront-ils oui ou non phthisiques? C'est ce qu'il faut savoir.

M. Colin. Il y a deux questions distinctes : il s'agit de savoir non-seulement si les animaux meurent phthisiques, mais s'ils deviennent oui ou non phthisiques. Une partie des lapins de M. Béhier pourraient servir à cet effet. S'il en a huit, qu'il en tue quatre, et on verra s'ils sont phthisiques; les autres suffiront pour montrer ce que cette phthisie deviendra.

M. Behier. J'ai déjà dit que les expériences rapportées n'étaient pas probantes, elles le sont moins que jamais. La grande question est celle de savoir si c'est bien la phthisie réelle que produit l'inoculation. Les animaux inoculés ne sont pas phthisiques s'ils ne sont pas même malades. Les altérations qu'on nous a montrées sont-elles oui ou non tuberculeuses? Ce n'est pas en tuant d'autres animaux qu'on le prouvera. Je veux voir ce que cela amènera à la longue.

M. Colin. Je dis qu'il est très-important de tuer, en ce moment, une partie des lapins de M. Béhier. On a déjà attendu trop tard. S'ils doivent être tuberculeux, ils l'ont été dès la cinquième ou sixième semaine après l'inoculation. Passé ce délai, un animal ne devient plus tuberculeux.

Dans un an, on pourra trouver des produits de regression, des dépôts caséeux, des cavernes, etc., on ne trouvera plus de tubercules.

M. Béhier. Mais où trouverais-je plus de caséeux que dans ce lapin que vous me montrez? Il est caséeux de tout point. Je ne suis nullement obligé de me renfermer dans votre programme. Je veux savoir si ces lapins, que vous dites phthisiques, meurent comme les phthisiques, et n'avoir pas à me lancer dans une dissertation sans fin sur la nature du tubercule. Si, au bout d'un an, on trouve des cavernes ou des tubercules caséeux chez mes lapins, ce sera un fait acquis, car, chez le lapin, les cavernes ne sont pas communes.

M. Colin. Sur ce lapin que j'ai apporté, tout n'est pas caséeux. Il est clair qu'autour des tumeurs les plus anciennes, à la périphérie, existent des granulations transparentes, parfaitement reconnaissables à l'œil nu et à la loupe. Je m'attendais, du reste, à trouver chez ce lapin des produits caséeux, car pour avoir la granulation récente sans mélange, il faut tuer ces animaux, non pas au bout de trois mois, mais vers la cinquième ou sixième semaine.

M. Barth. Il me semble voir sur ce lapin des tubercules crus à tous leurs degrés d'évolution. Eh bien! je le demande, y a-t-il là de l'inflammation, de la pneumonie caseuse ou autre, ou même de la congestion?

M. Colin. Ce lapin, je l'ai tué par effusion de sang, aujourd'hui même; voilà pourquoi il est anémique et les tissus sont pâles. Du reste, je l'ai déjà dit, l'irritation précède les tubercules; dans les endroits où les granulations doivent se former, on voit des points rouges, qui disparaissent lorsque les tubercules se sont produits. Ici l'irritation a disparu, peut-être reviendra-t-elle plus tard, à une période plus avancée.

M. Béhier. On n'a pas dit que toujours tous les tubercules soient le résultat d'une inflammation caséeuse.

M. Barth. M. Niemeyer a dit que les tubercules crus étaient des pneumonies caséeuses. Il y a quelque temps, on disait que la granulation n'était pas le tubercule, aujourd'hui on dit le contraire : il n'y a de tubercule que la granulation. Pour moi, je prétends que le tubercule est du tubercule, quelle que soit sa forme, granuleuse ou autre.

M. Colin. En disant que l'irritation précède le tubercule, je ne soutiens pas que les choses se passent ainsi dans la phthisie spontanée. Je n'en sais rien, je parle seulement de la tuberculose provoquée, que j'ai étudiée.

Je crois que M. Barth se trompe sur l'opinion des Allemands. Les Allemands les plus autorisés, tels que Virchow, disent que le gros tubercule se forme par aggrégation de granulations miliaires. Les plus centrales sont les plus anciennes, et elles éprouvent les premières la transformation caséeuse.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les titres des candidats à une place vacante dans la section de pharmacie.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 10 juin 1868. — Présidence de M. Legouest. (1)

—

Traitement de la Syphilis.

M. Desprès. L'an dernier, je vous ai communiqué, à l'occasion de notre discussion sur le traitement de la syphilis, la statistique des faits de mon service. Vous vous rappelez encore l'orage que, même au dehors, quelques-uns de nos discours ont provoqué. Je ne me suis point effrayé d'un concert d'oppositions, parce que je suis persuadé que les faits finissent toujours par avoir le dernier mot; aussi, je viens retracer devant vous les résultats de quinze nouveaux mois d'expérience pendant lesquels j'ai recueilli tous les faits de mon service. Je ne dirai point à l'avance ce que je conclus de mes observations; je laisserai à mes collègues le soin de juger pas à pas si mes propositions de l'année dernière ont été démenties par des faits nouveaux.

Seulement, je tiens à faire une remarque : on m'a dit que, lors de notre dernière discussion, j'avais pris à l'improviste les partisans du mercure, et qu'ils n'avaient pas d'observations prêtes. Mais voici déjà un an passé depuis ma première statistique, et, en un an, on voit bien des choses. Je puis, certes, penser que mes collègues puiseront dans l'expérience d'une année. Alors je vois les oppositions que je puis encore rencontrer diminuées au moins de ce reproche, que j'aurais surpris ceux qui ont foi dans les préparations mercurielles.

Établissons, Messieurs, d'abord un premier point : comme l'année dernière, j'ai reçu un grand nombre de malades ayant été déjà traitées de leur syphilis, inutilement, par les préparations de mercure.

J'ai reçu, du 24 février 1867 au 20 juin 1868, 359 malades atteintes de chancres suivis d'accidents généraux, d'accidents secondaires ou tertiaires, toutes malades franchement syphilitiques.

Sur ce nombre :

81 avaient été déjà traitées une ou plusieurs fois par le mercure, soit dans les hôpitaux, soit en ville. Proportion, 22,5 p. 100.

36 avaient été traitées dans mon service par la médication tonique, les bains salés et sulfureux, et le traitement local. Ne craignant pas de charger contre moi ce chiffre, j'ai compté les malades qui, sorties malgré moi, n'avaient subi que quelques jours de traitement, celles qui, sorties de la sorte, sont rentrées deux et trois fois; ces malades chargent presque de moitié mon chiffre 36. Parmi ces malades, il en est qui avaient été autrefois traitées par le mercure. Proportion, 10 p. 100.

8 malades, traitées déjà une fois sans mercure par le bichromate de potasse, l'iodure de potassium d'emblée ou les sudorifiques, sont entrées dans mon service pendant le même temps. Proportion, 2 p. 100.

Si, maintenant, je ne prends que les malades traitées au moins deux mois, j'arrive aux mêmes proportions.

18 malades, traitées chez moi pendant plus de deux mois, pendant un temps que j'ai jugé suffisant. Proportion, 5 p. 100.

38 malades traitées par le mercure pendant plus de deux mois; 11 malades ayant subi deux et trois traitements mercuriels. Proportion, 11 p. 100.

J'ai fait plus : il y a, à l'hôpital de Lourcine, un service voisin du mien où il y a eu des syphilitiques : je ne parle pas du service de médecine que l'administration avait transformé en un service de maladies générales. Ce service a été successivement occupé par MM. Panas, Liégeois et Péan. Il renferme quatre-vingt-neuf lits, deux lits de plus que mon service, et il n'a reçu que 334 malades pendant que le mien en recevait 359. J'ai comparé les malades qui rentraient dans mon service en sortant du service voisin et qui ont pris le traitement mercuriel classique, avec les malades qui avaient été déjà traitées chez moi par les toniques, les bains et le traitement local.

J'ai eu 36 malades rentrées après un séjour dans mon service; sur ce nombre, 18 avaient été traitées plus de deux mois.

J'ai eu 33 malades traitées antérieurement, dans le service voisin du mien, par les préparations mercurielles : proto-iodure de mercure, frictions mercurielles ou injections de sublimé.

Sur ce nombre, 18 avaient pris du mercure pendant plus de deux mois.

De cette comparaison, il ressort qu'il y a eu égalité absolue entre le résultat du traitement mercuriel et du traitement sans mercure, et je n'en demande pas davantage.

Il est certainement rentré quelques-unes de mes malades dans l'autre service, mais il y est rentré aussi des malades du même service, et si l'on devait compter les premières, il faudrait aussi compter les secondes.

Mais il n'est pas rentré beaucoup de mes malades dans le service voisin; mes malades sont assez fidèles. Malgré la sévérité que l'on m'a presque reprochée ici, ces malades conservent, à l'égard du service, un peu de cette fidélité canine qu'a célébrée Buffon, et que les pauvres ont toujours pour ceux qui s'occupent d'eux sérieusement. Je ne veux, pour preuve de ce que j'avance, qu'un seul fait :

Depuis que je suis à Lourcine, j'ai vu presque toutes celles de mes malades, qui ont été atteintes de récidive, revenir dans mon service. Sur 605 malades qui ont passé dans mes salles, 7 seulement ont été, dans les grands hôpitaux, se faire traiter de récidive de leur syphilis.

J'ai pris des informations scrupuleuses, et je n'ai pas entendu parler d'autres malades; il peut y en avoir eu cependant quelques-unes de plus que le chiffre sept, mais leur nombre ne peut être élevé. Je ne compte pas les malades sorties enceintes et qui sont allées accoucher dans des hôpitaux spéciaux. Je ne compte pas celles de mes malades qui sont entrées dans le service voisin du mien, faute de lits chez moi.

Que dirai-je encore de plus concluant que ces chiffres? Est-il assez prouvé que le mercure n'empêche pas les récidives des poussées syphilitiques?

Je pourrais, toutefois, vous rappeler que la Société de médecine de Bordeaux, qui, elle aussi, a étudié le mode d'action des mercuriaux dans la syphilis, a entendu notre confrère, M. Venot, déclarer, chiffres en main, le résultat d'expériences entièrement conformes aux miennes. Ce médecin, en effet, tirait, de quarante-cinq observations bien suivies, que les récidives étaient en proportions égales chez les syphilitiques, qu'on les traitât ou non par le mercure. Ceux de nos collègues qui voudront se rendre compte de ces faits en trouveront dans le numéro de juin de cette année des *Archives de médecine*.

L'état des malades rentrant, après avoir été traitées dans mon service, ne diffère pas sensiblement de l'état des malades traitées déjà par le mercure, en ville ou dans les hôpitaux.

Parmi mes malades vierges de mercure :

14 qui avaient leur mal depuis six mois, avaient : 12 des plaques muqueuses, 1 une iritis, 1 une syphilide tuberculeuse précoce.

7, qui avaient leur mal depuis un an, avaient : 4, des plaques muqueuses, dont une avec une syphilide papuleuse; 1, une syphilide papuleuse; 1, une gomme ulcérée du voile du palais.

6, qui avaient leur mal depuis dix-huit mois ou deux ans, avaient : 1 des plaques muqueuses; 1 une syphilide tuberculeuse serpigineuse; 1 de l'ecthyma; 1 de l'ecthyma scrofuleux plutôt que syphilitique (c'était une nourrice qui, après avoir eu une écorchure au sein, avait eu d'emblée de l'ecthyma, n'avait pas eu de plaques muqueuses et n'avait pas donné de mal à son mari); 1 une syphilide papuleuse; 1 des gommes.

Parmi mes malades traitées par le mercure, avant leur premier séjour chez moi :

2, qui étaient malades depuis six mois, avaient des plaques muqueuses; 2 avaient leur mal depuis dix-huit mois, et rentraient avec des plaques muqueuses; 2, qui étaient malades depuis vingt-cinq mois, avaient des plaques muqueuses; 3, malades depuis trois, quatre et huit ans, avaient : 1 une choroïdite et des plaques muqueuses, 2 des plaques muqueuses et de l'anémie.

Voyons les malades déjà traitées par le mercure :

54 malades depuis six ou dix mois, avaient :

49 des plaques muqueuses; 2 une syphilide papuleuse précoce, et l'une de ces malades avait encore son chancre induré; 2 un chancre induré persistant; 1 avait une gomme. Je fais ici une réserve, car cette malade me paraissait avoir ignoré le début de sa syphilis.

Les malades en traitement depuis un an avaient : 11 des plaques muqueuses récidivant toujours; 3 des syphilides papuleuses. Une de ces malades avait été traitée, à Saint-Louis, pour une syphilide papuleuse qui avait duré un an.

3 malades traitées depuis deux ans avaient : 1 des plaques muqueuses; 1 une choroïdite; 1 une syphilide papuleuse.

Celles qui, au nombre de 10, avaient été traitées depuis deux ans et demi, trois ans, huit ans et dix ans, avaient : 1 des exostoses et de l'ecthyma (deux ans et demi de traitement); 1 une syphilide papuleuse; 1 une syphilide papuleuse et tuberculeuse; 1 une syphilide tuberculeuse; 6 avaient toujours des plaques muqueuses : une de celles-ci avait eu son chancre il y a sept ans, et avait présenté plusieurs récidives.

Si vous voulez voir l'effet du traitement mercuriel sur les récidives de plaques muqueuses, vous en pourrez voir un bel exemple sur une malade qui est entrée, il y a quelques jours, dans mon service.

B... (Jeanne), 20 ans, d'une assez belle santé antérieure, entrée dans mon service, salle Saint-Alexis, n° 28, le 30 mai 1868. — Voici ses antécédents :

Malade depuis trois semaines, elle est entrée, le 4 juin 1867, dans le service de M. Liégeois, pour une vaginite et des boutons à la vulve, pour lesquels le chirurgien donne deux pilules de proto-iodure de mercure par jour pendant cinquante jours, du 4 juin au 24 juillet. Les pilules ont été prises régulièrement; la malade a eu une stomatique mercurielle grave. La pancarte de sortie de la malade portait : *Syphilis*. — La malade entre à l'hôpital de la Pitié, le 14 août 1867, dans le service de M. Matice; elle avait alors des douleurs de tête et des douleurs dans les membres, que le médecin traita d'abord par l'hydrothérapie; puis, comme il s'était aperçu, au bout de huit jours, que la fille B... avait des plaques muqueuses, il a prescrit un bain de sublimé tous les deux jours et du vin de quinquina. Les douches froides étaient continuées.

Le 26 octobre, la malade est sortie non guérie : elle avait, dit-elle, des boutons sur le corps. Trois jours après, la malade rentre dans le service de M. Behier. Le 19 octobre, le professeur reprend encore le traitement mercuriel et donne deux cuillerées à bouche de liqueur de Van Swieten par jour, du vin de quinquina, et un bain de sublimé tous les deux jours. La malade sort du service après avoir eu encore une stomatite mercurielle, et avec des taches sur le corps, le 29 novembre, pour aller au Vésinet, où elle séjourne trois semaines; là, elle ne prend que des bains sulfureux. De retour à Paris, la fille B... a une récidive de plaques muqueuses et revient à Lourcine, dans le service de M. Péan, le 9 janvier 1868. Là, des pilules de proto-iodure sont encore prescrites, mais la malade ne les a pas prises; elle reste néanmoins dans ce service jusqu'au 1er avril.

Le 30 mai, elle rentre dans mon service avec des plaques muqueuses de la vulve et des plaques muqueuses de la gorge. La malade est un peu chlorotique, et il y a un bruit de souffle douteux dans les carotides.

Cette malade a donc pris 100 pilules de proto-iodure une première fois, 25 bains de sublimé, puis 15 autres bains de sublimé et 60 cuillerées à bouche de liqueur de Van-Swieten; tout cela pour aboutir, après 227 jours d'hôpital, à une quatrième récidive de plaques muqueuses en une année.

La malade n'est pas détériorée, j'explique ce fait parce que cette femme a séjourné dans les hôpitaux en même temps qu'elle prenait du mercure, parce que depuis cinq mois elle ne prenait plus de médications mercurielles, et que depuis quatre mois elle vivait à l'hôpital à boire, manger, dormir et ne rien faire.

Cette malade est un exemple qui me dispense de fournir des commentaires.

De tout ce qui précède, il résulte que, chez mes malades qui ont eu des récidives même d'accidents tertiaires, le mal ne montait pas à plus de deux ans. Celle de mes malades qui a eu l'an dernier des gommes ou plutôt un érythème noueux, est actuellement bien guérie. C'est la fille B... Sophie dont je vous ai parlé l'année dernière, et que j'ai revue cette année.

Qu'on ne me dise pas que je dois attendre pour juger; j'ai eu des malades dont la syphilis n'était pas plus âgée que celles de la fille B... qui avaient des exostoses, des gommes, de l'ecthyma et des syphilides tuberculeuses, ou tuberculo crustacées, quoiqu'elles eussent été traitées pendant deux et trois ans par le mercure.

Si le mercure était capable d'agir sur les syphilis graves et d'empêcher les accidents graves, je devrais avoir beaucoup de mes malades dans cet état, contre un très-petit nombre de malades semblables auxquels avaient été administrées les préparations mercurielles.

Les accidents de la syphilis sont-ils amendés véritablement par le mercure? Pour toute réponse, je dirai ce que l'on obtient sans mercure.

Les chancres traités par la cautérisation et les cataplasmes mettent trois à cinq semaines à guérir, suivant qu'on les traite au début, ou un peu plus tard.

Les plaques muqueuses simples non végétantes mettent en moyenne huit à dix jours à guérir, par les cautérisations et les lotions avec

(1) Suite. — Voir le numéro de samedi dernier.

l'eau blanche, ou par une solution légèrement caustique ou astringente et le repos.

Les plaques muqueuses de la gorge et de la bouche mettent le même temps à guérir; seulement chez les malades qui ont de mauvaises dents ou des follicules des amygdales ulcérés il y a des récidives journalières, surtout en hiver; et il y a des plaques muqueuses de la gorge chez les syphilitiques là où chez les gens sains il n'y aurait qu'un léger mal de gorge, au moindre refroidissement.

Les plaques muqueuses végétantes de la vulve ou de la gorge sont plus longues à guérir, je suis obligé de les cautériser plusieurs fois avec la solution saturée de chlorure de zinc. Ces plaques durent quelquefois jusqu'à trois ou quatre semaines, à moins qu'elles ne se recouvrent d'épithélium et ne se transforment en végétations, ce qui m'oblige à venir aux cautérisations avec l'acide nitrique fumant et même à l'excision.

Je ne crois pas, j'affirme même qu'il n'y a pas de traitement mercuriel qui arrive au même résultat sans traitement local. S'il devait m'être opposé des statistiques à cet égard, je demanderai toutes les observations d'un service, car les plaques muqueuses des malades qui, après trois et quatre semaines de mercure, ne seraient pas guéries, et ne seraient pas comptées, parce que les malades seraient sortis de l'hôpital avant guérison, sont justement celles qui sont rebelles même au traitement mercuriel, celles qui faudrait compter.

(La suite au prochain numéro.)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

132. Magdelain (Léon). Des Kystes séreux et acéphalocystiques de la rate; historique de la Splénotomie, suivie de quelques réflexions sur les conséquences de cette opération.
133. Filleau (Albert). Essai sur la Pyélo-néphrite suppurée.
134. Cailletet (Ernest). De la rétroversion de l'Utérus pendant la grossesse.
135. Butand (Marc). De l'Endocardite ulcéreuse.
136. Naud (Paul). D'une forme spéciale d'Ostéite. ou ostéite à forme névralgique.
137. Grecesco (Demetrie). De l'Achorion schœnleinii, ou du champignon de la teigne faveuse.
138. Voelker (Georges). De l'Arthrite blennorrhagique.
139. Pinet (F.). De l'action locale du nitrate d'argent, de ses applications thérapeutiques.
140. Thèveny (Constant). De l'inflammation aiguë des gaînes des fléchisseurs des doigts.
141. Delaissement (G.). De la Trépanation de l'apophyse mastoïde
142. Blanckaert (Édouard). Des complications de la rougeole chez les enfants.
143. Piton (A.-M.). Étude sur le rhumatisme.
144. Monod (Louis). De l'Encéphalopathie albuminurique aiguë et des caractères qu'elle présente en particulier chez les enfants.
145. Jouault (F.). Des affections des membranes muqueuses consécutives à la rougeole.
146. Bidard (René). De l'influence de l'alcool sur la température et le pouls dans la pneumonie.
147. Jourdan (Eugène). De l'Ophthalmie scrofuleuse.
148. Dupouy (Ariste). Étude sur l'action physiologique et thérapeutique des bains de mer froids.
149. Maillard (Paul). De l'Iodoforme.
150. Kloz (Léonce), Des conjonctivites purulentes.
151. Boudet (Blaise). De l'entéro-colite chez les enfants.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 17 juin 1868, M. Tardieu, professeur à la Faculté de médecine de Paris, président du Comité consultatif d'hygiène publique de France, est nommé président de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France à Paris, en remplacement de M. le docteur Rayer, décédé.

— Par décret en date du 20 juin 1868, ont été nommés présidents des Sociétés de secours mutuels :

Des médecins des arrondissements de Laon, Vervins et Château-Thierry (Aisne), M. le docteur Guipon.

De la commune d'Aubenton (Aisne), M. le docteur Landragin.

De la commune des Avenières (Isère), M. le docteur Guignet.

— Activement poursuivies, les constructions du nouvel Hôtel-Dieu atteignent déjà la hauteur du premier étage sur une grande partie du chantier. L'emplacement affecté à ces constructions couvre une superficie de 22,000 mètres carrés; sur cette vaste surface s'élèvent trois corps de bâtiments distincts, dont la façade principale a son entrée sur la place du Parvis-Notre-Dame.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Physiologie de la génération de l'homme, par le Dr GUSTAVE LE BON. 1 vol. in-12. Prix : 4 fr. — Paris, 1868. P. Lebigre-Duquesne.

Nouvel appareil à irrigation médiate, par le Dr RINALDI, ex-chirurgien militaire. In-12 de 6 pages et une planche. Prix : 25 cent. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Classification des tumeurs. — Tumeurs malignes.

Il fut un temps où l'on considérait les tumeurs malignes, les cancers, comme formant une classe à part, sans aucune espèce d'analogie soit avec les tumeurs bénignes, soit avec les tissus normaux.

Un instant même on crut avoir trouvé certains éléments spécifiques qui permettraient de les distinguer avec certitude au microscope. Les grosses cellules et les noyaux cancéreux étaient, pensait-on, caractéristiques; et on augurait bien de toutes les tumeurs où on ne les rencontrait pas.

Ces idées, combattues déjà par notre cher maître Velpeau, dans une célèbre discussion à l'Académie de médecine, sont maintenant généralement abandonnées.

Ceux qui attribuent encore une certaine importance à la cellule cancéreuse, comme le fait M. Broca dans son beau « Traité des tumeurs », ne la représentent plus comme un élément aussi pleinement spécifique, aussi parfaitement distinct de ceux qui peuvent se rencontrer dans les tissus physiologiques. Ils reconnaissent d'ailleurs qu'elle peut faire défaut dans certaines tumeurs malignes.

L'Ecole allemande va plus loin. Pour cette Ecole, il n'existe pas de production hétéroplastique, pas de cellule spécifique. Les êtres vivants sont constitués d'après un certain type, et, malades ou non, ils ne présentent pas d'éléments qui soient étrangers à ce type.

M. Virchow, dont les travaux ont fourni à Velpeau de puissants arguments, rend cette pensée saisissante par un exemple. « Un poil, dit-il, peut apparaître et croître à un endroit où nous ne devons pas nous attendre à rencontrer des poils, mais personne ne pensera et ne croira qu'une plume puisse pousser dans le corps humain. Dans le fait, il est chez l'homme des tumeurs qui renferment des poils, et on trouve quelquefois dans les oies, en les dépeçant, des tumeurs contenant des plumes. Cela se comprend et est inhérent au type de l'individu... Le type qui, en général, régit le développement et la formation de l'organisme, régit également le développement et la formation des tumeurs. Il n'existe nulle part un type différent, nouveau, indépendant. »

Ces prémisses une fois posées, il ne saurait être question d'hétéroplasie. On doit trouver, pour chaque élément pathologiquement développé, son analogue physiologique et, pour ainsi dire son modèle. Le terme d'hétérologie, dans la langue de M. Virchow, ne préjuge pas la nature, mais la situation de la tumeur.

En effet, deux cas peuvent se présenter :

Ou bien la tumeur qu'on examine offre les mêmes éléments que les parties même au sein desquelles elle s'est développée : alors on la dit homologue.

Ou bien il faut chercher des éléments semblables plus ou moins loin, dans d'autres tissus, dans d'autres systèmes organiques : alors on la dit hétérologue.

Un noyau osseux est homologue s'il naît dans un os; hétérologue, dans un viscère.

Ajoutons que les Allemands reconnaissent des tumeurs simples et des tumeurs composées. Ils nomment histioïdes les premières, qui renferment les éléments d'un seul tissu physiologique; organoïdes les secondes, parce que, comme de vrais organes, elles présentent une combinaison de plusieurs tissus différents; celles-ci sont toujours hétérologues quand elles ne naissent pas dans un organe dont elles reproduisent le type. Le squirrhe et l'encéphaloïde sont nécessairement hétérologues à ce point de vue, car si l'on retrouve leurs éléments dans des tissus physiologiques, on ne les y trouve pas groupés pareillement.

M. Virchow laisse à la nature une certaine latitude dans les combinaisons pathologiques qu'elle peut imaginer. Il va même si loin qu'il attribue à un caprice de sa part la formation de ces ébauches humaines qu'on expliquait par le développement irrégulier d'un fœtus inclus. Cette troisième classe de tumeurs, qu'il range à la suite des tumeurs *organoïdes*, aurait pu se nommer tumeurs *homoïdes*, puisque la force formatrice, pathologiquement déviée, en les créant, se serait inspirée du type humain.

Des tumeurs malignes ou bénignes figurent indifféremment dans chacune des classes établies par M. Virchow. En effet, toute cette classification repose uniquement sur l'apparence, sur la constitution histologique des tissus nouveaux. Or chacun de leurs éléments, pris isolément, n'a rien d'anormal; la malignité tient à autre chose, à une inconnue, à cette force formatrice dont M. Virchow, suivant nous, exagère encore la puissance.

Comment donc savoir si une tumeur est ou non maligne? En étudiant son évolution et celle des tumeurs semblables, histologiquement et cliniquement.

Il faut d'abord bien déterminer les éléments dont elles se composent, bien connaître leur origine, leur mode de développement, leur durée possible et les résultats de leur décadence.

Ce qui augmente encore toutes les difficultés de cette étude, c'est que les tumeurs ne sont pas toujours identiques dans toutes leurs parties. L'irritation spéciale qui leur donne naissance fait apparaître sur certains points des éléments qui ne se retrouvent pas ailleurs.

En outre, il paraît que la même cause peut faire naître parfois plusieurs genres de tumeurs, très-différentes d'aspect et de nature; que, par exemple, de simples fibromes peuvent se développer chez des malades atteints de diathèse cancéreuse, probablement sous l'influence de cette diathèse.

M. Virchow et M. Broca reconnaissent également ce fait; M. Virchow l'explique en disant que les produits locaux d'un même genre d'irritation varient suivant son intensité plus ou moins grande.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas, avant de nommer une tumeur, se borner à un examen superficiel de quelque partie. Il faut, par des coupes très-nombreuses, étudier attentivement au microscope, autant que possible, toutes les parties; et si les tumeurs sont multiples, toutes les tumeurs.

Alors seulement on pourra dire avec certitude si elles ne renferment pas tel ou tel tissu, dont la malignité est cliniquement bien connue.

Fibromes généralisés.

Nous venons de voir que la nature histologique des tumeurs ne permet pas d'en affirmer la bénignité.

Cette question s'est présentée à la Société médicale des hôpitaux, vendredi dernier.

Il s'agissait d'une femme qui a passé quelque temps dans le service de M. Guibout, où nous l'avons vue, et où elle est morte.

Elle était couverte de tumeurs indolentes, qui pour la plupart semblaient cutanées, et dont quelques-unes furent examinées microscopiquement pendant la vie, sans qu'on y découvrît autre chose que les éléments du tissu fibreux. On en avait détaché des fragments à l'aide du petit emporte-pièce imaginé par M. Duchenne (de Boulogne).

D'après le récit de cette femme, la première tumeur se serait montrée plus de vingt ans avant, sur l'un des seins; puis le mal serait resté stationnaire jusqu'en 1866; alors auraient paru d'autres tumeurs, qui se seraient multipliées assez rapidement, restant isolées les unes des autres, et siégeant surtout sur la poitrine, le cou, le dos, le front, la nuque, etc.

Le sein, qui aurait été le point de départ de cette affection, présentait bien l'aspect qu'il offre dans ce qu'on nomme cancer en cuirasse; mais rien autre ne rappelait cette affection. La peau restait souple et normale entre les diverses tumeurs; s'il en fallait croire la malade, celles-ci s'étaient affaissées à une certaine époque, puis elles avaient repris leur développement progressif. Elles se sont encore affaissées légèrement, pendant les derniers jours de l'existence de cette femme, qui est morte d'épuisement, avec un aspect cachectique très-prononcé.

A l'autopsie, on s'est assuré que la tumeur du sein n'adhérait pas aux muscles; que les tumeurs superficielles, situées les unes dans la peau et les autres dans le tissu cellulaire sous-cutané, n'avaient pas envahi les tissus sous-jacents et glissaient librement sur eux. Quelques-unes étaient assez molles, et on pouvait en exprimer un suc semblable à celui que contiennent certaines productions éléphantiasiques ou cancéreuses. D'autres tumeurs analogues s'étaient développées dans l'aponévrose épicrânienne et dans l'épaisseur de la dure-mère; elles avaient creusé les os du crâne par leur contact, mais ne les avaient pas envahis. Le cubitus était le seul os qui présentât une exostose.

Tous les viscères étaient sains.

M. Guibout détacha des fragments de la tumeur mammaire et des autres tumeurs; il les adressa à M. Ranvier pour les soumettre à un examen microscopique. Ils étaient formés de tissu fibreux et de cellules embryonnaires. Mais ces fragments parurent trop petits à M. Ranvier pour qu'il formulât une conclusion absolue sur la nature de la maladie.

Telle est, dans ses grands traits, l'observation communiquée par M. Guibout à la Société médicale des hôpitaux.

Que fallait-il penser de cette maladie? Etait-ce un cancer? M. Guibout avait appelé plusieurs confrères à examiner la malade et à lui donner leur avis sur cette question. MM. Hillairet, Lallier, Bazin avaient penché vers l'idée d'un cancer; et le dernier avait ajouté que ce cancer s'était développé sous l'influence d'une ancienne diathèse arthritique.

M. Guibout, comme nous du reste, n'avait pas compris l'utilité de donner le nom de cancer à ce qui n'était anatomiquement ou cliniquement ni squirrhe, ni encéphaloïde; et d'après l'examen microscopique, il y avait vu un cas de fibromes généralisés.

C'est sur ces données que s'engagea la discussion.

MM. Marotte et Fournier demandèrent si ces tumeurs ne pouvaient pas avoir une origine syphilitique; mais cette hypothèse fut combattue par M. Hillairet, et surtout par M. Lallier qui, pendant la vie, avait étudié la malade à ce point de vue.

La syphilis étant donc écartée, plusieurs membres se prononcèrent pour la nature cancéreuse de cette affection.

Evidemment, si l'on nomme cancer toute tumeur maligne, on peut trouver des raisons pour admettre qu'il s'agissait là d'un cancer. La multiplicité des tumeurs, et surtout l'état cachectique, faisaient penser à une diathèse funeste.

Mais où faudra-t-il s'arrêter, une fois engagé dans cette voie? Nommera-t-on cancer l'adénie, cette maladie où tous les ganglions, soit profonds, soit superficiels, peuvent être transformés en petites tumeurs, où l'état cachectique ne se fait pas attendre, et dont la mort est la terminaison presque fatale?

Sous prétexte que les éléments du cancer, examinés microscopiquement, ne sont pas caractéristiques et spécifiques, on en viendrait à rétablir une confusion aussi fâcheuse pour la pratique médicale que pour la science abstraite.

Chez la malade de M. Guibout, nous voyons une tumeur durer plus de vingt ans sans s'accroître, sans envahir les tissus voisins, sans causer ni douleur ni phénomène morbide d'aucune espèce. Cette tumeur paraît fibreuse, et elle siége dans un organe riche en tissu fibreux.

Au bout de vingt ans elle se généralise, ou du moins des tumeurs semblables se développent ailleurs. Mais ces tumeurs, comme la première, sont indolentes; elles occupent encore exclusivement des tissus fibreux par excellence; elles n'envahissent pas par continuité les tissus qui les environnent; elles ne provoquent pas de dépôts métastatiques dans les viscères; elles grossissent isolément; et leur grande multiplicité ne change en rien les caractères qu'elles ont présenté dès le début.

Quelques-unes de ces tumeurs, situées sur la dure-mère, compriment le cerveau. Peut-être l'espèce d'hébétude et l'état de santé misérable de la malade tenaient-ils surtout à cette compression.

Rien, dans tout cela, ne nous rappelle l'aspect, la marche, les conséquences du vrai cancer, tel que les cliniciens l'ont observé et l'ont décrit.

A peine est-il permis de dire que ces fibromes étaient malins. Ils étaient très-nombreux, très-généralisés; ils pouvaient nuire par leur situation et leur volume. Mais il faut encore autre chose pour constituer la malignité.

Il faut au moins l'hétérologie, ou l'envahissement de proche en proche, ou les métastases dans les viscères, ou le ramollissement et l'ulcération.

On a vu des fibromes présenter quelques-uns de ces caractères; et c'est pourquoi M. Virchow et M. Broca ont parlé de fibromes malins.

Mais après l'autopsie, après avoir vu que les viscères étaient parfaitement intacts, qu'aucune des tumeurs n'avait commis une erreur de lieu, et n'était venue apparaître dans un organe non fibreux, après l'examen microscopique, bien qu'insuffisant, on peut se refuser à croire que ces tumeurs étaient malignes. Encore moins les nommera-t-on cancéreuses.

Il est important de rapprocher les données cliniques des données anatomiques ou micrographiques. On ne peut pas espérer arriver autrement à une précision qu'il faut toujours chercher.

Est-ce à dire qu'on doive négliger les indications étiolo-

giques? ne pas tenir compte des tempéraments, des maladies constitutionnelles, des diathèses? Non, sans doute. Mais les diathèses, les maladies constitutionnelles, etc., se manifestent sous des formes qui ont leur individualité, ou tout au moins leur pronostic, différent pour chacune d'elle.

Souvent, d'ailleurs, confondre les formes sous une appellation commune, c'est confondre plusieurs diathèses, que des études ultérieures, plus attentives et plus approfondies, amèneraient à distinguer.

Dr Victor Revillout.

DU RÉTRÉCISSEMENT DE LA TRICUSPIDE.

Par M. Durosiez.

Quel intérêt peut s'attacher à cette lésion? Est-elle moins rare qu'on ne l'a dit? A-t-elle des causes spéciales? Peut-on la reconnaître? Aggrave-t-elle le pronostic? Il y a là une série de difficultés intéressantes à résoudre. Sans doute, l'importance du diagnostic est diminuée par la coïncidence habituelle du rétrécissement mitral. Mais n'est-il pas curieux de voir à quel degré de précision peut arriver l'auscultation? Pour nous, la principale raison de cette étude est de montrer que la tricuspide est exposée aux lésions les plus graves, et que par suite on ne doit pas être étonné de rencontrer souvent des lésions moins profondes, mais suffisantes pour déterminer des insuffisances en dehors de la simple dilatation de l'anneau, sur laquelle on a insisté à juste titre, mais dont il me semble, on a exagéré la fréquence aux dépens de la lésion de la valvule même. L'insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire droit par lésion de la valvule, sera l'objet d'un autre mémoire.

Dans ce travail, nous n'apportons rien de nouveau que des faits nouveaux, et peut-être une confiance un peu plus grande dans la possibilité du diagnostic. Cela nous dispensera de citer les auteurs, et d'allonger, sans utilité réelle, cette étude.

Voici les deux points un peu particuliers de notre mémoire :

1° Le rétrécissement de la tricuspide est peut-être plus fréquent qu'il n'est généralement accepté;

2° On entend à droite, au second temps, un bruit de roulement semblable à celui qu'on trouve à gauche dans le rétrécissement mitral.

Fréquence. — Nous ne rapportons que les faits suivis de mort, de manière à avoir une base d'argumentation plus solide. Ils sont, pour notre faible part, au nombre de dix : chiffre très-respectable qui montre que le rétrécissement de la tricuspide s'impose à notre attention, et qu'on doit en tenir compte dans le diagnostic des maladies du cœur. Il n'est pas permis de dire qu'il est tellement rare qu'on peut le passer sous silence.

Age. — Les malades ont vécu 22, 28, 29, 37, 38, 40, 44, 46, 58 et 64 ans. Il y aurait lieu de discuter le début de la maladie, de rechercher si la maladie est congénitale dans un certain nombre de cas. On comprend qu'il nous est difficile d'avoir sur ce point des données certaines; toutefois nous sommes convaincu que la vie peut se prolonger longtemps malgré la présence de lésions aussi graves.

Sexe. — Il est un point sur lequel nous devons insister, c'est la prédominance des lésions du cœur droit chez les femmes.

Ainsi sur dix cas que nous rapportons, huit appartiennent à des femmes, et deux à des hommes. On a déjà insisté sur cette fâcheuse prédisposition des femmes, dont nous ne savons pas donner la raison.

Étiologie. — Deux fois, nous n'avons pas de renseignements. Dans trois cas, nous trouvons le rhumatisme articulaire aigu; dans trois autres, des douleurs généralisées et de longue durée. Enfin, deux fois nous notons des rhumes répétés. Dans deux cas les accidents remontent à l'enfance. Le rhumatisme articulaire aigu joue donc le premier rôle dans l'organisation de la lésion que nous étudions. Les grossesses ne paraissent avoir aucune influence.

Nous diviserons les observations que nous rapportons en trois catégories, d'après l'étroitesse du rétrécissement qui peut admettre deux doigts, un seul doigt, et qui enfin n'admet que l'extrémité du doigt. Nous vous demandons pardon de notre procédé de mesure, qui tout grossier qu'il est nous paraît plus clair qu'une mensuration plus exacte.

1° Le rétrécissement de la tricuspide admet deux doigts. (4 cas).

I. — F..., 21 ans, jardinier, entre à la Charité en novembre 1860, et meurt en décembre 1861. Insuffisance et rétrécissement de la tricuspide et de la bicuspide.

Autopsie. — Les oreillettes sont prodigieusement dilatées, ainsi que les ventricules. Le cœur s'avance presque autant à droite qu'à gauche : le ventricule droit occupe toute la partie antérieure; le cœur est carré. De la dilatation partout, à peine de l'hypertrophie. Le trou ovale est complétement oblitéré. L'oreillette droite est moins dilatée que la gauche. La tricuspide est jaune, épaissie, hypertrophiée, dure, bridée; les lames ont perdu de leur longueur; l'orifice est rétréci et laisse passer deux doigts seulement. L'artère pulmonaire est saine. La bicuspide offre la même lésion que la tricuspide. L'aorte et l'orifice aortique ne présentent rien d'anormal. Les poumons sont remarquablement sains.

II. — G..., 44 ans, entre à la Charité le 13 février 1865, et meurt le 17 mars. Insuffisance et rétrécissement de la tricuspide, de la mitrale et de l'orifice aortique.

Autopsie. — Les poumons sont congestionnés, non emphysémateux. Le foie est épais; noix muscade : la veine porte est très-dilatée. Le cœur est gros, dilaté; l'oreillette droite surpasse comme ampleur les autres cavités : le trou ovale est presque complétement oblitéré, il admet une plume de corbeau. La tricuspide est altérée, notablement épaissie et comme ourlée à son bord, l'orifice ne laisse passer que deux doigts; il y a de plus une insuffisance probable. Le ventricule droit est modérément dilaté. L'orifice mitral est rétréci, et laisse passer seulement le bout du petit doigt : il est linéaire. La grande lame vient l'appliquer sur le reste de la valvule; il est possible que l'orifice fût satisfaisant. Le ventricule gauche est un peu dilaté; les parois sont peu épaisses. L'orifice aortique est largement insuffisant : l'aorte ne présente rien de notable.

III. — L..., quarante-six ans, ouvrière en tabac, entre à la Charité le 17 décembre 1859, sort le 30 décembre, rentre le 1er décembre 1865 et meurt le 13 janvier 1866.

Insuffisance et rétrécissement de la tricuspide, de la mitrale et de l'orifice aortique.

Le cœur est gros, dilaté dans toutes les parties, oreillettes et ventricules, avec hypertrophie modérée au ventricule gauche. La paroi du ventricule droit est amincie et en partie graisseuse.

La tricuspide est notablement altérée; le bord de la valvule ressemble à celui d'une paupière chassieuse; il est épaissi, ourlé; la valvule a perdu de sa largeur; l'orifice est évidemment insuffisant, de plus, il est rétréci et ne laisse passer que deux doigts.

Le ventricule droit est peu dilaté. Les sigmoïdes pulmonaires ne présentent rien d'anormal, l'orifice est parfaitement suffisant. L'artère pulmonaire est à peu près normale. La mitrale est gravement altérée, elle est épaissie, rigide, encroûtée çà et là de matière calcaire, les cordes sont également épaissies et cartilagineuses; l'orifice a la forme d'un segment de cercle linéaire, les valves ne peuvent pas se développer, s'abaisser, ni se relever. L'orifice est insuffisant et rétréci, et ne laisse passer qu'un doigt. Le ventricule gauche est dilaté et peu hypertrophié dans sa paroi; la pointe existe encore. L'orifice aortique est insuffisant et rétréci; les sigmoïdes sont épaisses et dures.

Les poumons sont pâles, engoués, œdématiés, volumineux.

Le foie est gros, grisâtre, parsemé de noyaux fibrineux et fibreux de volumes différents, quelques-uns, gros comme des grains de millet, se sentent sous l'enveloppe fibreuse.

La rate présente une altération analogue à celle du foie; elle est très-grosse, très-inégale à la surface, couverte de productions fibreuses et de plaques laiteuses molles.

Les reins sont petits.

IV. — B..., 37 ans, piqueuse de bottines, entre à l'Hôtel-Dieu le 23 avril 1866, meurt le 29 avril 1866. Insuffisance et rétrécissement de la tricuspide, de la mitrale et de l'orifice aortique. *Autopsie.* Le cœur est modérément gros, les parois ne sont pas hypertrophiées, il y a peu de dilatation. L'oreillette droite ne présente rien de très-anormal : le trou ovale est fermé.

La tricuspide est notablement altérée : elle est épaissie, fibreuse et présente sur son bord des végétations. L'orifice rétréci admet deux doigts seulement. L'insuffisance est probable. L'orifice pulmonaire est intact. L'artère pulmonaire me paraît dilatée. L'oreillette gauche est saine. La bicuspide est épaillée, fibro-cartilagineuse. L'orifice est insuffisant et rétréci. Le petit doigt ne peut même pas s'engager. Le ventricule gauche est un peu dilaté. L'orifice aortique est légèrement insuffisant : l'aorte a son volume normal.

Le poumon droit présente une hépatisation rouge au sommet, grise plus bas.

Nous croyons devoir citer les autophies, afin qu'il ne reste aucun doute sur l'existence des faits et sur leur fréquence relative.

Nous n'avons que peu de remarques à faire. Le cœur est en général très-dilaté; l'oreillette droite est proportionnellement la partie la plus distendue : on devait le pressentir.

Dans le rétrécissement mitral simple, le ventricule gauche présente une hyperthrophie concentrique type, c'est-à-dire que la paroi est extrêmement épaisse et que la cavité a presque disparu : c'est la forme que l'on trouve dans l'anémie. L'oreillette gauche est distendue.

Nous devrions trouver la même hyperthrophie concentrique du ventricule droit dans le rétrécissement de la tricuspide; mais en raison de la coexistence du rétrécissement mitral qui dilate toutes les cavités placées en arrière de lui, la tendance à la concentricité est combattue par la tendance à la dilatation pour le ventricule droit, et c'est l'oreillette droite qui présente la plus grande dilatation.

Notons de plus que dans cette première série le rétrécissement de la tricuspide n'est pas encore considérablo.

Nous devrions trouver le ventricule gauche en hypertrophie concentrique; mais si le rétrécissement mitral produit l'hyperthrophie concentrique, l'insuffisance aortique produit l'hypertrophie excentrique; et si les deux lésions existent simultanément, ce qui arrive souvent, nous aurons pour le ventricule gauche un moyen-terme.

Dans les cas précédents, le cœur est dilaté dans toutes ses parties, même dans son ventricule gauche, à cause, soit de l'insuffisance aortique, soit de la médiocrité du rétrécissement mitral.

Les poumons sont une fois remarquablement sains; une fois congestionnés, une fois engoués, enfin, dans le dernier cas, hypatisés.

Chez F..., nous trouvons les bruits anormaux existant autant à droite qu'à gauche, sans qu'il y ait d'insuffisance aortique. On entend à droite, le long du sternum, un double bruit de souffle un peu rude. Il y a ici les éléments du diagnostic du rétrécissement tricuspidien, incomplets cependant.

Chez G..., le bruit râpeux, dur, prolongé, que l'on entend à gauche, paraît se propager à droite, comme s'il y eût, écrivions-nous dans notre observation, la même lésion à droite qu'à gauche, c'est-à-dire un double auricolo-ventriculaire. Le diagnostic a donc pu être établi dans ce cas.

L... Nous n'avons pu dégager le bruit pathognomonique du rétrécissement tricuspidien à travers les bruits du rétrécissement mitral et de l'insuffisance aortique.

B... Nous n'avons entendu qu'un souffle au premier temps sur toute la surface du cœur.

Dans deux cas sur quatre, nous avons donc entendu au niveau des cavités droites, un bruit rude occupant une partie du second temps; mais nous n'avons pas trouvé, il faut le dire, le bruit du roulement pathognomonique. Nous rappelons que dans les cas précédents le rétrécissement est modéré.

Pouls. — F... Le pouls est fréquent, inégal, irrégulier; pouls lent et doublé (les pulsat. marchent par paires). M. Potain attribue cette forme du pouls à la respiration.

L... Le pouls est à 72, irrégulier, petit; pouls à 36, assez régulier (la malade prend 0,30 de poudre de digitale depuis un mois). Pouls lent, petit, irrégulier, inégal.

Six ans plus tard, le pouls est très-petit, inégal, irrégulier. Pouls frémissant, petit, passablement régulier.

B... Pouls régulier, égal, assez développé, un peu vibrant.

On est étonné que la régularité puisse encore exister avec des lésions aussi graves; mais il faut tenir compte de ce fait, que nous comptons le pouls chez les malades alités, soumis au repos le plus complet que possible, et probablement influencés par la digitale.

Le pouls varie donc : tantôt irrégulier, inégal, petit; tantôt, au contraire, assez égal et régulier sous l'influence soit du repos seul, soit de la digitale.

F... État général des maladies graves du cœur. Cyanose; etouffement; quintes de toux; anasarque considérable.

G... Figure violette, injectée, aux yeux brillants. Mains violacées, froides et sèches; jambes peu œdématiées à cause du repos. La malade est étendue dans son lit. Il n'y a pas la moindre dyspnée.

L... Pâleur livide; face bouffie; pieds œdématiés. Respiration considérablement gênée.

Six ans plus tard : la malade est étendue dans son lit; la face est peu congestionnée. Assise, elle étouffe immédiatement.

B... Œdème des jambes modéré; œdème des bras.

Nous remarquons chez G... l'absence de la dyspnée. Il faut tenir compte de l'insuffisance aortique qui atténue singulièrement les accidents du rétrécissement uréthral.

2° Le rétrécissement admet un seul doigt (deux cas).

P..., 40 ans, 27 octobre 1862, meurt le 8 décembre 1862. Insuffisance et rétrécissement de la tricuspide, de la mitrale et de l'orifice aortique.

Autopsie. — Le cœur est notablement hypertrophié; l'oreillette gauche seule est un peu dilatée. Le muscle est puissant; le ventricule gauche est singulièrement musclé : c'est un type d'hypertrophie concentrique. La tricuspide est épaisse, fibreuse, à bord non découpé. Deux doigts ne peuvent traverser l'orifice, rétréci et insuffisant. Rien de notable pour l'artère pulmonaire. La mitrale est singulièrement épaissie, fibreuse, mais souple et nullement indurée. L'orifice est insuffisant et n'admet qu'une grosse plume d'oie. L'orifice aortique est rétréci par l'épaississement des sigmoïdes et est insuffisant. L'aorte est saine.

(*La suite au prochain numéro.*)

OVARIOTOMIE

Obs. XLVI. — Ovariotomie pratiquée le 22 mai 1867. Guérison.

Par E. Kœberlé.

Mademoiselle S..., de Zurich, âgée de 32 ans, d'une bonne constitution et ayant toujours eu une bonne santé, éprouvait depuis quelque temps de l'embarras du côté de l'abdomen, lorsque survinrent assez rapidement des douleurs dans le bas-ventre, de la soif, une diminution des urines et un accroissement rapide du volume du ventre.

M. le professeur Cloetta, de Zurich, consulté par la malade, découvrit alors l'existence d'un kyste de l'ovaire. Lorsque les douleurs abdominales se furent un peu calmées, la malade vint à Strasbourg, environ trois semaines après que l'on eût constaté l'existence de la tumeur abdominale. Celle-ci était compliquée d'ascite. Une ponction donna issue à quatre litres et demi de sérosité, et l'on put ensuite constater nettement l'existence d'un kyste multiloculaire sans adhérence à la paroi abdominale, d'un diamètre de 30 centimètres environ, très-sensible du côté gauche et dans l'excavation pelvienne où, du reste, l'utérus ne présentait rien d'anormal. L'état général laissait à désirer. La malade était anémique, amaigrie; le pouls était faible, à 90; les urines étaient rares, chargées. Nonobstant, l'extirpation de la tumeur fut décidée.

L'ovariotomie eut lieu quelques jours après l'époque menstruelle, six jours après la ponction, le 22 mai 1867, avec l'assistance de MM. Heusser, de Richterswyl, Kien et Grollemund.

Une incision étendue du pubis à l'ombilic, d'environ 17 centimètres, livra passage à la tumeur, qui n'était pas susceptible d'être ponctionnée, parce que ses loges renfermaient un liquide très-épais et très-gluant. Une ouverture faite dans la partie antérieure du kyste permit de vider, par déchirure, une vingtaine de ses loges qui contenaient presque toutes un liquide brunâtre, grisâtre ou couleur chocolat avec une grande masse de fibrine. L'intestin et l'épiploon étaient adhérents à la tumeur dans une assez grande étendue, mais ils s'en détachèrent très-aisément. Le kyste était aussi adhérent dans l'excavation pelvienne, où se trouvaient amassées une assez grande quantité de fausses membranes de péritonite.

Plusieurs anses d'intestin grêle, le cœcum et une partie du colon ascendant étaient rouges, enflammés, saignants, dilatés par des gaz. Le colon descendant contenait des matières stercorales dures en assez grande abondance, malgré la purgation qui avait eu lieu l'avant-veille de l'opération. Plusieurs anses d'intestin grêle, du gros intestin et l'épiploon, sortirent de la cavité abdominale, où il fut très-difficile de les faire rentrer et de les maintenir à cause de leur distension par des gaz. Le nettoyage de la cavité péritonéale fut long et difficile : elle renfermait environ un litre de sérosité. L'hémorrhagie capillaire par les surfaces intestinales enflammées et adhérentes a été assez considérable, environ 300 grammes. C'était l'ovaire gauche qui était affecté. Le pédicule était très-court : il fut lié avec du fil de fer. La plaie fut réunie par quatre points de suture profonde et sept points de suture superficielle. L'opération a duré une heure et demie. La tumeur ovarique pesait 5 kilogrammes. L'une de ses loges, qui correspondait aux endroits où la malade avait ressenti de la douleur, était enflammée, suppurée et recouverte extérieurement de pseudo-membranes.

L'opérée était très-faible après l'opération; elle éprouva, pendant plusieurs heures, des crampes utérines très-violentes et des vomissements chloroformiques qui se calmèrent peu à peu. Pendant vingt-quatre heures, il s'écoula une assez grande quantité de sérosité sanguinolente par l'angle inférieur de la plaie. Le pouls, d'abord très-petit, se releva peu à peu.

Soif prononcée; des lavements, administrés de suite après l'opération, produisirent plusieurs évacuations alvines et entraînèrent les matières dures qui étaient accumulées dans l'intestin.

Le lendemain de l'opération, le pouls était à 82, assez développé. L'état de l'opérée s'améliora progressivement. La soif se calma; la miction eut lieu spontanément, et les urines devinrent de plus en plus abondantes et claires.

Le troisième jour, l'état était très-satisfaisant ; pouls à 95; langue nette, peau moite, appétit, soif presque nulle.

Le quatrième jour l'état de l'opérée continua à être très-satisfaisant, mais elle éprouva des coliques dans la région iliaque droite qui devint très-sensible. Vers le soir, le pouls faiblit un peu et s'éleva à 105 pulsations. Il y avait un peu d'agitation. L'abdomen était distendu par des gaz. Pilule purgative; lavements. Au milieu de la nuit survinrent des évacuations alvines abondantes, mais le pouls faiblit encore beaucoup. Facies grippé. Respiration accélérée. Oppression. La soif devint très-prononcée, inextinguible et les urines diminuèrent rapidement. La peau était sèche, vergetée. Agitation. Tendance au refroidissement. Septicémie.

Le matin du cinquième jour ces symptômes s'aggravèrent de plus en plus. L'état de la malade était très-alarmant; le pouls était filiforme, presque imperceptible; les mains étaient froides. La fosse iliaque était tendue, douloureuse et rendait un son mat à la percussion : il était évident qu'il s'y formait un épanchement très-rapide, et que la malade était menacée d'une péritonite générale. Le serre-nœud fut enlevé, l'angle inférieur de la plaie fut entr'ouvert à droite du pédicule, et des pinces à pansement furent peu à peu introduites vers la fosse iliaque dont il s'écoula tout à coup 700 grammes de sérosité sanguinolente.

La matité et la tension du flanc droit disparurent alors et la douleur diminua très-notablement. Il continua à s'écouler beaucoup de sérosité mélangée de sang à travers un tube qu'on laissa à demeure. La malade était très-affaiblie; elle avait du vertige et des bourdonnements d'oreilles, et elle resta pendant plusieurs heures dans un état très-alarmant, désespéré. Néanmoins, les symptômes qu'elle éprouvait ne s'aggravèrent point; cet état se maintint, et, vers le soir, il y eut une amélioration assez prononcée. La chaleur était revenue, le pouls était plus perceptible, la soif avait beaucoup diminuée, et mademoiselle S... se sentait moins faible. La respiration était toujours embarrassée, à 35 inspirations, mais l'oppression avait diminué; dans la soirée, l'amélioration fit encore des progrès, et il n'y eut plus que 30 inspirations, et, pendant la nuit, les urines, qui avaient été supprimées, reprirent leurs cours normal. La malade avait pris 1 gramme de sulfate de quinine, du vin de champagne et de l'eau vineuse en grande quantité.

Le sixième jour, l'écoulement a beaucoup diminué et il est moins sanguinolent, un peu grisâtre; le pouls est très-faible, petit à 118; il y a moins d'oppression; respiration à 28; urines abondantes; la peau est moite et n'est pas marbrée. L'opérée est pâle, affaiblie; mais la voix est plus assurée. Surdité quinique. Appétit. Soif peu prononcée. L'abdomen est toujours sensible à droite, dans la fosse iliaque. Il y eut plusieurs évacuations alvines. On continua le sulfate de quinine par intervalle; vin de Champagne; vin chaud; liqueur ammoniacale anisée; café au lait; bouillon à l'œuf. Le soir, le pouls, quoique faible, a repris de l'ampleur, à 100. L'écoulement s'est à peu près tari et la malade se trouve dans un état très-satisfaisant. Peau moite. Respiration à 27.

Le septième jour, l'écoulement est complétement tari et l'amélioration se continua. Respiration à 25.

Le huitième jour, on remarqua un peu d'irrégularité dans le pouls sans qu'il fût possible d'en trouver la cause.

Le neuvième jour, la respiration s'accéléra de nouveau, remonta à 28, et atteignit 33 inspirations le onzième jour. Des symptômes de septicimie se prononçaient de plus en plus.

Le douzième jour, il y avait de l'oppression; la peau était vergetée; le pouls était accéléré à 120, moins développé que les jours précédents. Plaie blafarde, grisâtre. Les urines étaient chargées, mais assez abondantes. Il y avait de la soif, et la langue avait de la tendance à se sècher. Narines pulvérulentes. Traits altérés. Refroidissement. Il n'y avait aucun signe d'épanchement dans la cavité abdominale. Cependant les intestins paraissaient plus distendus dans l'excavation pelvienne. Il ne pouvait y avoir un épanchement, une accumulation de liquide putride que de ce côté, où d'ailleurs il y avait eu des fausses membranes lors de l'opération; mais il était impossible d'examiner le cul-de-sac recto-vaginal par le canal génital, et le toucher rectal ne donnait guère d'indication.

Cependant, comme l'état de la malade me paraissait être désespéré, je me décidai néanmoins à rechercher le foyer putride que je supposais devoir exister dans le bassin. J'introduisis une pince à pansement le long du pédicule, dans la profondeur, et j'eus le bonheur de mettre à découvert une collection de liquide séro-purulent, brunâtre, épais, exhalant une très-mauvaise odeur, dont je pus extraire environ 120 grammes par aspiration, à l'aide d'une sonde. Un tube de verre de 18 centimètres de longueur fut maintenu dans le foyer, dans lequel on fit des injections avec une solution de sulfate de soude. Vin chaud, vin de Champagne.

Le treizième jour, la faiblesse était extrême : la malade était dans un état comateux; le facies était typhoïde, la déglutition était difficile. Les urines étaient abondantes, mais blanchâtres et ammoniacales; la respiration variait de 27 à 32 inspirations; le pouls se releva peu à peu de 115 à 100 : il était assez large, parfois irrégulier. La langue était rouge, sèche, mais il n'y avait plus de soif. Injections abondantes d'eau tiède dans l'intestin pour entraîner et délacer, autant que possible, le contenu, qui en était décomposé, fétide. Il y eut plusieurs évacuations alvines. Le volume du ventre était très-petit. On soutient les forces de la malade, dont le tissu adipeux avait complétement disparu, par de l'extrait de viande dans du bouillon au jaune d'œuf, par du laitage, du vin, et on lui fait prendre 1 gramme de musc. Vers le soir, il y eut un peu d'amélioration. Le suintement qui s'opérait par le tube devint moins abondant. Dans le courant de la nuit, l'amélioration devint très-prononcée; il y eut un sommeil prolongé; mais il se développa un érysipèle qui avait son point de départ au sacrum.

Le quatorzième jour, la suppuration dans le bassin était encore assez abondante; les urines étaient claires. Il y eut un peu de diarrhée, mais l'état de la malade était très-satisfaisant. Ventre plat; respiration à 20.

Le quinzième jour, l'érysipèle a été complétement arrêté dans sa marche par des applications de teinture d'iode. Pouls à 90. Injection de teinture d'iode dans la cavité pelvienne.

Le seizième jour, la sécrétion purulente a considérablement diminué; la diarrhée a cessé. Ventre très-plat; œdème des extrémités. Respiration variable, parfois accélérée.

Le vingtième jour, le pus devient très-épais et diminue de plus en plus. Urines claires; plaie rosée; appétit; pouls irrégulier, petit par intervalles, accéléré, de 100 à 120 pulsations. Respiration à 30. La malade tousse de temps en temps. On constate une matité étendue à la partie postéro-inférieure du poumon droit, symptomatique d'une pneumonie métastatique, consécutive à la pyohémie.

Le vingt-quatrième jour, la plaie ne suppurait presque plus. Pouls de 110 à 120 pulsations. La malade a des accès de toux depuis quatre jours; les crachats sont sanguins, lents, muqueux.

Le trentième jour, les urines sont troubles, foncées; le pouls varie entre 100 et 110 pulsations. Inappétence; la toux diminue; expectoration muqueuse.

Le trente-deuxième jour, les urines deviennent plus claires. Pouls à 90; respiration à 22; la matité du poumon se dissipe progressivement, mais l'œdème des extrémités inférieures et des parties postérieures du bassin fait encore des progrès. La face est bouffie; l'anémie est très-prononcée et la maigreur est extrême.

La convalescence fut très-longue, mais néanmoins, au bout de deux mois, mademoiselle S... put retourner en Suisse dans un état très-satisfaisant. Les forces revinrent progressivement; l'état des poumons s'améliora de plus en plus, et la santé finit par se rétablir entièrement.

Remarques. Dans cette observation que j'ai beaucoup abrégée pour ne pas fatiguer le lecteur, la guérison est extrêmement remarquable. La malade, on peut le dire, a été arrachée plusieurs fois successivement à la mort : à la péritonite le cinquième jour, à la septicémie et à la péritonite le treizième jour, à la pyohémie, à la pneumonie métostatique et à l'infiltration séreuse. La cause première de ces accidents provenait de l'inflammation péritonéale qui existait au moment de l'ovariotomie; mais si l'on avait différé l'opération pendant quelques mois, les adhérences pelviennes et intestinales l'auraient rendue également périlleuse.

Les trois opérations précédentes, ainsi que celle-ci et la suivante ont été entreprises dans de très-mauvaises conditions. Si les résultats ont été mauvais, il faut les imputer aux cas considérés en eux-mêmes et aux errements de la médecine contemporaine. Les cas simples, sans adhérences, avec des adhérences légères ou même avec des adhérences très-vasculaires à l'épiploon, lorsque du reste il n'y a pas d'autres complications graves, guérissent très-facilement, sept à neuf fois sur dix. Les cas compliqués avec des adhérences étendues présentent d'autant moins de chances de guérison que la malade est plus affaiblie, que la perte de sang a été plus considérable, que la durée de l'opération a été plus longue, que l'hémorrhagie a pu être arrêtée moins complétement, que les surfaces traumatiques sont plus étendues, qu'il survient des vomissements à la suite de l'anesthésie, que la tumeur est plus considérable, que les adhérences siégent dans le bassin, au foie, au diaphragme où l'hémostase est en général très-difficile à obtenir, etc. Das ces cas, le succès est hasardeux et dépend des circonstances, de l'habileté et de l'expérience du chirurgien.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 10 juin 1868. — Présidence de M. Legouest. (1)

—

J'ai eu dans mon service 26 syphilides cutanées, généralisées : syphilides papuleuses, confluentes, miliaires, tuberculeuses, précoces, tuberculeuses, serpigineuses, telles qu'on les observe à Saint-Louis. Ces malades sont restées dans le service cinq six et même dix-huit mois. Cinq malades sont parties non guéries pour se traiter chez elles.

Ces malades que j'ai observées ont guéri :

6 en six et sept mois; 7 en quatre mois; 11 en deux et trois mois; 2 en un mois. 4 des 13 dernières malades avaient des récidives : 3 après un traitement mercuriel antérieur; 1 après avoir été traitée chez moi.

Les malades suivaient un régime tonique (fer et quinquina), et comme traitement local prenaient des bains salés et sulfureux. Leurs plaques cutanées étaient badigeonnées avec la teinture d'iode ou l'huile de Cade pure.

Entendons-nous, Messieurs, sur le sens du mot guéri. Par guéri, il ne faut pas comprendre que le mal a pâli. Il faut qu'il soit bien dit que la syphilide est guérie seulement quand les boutons ou les plaques n'offrent plus de desquammation et sont réduites à des macules semblables aux macules qui suivent la période de desquammation de l'éruption varioleuse.

Si la pâleur de l'éruption était prise pour la guérison, je réduirais à un mois ou six semaines la durée de mes syphilides; mais, je le répète, cette manière d'envisager la guérison me paraîtrait défectueuse.

Certes, j'ai vu des syphilides papuleuses guérir en moins d'un mois, mais c'étaient des roséoles papuleuses, et non point de ces syphilides tuberculeuses qui sont de véritables plaques muqueuses de la peau, ou de ces syphilides tuberculeuses caractérisées par des boutons acuminées qui offrent la rougeur et la consistance de petites keloïdes.

Chez 14 de mes malades, j'ai vu naître la syphilide après des malaises, des douleurs rhumatoïdes et une fièvre rémittente prodromique, banalement appelée fièvre syphilitique. Cinq malades sont sorties avant guérison complète. Chez 9 j'ai vu l'évolution complète du mal :

1 a mis sept mois à guérir; 5 ont mis six mois; 2 ont mis cinq mois; 1 a mis huit semaines.

Chez toutes mes malades, la fièvre tombait aussitôt après la sortie de l'éruption, et la santé se rétablissait à vue d'œil.

J'ai pu suivre une de mes malades que ses affaires avaient empêché de rester chez moi, et j'ai vu que, même non traitée, les éruptions guérissent néanmoins à peu près dans le même temps.

(1) Fin.. — Voir le numéro de jeudi dernier.

C... arrivée dans mon service avec une stomatite mercurielle, qu avait suivi huit jours d'usage de deux pilules de proto-iodure par jour, a eu sous mes yeux une poussée de papules disséminées qui a duré un mois. Une seconde poussée, avec des ulcérations, existait lorsque la fille C... est sortie pour soigner son enfant malade, et j'ai appris qu'elle était allée, trois mois après, à l'hôpital Saint-Antoine avec une troisième poussée très-légère, et cette fois de syphilide squammeuse peu étendue, qui a guérie en peu de temps : ce qui fait que la syphilide a durée six mois.

Voici les durées comparatives des éruptions syphilitiques traitées par le mercure et traitées par les toniques et les traitements locaux.

A..., 32 ans, entre dans le service le 27 août 1866 avec une syphilide pustulo-tuberculeuse précoce, qui était apparue au lieu et place de la roséole; elle était traitée en ville depuis le début du mal par de la liqueur de Van-Swieten, une cuillerée à bouche tous les jours, pendant six mois. Malgré ce traitement néanmoins, la malade conservait, sur la petite lèvre du côté droit, une induration chancreuse qui persistait depuis six mois; ses papules étaient encore en voie de desquammation et une vaginite existait encore depuis le début de sa syphilis.

Au bout de deux mois de traitement dans mon service, la syphilide était éteinte et la malade est restée dans mon service jusqu'au mois de mars 1867 pour obtenir la guérison de sa vaginite rebelle. La syphilide avait duré huit mois.

F... Mathilde, 21 ans, entrée le 21 mars dans le service de M. Liégeois avec des plaques muqueuses, et une syphilide papuleuse confluente est traitée pendant six mois, du 12 avril 1867 au 1er septembre de la même année, par deux pilules de proto-iodure chaque jour, pendant quatre mois, et qui étaient régulièrement prises. La malade rentre dans mon service le 7 septembre avec sa syphilide papuleuse pâlie et des plaques muqueuses de la gorge; le 15 septembre la syphilide papuleuse ressortait et était guérie le 2 novembre. La malade prenait des bains salés et sulfureux, du rôti et des toniques. La syphilide avait durée sept mois et demi.

Voyons maintenant mes malades traitées sans mercure.

M... (Anna), 18 ans, 29, Saint-Bruno, traitée dans mon service depuis le mois de novembre 1866, pour un chancre phagédénique de la vulve, lequel avait été traité en ville pendant trois mois par des pilules de proto-iodure. Le 28 février 1867, la malade est prise après fièvre prodromique d'une syphilide miliaire confluente à poussées successive, qui a durée jusqu'au mois de septembre 1867 (sept mois). Elle a eu trois iritis : une, traitée par le calomel à dose fractionnée et les vésicatoires aux tempes; une par les seuls purgatifs et les sinapismes aux cuisses et les vésicatoires; une par les ponctions de la cornée: toutes trois ont eu une durée égale, sauf la dernière, qui était compliquée d'un abcès de l'iris et qui a mis trois semaines à guérir. La malade est restée dans mon service pour attendre la guérison de son chancre, jusqu'au 30 mai dernier, et n'a eu, depuis sa syphilide et ses iritis aucun accident sous mes yeux, et sa vue était bien conservée.

C... 39 ans, 32, Saint-Alexis, entrée avec un chancre parcheminé de la grande lèvre gauche et sous l'imminence d'une syphilide, a eu sous mes yeux, le 6 juin 1866, un mois après son entrée à l'hôpital, une syphilide miliaire qui a durée jusqu'à la fin de novembre, et a présenté cette particularité que le 13 juillet; il y a eu une seconde poussée localisée au bras droit et à une moitié du tronc. Le mal a guéri en cinq mois et demi. Ici le mal est apparu plus tôt que chez la fille M..., et il a duré moins longtemps.

C... (Désirée), 34 ans, se disant malade depuis six semaines, est entrée le 6 juin 1867 avec des plaques muqueuses des lèvres, du cuir chevelu et des grandes lèvres, et une syphilide papulo-squammeuse confluente, ainsi que des ulcérations du cuir chevelu; elle est sortie guérie du service le 21 décembre, ce qui fait six mois de durée pour la syphilide.

Enfin des syphilides tuberculeuse, serpigineuse isolées que j'ai vues chez une malade G..., 24, Saint-Alexis, traitée par les badigeonnages avec la teinture d'iode, ont guéries en deux mois.

Toutes ces malades étaient soumises au régime tonique, aux bains salés et sulfureux; leurs plaques ou leurs ulcères étaient cautérisés ou peints avec de la teinture d'iode ou couverts de pommade à l'huile de Cade; en un mot, des bains et des traitements locaux secondaient le traitement tonique.

J'ai remarqué, Messieurs, qu'une seule des malades que j'ai vue atteintes de *syphilides papuleuses ou tuberculeuses confluentes* était revenue malade; encore la syphilide était-elle disséminée au début. Les autres ont paru bien guéries, surtout lorsqu'elles n'avaient pas pris de mercure.

Ceux qui ont fréquenté l'hôpital Saint-Louis, savent que la grande majorité des accidents tertiaires que l'on rencontre, surviennent chez des malades dans les antécédents desquels on ne retrouve point de ces syphilides papuleuses, confluentes. Il y en a cependant, je vous en ai cité l'année dernière, que j'avais empruntés à la thèse de M. Dubuc, et vous vous rappelez que le mercure avait été mis en usage.

Ceci me confirme dans cette opinion que le virus syphilitique s'élimine par la peau comme par le virus varioleux, sous forme d'éruption généralisée, et qu'il ne convient pas plus de donner un médicament pour faire pâlir l'éruption, pas plus qu'il ne convient de donner des purgatifs pour faire pâlir l'éruption des boutons varioleux.

J'ai observé trois fois des gommes; vous allez voir ce qu'elles ont duré.

P..., 48 ans, avait une gomme ramollie du dos du nez, grosse comme un gros pois, depuis trois semaines. Ce mal avait été traité en ville tout à fait au début par la liqueur de Van Swieten; une cuillerée à bouche tous les jours pendant trois semaines, parce que aucun traitement antérieur n'avait été fait. J'ai cautérisé la gomme, et en un mois de temps elle a été guérie; ce qui fait une durée de huit semaines. Seulement, comme pour faciliter la comparaison, une autre gomme s'est formée à côté de la première, et avait le même volume; je l'ai incisée et cautérisée, et elle a guérie en dix-sept jours.

La veuve K..., femme L..., 22 ans, est entrée à l'hôpital avec une perforation du voile du palais, au-dessus de l'amygdale droite causée par une gomme ulcérée depuis un mois. La malade avait eu, un an auparavant, des plaques muqueuses pour lesquelles elle ne s'était pas traitées et qui s'étaient guéries seules. Le 21 mai 1867, au moment où la malade est entrée, la gomme devenait phagédénique. J'ai cautérisé la gomme avec le chlorure de zinc en solution, et j'ai donné 0,50 c. d'iodure de potassium par jour et du sirop d'iodure de fer;

le mal était arrêté le 13 juillet, quand le mari de la malade est venu la chercher. Le 27 juillet, la malade est rentrée; le mal avait recommencé à s'étendre; j'ai cautérisé de nouveau, et la malade est sortie guérie le 31 août 1867. Il restait une petite perforation du voile du palais cicatrisée et qui ne gênait ni la parole ni la déglutition des liquides. J'ai revu cette malade depuis à la consultation, et la guérison s'était bien maintenue. Total, Messieurs, trois mois de traitement pour guérir une gomme ulcérée phagédénique du voile du palais.

La fille T..., 21 ans, est entrée le 21 décembre 1867 dans mon service, avec une gomme ulcérée de la jambe droite, longue et large comme la main et franchement phagédénique, plus une gomme ramollie se détachant au côté interne du genou. Le sirop d'iodure de fer, l'huile de foie de morue et l'iodure de potassium, plus les toniques ont été administrés. (Cette malade est une scrofuleuse qui a déjà été deux fois dans mon service; j'ai donné son observation dans mon premier discours de l'année dernière); les plaies ont été cautérisées avec la solution saturée de chlorure de zinc et pansées avec un linge enduit de pommade à l'onguent de la mère. La cicatrisation de ce vaste ulcère et de la gomme ont demandé quatre mois pour s'achever; seulement de temps en temps, quand la malade se levait, la cicatrice s'ulcérait et j'étais obligé de revenir à de nouvelles cautérisations. La malade, qui avait eu la gale en entrant à l'hôpital, se grattait quelquefois, et quelques-uns des boutons qu'elle écorchait étaient devenus phagédéniques et avaient dû être cautérisés. Ils avaient demandé sept à huit jours pour être guéris. A côté de la grande cicatrice, une gomme, grosse comme une noisette, s'est formée. Dès que la peau a été un peu rouge, j'ai incisé et cautérisé, et la gomme a guéri en vingt-cinq jours. Dans les premiers jours de mai, le printemps a rendu la malade indocile; elle a voulu marcher et partir, quoiqu'elle eût encore une petite ulcération, grande comme une pièce de 20 centimes auprès de la cicatrice de la dernière gomme. La malade est sortie ayant néanmoins de l'embompoint et de la fraîcheur.

Cette malade est la seule de mes 605 malades que j'ai vue revenir avec une gomme. C'est d'ailleurs une scrofuleuse, chez qui tous les accidents ont été graves, phagédénisme avec les accidents primitifs, phagédénisme avec les accidents secondaires, phagédénisme avec les accidents tertiaires.

Certes, malgré le bon état général de la malade, ce n'est pas un bel exemple. Mais, Messieurs, combien trouvez-vous de malades semblables et de beaucoup plus détériorées qui ont pris du mercure. Témoin la fille M..., que je vous ai signalée l'année dernière et qui avait des gommes et des exostoses, malgré deux années de traitement mercuriel. Rappelez-vous aussi une de ces malades qui ne guérissaient pas, que j'ai trouvée dans les observations de l'hôpital Saint-Louis, empruntées à notre collègue M. Lallier. Une malade, qui a des ulcères du voile du palais, à laquelle on donne pendant quarante jours du sirop de bi-iodure ioduré, et qui sort non guérie pour rentrer chez M. Lallier, et qui, après deux mois de traitement par le mercure et l'iodure de potassium, soit avec ses ulcérations agrandies après deux mois de séjour à l'hôpital.

Les iritis et la syphilis des femmes grosses ne sont-elles influencées favorablement par le mercure? Telle est la dernière question que je vais étudier devant vous.

Dans mon service, j'ai eu douze iritis et choroïdites dont plusieurs chez la même malade. Avant la discussion de l'année dernière, j'ai donné le calomel à dose fractionné, en même temps que j'employais le collyre mydriatique et les vésicatoires aux tempes, et trois iritis ainsi traitées ont duré douze à quinze jours.

Depuis dix-huit mois, persuadé que le calomel à dose fractionné, n'agit que comme dérivatif buccal; j'ai traité sans mercure par le collyre mydriatique, les vésicatoires aux tempes et les dérivatifs intestinaux six iritis qui ont duré douze à quinze jours. Une de mes malades, M... (Anna), a eu une menace d'abcès de l'iris, pour lequel j'ai fait deux ponctions de la cornée; le mal a guéri en trois semaines, et la vision parfaite a été conservée malgré une synéchie peu étendue. Des iritis se sont transformées en choroïdites chroniques chez trois malades. Deux fois chez des malades qui avaient pris 100 pilules de proto-iodure ou qui avaient subi deux mois de frictions mercurielles 30 frictions environ. Ces deux choroïdites ont résisté aux révulsifs. Chez une malade il y avait des accès de douleurs glaucomateuses, pour lesquels le calomel à dose fractionnée, a été employé sans succès et qui ont été arrêtés par trois ponctions successives de la cornée destinées à évacuer l'humeur aqueuse; chez cette malade, il y avait des synéchies qui existaient depuis le moment où l'on avait employé en ville les préparations mercurielles; chez l'autre malade la vue est demeurée faible, il reste une choroïdite pigmentaire.

Chez une de mes malades, une choroïdite a suivi une iritis. Cette malade est atteinte de lésions valvulaires du cœur consécutives; un ancien rhumatisme articulaire aigü; la vision est affaiblie, mais il n'y a pas de douleurs ni de congestion oculaires.

Je remettrai, à la prochaine séance, si M. le Président veut bien me réserver mon tour de parole, ce qui a trait à la syphilis de femmes grosses.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La *British medical Association* tiendra à Oxford, le 4 août prochain, sa trente-sixième réunion annuelle, qui durera jusqu'au 7 août.

Les médecins français qui désireraient assister à ce congrès scientifique sont priés d'en donner avis à M. le professeur Acland, à l'Université d'Oxford. Une carte d'invitation leur sera adressée. Cette carte donnera droit au logement dans les bâtiments de l'Université.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : A propos des concours en médecine. — École pratique (M. Legrand du Saulle). — Du diagnostic des maladies des yeux, par M. le docteur A. Galezowski. — Du rétrécissement de la tricuspide, par M. Durosiez. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 6 juillet 1868.

La presse médicale a répondu à notre appel sur l'opportunité d'étudier à nouveau les conditions des concours en médecine.

La *Gazette médicale*, par l'organe de M. F. de Ranse, s'exprime ainsi :

« Divers journaux ont fait connaître les scandales qui viennent de marquer deux récents concours.

« A Marseille, un chirurgien d'un mérite notoire, M. Paul Picard, a dû protester énergiquement et publiquement contre une irrégularité de date ancienne que l'administration a maintenue et qui est contraire à toute équité.

« A Paris, deux membres du jury ont cru de leur dignité de se retirer, et un troisième se fût joint à eux s'il n'eût eu la faiblesse de céder au lien d'amitié qui l'unissait à l'un des candidats.

« Le concours ainsi dégénéré n'est donc que le déguisement de la faveur et du népotisme.

« Si les règlements qui le régissent sont mauvais, il faut les refaire.

« S'ils sont reconnus bons, mais impuissants à prévenir les abus, il faut abolir le concours, car le charlatanisme qui s'affiche carrément dans les rues et bat de la grosse caisse nous semble moins odieux que le favoritisme qui se glisse hypocritement sous le couvert du mérite reconnu par une juste sanction.

« Nous applaudissons à l'enquête que l'un de nos confrères de la presse a ouverte dans la feuille qu'il dirige.

« La *Gazette médicale* n'est pas en arrière sur cet important sujet, puisque le premier document publié par notre collègue est extrait de ses colonnes (année 1851). Nous aurons sans doute l'occasion de revenir sur une question dans laquelle la dignité professionnelle nous semble véritablement engagée. »

De son côté, M. le docteur de Lapeyrère déclare dans la *France médicale* qu' « il est évident que le concours ainsi pratiqué n'est pas digne de ce nom, suivant la remarque très-juste de la *Gazette des Hôpitaux*. »

Nos deux honorables confrères ne sont pas cependant d'accord avec nous sur les voies et moyens.

Comme on vient de le voir, M. de Ranse laisse entrevoir la nécessité de l'abolition du concours. Nous croyons, au contraire, de la manière la plus absolue, à la nécessité de maintenir le concours, et c'est dans ce but que nous cherchons à le dépouiller de ses formes injustes et déloyales.

La *France médicale* tient pour la liberté de l'enseignement supérieur et croit que le concours ne pourra fleurir que sous ce règne nouveau de l'affranchissement des études. Nous sommes à la veille de ce grand mouvement; demain sonnera, peut-être, cette heure si désirée de tous les vrais amis de la science. En attendant, unissons, tous, nos efforts pour sauver et maintenir le concours.

La *Gazette hebdomadaire* reconnaît enfin que « si les choses se passent à Marseille, comme le dit M. Picard, cela ne prouve rien, sinon l'absurdité du règlement des hôpitaux de cette ville, et nous n'avons, ajoute-t-elle, à nous étonner que d'une seule chose, c'est qu'on ait trouvé des gens assez simples pour concourir dans ces conditions. »

Avons-nous dit autre chose? ou mieux, la *Gazette hebdomadaire* dit-elle autre chose que nos propres paroles?

Alors pourquoi tant de bruit en faveur du concours, que nous défendrons toujours, et que nous croyons si bien servir en cette circonstance? Pourquoi dire que « sous prétexte d'améliorer, il y a au fond un vif désir de détruire? »

Nos lecteurs connaissent nos déclarations pour le maintien du concours, et n'est-ce pas manquer aux plus simples convenances que de venir prêter à son adversaire des intentions que rien ne justifie?

Le concours est actuellement dans une voie déplorable : nous appelons à notre aide les gens de bonne foi, que la camaraderie et le népotisme n'ont pas encore gangrenés. L'Administration de l'Assistance publique s'est émue elle-même de la situation. M. Husson réunit une commission pour retoucher, refondre, créer peut-être même à nouveau un règlement de concours. La question est digne de toute la sollicitude du chef de notre administration hospitalière : nous savons qu'elle est l'objet de toutes ses préoccupations : et nous croirons avoir fait une œuvre louable, si nous pouvons contribuer — pour quelque minime partie que ce soit — au redressement d'une machine bonne, utile, nécessaire, précieuse, mais aujourd'hui *faussée* et *déconsidérée* par les abus.

Nous avions posé la question sur un terrain élevé, au-dessus de toute personnalité; nous n'avions nommé aucun masque, car le nom des candidats surfaits et des juges à fibres trop protégeantes ne faisait rien à l'affaire.

Le rédacteur de la *Gazette hebdomadaire* aime à trancher dans le vif. Il n'a point de ces délicatesses, et nous doutons que M. Descroizilles puisse lui savoir bon gré de voir son nom discuté aujourd'hui et livré à des appréciations bien contradictoires.

La *Gazette hebdomadaire* veut défendre les concours de Paris, et elle dit :

« Je ne viens pas prétendre que tous les juges, que tous les jurys ont été toujours à l'abri du soupçon de partialité; je ne prétends pas que toujours les candidats les meilleurs aient été choisis et que d'injustes préférences n'aient pas contribué au choix de l'élu, non. »

Après un semblable aveu :

Tous les juges, tous les jurys n'ont pas été impartiaux;
Les candidats les meilleurs n'ont pas toujours été choisis;
D'injustes préférences ont pu contribuer au choix de l'élu!

Après un aveu semblable, vous nous attaquez comme ennemi du concours! L'ennemi véritable n'est-il pas celui qui, devant des vices reconnus, ne pousse pas le cri : Réforme!

« Mais, ajoute le rédacteur de la *Gazette hebdomadaire*, ce que je soutiens, c'est que si un homme de mérite réel, d'un mérite réellement supérieur à celui de ses compétiteurs, peut échouer dans un concours, il n'échoue pas dans tous les concours; car, repoussé injustement dans l'un, il arrive justement dans l'autre. »

Ah! la belle maxime, en vérité, pour justifier l'injuste choix du préféré; et comme elle mérite de prendre sa place dans le curieux, mais navrant « Traité des traditions du concours. »

Mais vous, juges, qui tueriez le concours, si on ne vous arrêtait sur la pente où vous glissez, criez à votre vertu suspectée, à votre honneur outragé! Le cri prouve que le doigt est sur la plaie. Le juge intègre ne craint pas les mesures prises contre les faiblesses humaines; le juge qui seul se récrie, c'est celui que la conscience n'enchaînait pas et que nous voulons enchaîner à son devoir.

« *Repoussé injustement* dans un concours, il arrive *justement* dans l'autre! »

Et si le candidat — ainsi frappé — a une âme assez grande pour vous écraser de son mépris et rester sous sa tente, quel service aurez-vous rendu à l'administration hospitalière, privée par votre injustice « d'un homme d'un mérite réel, d'un mérite réellement supérieur à celui de ses compétiteurs? »

Votre concours actuel « permet d'arriver sans qu'il soit besoin de servilité et de bassesse. »

A qui donc parlez-vous en ce moment? Et si nous sommes heureux de proclamer notre estime profonde pour « les hommes de mérite réel » que l'injustice d'un jury a quelquefois bien voulu accepter à un second ou troisième concours, ou qui, ouvrant de vive force les portes des hôpitaux, y sont tout d'abord entrés le front haut, — combien en est-il qui ne sont entrés qu'après avoir balayé « de leur chapeau le tapis des antichambres? »

Avec l'abolition du concours, les candidats « iraient — ditesvous — balayer de leur chapeau le tapis des antichambres? »

Cela est vrai, et voilà pourquoi nous voulons le maintien des concours.

Mais aujourd'hui, il y a encore trop de candidats qui vont « balayer de leur chapeau le tapis des antichambres » du juge;

Et voilà pourquoi nous attaquons la forme actuelle du concours, et ne prendrons de repos qu'après avoir travaillé loyalement à la restauration d'une « garantie » que nos confrères d'Angleterre, d'Allemagne, d'Italie et de Russie, ne nous emprunteront jamais — dans ses formes actuelles.

Dr E. Le Sourd.

Le rédacteur de la *Gazette hebdomadaire* a fait preuve d'un goût contestable, en cherchant à faire tourner en personnalités une discussion dont la gravité n'échappe à personne. Nous ne nous y arrêterons pas.

Nous préférons remercier publiquement M. Husson de la gracieuseté avec laquelle il a bien voulu mettre à notre disposition le *seul* exemplaire qui lui restait du règlement actuel des hôpitaux. Ce règlement allait être imprimé à nouveau avec toutes les améliorations déjà étudiées; mais la création d'une Commission en retardera la mise sous presse.

Nous pourrons maintenant rechercher les moyens, non de supprimer, mais de défendre le concours contre ceux qui ne le veulent — avec ses vices actuels — que pour « pouvoir donner les places à leurs amis, sans s'inquiéter s'ils sont aptes à les remplir. »

E. L.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Legrand du Saulle.

De l'état mental nécessaire pour faire une donation ou un testament (1).

VIII. — Les hallucinations ne sont point un obstacle à la faculté de tester, quand elles existent depuis longtemps, qu'elles n'ont pas dénaturé les sentiments effectifs, et que l'individu a toujours convenablement rempli ses devoirs sociaux. Mais il est évident que l'on ne saurait accepter comme valide le testament d'un halluciné qui déshérite sa famille sans motifs, qui considère faussement ses parents comme des ennemis, qui les accuse de vouloir l'empoisonner, de jeter des substances malfaisantes dans ses aliments, de le tourmenter au moyen de l'électricité, de lui lancer des odeurs infectes, etc., etc.

La liberté d'esprit n'est pas davantage admissible quand l'halluciné transforme dans son imagination les paroles des siens en reproches, en injures ou en menaces, ou prend tout à coup les figures de ses parents pour celles de diables ou de monstres. Dans ces faits, comme dans tous ceux où les hallucinations et les illusions exercent une influence fâcheuse et directe sur les actes, il est certain que les volontés de l'halluciné ne peuvent être légalement sanctionnées. La première condition de tout acte valable manque : le libre arbitre est entravé.

Nous sommes en ce moment consultés, M. le professeur Lasègue et moi, au sujet du testament d'un cultivateur aisé, qui, en vieillissant, et après toutes les agitations d'une vie très-tourmentée, devint circonspect, craintif, méfiant, méticuleux et un peu sombre. Etant resté célibataire, il s'était replié en quelque sorte sur lui-même, et, instruit par les mécomptes du passé, il avait fini par ne plus ajouter qu'une foi médiocre dans les vertus humaines. Egoïste, rapportant tout à lui-même, il s'était exagéré le caractère, la signification et la portée des tracasseries et des méchancetés dont il avait été victime, mais il est vrai de reconnaître qu'il avait eu des ennemis très-dangereux. Il mourut, en laissant un testament olographe par lequel il instituait pour principal légataire un jeune garçon de dix ou onze ans, étranger à sa famille. Le testateur, avec une sollicitude que l'on dirait être paternelle, trace l'avenir de son légataire, lui impose la profession de notaire et prend les plus prévoyantes précautions pour qu'il ne puisse pas aliéner de capitaux avant l'âge de trente-cinq ans, etc., etc. Le testament est olographe : il ne renferme ni passion, ni haine, ni colère, et, *dans notre opinion*, il ne témoigne aucunement d'une compromission partielle du cerveau ou d'un affaiblissement général des facultés. Sans doute, les héritiers naturels sont en grande partie dépossédés, mais l'auteur d'une disposition n'est jamais obligé à en déduire les motifs, et encore moins à les justifier. Du moment qu'il jouissait de sa capacité, qu'il n'a donné que des biens disponibles, et qu'il l'a fait dans les formes voulues par la loi, on réussit rarement à donner l'explication vraie d'une secrète pensée, et à commenter l'usage qui a pu être fait de la liberté.

S'appuyant sur l'autorité de MM. Tardieu et Baillarger, la partie adverse soutient que le testateur était atteint d'une « monomanie de persécutions ». Ce n'est pas ici le lieu de discuter les opinions émises par nos savants contradicteurs, et d'exposer les raisons sur lesquelles ils ont cru devoir baser leur jugement, car la justice n'a pas encore prononcé définitivement. La plus grande réserve m'est donc imposée!

Puisque le mot « persécutions » vient d'être prononcé, laissez-moi saisir l'occasion qui se présente, et permettez-moi de vous esquisser à longs traits ce qu'est d'ordinaire l'aliéné persécuté. Il importe beaucoup, en effet, que l'on connaisse la nature de son délire et que l'on se fasse une idée nette, scientifique et exacte de ce que peut dire et faire un malade de cette catégorie.

(1) Fin. — Voir les numéros des 25 juin et 2 juillet.

L'aliéné en proie au délire de persécution est un malade impatient, intraitable, qui se méfie de tout et se plaint invariablement de tout le monde. Il se croit la victime de menées souterraines, de machinations hostiles : on lui en veut, on le poursuit, on va lui faire du mal. Il entend des voix qui l'insultent ou l'accusent, et qui lui dénoncent les manœuvres de ses ennemis, qui l'avertissent du danger qu'il court, ou qui lui commandent d'échapper par le suicide aux complots dirigés contre lui. Les plus petits faits, il les interprète dans le sens de ses idées délirantes, et comme il ne peut concentrer en lui-même les impressions mélancoliques qui l'accablent, il se confie souvent et sans réserve au premier venu, se dévoile sans détours et raconte alors ses craintes, ses tourments, ses peines et ses maux. Il se dit exposé aux maléfices de puissances occultes qu'il désigne sous les noms de *physique*, d'*électricité* ou de *magnétisme;* il se barricade chez lui, couche la fenêtre ouverte, et, pour déjouer les projets funestes de ses ennemis, ou pour tromper la police, qu'il croit acharnée à sa perte, il fait certains gestes, prend certaines poses et prononce parfois quelques paroles cabalistiques.

Dans ses lettres, il exhale la douleur qui l'oppresse, et il retrace, dans des redites nombreuses, les intrigues ourdies contre lui, les guets-apens dont il a été victime; il dresse la liste de ses ennemis et va même jusqu'à les catégoriser, selon qu'ils en veulent, d'après lui, à son honneur, à sa fortune ou à sa vie. Il écrit à l'empereur, aux ministres et aux diverses autorités administratives ou judiciaires : il énumère ses angoisses, fait part des périls qu'il court, désigne les hommes qui l'injurient dans la rue, et il sollicite, au besoin, l'autorisation de porter constamment sur lui des armes diverses et de défendre chèrement sa vie si menacée.

Égoïste à l'excès, ombrageux, insouciant, imprévoyant, n'aimant personne et n'étant susceptible d'aucune pensée bienveillante, d'aucune action libérale, ne pensant qu'à lui-même et à ses ennemis, oubliant totalement la gestion de sa fortune, ne s'acquittant plus de ses fonctions, méconnaissant tous ses devoirs, le *persécuté* s'enferme en quelque sorte dans son cercle d'anxiétés douloureuses et de misanthropie haineuse; puis, au bout de quelque temps, son édifice cérébral ne peut plus résister au choc. Il tombe alors dans un affaissement mental qui le rend étranger à toutes les choses du monde extérieur; sa santé physique s'altère, et le marasme vient clore une scène pathologique qui a été navrante pour tous.

Qui a vu un véritable persécuté en a vu cent. Les malades semblent sortir du même moule, et un phénomène psychologique leur est commun à tous : c'est l'absence des hallucinations de la vue, toutes les fois qu'il n'y a pas d'alcoolisme chronique.

Le délire des persécutions joue aujourd'hui un rôle très-important dans la pathologie mentale et dans la médecine légale des aliénés, et je dois dire que c'est à M. le professeur Lasègue que la science est redevable d'une description vraiment magistrale de cette entité morbide (1). Je ne saurais trop vous recommander la lecture du mémoire de cet éminent observateur.

IX. Il y a lieu, selon moi, d'apporter désormais une scrupuleuse attention dans l'examen des actes qui émanent d'individus dont le cerveau, pendant les derniers temps de la vie, a été le siége de congestion sanguine ou d'hémorrhagie. Sans doute, l'intelligence n'est pas toujours lésée; sans doute les testaments ne sont pas facilement et fréquemment attaquables, mais il s'en trouve dans le nombre.

De quelle manière les congestions cérébrales et les attaques d'apoplexie retentissent-elles sur l'entendement humain? Les légères congestions qui durent très-peu de temps et qui, au moment même, effleurent à peine l'intelligence et les mouvements, mais dont les traces augmentent peu à peu d'intensité les jours suivants, sont bien plus graves, au point de vue du désastre des facultés mentales, que les attaques très-fortes, accompagnées et suivies de grands accidents musculaires, d'hémiplégie complète et même d'embarras prononcé de la parole. Ces petits afflux congestifs trahissent d'ordinaire le début du ramollissement; or, cette affection oblitère bien plus la raison que l'hémorrhagie cérébrale. D'autre part, les malades qui, deux ou trois jours après une attaque d'apoplexie, présentent une hémiplégie franche et n'ont point d'embarras de la parole, ont incomparablement plus de chances de conserver tous leurs attributs intellectuels que ceux qui, dans des conditions identiques, éprouvent une gêne marquée dans la prononciation et restent sans hémiplégie.

On comprend, par ce qui précède, que la médecine légale doive puiser dans la pathologie et la clinique ses éléments d'exactitude scientifique, et que lorsqu'il s'agit de prononcer sur la validité du testament d'un apoplectique, il importe de recueillir les renseignements les plus circonstanciés et les plus authentiques, afin de pouvoir juger du degré d'affaiblissement intellectuel que présentait le malade *au moment où il a pris ses dispositions.* Mon honorable et savant collègue, M. le docteur Jules Falret, auquel la pathologie cérébrale est si familière, a reconnu avec raison qu'il existait quatre degrés différents dans les troubles intellectuels offerts par les apoplectiques, et je tiens à vous résumer très-brièvement ici la description de chacun d'eux.

(1) *Du délire des persécutions*, in-8°, Archives générales de médecine, 1852.

Premier degré. — Les malades ont un peu baissé; ils sont devenus plus faciles à gouverner, à dominer, à effrayer, à capter, quoique plus irritables. Il faut vivre constamment avec eux pour s'apercevoir de ces modifications, qui passent inaperçues pour tout le monde.

Deuxième degré. — Plus impressionnables et plus sensibles, les malades s'émeuvent, s'irritent ou versent des larmes pour les motifs les plus futiles; leur intelligence est moins active, leur mémoire est affaiblie. Ils cherchent leurs expressions et emploient souvent un mot pour un autre. La volonté est à peu près frappée d'impuissance. Cet état est compatible avec la conservation d'un grand nombre d'idées justes.

Troisième degré. — Le jugement et la mémoire sont abolis. Les apoplectiques de cette classe deviennent volontiers le jouet d'hallucinations terrifiantes, de visions affreuses; ils ont parfois de l'agitation maniaque ou une forme spéciale de mélancolie anxieuse. La débilité mentale est extrêmement prononcée.

Quatrième degré. — La démence apoplectique est complète et absolue : impossibilité de parler ou bredouillement très-accusé, absence totale d'idées et de compréhension, calme habituel, grande uniformité dans tous les symptômes.

Quelles sont maintenant les applications pratiques et purement médico-légales qui ressortent de ces différents états, au seul point de vue des actes de dernière volonté?

1° Esquirol fut consulté en 1829 au sujet du testament mystique d'une hémiplégique, qui, d'après les renseignements fournis par l'illustre médecin de Charenton, pouvait appartenir au second degré de la classification qui précède. Esquirol fut d'avis que la lésion cérébrale n'avait pas nécessairement entraîné la perte de l'intelligence, et que le testateur avait pu librement faire faire la distribution de ses biens;

2° M. Girard de Cailleux, médecin en chef de l'asile des aliénés d'Auxerre, fut consulté, en 1850, au sujet des dispositions testamentaires prises par un ancien notaire, après une série d'attaques d'apoplexie. Une domestique héritait de 100,000 francs et la famille de cette femme de 55,000 francs. M. Girard de Cailleux déclara que le testateur devait être en démence, et une transaction amiable intervint aussitôt;

3° Une dame T... (de Bordeaux), âgée de quatre-vingt et un ans révolus, possesseur d'une fortune de 400,000 francs, éprouva plusieurs hémorrhagies cérébrales, fut frappé de paralysie hémiplégique, et eut, à des époques très-rapprochées de son testament, des hallucinations étranges de la vue. MM. Tardieu, Calmeil, Parchappe, Falret et Dufaure rédigèrent des mémoires concluants à l'insanité d'esprit. La cour accueillit l'opinion des contre-experts (MM. Trousseau et Lasègue), et confirma l'acte de dernière volonté de la dame T...

X. — Vous savez que l'on a donné dans ces derniers temps le nom d'*aphasie* à un état pathologique qui consiste dans la perte complète ou incomplète de la faculté de la parole, avec conservation de l'intelligence et intégrité des organes de la phonation. Eh bien, dans un grand nombre de circonstances, le médecin-légiste peut éclairer la justice sur ces étranges altérations de la parole et de la mémoire des mots; lui démontrer qu'un individu qui ne peut ni parler spontanément, ni lire ce qu'il a écrit et signé, a cependant pu accomplir librement un acte; lui certifier que chez l'un l'abolition du langage a pu laisser intacte la faculté d'écrire, que chez l'autre, l'usage de la parole a coïncidé avec l'impossibilité d'écrire; que chez d'autres, enfin, réduits à la nécessité de ne s'exprimer que par signes, une approbation intelligente, faite en présence de témoins, a pu consacrer une déclaration valable.

Au mois de janvier 1865, mandé par M. le docteur Poinsot, j'ai vu un hémiplégique affecté d'amnésie verbale. Prévoyant peut-être sa fin, ce malade avait voulu, quelque temps auparavant, remettre à l'une de ses parentes une certaine somme d'argent qu'il avait mis en réserve. Il éprouva une peine infinie à se faire comprendre, malgré la mimique la plus intelligente et la plus expressive; il y réussit cependant, et la cachette une fois trouvée, il mit sa parente en possession des valeurs. Voilà un exemple de don manuel mûrement souhaité, librement consenti; mais les aphasiques, en vertu de leur fâcheuse disposition à prononcer ou à écrire un mot pour un autre, ne sont-ils pas exposés à être mal compris ou à devenir la proie facile ne quelques fripons? Je le crains.

Des actes testamentaires des aphasiques peuvent donner lieu à de sérieuses difficultés. Un malade, âgé de cinquante ans, dont j'ai parlé (1), prit la résolution de faire son testament : Ses projets étaient bien arrêtés, et il devait laisser à une vieille domestique un souvenir de quelque importance. Il fit en vain tous les efforts imaginables pour pouvoir assembler ses mots, former une phrase et déposer sur le papier l'expression de sa ferme et libre volonté. Les mots se présentaient les uns pour les autres, aucun membre de phrase intelligible ne put être formé, et l'écriture principalement était non pas irrégulière, non pas incorrecte, mais informe, décrivant des zigzags, et absolument indéchiffrable, tant le tremblement du bras droit était prononcé dès que le malade se mettait en demeure d'écrire. Ce défaut de coordination de la pensée, de la volonté et du mouvement, se renouvela un très-grand nombre de fois, et cet individu eut la douleur de se voir mourir avant d'avoir pu dresser, tant bien que mal, un acte de dernière volonté.

Dans quelques circonstances, l'aphasique se trouve dans l'impossibilité la plus absolue de laisser soit un testament olographe, comme dans le cas qui précède, soit un testament par acte public. En effet, l'article 972 du Code Napoléon exige, sous peine de nullité, que le testament par acte public soit dicté par le testateur, et il est évident dès lors que l'on ne saurait reconnaître de valeur relative ni aux signes ni aux manifestations mimiques. « On ne peut tester par signes, ou en répondant aux interrogations d'autrui, ni en remettant au notaire un projet écrit que ce dernier copierait (1). »

(1) *La Folie devant les Tribunaux*, p. 245.

Le sourd-muet qui jouit de ses facultés intellectuelles, peut, s'il sait écrire, faire son testament dans la forme olographe, tandis qu'il ne peut tester *en aucune manière*, s'il ne sait lire ni écrire (2). L'aphasique qui ne peut ni parler ni écrire est en quelque sorte comparable au sourd-muet qui ne sait ni lire ni écrire, et il doit être considéré comme inapte à tester.

M. le docteur Auguste Boucher, de Sancergues, a soigné une fille D... atteinte d'aphasie, qui, à ses derniers moments, présenta la particularité suivante : ne sachant ni lire ni écrire, et ne pouvant pas parler pour dicter ses dispositions à un notaire, en présence de témoins, elle mourut sans avoir pu disposer comme elle l'entendait d'un immeuble dont elle était propriétaire. « Cette fille, m'a écrit M. Auguste Boucher, présentait comme signe remarquable une contracture de la main et de l'avant-bras droit, d'où il fallait supposer la lésion dans la partie gauche de l'encéphale. »

Enfin, lorsque l'aphasie ne parle plus du tout, mais qu'il écrit encore, il peut faire un testament mystique, à la condition que le testament sera entièrement écrit, daté et signé de sa main, qu'il le présentera au notaire et aux témoins, et qu'en haut de l'acte de suscription, il écrira en leur présence, que le papier qu'il présente est son testament : Après quoi, le notaire écrira l'acte de suscription, dans lequel il sera fait mention que le testateur a écrit ces mots en présence du notaire et des témoins. »

Lorsqu'un médecin est consulté sur les nombreuses et délicates questions médico-légales que soulève l'article 901 du Code Napoléon, il ne saurait apporter trop de précautions dans l'exercice d'un mandat où plusieurs écueils peuvent faire sombrer sa rectitude d'esprit et son amour du juste. Les familles des malades nous donnent souvent, en effet, des renseignements entachés d'insuffisance, de passion ou d'erreur, et nous pouvons être égarés par leurs témoignages. Il faut donc s'attacher à discerner le faux du vrai, le possible de l'improbable, et ne s'en rapporter scrupuleusement qu'aux données de l'observation, de la science et de l'expérience. On arrive ainsi à la constation flagrante de la vérité, et, fort de sa conviction, on finit par éclairer la conscience du juge et par influer sur sa décision. Le succès est à ce prix.

XI. — En résumé, le testament est un des actes les plus solennels de la vie privée. Son importance est attestée par les scrupuleuses formalités dont les législateurs de tous les siècles ont pris à tâche de l'environner. En droit, c'est quelque chose d'immuable que l'expression des dernières volontés : l'homme disparaît de la scène du monde, tous ses biens meurent avec lui, mais il a au préalable tracé ou dicté des instructions qui lui survivront. Il a commandé : il sera obéi.

Cependant, et pour jouir d'une aussi grande autorité posthume, le testateur doit pleinement satisfaire à l'une des justes exigences de la loi civile : il faut qu'il soit sain d'esprit. Or, je crois pouvoir résumer les conditions mentales requises pour tester dans les conclusions terminales que voici :

1° En thèse générale, l'extrême vieillesse n'empêche pas de tester;

2° Dans chaque cas particulier, on doit rechercher si le vieillard avait conservé l'apanage de ses facultés, s'il avait fléchi, ou s'il était tombé en démence sénile;

3° On peut diviser en trois genres les maladies qui conduisent à la mort : dans le premier genre, l'intelligence est conservée; dans le second, elle est compromise; dans le troisième, elle est éteinte;

4° Le suicide n'étant pas une preuve de folie, les dispositions testamentaires d'un suicidé peuvent avoir été intelligentes et libres;

5° Tout acte rédigé et signé pendant un intervalle lucide, demeure discutable;

6° Dans les rémissions qui traversent si fréquemment la paralysie générale, les malades ne récupèrent qu'incomplétement leurs attributs intellectuels : leur capacité civile est donc amoindrie;

7° L'existence d'hallucinations n'empêche point de tester, d'une manière absolue, surtout lorsque les facultés effectives sont restées intactes;

8° Les congestions cérébrales et les attaques d'apoplexie déterminent très-fréquemment un état mental particulier, qui, au point de vue médico-légal, est digne d'exciter au plus haut point l'attention;

8° Dans quelques cas, les aphasiques tout en restant intelligents, sont dans l'impossibilité de faire un testament olographe, public ou mystique.

(1) Toullier, t. V, n° 410; Duranto, n° 69.
(2) Duranto, t. VI, n° 83.

DU DIAGNOSTIC DES MALADIES DES YEUX

Par la chromatonopie rétinienne, précédée d'une étude sur les lois physiques et physiologiques des couleurs.

Par le Dr A. GALEZOWSKI,

Lauréat de la Faculté de Paris et professeur libre d'ophthalmologie à l'École pratique.

On connaissait depuis longtemps les anomalies dans la faculté de percevoir et de distinguer les couleurs. Les savants de tous les pays, et à différentes é poques, ont signalé ce défaut congénital de la vue, en lui donnant les noms variés de daltonisme (d'après le nom du physicien Dalton, qui était lui-même atteint de cette infirmité), d'achromatopsie (Heling), akianoblepsie (Gœthe), colour blindness (cécité des couleurs d'après Brewster), dyschromatopsie (Taylor).

Mais tous ces auteurs n'ont parlé que de l'état congénital de daltonisme, ou cécité des couleurs.

M. Galezowski a cherché de démontrer que les altérations de la membrane visuelle de l'œil, pouvant donner lieu aux phénomènes de cécité pour certaines ou pour toutes les couleurs. Ce phénomène est même, d'après lui, tellement fréquent, qu'il lui sert d'un symptôme caractéristique pour le diagnostic de certaines amblyopies.

Mais pour se rendre un compte exact de l'affaiblissement de la faculté chromatique de l'œil, il fallait avoir une échelle fixe des couleurs types, ce qui n'existe pas jusqu'à présent. M. Galezowski a fait faire un tableau qui contient les couleurs principales du spectre solaire, disposées dans l'ordre adopté par M. Chevreul, et chacune de ces couleurs est présentée dans quatre tons correspondants aux tons des couleurs des tableaux de M. Chevreul. La disposition de ce tableau chromatique est très-favorable pour l'examen des yeux, au point de vue de la perceptivité colorée; elle permet aussi de juger le phénomène de contraste simultané ou successif des couleurs.

Avant de passer à l'étude des altérations de la rétine et du nerf optique, M. Galezowski a donné une courte analyse des lois optiques et physiques des couleurs, puis il a cherché à expliquer la physiologie des sensations colorées par la *loi de dispersion* de lumière dans les *cônes* de la rétine.

Jusqu'à présent, on acceptait la théorie de Thomas Young sans aucune modification ou bien on ne l'acceptait qu'en principe. Ainsi, M. Helmholtz a développé et commenté la théorie de Th. Young, et il a admis, avec ce dernier, que « l'œil possède trois sortes de fibres nerveuses propres à percevoir et conduire au cerveau trois différentes sensations colorées : le rouge, le vert et le violet. »

Durand (de Gros) accepte, de même que Young et Kelmholtz, trois fibres principales nerveuses, mais qui correspondent à d'autres couleurs que celles qui sont admises par Young. Ainsi il y a, selon lui, des fibres rouges (érythriques), fibres jaunes (xanthiques), et les fibres bleues (cyaniques).

Ni l'une ni l'autre de ces hypothèses ne peuvent pas être admises, d'après M. Galezowski, parce que ni l'anatomie microscopique ni les faits pathologiques ne les confirment.

L'auteur cherche à expliquer la faculté de percevoir les couleurs par la décomposition de la lumière dans les cônes (p. 101). Pour lui, les cônes sont les organes chromatiques de l'œil, ils jouent le rôle de petits prismes décomposant la lumière, de sorte qu'à la base de chaque cône, il se forme des cercles concentriques colorés correspondants aux couleurs du spectre solaire. La lumière blanche impressionne à la fois toute la base du cône et donne l'impression mixte blanche.

Chaque couleur, séparée, au contraire, n'est déviée par la surface du cône que sous un angle défini et va, par conséquent, se diriger et impressionner le cercle de la base propre à cette couleur.

M. Galezowski trouve la confirmation de sa théorie dans ce fait expérimental que, comme MM. Aubert et Foerster l'ont démontré, la sensibilité pour les couleurs est la plus grande dans la macula, et diminue à mesure que l'on s'approche de la périphérie. Or, nous savons que, dans la macula, il n'y a que des cônes, tandis que, dans les parties périphériques de la rétine, les cônes deviennent de plus en plus rares. Tout à fait à la périphérie, ils sont remplacés par des bâtonnets qui sont les organes de la perception de lumière, mais ne peuvent donner aucune idée des couleurs.

Voici les résultats auxquels il est arrivé dans ses recherches pathologiques sur la chromatonopie rétinienne :

1° Dans les apoplexies de la rétine, la faculté chromatique de l'œil n'est altérée que lorsque ces épanchements sont très-larges ou quand ils occupent les parties centrales de la rétine.

2° Dans la rétinite albuminurique, la cécité partielle des couleurs n'existe que lorsque l'affection arrive à un degré avancé et que l'affection gagne les couches externes de la rétine et la macula.

3° Le trouble de la faculté chromatique s'observe dans la rétinite glucosurique.

4° Dans la rétinite et la névrite syphilitique, accompagnée ou non de choroïdite, le trouble de la vue est accompagné de la cécité de la couleur verte, et quelquefois du rouge.

5° Les atrophies choroïdiennes ne donnent lieu à ce phénomène morbide que lorsque la couche contiguë de la rétine, surtout dans la région de la macula, est désorganisée.

6° Dans les atrophies de la papille, la perversion du sens chromatique de l'œil existe dès le début, surtout pour les couleurs *rouge* et *verte*.

7° La même chose a lieu dans les amblyopies alcooliques, mais avec cette différence que, dans les atrophies de la papille, le défaut est permanent, tandis que, dans cette dernière amblyopie, les troubles chromatiques varient selon les jours et les heures, et il y a souvent chez eux le phénomène des contrastes successifs et simultanés des plus bizarres.

DU RÉTRÉCISSEMENT DE LA TRICUSPIDE.

Par M. DUROSIEZ (1).

B..., 58 ans, entre à l'Hôtel-Dieu en juillet 1862.

Autopsie. — Le cœur est moyennement gros; les parois ne sont pas hypertrophiées. L'oreillette droite est large; la tricuspide est profondément altérée : elle est épaissie, semblable à une muqueuse; les lames sont adhérentes, souples; l'orifice est rétréci : un doigt seul peut le traverser. Le ventricule a son ampleur normale. L'artère pulmonaire est large; les sigmoïdes sont intactes. La bicuspide est molle, épaissie. L'orifice laisse passer un seul doigt. Le ventricule gauche est un peu dilaté; les parois ne sont pas hypertrophiées; l'orifice aortique laisse écouler l'eau; les sigmoïdes sont dures, inégales : une d'elles est trouée, ou du moins le bord libre est séparé du corps de la valvule.

Dans ces deux cas, le ventricule droit est peu dilaté, ne l'est même pas.

Le diagnostic du rétrécissement de la tricuspide n'est pas posé. Nous notons seulement pour P... que le bruit râpeux du second temps remonte vers l'orifice aortique; bruit râpeux qui pouvait être un mélange de souffle d'insuffisance aortique et de roulement. L'insuffisance de la tricuspide n'était pas douteuse, non plus que le rétrécissement mitral.

Quant à B..., nous avons noté la dissémination des bruits anormaux; on entendait à la base, en même temps qu'un double souffle dépendant de l'insuffisance aortique, un double bruit rude, que nous pouvions rapporter à une lésion de la tricuspide. Nous n'affirmerons toutefois que le rétrécissement mitral et l'insuffisance aortique.

Pouls. — P... Le pouls est régulier, lent, petit et faible.

Accidents généraux. — P... Teinte de la malade un peu foncée, violâtre. Les mains ne sont pas enflées. Jambes œdématiées.

B... Orthopnée. Jambes œdématiées, ascite.

3° Le rétrécissement n'admet pas même un doigt (4 cas).

W..., 27 ans, entre à la Charité en avril 1861, et meurt à la Pitié en juillet 1862.

Autopsie communiquée par M. Bouchard, externe du service.

Cadavre considérablement infiltré. Écume sanguinolente à la bouche et aux narines. Traînées noirâtres le long des veines superficielles. Sur l'abdomen, dans les points envahis par l'érysipèle, le derme a perdu sa coloration rouge, mais l'épiderme se détache en lambeaux. Plaque gangréneuse au niveau du point où a été pratiquée la ponction. Cette plaque intéresse toute l'épaisseur de la peau. Au-dessous, infiltration sanieuse des différentes couches jusqu'au péritoine. La séreuse pariétale, au voisinage du point perforé, semble épaissie, ardoisée, grisâtre; on trouve çà et là quelques fausses membranes puriformes, non adhérentes. Le liquide de l'ascite, très-abondante, est légèrement trouble.

La péricarde contient un peu de sérosité transparente. Le cœur es très-volumineux. Les oreillettes sont considérablement dilatées par des caillots noirs. Les orifices présentent les lésions suivantes. A droite, rétrécissement sans insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire. Cet orifice admet à peine l'extrémité de l'index. Le rétrécissement est assez régulièrement circulaire, produit par des faisceaux fibreux situés au niveau du bord adhérent de la valvule tricuspide. Il n'y a pas de production cartilagineuse, pas d'incrustation calcaire. A gauche, rétrécissement et insuffisance mitrale. Ce rétrécissement est moins considérable qu'à droite; l'insuffisance est assez prononcée; elle est due à l'épaisissement et à l'induration de la valvule mitrale dont les deux portions ne s'appliquent plus l'une contre l'autre que d'une manière incomplète.

M..., 36 ans, couturière, entre à la Charité le 4 février 1857, et meurt en février 1859.

Rétrécissement et insuffisance de la tricuspide, de la mitrale et de l'orifice aortique.

Autopsie. Nous trouvons une rougeur générale érysipélateuse sur le péricarde, sans dépôts fibrineux ni granuleux. La paroi de l'oreillette droite est turgide et rouge comme une oreille envahie par l'érysipèle. Dilatation médiocre et cavités sans hypertrophie et parois. Muscle un peu jaune. Rétrécissement considérable de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, permettant à peine l'introduction du bout du petit doigt : valvule cartilagineuse et dure. Insuffisance de l'orifice. Valvules de l'aorte très-épaissies. Quelques plaques athéromateuses dans l'aorte, nullement dilatées.

A peine quelques traces de l'endroit occupé par le trou ovale. Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, permettant au bout du doigt de s'engager; la tricuspide n'a pas la même dureté cartilagineuse que la mitrale; elle est rouge, boursoufflée, érysipélateuse et adhère à la paroi de l'oreillette par la face supérieure de ses lames.

Chez W..., nous avons pu établir le diagnostic avec une précision rigoureuse. Le bruit de roulement du second temps, en bas du sternum, était parfaitement dessiné. Bien que la cyanose existât, il était singulier de voir que les symptômes généraux cardiaques ne fussent pas plus prononcés; c'est ainsi que, presque dans les derniers temps, la malade pouvait se coucher étendue dans son lit, et que la respiration n'était pas trop gênée, ce qui était dû probablement à l'insuffisance aortique qui venait compenser les rétrécissements auriculo-ventriculaires.

Chez M..., le diagnostic n'a été que soupçonné; il a été indiqué, pourtant, dans le courant de l'observation; les symptômes généraux étaient presque nuls, c'est-à-dire qu'il n'y avait pas de cyanose et que l'œdème a été très-peu intense. Dans ce cas aussi, il y avait une insuffisance aortique; les sigmoïdes ont été trouvées très-épaissies, l'aorte était athéromateuse. On trouvait parfois un souffle au second temps au niveau du sternum; parfois, ce souffle nous a paru se rapprocher du roulement par son timbre. Il s'est présenté assez souvent un quadruple claquement dont nous ne comprenons pas bien la signification, parce que nous ne l'avons pas rencontré dans les autres cas. Quant à l'insuffisance mitrale, jamais elle n'a été mise en doute.

Il est remarquable que, dans ces deux cas, la scène se soit terminée par un érysipèle du ventre pour la première, à la suite d'une quatrième paracentèse, de la région cardiaque et du cœur lui-même pour la seconde, sans cause traumatique.

Pouls. — W... Pouls très-petit, un peu irrégulier, un peu inégal. Pouls petit, un peu irrégulier et inégal. Pouls à peu près régulier, peu accéléré (60, 72), petit, un peu vibrant cependant.

M... Le pouls est constamment régulier, descendant à 40 quand la malade prend 0,20 de poudre de digitale et à 60 quand elle prend 30 et 50 gouttes de teinture alcoolique de digitale.

La lésion peut être limitée au côté droit; le cœur gauche peut être intact.

Nous avons observé un cas de cette espèce mais nous n'avons pas assisté à l'autopsie, qui nous a été transmise verbalement par M. Foley, interne du service.

F..., 64 ans, concierge; mars, 1866. Insuffisance et rétrécissement de la tricuspide, 1er mars 1866. Rhumes et points de côté; respiration gênée depuis deux ou trois ans. Jamais le malade n'a eu de rhumatisme articulaire aigu.

L'orthopnée est complète. Le malade reste constamment assis dans un fauteuil : il est bouffi, violet, énormément œdématié. On observe le pouls veineux. Le pouls radial est à peu près régulier, assez égal. On entend, au premier temps, un souffle en jet de vapeur ayant son maximum au niveau du sternum, mais perceptible sur une large surface.

M. Foley n'a trouvé qu'une lésion de la tricuspide; un seul doigt passait à travers l'orifice, très-probablement insuffisant en même temps que rétréci.

On a insisté sur la régularité du pouls, que nous trouvons à peu près ici, dans les cas où le rétrécissement est limité à la tricuspide.

On a remarqué aussi, ce dont nous doutons, que l'hémoptysie et les accidents pulmonaires étaient moins graves et moins fréquents lorsqu'il y a un rétrécissement de la tricuspide, soit seul, soit compliqué d'un rétrécissement mitral. Quoi qu'il en soit, il est singulier de trouver l'absence de l'œdème et des épanchements séreux malgré la coïncidence de deux rétrécissements auriculo-ventriculaires.

R... (Clara-Eugénie), 29 ans, entre le 7 février 1868 salle Sainte-Madeleine, à dix heures du matin, et meurt le 7 février à deux heures du soir.

Double rétrécissement auriculo-ventriculaire droit et gauche.

Elle n'a pu être examinée : la face était très-cyanosée au moment de l'entrée, qui a précédé la mort de quelques heures seulement.

Autopsie, le 9 février, faite par M. Cornil.

On ne note aucun œdème, aucun épanchement dans les séreuses. Les lèvres sont violâtres, cyanosées; la face participe, en général, à cette coloration, peu marquée du reste.

Cœur. — Le cœur est très-gros, surtout à cause de la dilatation des oreillettes, de l'oreillette droite en particulier. Le ventricule droit est un peu développé; le ventricule gauche serait plutôt atrophié qu'hypertrophié.

La pointe du cœur est formée par les deux ventricules et reportée un peu en dedans; nous avons un peu la forme d'une besace.

Sur la face postérieure du cœur, au niveau des oreillettes, on observe des ecchymoses pointillées.

La paroi de l'oreillette droite mesure 2 à 3 millimètres;

Celle de l'oreillette gauche, 5;

La paroi du ventricule droit, 8 à 10;

Celle du ventricule gauche, 10 à 15.

Circonférence de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, 80 millim.;

Celle de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, 40;

Circonférence de l'orifice pulmonaire, 75;

Celle de l'orifice aortique, 60.

L'orifice de la tricuspide est insuffisant, rétréci;

Celui de la mitrale est insuffisant et rétréci;

L'orifice aortique est suffisant;

L'orifice pulmonaire est suffisant.

Les valves de la tricuspide forment un anneau à bords indurés, à surface jaunâtre, opaque. Cette opacité se retrouve dans l'oreillette droite. L'orifice de la tricuspide laisse passer deux doigts jusqu'à la moitié de la phalangette.

La surface de l'oreillette gauche est jaunâtre, opaque, mais plus fortement que pour l'oreillette droite; la même apparence a lieu pour la mitrale.

Les valves de la mitrale sont réunies en un anneau qui ne laisse passer que l'extrémité de l'indicateur; les bords de l'orifice sont indurés; les tendons sont très-gros et courts.

Les sigmoïdes aortiques sont un peu jaunâtres et épaissies.

Quelques taches jaunâtres se montrent sur l'aorte.

Poumons. — Le poumon droit présente en arrière, au niveau de la partie inférieure de son lobe supérieur, un foyer d'apoplexie dur, saillant, gros comme une noix.

On note un peu d'emphysème pour les deux lobes supérieurs, au niveau de leur bord antérieur.

Çà et là, quelques fausses membranes pleurales d'origine récente.

Abdomen. — Fausses membranes sur le foie; rate ferme; reins fermes.

Corps fibreux de l'utérus et des ovaires.

Pouls veineux. — On me paraît baser le diagnostic du rétrécissement tricuspidien sur la forme du pouls veineux.

Gendrin, dans ses leçons sur les maladies du cœur, insiste d'une façon toute particulière.

« Chaque systole du cœur est immédiatement précédée d'une ondée sanguine qui vient du cœur dans la veine et occasionne, dans ce vaisseau, un frémissement ondulatoire qui forme une pulsation mal déterminée. A peine ce frémissement est-il terminé, qu'il se produit une véritable pulsation nette qui vient de bas en haut et qui est rigoureusement isochrône à la systole du cœur. Dans ces cas, on peut affirmer qu'il existe un rétrécissement considérable de l'orifice auriculo-ventriculaire droit avec inocclusion de la valvule tricuspide. Voici, dans ces cas, l'interprétation des phénomènes : la première ondée sanguine n'est que le résultat de l'action contractile de l'oreillette, qui n'est jamais, dans l'état normal, suivie d'aucun phénomène extérieur appréciable. Cette action contractile repousse le sang vers les veines, parce que le passage dans le ventricule de la quantité du sang qui doit compléter la replétion de cette cavité, est gêné par le retrécissement de l'orifice aurico-ventriculaire. Ce refoulement du sang de bas en haut est d'autant plus prononcé que l'oreillette dans ce cas-là est toujours hypertrophiée. Le deuxième phénomène de récurrence, qui constitue une véritable pulsation nette dans les jugulaires, est le résultat de la systole du ventricule droit qui fait refluer le sang dans l'oreillette et par l'oreillette dans les veines à cause de l'inoculation de la valvule aurico-ventriculaire droite. »

Le signe indiqué par Gendrin est-il pathognomonique? J'en doute. On le retrouve dans beaucoup de cas où il n'y a pas de rétrécissement de la tricuspide; de plus, il me paraît ne pas exister dans cette dernière lésion, à cause probablement de la dilatation excessive de l'oreillette.

F... Les jugulaires sont énormément distendues et battent.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

G... Les jugulaires sont distendues, toujours pleines, animés de battements dont il difficile d'apprécier le rhythme.

L... Les jugulaires sont très-gonflées, distendues, toujours pleines.

B... Les jugulaires ne se gonflent que par la toux.

P... Le pouls veineux est net.

B... Jugulaires distendues. Strate plutôt que pouls veineux.

W... Les jugulaires gonflées battent et restent toujours pleines. M. Béhier indique la dilatation habituelle et énorme des jugulaires, agitées d'un pouls veineux très-évident.

M... On remarque un double mouvement et vaisseaux au niveau du du cou.

S... Pouls veineux.

Les jugulaires sont en général gonflées, distendues, parfois immobiles, le plus souvent animées d'une double pulsation ou d'un mouvement difficile à rhythmer. Quelquefois elles ne se dilatent que par la toux. La distension et le pouls veineux sont la règle.

CONCLUSIONS. — 1° Le rétrécissement de la tricuspide nous paraît plus fréquent qu'il n'est généralement accepté.

2° Il existe huit fois sur dix chez la femme.

3° Il ne paraît pas aggraver les accidents dûs au rétrécissement mitral qui presque toujours l'accompagne.

4° Il a pour signe un bruit anormal au second temps, perçu en bas du sternum, bruit qui tantôt est simplement dur, rude et prolongé, tantôt est complètement analogue au bruit de roulement du rétrécissement mitral; il faut avouer que cette dernière forme est l'exception.

5° La forme du pouls veineux ne nous paraît pas pouvoir aider au diagnostic du rétrécissement de la tricuspide.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours, ouvert le 4 mai dernier, pour l'adjuvat d'anatomie, à la Faculté de médecine de Montpellier, s'est terminé par les nominations suivantes :

Ont été élus :

1° M. Kobryner, premier aide, pour deux ans;

2° M. Auzilhon, second aide, pour un an;

M. Pizot a été classé le troisième.

— Nous apprenons de Suez que cette année le retour des pèlerins de la Mecque s'est effectué dans les meilleures conditions d'hygiène et de santé. Les mesures sanitaires adoptées par la conférence internationale de Constantinople ont fonctionné de la manière la plus satisfaisante.

Lors du retour, sept mille deux cent vingt-six pèlerins sont arrivés à Suez tant par la voie de terre que par la voie de mer. Ils ont été tenus en quarantaine d'observation, et sur ce nombre 25 seulement sont morts au lazaret : 12 de dyssentérie, 8 de maladies de poitrine, 5 de vieillesse.

Aujourd'hui le pèlerinage est terminé, et les provenances d'Arabie sont admises en libre pratique.

— Les *Poudres de guerre*, tel est le titre de la 22e série, qui vient de paraître, à la librairie Furne et Jouvet et chez tous les libraires, des *Merveilles de la science*, ou *Descriptions populaire des inventions modernes*, par M. Louis Figuier. Cette notice, illustrée de 32 belles gravures, contient l'histoire de la poudre à canon et la description des différents procédés de sa fabrication, ainsi que l'étude des poudres d'invention récente, telles que le fulmicoton, les poudres prussienne et la poudre au carbazotate de potasse, destinée à l'inflammation des torpilles sous-marines. Prix de chaque série des *Merveilles de la science*, 1 franc.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Quelques considérations sur les fractures traumatiques du larynx et leur traitement, par le Dr FREDET. In-8. Prix : 75 c. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

De l'encéphalopathie albuminurique aiguë et des caractères qu'elle présente en particulier chez les enfants, par le Dr MONOD. 1 vol. in-8° de 170 pages. Prix : 2 fr. 50 c. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Dieu, l'homme et ses fins dernières, Etude médico-psychologique, par le Dr FABRICIUS. In-8 de 32 pages. Prix : 76 c. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

De la responsabilité médicale, par le Dr VAILHÉ. vice-président de l'Association des médecins de l'Hérault, agrégé libre de la Faculté de médecine de Montpellier. In-8. Prix : 50 c. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Physiologie et instruction du sourd-muet d'après la physiologie des divers langages, par le Dr ÉDOUARD FOURNIÉ, médecin adjoint de l'Institution impériale des Sourds-Muets. 1 vol. in-12 de 228 pages. Prix : 2 fr. 50 c. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Traité élémentaire de chirurgie, par le docteur FANO, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Ouvrage accompagné d'un grand nombre de figures dans le texte. — Tome Ier. Première partie : pathologie générale chirurgicale; maladies des divers tissus et des divers organes; fractures. 1 vol. in-8° de 463 pages. Prix : 6 francs. — Paris, 1868. Chez Adrien Delahaye, éditeur.

Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants professées par le docteur Giraldès, chirurgien de l'hôpital des Enfants, etc., recueillies et publiées par MM. BOURNEVILLE et BOURGEOIS, internes des hôpitaux, revues par le professeur. — 3e fascicule : encéphalocèle; abcès; rétro-pharyngiens; corps étranges de l'oreille; cicatrices vicieuses; anatomie et maladies de l'œil. 1 vol. in-8°, avec 19 figures dans le texte. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1868. Chez Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 8 juillet 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

En attendant le prochain discours de M. Bouillaud, la discussion sur la tuberculose s'est encore continuée d'une manière incidente.

Les poumons du lapin que M. Colin a tué trois mois après lui avoir inoculé de la matière caséeuse, ont été soumis à l'examen microscopique de M. Cornil.

Cet habile micrographe y a trouvé l'ensemble de toutes les lésions tuberculeuses : granulations miliaires, pneumonies lobulaires ou, pour mieux dire, alvéolaires, et même foyers de pneumonie interstitielle. Pour MM. Hérard et Cornil, ce lapin était donc atteint d'une phthisie semblable à celle de l'homme, et qui eût produit des cavernes si l'animal eût vécu plus longtemps.

M. Hérard tend toujours à croire que la phthisie tuberculeuse est une affection spécifique. Aussi hésite-t-il à admettre que l'inoculation de matières non tuberculeuses puisse la provoquer. Les résultats obtenus par MM. Clark, Sanderson et Wilson Fox sont indéniables. On a produit des granulations avec du pus, etc.; mais ces granulations, demande M. Hérard, sont-elles réellement tuberculeuses?

Les Anglais eux-mêmes en ont douté. M. Clark et M. Wilson Fox ont pris soin de signaler certaines différences entre la phthisie spontanée et la tuberculose artificielle. M. Hérard le rappelle; et il en conclut que le pus donne autre chose que le tubercule, puisque le lapin de M. Colin, inoculé de tubercule, était atteint d'une phthisie tuberculeuse.

Cette conclusion serait légitime, si MM. Clark, Sanderson et Fox avaient toujours inoculé du pus. Mais la plupart de leurs expériences ont été faites avec de la matière tuberculeuse; et dans tous les cas, suivant eux, *les lésions provoquées ont été identiques.*

M. Wilson Fox a insisté trop longuement sur cette identité, pour que la distinction, proposée par M. Hérard, soit admissible. Ou il faut rejeter en bloc, du cadre de la vraie phthisie, toutes les granulations produites par inoculation quelconque sur le cochon d'inde, ou il faut toutes les y admettre. Car toutes avaient le même aspect, et une fois réinoculées sur d'autres cochons d'inde, elles ont toutes invariablement reproduit la même affection.

Qu'un nouveau contrôle expérimental fasse repousser les conclusions de M. Wilson Fox, la chose est possible; mais il ne faut pas dénaturer ces conclusions en les interprétant.

Malgré les données du microscope, M. Guérin a annoncé qu'il avait des doutes à émettre sur l'existence de pneumonies lobulaires ou alvéolaires chez le lapin de M. Colin; et nous avons entendu M. Briquet dire, de son côté, qu'ayant coupé de très-petits fragments des poumons de ce lapin, dans les parties les plus malades, il les avait vu surnager tous. Ainsi sur les points examinés par M. Briquet, nulle part il n'existait d'hépatisation; pas un lobule n'était devenu imperméable à l'air; et si la pneumonie avait envahi de loin en loin quelque alvéole, ces alvéoles étaient isolées et pour ainsi dire perdues au milieu des alvéoles saines.

A côté de la théorie de la spécificité morbide, se place celle du parasitisme. M. le docteur Goubert (de Cannes) vient de développer cette dernière, dans les *Archives de médecine*, à propos de la tuberculose artificielle.

Les éléments tuberculeux, une fois greffés, continueraient à vivre et se multiplieraient dans le milieu organique qui les aurait reçus. Ce milieu serait absolument passif; les éléments nouveaux se généraliseraient par simple multiplication et transport purement mécanique.

Cette théorie diffère de celle de M. Chauffard en ce qu'elle supprime la fécondation des tissus par les tissus; elle diffère de celles de MM. Guérin et Colin en ce qu'elle supprime l'irritation.

Ainsi comprise, la tuberculose artificielle ne saurait être considérée comme une maladie spécifique, proprement dite, puisque l'organisme n'interviendrait en aucune manière dans la production des tubercules. Il faudrait la ranger non loin de la trichinose, et la séparer complètement de la tuberculose humaine, de la phthisie.

M. Goubert est un disciple de M. Robin; il a combiné les idées du maître avec celle de M. Virchow, et je ne sais si cette combinaison est très-heureuse.

On comprend bien que les éléments figurés, que les cellules, si on leur donne, comme M. Virchow, une existence indépendante, même dans l'organisme où elles sont nées, puissent conserver cette indépendance dans un organisme nouveau où on les transporte; mais on ne voit pas trop quel rôle jouerait en pareil cas l'inoculation d'un blastème, de « la substance amorphe qui sans cesse les entoure et leur fournit les éléments de régénération. »

Il faut opter : ou bien les cellules se multiplient par elles-mêmes, ou bien elles naissent au sein d'un blastème spécial, préexistant.

Dans le premier cas, elles trouvent dans le milieu organique qui les a reçues, les éléments de régénération ; elles peuvent s'y nourrir et s'y multiplier, sans que cet organisme intervienne d'une manière active.

Mais dans le second cas, comme un blastème serait un produit de secrétion, comme la portion de ce blastème formateur qui aurait été inoculé s'épuiserait vite, les cellules ne pourraient bientôt plus vivre ou se multiplier sans que le milieu organique entrât en action pour secréter un nouveau blastème.

A moins, pourtant, que M. Goubert ne donne à ce blastème amorphe la propriété de vivre, de se multiplier indépendamment de l'organisme, comme les cellules elles-mêmes et les éléments figurés. Ne serait-ce pas aller bien loin dans le morcellement de la vie?

Mais ceci est un point de détail; et les faits expérimentaux que M. Goubert a groupés n'en sont pas moins d'une portée réelle, pour devoir être interprétés différemment, à ce qu'il nous semble.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

LEÇONS CLINIQUES SUR LA CHLOROSE.

I. Nature et étiologie de la chlorose ; principales espèces.

La chlorose est une affection si commune, qu'on peut le dire sans exagération, presque toutes les femmes qui entrent dans nos hôpitaux en portent plus ou moins l'empreinte, comme j'ai eu souvent l'occasion de vous le faire remarquer. Le mot *chlorose* exprime un des signes physiques les plus constants et les plus saillants de la maladie, peut être le plus constant de tous : c'est la couleur jaune, verdâtre, de certaines parties des téguments, χλωρωσις. Cette couleur indique une modification dans la composition, et, comme disent les anciens, dans la crase du sang. La chlorose est une dyscrasie. Cette couleur se rencontre aussi dans l'anémie, qui ne doit pas être confondue avec la chlorose, bien qu'elle ait avec elle de nombreux traits de ressemblance.

La chlorose est une anémie, mais une anémie spontanée, essentielle, dans le sens médical du mot, qui n'en est pas le sens philosophique; c'est-à-dire que c'est une anémie qui ne résulte pas d'une cause extérieure, accidentelle, comme une hémorrhagie abondante, comme l'inanition. Dans le premier cas, l'organisation manque d'éléments nourriciers par un vice radical de ses facultés nutritives; dans l'autre, il a en lui l'aptitude à réparer ses pertes, mais on ne lui fournit pas les matériaux de ce travail réparateur; il possède toute la virtualité de ses facultés nutritives, mais il ne peut pas les exercer. Nous ne rattacherons pas non plus à la chlorose ces anémies cachectiques, dernier terme de toutes les maladies chroniques qui altèrent profondément le travail nutritif, ou manifestation du trouble produit dans l'action vitale par un poison qui a imprégné l'organisation, comme le plomb, le mercure ou le miasme palustre.

Ce qui distingue la chlorose proprement dite de toutes ces anémies, c'est qu'elle est primitive ou du moins qu'on ne peut la rattacher à aucune affection déterminée.

La chlorose a pour caractère anatomique la diminution du nombre des cellules sanguines, une déglobulisation du sang. Les travaux de MM. Andral et Gavarret ne laissent aucun doute à cet égard, et ont fixé les chiffres auxquels peut descendre la proportion des globules rouges. Selon ces auteurs, les globules rouges dont la proportion serait en moyenne à l'état normal de 128 pour 1,000 (MM. Becquerel et Rodier disent 135), descendraient au chiffre de 109, 76, 28 même. Ces derniers chiffres, il faut le dire, ont été rencontrés surtout dans des cas d'anémies consécutives à des hémorrhagies. Quant aux globules blancs et aux autres éléments solides du sang, leur rapport avec les globules rouges n'est pas modifié. La quantité du fer est proportionnelle à celle des globules. Les globules blancs restent dans leur rapport normal avec les globules rouges, leur production n'est pas augmentée. La densité du sang défibrine baisse en proportion de la déglobulisation.

Selon Jourdannet, dans certains pays intertropicaux très-élevés, à Mexico, par exemple. il existerait une anémie vraie, dans laquelle les malades présentent tous les symptômes de la chlorose, pâleur, mollesse des tissus, excitabilité nerveuse, et enfin tout ce cortége de phénomènes qui est propre à cette affection; seulement le sang n'offre aucun de ces changements dont je viens de vous parler dans la proportion relative de ses éléments, et qui chez nous forment une partie essentielle de la maladie. Sa composition reste normale, sa quantité seulement serait diminuée. Quelle que soit l'autorité de cet observateur distingué, je crois qu'avant de les ranger au nombre des vérités scientifiques, ces faits ont besoin d'être contrôlés par de nouvelles observations.

Le fer, dont la quantité est proportionnelle à celle des globules, suivant Becquerel, descendrait de 0,55 à 0,31 pour 1,000.

La proportion de la fibrine ne diminue pas, elle augmente relativement aux autres éléments.

Le sens physiologique de cette altération du sang est un trouble de la fonction d'hématose, fonction qui résume en quelque sorte tout le travail nutritif.

Dans quelles conditions se développe ce trouble? Si la chlorose est l'anémie essentielle, c'est-à-dire, je le répète, spontanée, primitive, on l'observe dans les deux sexes et dans tous les âges, dans nos grandes villes surtout, où l'économie subit des conditions hygiéniques si contraires aux lois primordiales, où lui manquent, en partie du moins, ces grands stimulants de la vie organique, ces grands facteurs de la nutrition : le soleil, l'air pur et l'exercice musculaire. Mais ce trouble de l'hématopoïèse qui constitue la chlorose se développe souvent dans des conditions spéciales; il semble avoir des connexions intimes avec l'évolution organique et en particulier avec l'évolution de l'appareil générateur chez les femmes. Les anciens qui avaient si bien nommé la chlorose, d'après son teint distinctif, n'avaient pas moins bien saisi cet important rapport et ils l'avaient désigné sous le nom de *morbus virginum, febris amatoria.*

L'appareil générateur joue un rôle si considérable dans l'organisme de la femme, qu'on ne doit pas s'étonner des troubles que provoque son développement, quand il ne s'accomplit pas d'une manière régulière et des retentissements que produisent ses anomalies fonctionnelles.

La chlorose génitale constitue une espèce distincte, celle qui a la première appelé l'attention des médecins : elle a sa physionomie propre et mérite d'être décrite à part. Peut-être, quoique plus rarement, chez les jeunes garçons, l'évolution pubère joue-t-elle un rôle dans le développement d'une chlorose qui n'est pas rare à cet âge et qui ne serait qu'une variété de la précédente.

On peut, sans grand inconvénient, faire un autre groupe des troubles spontanés de l'hématopoïèse; comme l'a signalé M. Nonat, et comme nous l'avions nous-même remarqué, cette chlorose n'est pas rare chez les enfants, dans les grandes villes surtout. J'ajouterai qu'elle m'a paru très-commune à l'époque de la seconde dentition. Et de même que nous verrons des troubles d'innervation particuliers accompagner la chlorose génitale; avec cette chlorose infantile, j'ai vu souvent coïncider, chez les sujets lymphatico-nerveux surtout, un trouble d'innervation spécial et qui, je crois, est peu connu; c'est une espèce de chorée partielle, consistant dans des grimaces des traits de la face, bornés quelquefois au front, aux yeux, au nez ou aux lèvres, pouvant occuper plusieurs parties à la fois, ou passant des unes aux autres, alternant ou coïncidant avec des mouvements analogues du cou et des membres supérieurs.

Ces spasmes doivent être regardés peut-être comme des mouvements reflexes, provoqués par l'irritation que subissent dans les gencives les rameaux dentaires de la cinquième paire, mais il n'est pas impossible que la chlorose favorise leur développement.

Toutes les anémies, même les anémies traumatiques, prédisposent aux accidents nerveux ; ce qui semble justifier cet ancien adage physiologique : le saug est le modérateur des nerfs.

Après avoir tracé les limites nosologiques de la chlorose et

en avoir indiqué les principales espèces, nous devons en étudier les causes.

Ces causes sont celles qui troublent les fonctions nutritives, qui gênent l'évolution organique. Ainsi, et comme nous l'avons déjà dit, les erreurs dans le régime alimentaire, l'absence de soleil, grand incitateur des actions chimiques qui s'accomplissent dans nos organes, l'impureté de l'air, ce *pabulum vitæ*, l'insuffisance de mouvement musculaire, excitant et régulateur des métamorphoses nutritives, leur exagération, qui entraîne des métamorphoses spoliatrices disproportionnées aux ressources de l'économie, l'activité immodérée des centres nerveux dans l'exercice des facultés intellectuelles ou effectives; certaines conditions du milieu ambiant, sa température très-élevée, par exemple, jouent un rôle incontestable dans le développement de la chlorose.

Tous les épuisements de l'organisme qui viennent d'une réparation insuffisante ou d'une exagération des actions organiques; les dépenses exagérées d'innervation par les passions ou les fatigues intellectuelles; les dépenses exagérées de sécrétion, comme la diarrhée, la polyurie, le galactorrhée, l'allaitement prolongé ou même l'allaitement modéré chez les femmes débiles, la spermatorrhée ou les excès vénériens, agissent comme les hémorrhagies et produisent l'anémie. Chez les sujets prédisposés ils peuvent même devenir la cause occasionnelle de la chlorose; c'est-à-dire d'une anémie qui survit aux causes qui l'ont produite et qui n'est plus seulement le résultat d'actions spoliatrices, mais qui se manifeste par les troubles persistants de la nutrition, et non pas seulement par ces troubles passagers de la puissance réparatrice qui sont une conséquence de l'anémie et s'ajoutent, pour l'augmenter, aux causes qui l'ont produite.

Les grossesses, causes de dépenses si considérables pour l'organisme de la femme, agissent de la même manière, peuvent favoriser ou ramener la chlorose, surtout quand elles se répètent à des intervalles trop rapprochés.

Le terrain constitutionnel que ces conditions pathogéniques rencontrent modifie la physionomie de la maladie. Nos races usées sont en proie aux dégénérescences diathésiques qui trop souvent impriment dès le berceau leur cachet à l'organisme; il en est deux surtout qu'on rencontre à chaque pas et qui peuvent se révéler par des manifestations précoces, ce sont la scrofule et l'arthritisme.

Ces deux diathèses donneront naissance à deux formes de chlorose, que nous retrouverons dans la chlorose génitale, comme dans l'autre groupe que nous avons admis.

Presque tous les strumeux sont plus ou moins chlorotiques. Si la scrofule a pour caractère essentiel, comme je l'ai dit il y a longtemps (*Leçons sur la phthisie*), un affaiblissement de la force plastique, cet affaiblissement doit s'exprimer dans l'hématopoïèse, dans la formation des cellules sanguines.

L'arthritisme dont les manifestations sont plus tardives est bien plus rarement accompagné de chlorose, au moins dans ses formes franches; mais dans ses formes dérivées, névropathiques ou herpétiques, la chlorose n'est pas rare et sa physionomie est profondément différente de celle que présente la chlorose chez les strumeux.

(*Sera continué.*)

HOPITAL DU CAMP DE CHALONS. — M. SONRIER.

Rupture d'ankylose au genou droit, consécutive à une arthrite suppurée.

L'observation suivante nous semble intéressante à plusieurs points de vue :

1° La cause assez rare (cathétérisme) qui a provoqué une arthrite suppurée d'une extrême gravité;

2° Les altérations pathologiques, consécutives à l'inflammation;

3° Les accidents survenus en brisant cette ankylose;

4° Enfin le résultat satisfaisant obtenu.

..... Casimir, quarante-cinq ans, sergent au 19e régiment de ligne; entré à l'hôpital du camp en mai 1867, pour rétrécissement du canal de l'urèthre: nombreuses uréthrites depuis 1850, grâce à quelques gouttes près par les injections de nitrate d'argent: syphilis, pas de traitement; on combat son rétrécissement par la dilatation progressive; mais arrivé au n° 22, le 30 mai, il éprouve tout à coup une vive douleur au bout de la verge, suivie d'abcès au périnée; céphalalgie avec fièvre; les jours suivants, arthrite très-vive du genou, tuméfaction, inflammation considérable, douleurs atroces au plus léger mouvement, insomnie complète. Malgré un traitement antiphlogistique énergique pour combattre l'élément inflammatoire, cet état dure huit jours; n'oublions pas de dire que ce sous-officier n'a jamais eu de rhumatisme, et ajoutons qu'il ne peut rattacher l'inflammation de la jointure à la plus légère cause traumatique.

Les accidents inflammatoires calmés, la jambe reste dans l'extension, immobile, le genou est toujours volumineux, douloureux même, et tout annonce qu'il se passe là un travail de suppuration dans l'articulation; en effet, vers le 15 juillet, un mois et demi après, une fluctuation profonde se manifeste, soulève la rotule et remonte jusqu'au cul-de-sac synovial; une incision faite à 12 centimètres au-dessus de la rotule en dehors du muscle droit antérieur, donne issue à plus d'un litre de sanie purulente qui vient des profondeurs tibio-fémorales. Quinze jours après deux autres ouvertures sont pratiquées à la même hauteur, mais en arrière, vers le muscle biceps; enfin, pendant un mois, il s'écoule, de l'intérieur de l'articulation, une grande quantité de pus (environ 10 litres au dire du malade), et ce n'est que vers les premiers jours de septembre que les trajets fistuleux commencent à se fermer; mais le genou, malgré un traitement actif, vésicatoires plusieurs fois répétés, teinture d'iode, etc., reste volumineux, le membre est dans l'extension, immobilisé par l'ankylose commençante, confirmée.

Quand nous avons pris la direction de ce service (1er octobre) nous trouvons une ankylose presque complète du genou, il faut employer une certaine force pour constater qu'il existe un léger mouvement de flexion, à peine sensible, douteux même; la rotule est adhérente aux parties profondes, le genou a perdu ses saillies osseuses, les muscles leurs reliefs et méplats, le tiers inférieur de la cuisse n'a plus ses formes anatomiques, le tout est fondu en une masse indistincte, globuleuse, légèrement atrophiée, excepté pour le genou qui mesure 1 centimètre 1/2 de plus que l'autre; le tissu cellulaire sous-cutané et interstitiel est compacte, induré, les muscles ont perdu leur souplesse, sont adhérents entre eux et au périoste et semblent avoir subi la déviation graisseuse; aplatis comme des bandelettes, emprisonnés dans les exsudats plastiques déposés par l'inflammation du tissu cellulaire, ils ne transmettent plus à la rotule leur contraction; l'extrémité inférieure du fémur est augmenté de volume, sans doute par périostite ou ostéoporose; les ligaments sont épaissis, rigides; les tendons sont soudés à leur gaîne; enfin la peau elle-même n'est pas restée étrangère à cette altération de tous les éléments du genou, elle est intimement collée aux parties profondes qu'elle comprime.

Nous avons donc affaire à une ankylose complète.

1° Ankylose intra-capsulaire produite par l'arthrite suppurée, qui a détruit les cartilages d'incrustation, déterminé une ostéite du fémur, organisé des fausses membranes, des tractus fibreux interstitiels entre les surfaces osseuses.

2° Ankylose extra capsulaire, ossification des ligaments péri-articulaires, fausses membranes incrustées de sels calcaires, stalactites, trabées osseuses; espèce de virole qui entoure l'articulation et l'immobilise.

En présence de tant de difficultés à vaincre, nous nous sommes demandés s'il convenait de traiter cette ankylose, si ce n'était pas de notre part une audacieuse tentative que de réveiller, dans cette arthrite suppurée, une inflammation redoutable à peine assoupie, et qu'il nous serait peut-être impossible de refréner? n'aurions-nous pas à craindre quelque accident immédiat, fracture de l'os devenu friable, luxation du tibia, déchirure de la peau, etc.? N'était-ce pas poursuivre un but problématique pour rétablir une fonction qui en définitive permettrait la marche? N'était-ce pas détruire une ankylose considérée, comme terminaison très-heureuse d'une arthrite qui avait mis les jours du malade en péril?

Pendant que ces hésitations flottaient dans notre esprit, le vieux sergent demande l'opération; il ne veut pas retourner estropié dans ses foyers, et par ses paroles il essaye d'encourager notre pusillanimité et de dissiper nos craintes. La première séance a eu lieu le 15 octobre. Aussitôt que l'anesthésie a amené la résolution complète, nous plaçons la main gauche au creux poplité, dans le double but d'avoir un point d'appui pour le membre et d'empêcher une luxation en arrière, tandis qu'avec la main droite, appuyée sur l'extrémité inférieure du tibia, converti en levier du premier genre, nous cherchons, par une pression progressive, à fléchir le membre, en combinant les deux mouvements contraires; mais l'obstacle est au-dessus de nos efforts, alors, avec l'aide d'une force intelligente ajoutée à la nôtre, nous sommes parvenus à briser lentement cette résistance, qui proteste par des craquements sourds, puis éclatants, qui nous font craindre un instant une fracture. Je m'arrête à cet avertissement : des mouvements d'extension et de flexion jusqu'à angle droit avec frottements rugueux annoncent que les surfaces articulaires sont séparées et que les concrétions calcaires des ligaments sont brisées, tension extrême des muscles et de la peau. Satisfait de cette première manœuvre, nous nous arrêtons-là.

Le lendemain, le malade ressent une vive douleur dans la jointure, qui est rouge, tuméfiée, chaude; la circonférence du genou qui avant l'opération était de 34 centimètres, est de 38,3; le troisième jour, de 38; le cinquième, de 37; le septième, de 36; et le dixième, de 36.

Averti par une aussi vive réaction, il ne nous semblait pas prudent de recommencer de suite, nous avions même immobilisé la jointure, afin de ne pas réveiller l'inflammation; d'un autre côté, attendre trop longtemps, n'était-ce pas laisser à l'ankylose le temps de se reproduire avec les matériaux de la nouvelle inflammation? nous étions donc placé entre deux écueils, et condamné à tourner dans un cercle vicieux sans issue vers la guérison.

Quatorze jours après la première manœuvre, alors que l'inflammation est tombée, nous recommençons une deuxième séance; les difficultés à vaincre n'ont pas été aussi grandes; cependant il faut encore déployer une très-grande énergie : l'ankylose s'est déjà reproduite, il faut de nouveau tâter la susceptibilité de la jointure, afin de pouvoir doser la quantité de mouvements qu'on doit administrer, car la réaction, qui va suivre, est toujours en raison directe de l'amplitude que décrit le membre et de la durée de la flexion, et d'avance nous pouvons dire à quel degré va monter la phlogose consécutive : cette fois la flexion est presque complète et le talon arrive à 30 centimètres de la fesse; les muscles externes crient et sont durs comme l'acier; la peau est tellement tendue qu'on redoute une déchirure.

On replace le membre dans l'extension.

Le lendemain une inflammation terrible envahit le genou et se répand jusque vers le milieu de la cuisse, qui est rouge, douloureuse, tuméfiée, brûlante; elle a augmenté de 8 centimètres en un jour et l'articulation de 3 centimètres; vésicatoire; deux jours après l'inflammation diminue, et six jours plus tard elle est rentrée dans ses limites normales.

Une troisième manœuvre a lieu douze jours après, la flexion a été complète; mais toujours il faut employer de grands efforts pour rompre l'obstacle aussitôt reproduit; le talon est venu à 15 centimètres de la fesse et y a été maintenu, grâce à l'anesthésie, près d'une minute, aussi cette manœuvre a-t-elle été suivie d'une inflammation terrible.

En voici la preuve :

Avant l'opération, le genou mesurait 36 cent. 1/2
— la cuisse — 39 — 1/2
Après l'opération, 1er jour, le genou mesurait 38 cent. 1/2
— — la cuisse — 43 — 1/2
— 2e jour, le genou — 39 — 1/2
— — la cuisse — 45
Après l'opération, 4e jour, le genou mesurait 37 cent. 2/3
— — la cuisse — 42
— 7e jour, le genou — 36 — 1/3
— — la cuisse — 39 — 1/2
— 10e jour, le genou — 36
— — la cuisse — 39 — 1/2

Quatrième séance, dix jours après, flexion plus facile, réaction moindre :

Avant l'opération, le genou mesurait 36 cent.
— la cuisse — 39 —
Après l'opération, le genou — 38 —
— la cuisse — 41 — 1/2

Le deuxième jour, même mesure; et le quatrième jour après le membre avait repris ses dimensions premières.

Cinquième séance, sept jours après, flexion facile, complète et maintenue quinze minutes, réaction vive et de peu de durée (trois jours).

Sixième séance, cinq jours après, presque pas de réaction, mais au moment de la flexion la peau s'est déchirée à la partie interne de la cuisse, à 3 centimètres au-dessus de la rotule. Hémorrhagie veineuse, assez abondante, réprimée par les irrigations d'eau végéto-minérale et la compression.

Septième séance, pas d'accidents, au contraire, le malade commence à se lever, marche un peu à l'aide de béquilles et fléchit le genou beaucoup mieux qu'auparavant; 10 au 15 décembre, marche seul sans appui, a recouvré une partie des mouvements et ne boite presque pas; on n'a plus renouvelé les séances; le traitement est tonique par excellence : huile de foie de morue, sirop iodure de fer, vin de quinquina, iodure de potassium à l'intérieur pendant quatre-vingts jours, jusqu'à 3 grammes par jour; douches sulfureuses tous les jours; badigeonner la jointure avec de la teinture d'iode. Du 15 au 30, l'amélioration persiste; il marche mieux tous les jours, monte les escaliers; les fonctions physiologiques s'exercent dans toute leur plénitude; état général très-satisfaisant; mais l'induration de la cuisse persiste avec atrophie, nous regrettons de ne pouvoir soumettre les muscles à l'interrogation électrique; cependant les contractions musculaires commencent à se dessiner sur le muscle droit antérieur de la cuisse par une légère ascension de la rotule; cautérisation ponctuée sur le genou et la cuisse; douches sulfureuses; massage énergique.

Enfin, il sort le 18 janvier pour rejoindre son corps; la marche est facile, sans claudication, à peine accentuée; la jambe se fléchit à angle droit, mais pas au delà; enfin le résultat a dépassé nos espérances. Nous avons revu Poize le 14 mai dernier, il marche très-bien, sans claudication, sans canne, fait deux à trois lieues par jour sans fatigue; le membre se fléchit bien au delà de l'angle droit et reprend encore chaque jour des forces.

Depuis longtemps déjà on brise des ankyloses; les noms de Fabrice de Hilden, Louvrié, Bonnet, qui firent à ce sujet une révolution dans la science, se rattachent à des idées nouvelles, à des procédés plus hardis, à des instruments plus ingénieux; cependant, d'après les recherches que nous avons faites, il semble que, depuis quelque temps, les tentatives de redressement se sont ralenties, et qu'on y regarde à deux fois avant de rompre les jointures soudées, entourées de tant d'organes à ménager.

Est-ce parce que les résultats obtenus n'ont pas répondu aux espérances? ou bien parce que le nombre de malades qui vivaient, sans trop de gêne, avec un membre ankylosé, sont morts avec un membre redressé? Nous ne savons; toujours est-il que cette question du traitement de l'ankylose est bien délicate et toute dans le diagnostic.

1° Avant tout, il faut bien constater si l'ankylose est complète ou non;

2° Son ancienneté;

3° L'étiologie de la synostose, arthrite suppurée, rhumatismale, ou bien simple ankylose péri-articulaire;

4° Tenir compte de la gêne fonctionnelle du membre.

Ce n'est qu'après avoir bien recueilli, analysé tous les éléments du problème, qu'on peut prendre une détermination.

Nous avons préféré une force intelligente, graduée, aux machines brutales et aveugles. Pour en revenir à notre opération, nous inclinons à croire que, d'après toutes ces considérations, nous avons été quelque peu téméraire.

En effet, cette arthrite brisée tout à coup, alors que l'inflammation y est à peine éteinte, a failli être suivie d'accidents les plus graves, et d'autant plus regrettable que le malade ne souffrait nullement, et qu'en définitive l'ankylose rectiligne permettait la marche à ce bon sergent, qu'une pension de retraite, embellie par la médaille militaire, dispensait de tout travail manuel. Nous n'avons donc, pour nous justifier, que l'ancienneté relative du mal et l'état d'indolence de la lésion : en effet, puisqu'on avait pu ouvrir impunément l'article, alors que l'arthrite était à son summum d'intensité, nous avons pensé que nous pourrions aussi essayer, alors que la phlogose a disparu, de faire quelques tentatives de flexion.

Ne sait-on pas, du reste, que les arthrites chroniques jouissent d'une certaine immunité? N'avons-nous pas vu récemment, à Strasbourg, M. Bœckel passer des tubes à drainage à travers une tumeur blanche du genou, chez une jeune fille qui guérit assez rapidement? Et pour une lésion d'une autre nature, tout en restant dans le même ordre d'idées, comment expliquer ces guérisons miraculeuses d'ovariotomie, où la séreuse abdominale est tiraillée, déchirée, froissée par de nombreuses manipulations, sinon que la susceptibilité de cette membrane est émoussée par les frottements de kystes volumineux, modifiée par l'inflammation chronique, anémiée par la circulation déviée, atrophiée par l'accroissement de ces tumeurs parasitaires, macérée dans les épanchements ascitiques, enfin parce que cette séreuse n'est plus une séreuse.

A Dieu ne plaise que nous cherchions à amoindrir le mérite

de M. Kœberlé dont la dextérité est si connue; ce serait bien mal reconnaître la bienveillance qu'il nous a témoignée en nous invitant à ses brillantes opérations; mais il n'en est pas moins vrai que ces organes, modifiés par l'inflammation, expliquent le peu de réaction qui serait si redoutable dans toute autre circonstance : nous n'en voudrions d'autre preuve que la grande tolérance qui s'est établie à la suite de nos manœuvres, et qui nous a permis de les recommencer plus souvent, sans avoir rien à redouter.

Encore un mot pour en finir; nous voyons ici un simple cathétérisme donner lieu à une arthrite terrible : nous ne voulons pas profiter de ce nouveau fait pour faire ressortir la prééminence de l'uréthrotomie sur la dilatation, dans le traitement des rétrécissements du canal de l'urèthre; nous avons assez longuement prouvé (*Gazette des Hôpitaux*, 1867), par des arguments irrésistibles, appuyés sur des faits nombreux recueillis dans notre pratique, combien une simple incision abrége la guérison, tandis que la dilatation, méthode rétrograde, expose toujours à des dangers très-sérieux.

TUMEUR FIBRO-PLASTIQUE DE LA RÉTINE.

Extirpation de l'œil. — Examen de la production morbide.

Par M. le Dr Fano.

Élisa C..., âgée de 26 ans, cuisinière, est envoyée à la clinique de M. Fano, le 15 novembre 1867. Elle raconte que l'œil gauche s'est pris il y a quatre mois. A cette époque, la vision a baissé du côté gauche seulement, et quelques jours après, l'œil a rougi. Un de nos confrères a prescrit un collyre à l'azotate d'argent. Lorsque la patiente se présenta pour la première fois à M. Fano, elle paraissait atteinte d'une simple kératite due peut-être à l'action du collyre précédent. Au bout de quelques jours, il se déclara de violentes douleurs dans l'œil et dans la région sus-orbitaire gauches. Le globe était augmenté de volume. M. Fano pratiqua une ponction dans le corps vitré, à travers la sclérotique. Cette opération fut suivie d'un soulagement notable et d'une diminution dans le volume du globe. A partir de ce moment, l'affection parut rester stationnaire.

Le 17 février 1868, la patiente distinguait à peine la lumière des ténèbres avec l'œil gauche; l'organe reste un peu plus volumineux que le droit et présente un paquet variqueux sur la conjonctive, au niveau de la portion de la sclérotique qui a été traversée par le couteau lancéolaire, lors de la ponction de l'œil. La cornée est saine, la chambre antérieure effacée. Dans le fond de l'œil, on distingue une *plaque, d'un jaune rougeâtre, parcourue de nombreux vaisseaux capillaires*. La patiente n'accuse aucune douleur, ni dans l'œil, ni autour de l'organe.

Le 11 mars, il se déclare dans la soirée, sans cause appréciable, une sensation d'éclairs devant l'œil gauche, suivie d'élancements. Bientôt se manifestent des douleurs vives dans l'œil et la partie correspondante de la tête. Ces douleurs persistent toute la nuit. Le lendemain, le globe est tendu, la chambre antérieure complétement effacée.

Le 13, les souffrances sont toujours vives; les paupières sont œdématiées; l'œil est considérablement augmenté de volume et tendu. M. Fano pratique une nouvelle ponction du corps vitré. Dans la journée, le cristallin est expulsé spontanément par l'ouverture faite aux membranes du globe. Il y a un soulagement momentané. L'œil reprend bientôt un volume plus considérable, et la cornée est entourée d'un chémosis à la partie inférieure. La patiente se plaint de douleurs dans la moitié latérale gauche du crâne. Les jours suivants, il y a des alternatives d'augmentation et de diminution dans le volume de l'œil; les douleurs suivent les mêmes phases.

Le 23 mars, l'œil présente un nouvel aspect : l'organe reste volumineux; le chémosis a disparu. Sur la conjonctive scléroticale, en bas et en dehors de la cornée, se voit un exsudat blanchâtre au milieu duquel existe une plaque d'un vert sale ressemblant à une mortification de la sclérotique. Le lendemain, la plaque a augmenté de largeur, et le 26, l'altération occupe non-seulement la sclérotique dans l'étendue d'une pièce de cinquante centimes environ, mais encore le tiers externe de la cornée, qui est détruite dans cette portion. La malade accuse, par intervalles, une sensation de fer rouge dans l'œil. M. Fano propose l'extirpation de l'œil à la patiente, qui accepte sans hésiter cette opération. L'énucléation de l'organe est faite, en respectant la capsule de Tenon. Les suites en sont simples : dès le 10 avril, la cavité conjonctivale est complétement cicatrisée, et la patiente porte un petit œil artificiel provisoire.

Examen de l'œil enlevé. — L'œil a le volume normal; il présente la forme du gland de chêne dont la base répondrait à la cornée. Celle-ci est détruite au moins dans les deux tiers externes de son étendue. A la place de la portion détruite existe une masse de couleur gris-brunâtre sale. La sclérotique se sépare facilement, par dissection, de la choroïde subjacente à laquelle elle est unie par le tissu cellulaire ordinaire. La choroïde est aussi séparée facilement, par dissection, de la masse subjacente. *Il n'y a pas de traces de rétine.* Le nerf optique est sain, nullement augmenté de volume; il se continue, après avoir perforé la sclérotique, avec un petit prolongement formé d'une substance molle qui se continue elle-même avec la masse occupant la cavité oculaire. Toute cette cavité est occupée, au-dessous de la choroïde saine, par une masse qui part du lieu d'épanouissement du nerf optique, pour se terminer en avant, au point de réunion de la sclérotique et de la cornée, détruites dans une portion de leur étendue. C'est la portion détruite de la partie antérieure de la coque fibreuse de l'œil, à travers laquelle la masse morbide commençait à se faire jour, qui simulait un ramollissement de la sclérotique.

Coupée d'avant en arrière, selon le diamètre vertical, la masse morbide qui remplit la cavité oculaire et qui a le volume d'une grosse noisette, présente, à sa partie centrale, une cavité qui semble être le vestige de l'espace occupé par le corps hyaloïde. La masse morbide elle-même ressemble à un gésier de canard; elle a une consistance assez forte dans toute son étendue, et elle est due à une dégénérescence de la rétine.

Examen microscopique. — La tumeur est examinée après plusieurs jours de macération dans l'acide chromique étendu d'eau. Elle se compose d'une trame fibreuse qui renferme dans ses mailles des cellules à un ou à deux noyaux. Les fibres sont plus fortes au centre qu'à la périphérie. Les cellules sont trop ratatinées pour pouvoir être examinées chimiquement. Le docteur Pfeiffer conclut, de cet examen, que la tumeur est de nature *fibro-plastique*.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 7 juillet 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture, du Commerce et des Travaux publics transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Lot-et-Garonne, de la Loire, de l'Oise, du Gers et de la Charente-Inférieure, dans les arrondissements de Montauban, de Saint-Malo, de Fontenay et de Morlaix (Comm. des épidémies);

2° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Charmasson de Puylavalle; d'Uriage (Isère), par M. le docteur Gogon; de Vittel (Vosges), par M. le docteur Pataison. (Commission des eaux minérales).

— M. le Ministre de l'Instruction publique envoie à chacun des membres de l'Académie un exemplaire de deux discours prononcés au Sénat dans les séances des 22 et 23 mai dernier.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un travail sur *la nature, l'étiologie et la curabilité de la phthisie pulmonaire*, par M. le docteur Louis Bouyer, de Saint-Pierre-de-Fursac. (Comm., MM. Louis, Chauffard et Hérard).

2° Une note sur le traitement de la phthisie pulmonaire, par M. Fauconnet, médecin à Lyon (même commission).

3° Une lettre de M. le docteur Péritot, renfermant les conclusions d'un ouvrage en cours d'impression sur la pathogénie de la rage, que l'auteur attribue à une intoxication purulente, se produisant chez les chiens et les chats au moment de la chute des dents caduques (crochets).

4° Une lettre de M. Mathieu, qui soumet à l'examen de l'Académie un nouveau porte-nitrate utérin, qu'il a fabriqué sur les indications de M. le docteur Coizeau.

5° Un mémoire de M. le docteur Garrigou, médecin aux eaux d'Ax (Ariége), intitulé : *Les Eaux thermales sulfureuses des Pyrénées, envisagées au point de vue de la spécialité et des moyens de réussite de chaque établissement*.

M. Vernois offre en hommage, de la part de M. le docteur Gallard, deux volumes contenant les quatre conférences sur l'hygiène, que ce médecin a faites à la Sorbonne aux instituteurs primaires venus à Paris pour l'Exposition universelle de 1867.

La première de ces conférences a pour sujet l'hygiène de l'enfant et de l'école;

La deuxième, l'hygiène des adultes et des habitations rurales;

La troisième, les premiers soins à donner aux malades et aux blessés en attendant l'arrivée du médecin;

La quatrième, l'influence des exercices corporels sur le développement des forces et l'entretien de la santé.

M. Larrey présente :

1° De la part de M. le docteur Tholozan, membre correspondant à Téhéran, une note historique sur le choléra dans l'Inde.

2° De la part de M. le docteur Simonnin, de Nancy, le compte rendu de l'assemblée générale de l'Association de prévoyance des médecins de la Meurthe.

3° Deux rapports en anglais sur les appareils et instruments de médecine et de chirurgie militaires à l'Exposition universelle de 1867.

4° Un volume en espagnol sur la laryngoscopie et la rhinoscopie, par M. Angelo Iglesias.

M. Guérin offre en hommage :

1° De la part de M. le docteur Varilhé, un exemplaire du discours qu'il a prononcé à la dernière séance annuelle de l'Association de l'Hérault;

2° Au nom de M. le docteur Charles Pellarin, un volume intitulé : *Souvenirs anecdotiques de médecine navale*, etc.

M. Bouley présente, au nom de M. André Janson, un mémoire sur la nouvelle détermination d'un type spécifique de race chevaline à cinq vertèbres lombaires.

M. Ricord présente, de la part de M. le docteur Bergeret (de Saint-Léger), un ouvrage intitulé : *De l'Urine*.

M. Cerise dépose sur le bureau deux brochures de M. le docteur J. Leudet sur les Eaux-Bonnes.

ÉLECTIONS.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

Les candidats sont présentés par la section dans l'ordre suivant :

1° M. Buignet;
2° M. Lefort;
3° M. Roussin;
4° M. Baudrimont;
5° M. Coulier;
6° M. Caventou.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 72, majorité, 37.

M. Buignet obtient........	57	suffrages.
M. Caventou........	8	—
M. Lefort........	5	—
M. Roussin........	1	—
M. Coulier........	1	—

M. Buignet, ayant obtenu la majorité absolue, est proclamé membre de l'Académie.

— L'Académie procède ensuite à la nomination d'une commission de sept membres, chargée de présenter une liste de candidats au titre d'associé étranger.

Sont nommés : MM. Baillarger, Béhier, Gosselin, Richet, Gavarret, Cerise, Peisse.

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE.

M. Hérard. J'avais demandé la parole à la séance dernière pour parler du lapin qui nous a été présenté par M. Colin. M. Barth a dit que chez ce lapin il n'y avait pas la moindre pneumonie caséeuse; je voulais dire qu'à première vue, la nature des produits pathologiques trouvés dans ces poumons n'était pas bien déterminée. On y pouvait voir, d'une part, de simples granulations isolées ou agglomérées sans le moindre phénomène inflammatoire, lésion décrite comme phthisie granulaire aiguë simple.

D'autre part, de petits noyaux de pneumonie lobulaire disséminés, mamelonnés; cette forme de pneumonie, affectant de simples lobules, qui n'est pas rare chez les jeunes enfants.

Pour savoir à quoi nous en tenir, nous avons parlé, ainsi que M. Chauffard, des parties de ces tumeurs à M. Cornil, qui nous a remis la note suivante :

« L'examen microscopique, fait d'abord sur des produits obtenus par le râclage des parties malades, a montré des globules de pus ou leucocytes en grande quantité, mesurant de 5 à 12 millièmes de millimètre; de grandes cellules mères, contenant de deux à dix noyaux ou des globules de pus dans leur intérieur : ces cellules mères, considérables dans leurs dimensions, possédant jusqu'à 3 et 4 centièmes de millimètre de diamètre, étaient très-nombreuses. Le râclage a montré, en outre, de petits fragments composés de petites cellules et de noyaux réunis en masses homogènes ; ces petits éléments mesuraient de 4 à 8 millièmes de millimètre.

« Ce procédé d'examen ne permettant pas de se prononcer sur la nature des altérations, M. Cornil a fait durcir le poumon dans l'acide picrique, qui a l'avantage de coaguler le sang et de durcir les tissus sans agglutiner leurs éléments et en les resserrant, et il a pratiqué des coupes sur les nodosités de nouvelle formation.

« Les sections ont montré, examinées d'abord dans l'eau pure, des masses homogènes, existant au centre des nodules, et, à la périphérie de ces masses, des alvéoles pulmonaires remplies d'éléments libres dans leur intérieur. Ces éléments, contenus dans les alvéoles de toute la partie périphérique des nodules, n'étaient autres que des globules de pus des cellules mères et des cellules d'épithelium remplissant complétement les alvéoles, lésion caractéristique de la pneumonie.

« En traitant les sections ainsi obtenues avec un pinceau, de manière à chasser tous les éléments libres dans les alvéoles pulmonaires, M. Cornil a isolé les parties solides qui faisaient corps avec la trame du poumon. Alors il a été facile de voir que la partie centrale des nodules présente des lésions très-voisines des granulations tuberculeuses de l'homme. Là, en effet, soit autour des bronches, soit autour des artères et des veines, on voit un tissu nouveau composé de petites cellules très-rapprochées les unes des autres au milieu d'une substance homogène : c'est une hyperplasie et une formation de tissu conjonctif embryonnaire autour de ces canaux, et les masses plus volumineuses de ce tissu nouveau ont une forme arrondie et présentent, à leur centre, une atrophie avec dégénérescence granuleuse de leurs éléments. Ces parties atrophiques ou caséeuses ne présentent pas de vaisseaux visibles, et la circulation sanguine ne s'y fait certainement plus.

« Il y a donc entre ces nodosités, grises à la périphérie, jaunâtres au centre, observées sur le lapin, la plus grande analogie avec les tubercules de l'homme : des granulations composées des mêmes éléments, se développant dans le même siége et s'atrophiant de même à leurs centres et autour d'elles une zone de pneumonie qui forme dans ce cas la moitié ou les deux tiers de la masse totale des nodosités. »

Le lapin de M. Colin a été tué trop tôt pour présenter le plein développement des lésions tuberculeuses; s'il eût duré six semaines de plus, il est probable qu'on aurait trouvé dans ses poumons des cavernules comme il existait sur lapin dont a parlé M. Lebert.

Reste à savoir si l'inoculation de produits non tuberculeux aurait amené les mêmes résultats; si, dans ce cas encore, on aurait constaté l'existence de toute les lésions dont se compose la phthisie. Il est regrettable que M. Colin, dont nous apprécions les travaux comme ils le méritent, ne se soit pas borné à élucider cette question.

Les observateurs anglais Sanderson et Wilson Fox ont signalé une différence très-importante entre les résultats qu'ils ont obtenus en inoculant tout autre chose et ceux que nous donnent les tubercules. Cette différence, signalée par Clark, c'est que les inoculations non tuberculeuses donnent bien lieu à des granulations, mais jamais à des pneumonies secondaires.

Il faudrait encore faire des expériences pour comparer les lésions produites par des substances diverses et celles qui résultent de l'inoculation des tubercules. Il est probable que ces dernières donneraient seules de vraies phthisies tout à fait semblables à celles qui se développent spontanément chez l'homme.

M. Guérin. Si la discussion devait se continuer aujourd'hui, il y aurait lieu de revenir sur la dernière expérience de M. Colin et d'examiner les points suivants :

1° L'existence de la pneumonie chez le lapin en question ;

2° La valeur des examens microscopiques pour reconnaître les caractères particuliers de la pneumonie et du tubercule ;

3° La véritable nature des lésions. A l'œil nu, les tubercules de ce lapin présentaient deux parties, dont l'une, centrale, était évidemment ramollie. Il faudrait rechercher leur véritable signification.

RAPPORT

M. Vigla lit un rapport sur un mémoire présenté par M. le docteur Macario, sous le titre « des pulsations aortiques, abdominales, idiopathiques. »

La partie descriptive de ce mémoire, dit M. le rapporteur, sans ajouter rien de nouveau à l'histoire pathologique d'un état aujourd'hui bien connu, mérite des éloges pour son exactitude et ses développements. Mais je ne puis admettre la doctrine de l'auteur sur le caractère d'essentialité qu'il lui attribue et sur son indépendance absolue de la maladie hystérique et hypocondriaque.

Selon M. Macario, les pulsations aortiques dont il est question constituent par elles-mêmes une névrose véritable, localisée dans les nerfs vaso-moteurs de la portion centrale de l'aorte, névrose qui tient

sous sa dépendance tous les autres phénomènes morbides offerts par les sujets qui en sont atteints.

Que la nature de ces pulsations soit essentiellement nerveuse, que leur exagération morbide soit due à une influence des nerfs vasomoteurs, personne ne le conteste : mais M. Macario ne justifie pas l'opinion, que dans un certain nombre de cas, ces battements constituent une névrose, indépendante de l'hystérie et de la chlorose.

Après avoir examiné les dix-huit observations rapportées par M. Macario, dont huit lui sont personnelles et dont les dix autres sont empruntées aux auteurs les plus recommandables, M. Vigla ajoute : Ainsi restreinte, l'existence des pulsations abdominales aortiques n'a pas l'importance que leur accorde l'auteur; mais son travail n'en est pas moins intéressant. On y trouve tout ce qui concerne ce nouveau et étrange phénomène.

M. le rapporteur rappelle les travaux antérieurs de M. Macario, et termine en proposant :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur;

2° De déposer honorablement son travail dans les archives;

3° De signaler l'auteur à l'attention de la commission chargée de présenter les candidats aux places de membres correspondants. (Adopté).

COMMUNICATION.

Sur le charbon.

M. Colin lit un premier mémoire sur les maladies charbonneuses.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Les animaux considérés comme réfractaires à l'inoculation du charbon, les carnassiers et les oiseaux, contractent cette maladie aussi bien que les solipèdes, les ruminants et les rongeurs, à la condition de recevoir une suffisante quantité de matières virulentes;

2° L'évolution de la maladie résulte d'un travail local et d'un travail général qui peuvent marcher parallèlement, ou dont l'un, en prenant de la prééminence, peut causer à lui seul presque tous les troubles morbides.

3° L'affection charbonneuse prend, suivant les animaux, suivant les conditions où ils se trouvent, le mode d'introduction du virus, des formes, des degrés, qui rappellent les formes et les degrés divers de la maladie développée spontanément.

Dans une prochaine communication, j'examinerai la virulence des liquides de l'économie et le rôle que les bactéries peuvent jouer dans les maladies charbonneuses.

M. Guérin. Cette question est d'une grande importance. Je suis heureux de voir une démonstration expérimentale d'une doctrine que j'ai émise depuis de longues années. J'ai dit que les maladies virulentes pouvaient revêtir des formes diverses et des caractères différents, suivant certaines circonstances, et pour rendre cette pensée, j'ai imaginé l'expression : *maladies ébauchées*. M. Colin vient de vous exposer la même doctrine.

M. Colin. J'y suis arrivé par les expériences. Je suis heureux de cette coïncidence, de voir l'induction et la clinique concorder parfaitement avec mes résultats expérimentaux; mais je n'ai pas été inspiré par les idées de M. Guérin, et elles n'ont pas influé sur mes conclusions.

M. Bouley. J'ai regretté d'entendre, dans le rapport de M. Colin, des insinuations et des allusions un peu énergiques aux récompenses données à ses confrères, MM. Davaine et Chauveau.

M. Guérin. Il ne suffit pas de dire qu'on a été inspiré par autre chose pour ne pas tenir compte des travaux antérieurs. M. Colin aurait dû, au moins, rappeler la date des doctrines qu'il connaissait parfaitement.

M. Colin. Dans ce que j'ai dit, j'ai certainement attaqué M. Davaine, mais c'est face à face et non obliquement. Je m'en prends à M. Davaine et à la commission de l'Institut qui lui a décerné une récompense, probablement sans avoir pris le soin de contrôler et de répéter ses expériences.

Quant à une autre insinuation qu'on peut trouver dans mon rapport, lorsque je dis que les virus n'agissent pas en quantité infinitésimale, cette insinuation ne regarde pas seulement M. Chauveau, mais les auteurs du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie vétérinaires*. MM. Bouley et Raynal, eux aussi, ont prétendu qu'il suffisait d'une quantité inappréciable d'un virus d'un seul globule pour produire les maladies virulentes. Or, j'ai pris jusqu'à un millimètre cube de sang sur un animal atteint du charbon; il y a plusieurs milliers de globules dans un millimètre de sang. Eh bien! cette quantité relativement considérable n'a pas suffi pour communiquer le charbon, même à un moineau.

La séance est levée à cinq heures dix minutes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de chirurgie, par le docteur Fano, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Ouvrage accompagné d'un grand nombre de figures dans le texte. — Tome Ier. Première partie : pathologie générale chirurgicale, maladies des divers tissus et des divers organes; fractures. 1 vol. in-8° de 463 pages. Prix : 6 francs. — Paris, 1868. Chez Adrien Delahaye, éditeur.

Deuxième lettre d'un matérialiste à Mgr Dupanloup, par M. le docteur Fabricius. Prix : 30 centimes. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

De la responsabilité médicale, par le Dr Vailhé, vice-président de l'Association des médecins de l'Hérault, agrégé libre de la Faculté de médecine de Montpellier. In-8. Prix : 50 c. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Des bains de mer sur les plages du Nord. Conseils aux baigneurs par le Dr Lemarchand, médecin des bains de mer du Tréport. 40 pages petit in-8°. Prix : 1 fr. — Paris, 1868, F. Savy.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal; et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Taille uréthrale chez la femme.

Voici dans quelles circonstances nous avons vu pratiquer par M. Richet, il y a quelles semaines, cette opération, qui est des plus faciles.

Une jeune femme était entrée à la Pitié pour une affection, qui avait été considérée précédemment comme utérine, mais dont les symptômes principaux se rapportaient à la vessie. L'urine était louche et purulente, les besoins d'uriner presque incessants, et les douleurs hypogastriques assez intenses.

L'emploi de la sonde et le toucher révélèrent également la présence d'un calcul dans la vessie. Ce calcul était volumineux; on pouvait le sentir à la fois par le vagin et par l'hypogastre, et le mesurer, pour ainsi dire, entre les doigts.

Ses diamètres étaient inégaux; car suivant qu'il se présentait dans telle ou telle position, il paraissait faire une saillie plus ou moins forte.

Quel procédé fallait-il choisir pour débarrasser la malade de ce calcul? la taille, ou la lithotritie?

M. Richet repoussa la lithotritie, comme n'offrant jamais chez la femme les mêmes avantages que chez l'homme.

Chez l'homme, l'opération de la taille est toujours dangereuse, quel que soit le procédé que l'on choisisse; et comme le canal de l'urètre est très long et peu dilatable, il faut d'abord broyer les calculs pour qu'ils puissent le traverser.

Chez la femme, l'urèthre est court; il peut subir sans inconvénient une dilatation considérable; et cette dilatation se fait si aisément pendant l'anesthésie, que des auteurs anglais ont proposé de l'opérer, toutes les fois qu'il peut être bon de porter le doigt dans la vessie, pour assurer un diagnostic.

On peut donc retirer ainsi des calculs petits ou moyens; et on peut réussir encore, quand le calcul est plus volumineux, en ajoutant une incision à la dilatation forcée.

Cette incision doit se faire en haut, sur la ligne médiane; elle doit comprendre le col vésical et s'étendre jusqu'à la symphise pubienne. Dans cette région, on ne rencontre aucune artère.

Le manuel opératoire est excessivement simple; si l'on ne possède pas un instrument spécial, semblable au lithotome caché du frère Come, on peut se servir d'un bistouri porté sur une sonde cannelée; avec cette sonde on abaisse le col vésical, au moment où on le sectionne en relevant la pointe du bistouri.

M. Richet n'a jamais vu survenir le moindre accident à la suite de ce genre de taille, et il le préfère infiniment à la lithotritie.

L'application des instruments lithotriteurs est très-dangereuse lorsque la vessie est enflammée, comme elle l'était chez la malade dont il est question. Les séances de broyement doivent être répétées à intervalles assez longs, et l'irritation qu'elles déterminent peut se propager jusqu'aux urètères et jusqu'aux reins. C'est donc un procédé lent, pénible et dangereux.

La taille uréthrale, au contraire, supprime le corps étranger et amène la guérison en une séance. Elle est applicable à des cas où le corps étranger n'est pas de nature à être broyé; et s'il est trop considérable pour être extrait en son entier, elle permet de le briser, pour ainsi dire, à ciel ouvert.

Après avoir exposé ces principes, M. Richet les appliqua.

La malade fut endormie par le bichlorure de méthylène; et quand l'urèthre eût été divisé à l'aide d'un lithotome, M. Richet introduisit le doigt dans la vessie. A son grand étonnement, il trouva deux saillies pointues et piquantes à l'extrémité du calcul. Il dut guider avec le doigt les pinces dont il se servait pour diriger ces deux pointes au dehors.

Lorsque le calcul fut retiré, on constata qu'il s'était formé autour d'une aiguille à cheveux; il était très-dur et avait le volume d'un œuf. Et cependant on l'avait extrait sans difficulté.

L'écoulement sanguin, d'abord abondant, fut vite arrêté par des applications d'eau froide.

Dès le lendemain, la cicatrisation était déjà assez avancée pour que la malade retînt ses urines. Elle sortit guérie quelques jours plus tard.

Il nous a semblé qu'il était bon de signaler à l'attention de nos lecteurs une opération que tout médecin peut faire, et qui ne présente à peu près aucun danger.

Genèse des êtres inférieurs et des éléments anatomiques.

Nous avons combattu et combattrons toujours la subordination des faits aux théories.

Nous n'admettons pas qu'armé d'un système, on veuille repousser comme vaines les données de l'observation et de l'expérience. Le système est une entité artificielle, hypothétique; le fait, une réalité. Fuir celui-ci pour celui-là, c'est abandonner la proie pour l'ombre.

Toutes les fois donc que le certain se trouve en face de l'incertain, la chose observée en présence d'une supposition faite *à priori*, il faut tenir la supposition pour non avenue, et recouvrer sa liberté d'esprit la plus complète, avant de s'attacher à l'étude de la nature.

Cette liberté d'esprit, les *gens à systèmes* en sont absolument privés, et c'est pourquoi il faut se garder de devenir systématique. Mais on n'arrive pas du premier coup à la certitude, et par l'hypothèse on avance sur les domaines de l'incertain.

Il faut donc user sagement de l'hypothèse. Il faut s'habituer à prévoir les différentes solutions que chaque problème paraît susceptible de recevoir. Cette gymnastique intellectuelle est indispensable pour ceux qui veulent pouvoir juger en connaissance de cause, quand les preuves seront venues.

En première ligne, parmi les problèmes qui ont le privilége d'intéresser tous ceux qui s'occupent des êtres vivants, se trouve celui de savoir quelle est l'origine, ou quelles sont les origines de la vie.

La part de ce problème qui incombe à la science expérimentale est assez restreinte; car, à présent du moins, les espèces animales, visibles à l'œil nu, ont une grande fixité, et la propagation s'y fait généralement à l'aide de germes.

Ainsi l'animal supérieur reçoit la vie d'un autre animal semblable à lui; mais en est-il de même pour les organismes inférieurs, pour les êtres microscopiques?

Cette question a soulevé de grandes discussions devant l'Académie des sciences. Les savants se sont divisés en ovaristes et partisans de la génération spontanée. L'Académie s'est déclarée en faveur des premiers; mais les derniers ne sont pas convaincus, et l'un d'entre eux, M. Georges Pennetier, vient de publier un livre où il reproduit tous leurs arguments et maintient toutes leurs assertions.

Nous n'analyserons pas cet ouvrage. Notre but n'est pas d'en faire l'éloge ou la critique; car nous envisageons le sujet dont il traite, à un point de vue bien différent. Ce n'est pas surtout en elle-même que la genèse des animaux microscopiques peut intéresser les médecins; c'est parce qu'elle donne lieu aux mêmes hypothèses que la genèse des éléments anatomiques et des tissus: hypothèses dont l'influence se fait sentir journellement dans la pratique de notre art.

M. Virchow dit que « toute cellule vient d'une cellule; » comme les ovaristes, « que tout animal vient d'un animal. »

M. Robin admet la génération spontanée d'une cellule aux dépens d'un blastème; comme M. Pouchet celle d'un animal aux dépens de quelque matière organique préexistante.

Aussi M. Georges Pennetier a-t-il bien soin de s'appuyer sur l'autorité de M. Robin et les expériences de ses élèves.

Mais pour démontrer que les cellules, ou que les animaux inférieurs peuvent, ou ne peuvent pas, naître spontanément, les difficultés sont les mêmes. Les expériences de M. Onimus et celles de M. Lortet, les expériences de M. Pouchet et celles de M. Pasteur sont contradictoires les unes aux autres. *Adhuc sub judice lis est.*

Voyons comment se pose la question, en attendant que le contrôle expérimental lui ait donné une solution définitive.

Nous nous servons du terme « ovaristes » pour désigner les adversaires des générations spontanées, faute d'en connaître un meilleur. Pourtant cette épithète, pas plus que celle de « panspermistes, » également employée, n'est rigoureusement exacte. En effet, la base de ce système n'est pas l'existence forcée d'œufs ou de germes : c'est l'intervention nécessaire d'un facteur vivant pour la formation d'un autre être.

Les ovaristes ne croient pas que, de notre temps, la vie puisse surgir en se créant de toutes pièces : ils admettent qu'elle se transmet.

Ils ne comprennent pas non plus qu'elle se conserve isolément de la matière, et d'une matière organisée.

Tels sont les principes fondamentaux qui sont communs à tous les adversaires des générations spontanées.

Ces principes ont inspiré la pathologie cellulaire et le système de physiologie histologique de M. Virchow.

M. Virchow personnifie avec éclat toute une école, qui veut appliquer à chaque particule vivante ce que d'autres ont dit de l'animal entier. Comme notre intention n'est pas ici de faire une étude historique, nous ne parlerons pas de ceux qui l'ont précédé dans cette voie, et qui lui ont fourni la célèbre formule : « Toute cellule provient d'une cellule : *Omnis cellula a cellula.* »

En face de cette école se posent les partisans de la génération spontanée, dont l'axiome fondamental est d'admettre l'intervention indépendante de la vie, ou tout au moins la conservation du principe vital, indépendamment de tout être, de tout élément organisé.

Le blastème de M. Robin est une sécrétion amorphe et pourtant vivante; il porte en lui le principe formateur qui fait apparaître les tissus.

D'autres vont plus loin, et, en Angleterre, ont s'est efforcé de montrer que les éléments constitutifs des tissus vivants peuvent se former sans blastème, sans sécrétion préparatoire, sans intervention organique d'aucune sorte, dans un mélange de quelques liquides inanimés.

Ce n'est pas chose indifférente pour la pratique médicale ou chirurgicale de se rattacher à telle ou telle de ces hypothèses.

Ainsi les liquides épanchés à la suite des traumatismes sont, suivant les uns, des blastèmes, nécessaires pour la formation de tissus nouveaux; suivant les autres, ils sont de vrais corps étrangers, qui dans une certaine mesure gênent le travail réparateur.

D'où cette conséquence que les uns chercheront à faire écouler, jusqu'aux dernières gouttes, ces liquides, à mesure qu'ils se formeront; tandis que les autres se borneront à les préserver du contact de l'air extérieur et des germes, qui pourraient exercer sur eux une action funeste.

Je prends cette exemple entre mille, pour montrer quel est l'intérêt de ces hypothèses, sur lesquelles je reviendrai prochainement.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BROCA (1).

Sur la pilimiction et le trichiasis des voies urinaires.

J'ai été consulté, il y a environ quinze jours, par un malade de Roanne, âgé de 61 ans et atteint, depuis trois ans et demi, d'une affection des voies urinaires. Au début, il constata d'abord l'issue, par le méat urinaire, d'une matière qu'il prit pour du liquide séminal; mais son médecin reconnut bientôt qu'il s'agissait surtout d'une affection de la vessie, caractérisée par « des envies fréquentes d'uriner, des mixtions douloureuses et des urines qui renfermaient du sable fin, des mucosités filantes et des poils. » (Note du docteur Tauchet, de Roanne). Un voyage à Contrexeville fut suivi d'une amélioration passagère. Plus tard, le malade, craignant d'être atteint de la pierre, alla consulter M. Valette, de Lyon, qui le sonda et ne trouva aucun calcul.

Les mêmes accidents, avec diverses alternatives, ont persisté jusqu'à ce jour. Au mois de février dernier, la défécation était devenue douloureuse. M. Tauchet constata l'existence d'une tuméfaction uniforme de la prostate.

Le malade, après m'avoir fourni les renseignements qui précèdent et quelques autres peu importants, m'a montré quelques fragments de poils qu'il a rendus avec ses urines. Dans la même boîte, se trouvaient des petits fragments d'une matière calculeuse qu'il avait recueillis, à diverses reprises, au fond de son vase. Plusieurs médecins de Paris avaient déjà vu cette espèce de sable et n'avaient manifesté aucune surprise, sachant que l'existence des dépôts sablonneux est habituelle dans les cas de pilimiction. Mais, en examinant de plus près le contenu de la boîte, j'y trouvai, au milieu des grains calculeux proprement dits, deux petites lamelles dures, sèches, minces, recoquillées et semblables aux débris de la coquille d'un tout petit mollusque. Je jugeai que ce devaient être des fragments de lamelles osseuses.

Interrogés avec soin, le malade et sa femme me racontèrent alors qu'à plusieurs reprises, des lamelles semblables et même plus grandes avaient été rendues avec les urines. Ils avaient cru que c'était une forme particulière de gravelle. Lorsque je leur demandai s'ils n'avaient jamais vu de fragments plus volumineux que l'on pût comparer à des

(1) Lu à la Société de chirurgie dans la séance du 1er juin 1868.

morceaux d'os, ils répondirent négativement et parurent étonnés de ma question. Ils n'avaient jamais vu, dirent-ils, que des fragments très-petits, à l'exception d'une pierre du volume d'un petit pois, *laquelle était très-dure*. Cette pierre avait des contours irréguliers, mais arrondis; elle était polie, veinée de blanc et de gris très-clair, et ressemblait à un morceau de marbre poli. Supposant qu'il s'agissait d'une dent rudimentaire, j'insistai beaucoup pour voir ce fragment, que le malade croyait avoir apporté avec lui; mais il ne put retrouver la petite boite dans laquelle il le conservait.

Malgré ce contre-temps, je crus pouvoir diagnostiquer un cas de pilimiction provenant de l'ouverture d'un kyste fœtal de la vessie. Pour compléter mon examen, je voulus introduire dans l'urèthre une sonde d'argent. Le malade s'y opposa, parce qu'il avait trop souffert, disait-il, dans les cathétérismes auxquels il avait été précédemment soumis, mais il me confia du moins la boîte où il conservait les corps qu'il avait rendus avec ses urines, et je pus ainsi examiner ces corps au microscope.

J'ai fait cet examen à l'hôpital, en présence de mes élèves, à qui j'avais d'abord exposé mon diagnostic. L'un des fragments de lamelles recourbées, dont j'ai parlé plus haut, fut placé sur le porte-objet : il était assez mince pour être transparent; lorsqu'il fut humecté, il se laissa redresser aisément par la pression de la plaque supérieure, et nous pûmes constater alors qu'il s'agissait réellement d'un fragment de squelette.

J'ai conservé cette préparation, qui est actuellement déposée sur le porte-objet du microscope de la Société. Chacun de vous peut l'examiner. Ce n'est pas du tissu osseux véritable, mais bien une lamelle de cartilage dont la gangue est incrustée d'une grande quantité de granulations calcaires. Les cellules de cartilage présentent l'aspect le plus caractéristique : elles sont très-nombreuses, très-rapprochées et présentent les caractères que l'on rencontre dans les cartilages embryonnaires. Ce cartilage embryonnaire s'est incrusté de sels calcaires, mais n'a pas subi une ossification régulière; en devenant ferme, dur, cassant et opaque comme une lamelle d'os, il a conservé ses éléments microscopiques, de sorte qu'il n'existe pas d'ostéoplaste dans le fragment soumis à votre examen. Dans les points les moins transparents, là où les dépôts calcaires sont le plus abondants, les cavités du cartilage sont déformées, ratatinées; mais, en les étudiant avec soin, on voit que ce ne sont pas de véritables ostéoplastes.

Il suffit, d'ailleurs, qu'un fragment de cartilage embryonnaire ait été rendu avec les urines, pour que nous soyons autorisés à dire que la pilimiction est due à la communication établie entre les voies urinaires et un kyste fœtal. Le fait deviendrait plus intéressant, mais le diagnostic ne serait pas plus certain si le malade retrouvait le petit corps dentiforme que je considère, sans l'avoir vu, comme étant probablement une dent rudimentaire, et si l'examen microscopique y démontrait l'existence des tissus dentaires.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que j'ai également examiné au microscope l'un des poils contenus dans la boîte, et constaté que c'est un poil bien caractérisé, un poil humain. Si l'on m'objectait que le malade a pu, comme plusieurs autres dont on connaît l'histoire, introduire des poils dans son urine pour s'amuser à tromper les médecins, je répondrais qu'il s'agit ici d'un homme âgé et sévère, incapable de supercherie, et que, d'ailleurs, les débris de squelette que j'ai trouvés dans sa boîte, à son grand étonnement, suffisent parfaitement pour établir le diagnostic.

Ce cas diffère de ceux qui sont connus jusqu'ici par plusieurs particularités intéressantes : d'abord, l'âge où les accidents ont débuté (57 ans); — ces accidents se montrent, en général, beaucoup plus tôt; deux fois seulement ils ont commencé à 51 et 52 ans, jamais plus tard; — puis l'expulsion, à l'extérieur, de divers fragments de squelette et probablement d'une dent. Delpech a extrait une fois, de la vessie d'une jeune femme, après avoir dilaté l'urèthre, un corps gros comme un œuf de poule, où l'on trouva des poils implantés sur un lambeau de peau, et un petit os irrégulier dans lequel était fixée une petite dent. Mais, jusqu'ici, les malades n'avaient expulsé spontanément que des poils. Enfin, le point le plus saillant de mon observation, celui qui en fait la principale importance, c'est que *le sujet est un homme*, et que cependant la pilimiction provient d'un kyste fœtal.

Pour montrer l'importance de ce fait, je résumerai l'histoire de la question de la pilimiction. On trouve dans la science un assez grand nombre d'observations qui s'y rapportent, mais le seul travail d'ensemble est celui que Rayer a publié, en 1850, dans les *Mémoires de la Société de biologie*.

Il a cru devoir admettre, comme ses prédécesseurs, deux sortes de cas se rattachant, les uns à la *pilimiction* proprement dite, les autres au *trichiasis* simple ou essentiel des voies urinaires. Le trichiasis est constitué par des poils nés sur la muqueuse urinaire; la pilimiction est symptômatique d'un kyste fœtal ouvert dans la vessie.

En admettant cette distinction, Rayer ne s'est pas dissimulé qu'il y avait lieu de se mettre en garde contre diverses causes d'erreurs. Des poils peuvent être introduits dans la vessie à travers l'urèthre, et simuler un trichiasis. Ainsi, Civiale a signalé l'introduction involontaire de poils détachés du pubis, égarés sur le méat urinaire, et poussés par une sonde jusque dans la vessie, surtout chez les malades qui se sondent eux-mêmes. Dans un cas cité par M. Paget, et où l'ouraque persistant, faisait largement communiquer la vessie avec l'extérieur, on trouva, au centre d'un calcul vésical, un poil *unique* qui était probablement tombé dans la vessie à travers cette ouverture.

D'autres fois, ce sont des femmes aux goûts bizarres, qui se sont introduit des mèches de poils dans la vessie. Tel fut le cas célèbre qui donna lieu, au dernier siècle, à une correspondance entre Hans Sloane et Leeuwenhoek. Une dame, d'un âge respectable, rendit une touffe de poils qui fut envoyée à Leeuwenhoek. Celui-ci constata, au microscope, que ce n'était pas des poils, mais de la laine, et qu'au milieu de cette touffe de laine, il y avait de tout petits fragments de bois et de paille, toutes choses qui ne peuvent s'engendrer dans l'intérieur du corps. Un autre cas, plus piquant, a été publié par M. Cruveilhier. Un chirurgien anglais montra, le 23 juillet 1814, à la clinique de M. Dupuytren, un calcul qui avait pour noyau une longue mèche de cheveux, et qui avait été retiré, à Londres, de la vessie d'une dame. Comme la couleur de la mèche différait de celle des cheveux de la malade, que celle-ci était, d'ailleurs, « une dame de qualité, de mœurs pures, » et qu'elle assurait, en outre, ne s'être jamais rien introduit dans la vessie, le chirurgien était persuadé que la mèche s'était formée dans cet organe; mais il fut reconnu, plus tard, que les cheveux étaient liés par un fil, ce qui n'a pas besoin de commentaires.

Rayer signala, en outre, une cause d'erreur d'un ordre tout différent : il cita des cas où des filaments filiformes avaient été rendus par l'urèthre et où il avait été reconnu, grâce à un examen plus attentif, et surtout à l'aide du microscope, que ces filaments étaient constitués par des mucosités incrustées de sels calcaires, sans aucune trace de poils.

Éliminant ainsi bon nombre de cas de trichiasis des voies urinaires, il ne poussa pourtant pas le scepticisme jusqu'à nier l'existence de ce trichiasis. Il admit donc, comme deux espèces parfaitement distinctes, le trichiasis et la pilimiction, et s'efforça de chercher des faits propres à établir la réalité de ces deux affections.

Pour la pilimiction, la démonstration fut facile : il y avait en effet, dans la science, sans parler de plusieurs cas qui n'étaient que probables, cinq observations bien positives : trois avaient été complétées par l'autopsie : c'étaient celles de de la Rivière, d'Hamelin et de Philipps. Dans ces trois cas, après avoir constaté l'existence de la pilimiction pendant la vie, on avait trouvé, à l'autopsie, des kystes fœtaux très-évidents, ouverts spontanément dans la vessie.

Deux autres faits, quoique non suivis d'autopsie, n'étaient pas moins concluants : c'était d'abord celui de Delpech, que j'ai déjà indiqué. La masse que ce chirurgien enleva de la vessie à travers l'urèthre dilaté renfermait, comme on l'a vu, des poils, de la peau, un os et une dent qui provenaient manifestement d'un kyste fœtal. L'autre cas était emprunté à la pratique de notre collègue, M. Larrey. Une femme de 33 ans vit persister, après sa troisième grossesse, une tumeur du volume d'un œuf de poule, qui occupait la fosse iliaque gauche. Cette tumeur devint plus tard le siége d'une inflammation douloureuse, puis elle suppura et s'ouvrit à la fois à l'extérieur, vers la partie gauche de l'hypogastre, et à l'intérieur, dans la vessie. Des poils et de la matière grasse furent rejetés à la fois par l'urèthre et par les fistules hypogastriques. Ayant constaté, avec la sonde, l'existence d'un volumineux concrétus calculeux dans la vessie, M. Larrey élargit d'abord, par une incision, la fistule extérieure, pénétra dans une cavité kystique, où il trouva une mèche de cheveux, puis découvrit profondément une ouverture qui communiquait avec la vessie, débrida cette ouverture et parvint ainsi dans la vessie, d'où il retira un volumineux calcul formé autour d'un amas de poils. La malade guérit comme celle de Delpech, mais ces deux faits sont aussi concluants que des autopsies.

L'existence de la pilimiction symptomatique de kystes fœtaux ouverts dans la vessie étant ainsi démontrée par des faits anatomiques incontestables, Rayer s'occupa de réunir des faits relatifs au trichiasis simple; mais ici, les observations anatomiques lui firent presque entièrement défaut. Pour toute preuve il ne trouva, dans la science, qu'une phrase de Bichat qui, parlant des poils des membranes muqueuses, avait dit : « On en a vu dans la vessie, l'estomac, les intestins. Divers auteurs en citent des exemples. *J'en ai trouvé sur des calculs des reins.* » Cette assertion sommaire est d'autant plus loin de constituer une preuve, qu'on connaît aujourd'hui les faux poils ou filaments filiformes des voies urinaires, et que Bichat ne donne aucun détail propre à montrer qu'il ait échappé à cette cause d'erreur.

Rayer avait le sens trop droit pour édifier, sur une base aussi fragile, la théorie du trichiasis urinaire essentiel. Il reconnaissait que, dans tous les cas où la cause de la présence des poils dans l'urine avait pu être anatomiquement constatée, on avait trouvé qu'il s'agissait de kystes fœtaux, et il faisait bon marché de l'assertion sans preuves de Bichat. Il était naturel, d'après cela, de se demander si les cas où la guérison des malades, où l'interdiction de l'autopsie avait empêché de découvrir l'origine des poils urinaires, n'étaient pas de même nature que ceux où l'existence d'un kyste fœtal avait été constatée. Pourquoi donc continua-t-il à admettre résolûment la réalité du trichiasis simple, et pourquoi son travail a-t-il contribué à dissiper les doutes conçus déjà par plusieurs de ses prédécesseurs? Ceci se rattache à une question d'un tout autre ordre, que je n'ai pas l'intention de traiter ici, l'origine des kystes fœtaux. C'est un fait bien connu que ces kystes sont très-communs dans l'ovaire, et on est assez généralement disposé à les considérer comme des produits de conception ovarique. Pour ma part, ayant eu plusieurs fois l'occasion de trouver dans l'ovaire de petites filles encore éloignées de l'âge de la puberté, des kystes fœtaux en tout pareils à ceux qui, après la puberté, sont considérés comme des produits de conception, je suis convaincu que la plupart de ces kystes datent de la vie embryonnaire, soit qu'on veuille les rattacher à la théorie de l'inclusion fœtale, ou que, suivant une opinion qui me semble bien plus probable, on les attribue simplement à une hétérotopie, consécutive à la constitution défectueuse d'un germe unique; et ce qui dépose surtout contre l'hypothèse d'une grossesse ovarique, c'est que l'on a trouvé chez l'homme, dans un grand nombre de régions du corps, y comprise la région abdominale, des kystes fœtaux tout à fait semblables à ceux de l'ovaire.

Mais Rayer était de ceux qui considéraient les kystes fœtaux ovariques comme des produits de conception. Il était donc disposé à croire que la pilimiction symptomatique des kystes fœtaux ne pouvait se présenter que chez les femmes déjà pubères. Or, il se trouvait précisément que les cinq cas où la cause de cette pilimiction symptomatique avait été anatomiquement démontrée, étaient relatifs à des femmes pubères ou mariées. Cette circonstance paraissait décisive, et si la pilimiction symptomatique était toujours due à un produit de conception ovarique, il fallait bien trouver une autre explication pour les cas où les poils urinaires avaient été rendus par des sujets du sexe masculin ou par des filles encore impubères.

Ce fut ainsi que Rayer fut conduit à maintenir, comme une espèce bien différente de la pilimiction, le trichiasis essentiel des voies urinaires, auquel il rattache presque tous les faits cliniques sans autopsie. Il aurait peut-être mis plus de réserve dans l'interprétation de ces faits, s'il avait su que la pilimiction véritable, la pilimiction fœtale, peut exister chez l'homme aussi bien que chez la femme.

L'observation que je viens de vous communiquer tire donc son importance du sexe du malade sur lequel je l'ai recueillie. Je ne me crois pas autorisé, pour cela, à nier l'existence du trichiasis essentiel. Il est démontré que des poils peuvent se former accidentellement sur plusieurs points de la muqueuse digestive, non-seulement chez les herbivores et chez le chien, mais encore chez l'homme. Il n'y a donc aucune raison pour nier *à priori* la possibilité d'une production de poils par la muqueuse urinaire. Mais, en fait, les preuves directes de cette possibilité nous font défaut jusqu'ici. On n'en avait qu'une preuve indirecte, tirée de la présence des poils dans l'urine des individus du sexe masculin, et le fait que j'apporte ôte toute valeur à cette preuve. Je crois donc pouvoir conclure, de mon observation, que l'existence du trichiasis essentiel des voies urinaires n'est pas encore démontrée.

SUR LES MÉTHODES PERFECTIONNÉES

de l'extraction de cataracte

Tel est le titre d'un travail que M. Wolfe d'Aberdeen a fait paraître dans plusieurs numéros de la *Lancet* (1) de Londres, et qui nous paraît mériter, à plusieurs titres, l'attention des chirurgiens français.

L'auteur anglais a cherché d'abord à examiner toutes les méthodes classiques d'opération de la cataracte, en indiquant successivement les avantages et les inconvénients de chacune d'elle.

La méthode de l'extraction à *lambeau kératique*, que l'on cherche aujourd'hui, à tort, à rejeter de la pratique chirurgicale, est une des plus rationnelles et des plus jolies opérations oculaires. Lorsqu'elle est bien exécutée et que le malade se trouve dans des conditions favorables, elle peut être appelée le *chef-d'œuvre* de la chirurgie, comme dit très-judicieusement M. Wolfe. Tel est aussi notre manière de voir, et nous pensons qu'aucune autre méthode ne peut remplacer dans ses résultats définitifs la méthode de l'extraction à lambeau; elle présente aussi beaucoup de sécurité, surtout si elle est pratiquée d'après le procédé modifié de M. Desmarres, père.

L'avantage de cette modification est incontestable, et pour donner plus de chances à la réunion par première intention d'une large plaie cornéenne, M. Desmarres prolonge son incision sous la conjonctive et fait un lambeau kérato-conjonctival. Le lambeau de la conjonctive détaché se réunit facilement dans les premières 24 heures et entraîne à la suite la réunion de la plaie cornéenne elle-même.

Mais cette méthode ne pouvait être appliquée avec succès que dans des cas particuliers, libres de toutes complication; tandis qu'elle est contre-indiquée, comme dit justement M. Wolfe, dans des cas bien nombreux : 1° lorsque la pupille est adhérente; 2° dans des cas de ramolissement du corps vitré (synchésis); 3° dans l'hydropisie de la chambre antérieure; 4° dans les opacités ou la conisité centrale de la cornée; 5° Dans le staphylôme postérieur; et 6° dans le glaucôme.

Cette opération ne pourra pas être pratiquée non plus lorsque le malade souffre d'une affection du cœur, des poumons (emphysème, asthme, anévryme, etc.), lorsqu'il a des attaques épileptiformes, etc.

Dans ces circonstances, les résultats de l'extraction à lambeau étant très-douteux, on a cherché, il y a quelque temps, à la remplacer par la méthode d'abaissement. Mais l'expérience vint bientôt démontrer que la méthode d'abaissement était encore moins favorable dans ses résultats définitifs que la précédente. C'est alors que vint l'idée de la modification de la méthode de l'extraction, en la combinant avec l'excision de l'iris. M. Desmarres père fut le premier, comme dit M. Wolfe, qui recommanda d'exciser l'iris chaque fois qu'il se présentait sur le couteau pendant l'extraction de la cataracte; les résultats n'en n'étaient pas moins satisfaisants. Les adhérences de l'iris le forçaient aussi de faire une excision de l'iris. Ainsi, en 1857, M. Desmarres avait pratiqué l'extraction avec excision de l'iris chez la baronne Folgosa, de Lisbonne, et chez le général Lopez, en présence de M. Nélaton, parce que dans ces deux cas l'iris était adhérent à la capsule.

Ces faits sont cités par M. Wolfe comme les premières tentatives isolées de la méthode d'extraction de la cataracte avec excision de l'iris. M. Graefe a eu le mérite d'avoir généralisé cette méthode combinée, en proposant de faire, à l'aide d'une curette, l'extraction de la cataracte par une plaie linéaire, et, en prévenant la contusion de l'iris et son inflammation consécutive, l'excision de cette membrane ne pouvait que favoriser le résultat définitif.

Mais la méthode de l'évulsion du cristallin avec une curette amenait très-souvent des accidents graves, par la trop grande pression qu'on exerçait sur la plaie de la cornée ; la suppuration de la cornée et l'irido-choroïdite en étaient souvent la conséquence.

Pour obvier à ces inconvénients, M. Graefe a eu l'heureuse idée de proposer une nouvelle modification à l'extraction linéaire, et il lui a donné le nom de « l'extraction linéaire modifiée. »

Elle consiste, comme on sait, dans une incision semi-lunaire ou presque linéaire, pratiquée au bord de la cornée, au moyen d'un petit couteau fin, ressemblant à un canif. La ponction est faite à 2 millimètres du bord de la cornée, dans la sclérotique, et le couteau franchit toute la chambre antérieure pour ressortir du côté opposé et aussi à 2 millimètres du bord cornéen, dans la sclérotique elle-même. L'incision semi-lunaire, faite au bord de la cornée, termine la première partie de l'opération. Vient ensuite l'excision de l'iris, l'incision de la capsule et l'extraction du cristallin.

Cette opération présente des avantages incontestables, surtout au point de vue de la réunion de la plaie par première intention; les bords de l'incision presque linéaire restent en coaptation et ne rencontrent aucun obstacle à la cicatrisation. Mais à côté de ces avantages, elle a ses inconvénients, qui ne manquent pas de gravité. Et d'abord, la sortie d'un cristallin volumineux ne se fait souvent que très-difficilement à travers une plaie linéraire; ensuite, cette incision se faisant à la sclérotique et dans un endroit très-rapproché de la zone de Zinn, il en résulte souvent la rupture de la membrane hyaloïdienne et l'issue du corps vitré avant que le cristallin ait été retiré, ce qui peut compromettre le résultat définitif de l'opération.

Cet accident est fréquent dans cette méthode, et M. de Graefe luimême l'avait observé 13 fois sur 100 opérés. Cet accident, de même que différentes complications possibles d'une autre nature font que les résultats définitifs de cette méthode ne sont pas aussi brillants que ceux de l'extraction à lambeau. Il y a, en effet, un assez grand nombre d'opérés chez lesquels une seconde opération, pour la cataracte secondaire, doit être pratiquée. Les cas d'insuccès complet, par suite

(1) The Lancet, 1866, april 11 et 25, may 9 et 23, et june 6.

de l'irido-choroïdite et de l'irido-cyclite, d'épanchement sanguin interne, etc., ne sont pas non plus très-rares, comme on peut juger par les statistiques des auteurs allemands.

Après avoir analysé ces différentes méthodes, M. Wolff fait une description d'une nouvelle méthode dont il est l'auteur. Cette méthode (1), en réunissant les avantages et les sécurités des différents procédés récents, ne paraît cependant pas présenter leurs inconvénients et leurs dangers.

La méthode de M. Wolff consiste aussi dans l'extraction de la cataracte combinée avec l'excision de l'iris, mais au lieu de faire ces deux opérations en même temps, comme cela se fait habituellement, M. Wolff fait d'abord une pupille artificielle en haut, et laisse la plaie se cicatriser. Six semaines après, le malade est soumis à une seconde opération, qui est celle de l'extraction de la cataracte par la méthode à lambeau. Le lambeau est pratiqué alors dans le même endroit que la pupille artificielle, et on a soin de faire l'incision très-rapprochée du bord sclérotical, en lui donnant une étendue qui ne dépasse pas un tiers de la circonférence de la cornée. Pour avoir plus de chance de réunion de la plaie par première intention, M. Wolff fait un lambeau kérato-conjonctival, selon les indications de M. Desmarres père. De cette façon, il obtient une ouverture assez grande pour le passage des cataractes de plus grande dimension, et n'a jamais, de cette façon, de sortie de corps vitré. L'excision préalable de l'iris prévient, d'après M. Wolff, les inflammations de l'iris et de la choroïde.

Dr Galezowski.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 1er juin 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATION.

Traitement de la syphilis.

M. Després. Je termine aujourd'hui, Messieurs, ma statistique.

J'ai vu, pendant ces quinze derniers mois, 33 faits de syphilis chez des femmes enceintes. Je ne parlerai pas de la syphilis des enfants; je n'ai pas besoin de fournir à cet égard de nouvelles preuves à l'appui de cette proposition que le mercure n'atténue pas la syphilis. Vous vous rappelez ce que je vous ai dit l'année dernière des faits de syphilis observés dans le Morbihan et que M. Depaul a publiés.

Sur mes 33 malades, 8 avaient été traitées par le mercure, 25 avaient été traitées, soit en ville, soit dans mon service sans mercure, et plusieurs de ces malades n'avaient fait aucun traitement.

Les 8 malades traitées par le mercure se sont comportées de la sorte :

1 malade, accouchée au dehors, est la seule qui ait amené à terme un enfant qui ait vécu. Il y a un an, la malade, atteinte de chancre, avait été traitée à Cologne par des pilules de mercure, pendant quatre semaines. La malade est accouchée hors de l'hôpital, à terme, d'un enfant n'ayant rien, à qui une nourrice a été donnée et qui est mort syphilitique vers la sixième semaine.

2 malades qui avaient pris, une trois mois, l'autre un mois, des pilules de proto-iodure, ont avorté dans le quatrième mois.

1 malade, qui avait pris, quinze jours, deux pilules de proto-iodure par jour, accouche avant terme d'un enfant qui est mort au bout de dix jours avec des boutons sur le corps. Cette femme avait gagné la syphilis pendant sa grossesse.

1 malade, qui avait pris pendant quinze jours deux pilules de proto-iodure par jour, et du sirop de cuisinier pendant quinze autres jours, accouche avant terme d'un enfant mort et macéré.

1 accouche à terme d'un enfant mort et ayant un placenta rempli d'hématomes. Le placenta a été très-difficilement arraché. Cette malade avait pris pendant trois mois des pilules de proto-iodure.

2 malades qui avaient pris, l'une douze jours, l'autre six semaines, des pilules, sont sorties enceintes de mon service sur leur demande.

25 malades n'avaient pas pris de mercure : voici ce qui est arrivé de leur syphilis et de leur grossesse.

4 sont accouchées à terme d'un enfant vivant, et sont sorties de l'hôpital avec leur enfant sain. Une malade, à ma connaissance, a perdu son enfant du muguet, une autre l'a perdu après qu'il eut eu quelques boutons sur le corps à trois mois.

3 ont avorté à six semaines, cinq mois et six mois et demi; deux étaient en train d'avorter quand elles sont entrées dans mon service (je les compte néanmoins contre moi).

2 sont accouchées à sept mois passés d'un enfant mort.

6 sont accouchées un peu avant terme d'un enfant qui a vécu un, neuf ou trente jours. Une de ces malades est la fille T..., dont je vous ai parlé l'année dernière, je vous avais dit que j'essayerais d'amener son enfant à terme; j'ai réussi, mais l'enfant était chétif, il y avait eu une hydropisie de l'amnios. La mère était d'ailleurs mauvaise nourrice. L'enfant est mort d'inanition après avoir présenté du sclérème et des convulsions.

Dix malades sont sorties enceintes. Cinq n'étaient pas encore guéries de leurs plaques muqueuses, les autres étaient à peine guéries, et je ne les trouvais pas assez remontées. Une malade est accouchée à la Clinique chez M. Depaul et est sortie avec son enfant sain.

Si nous comparons, messieurs, nous arrivons à des résultats tout à fait désavantageux pour le traitement mercuriel :

Par le mercure, 25 p. 100 d'avortements;

Sans mercure, en comptant tous les cas mauvais à mon désavantage, 12 p. 100 seulement;

Avec le mercure un seul enfant amène vivant et viable, 12 p. 100.

Sans mercure, quatre enfants vivants et viables, soit 24 p. 100.

Vous voyez l'inégalité. Je n'en demandais pas tant; l'égalité suffit à démontrer que le mercure est inutile contre la syphilis des femmes grosses.

Qu'on ne m'objecte pas que le mercure n'a pas été bien donné, qu'il n'en n'a pas été donné assez, que les malades n'ont pas été bien suivi,

Vous avez vu une malade qui, avec quatre semaines de mercure pris au début de la grossesse, accouche d'un enfant vivant. Vous en voyez une autre qui avorte après un mois de l'usage des pilules de proto-iodure. Si quatre semaines de mercure ont eu de l'effet dans le premier cas, pourquoi un mois, trois mois, six semaines de mercure n'ont-ils rien produit dans les autres cas? S'il faut louer dans le premier cas les préparations mercurielles, il faut les accuser d'être impuissantes dans le second cas.

Le mercure d'ailleurs, administré par les mains les plus habiles, échoue journellement, et je n'ai qu'à consulter les antécédents des malades qui viennent dans mon service pour en avoir la preuve.

On peut voir encore aujourd'hui dans mes salles une malade à qui M. Guérin a sagement donné le mercure suivant les principes qu'il vous a exposés l'année dernière.

La nommée G... (Coralie), âgée de 18 ans, entrée salle Saint-Alexis, n° 12, avec un assez bon aspect et présentant une récidive de plaques muqueuses confluentes de la vulve.

Il y a un an, la malade était enceinte de cinq mois quand elle s'aperçut qu'elle avait du mal aux parties génitales. Elle est entrée à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Guérin, où elle a pris pendant six semaines tous les jour une pilule de proto-iodure par jour pour des plaques muqueuses. Elle est sortie de l'hôpital guérie. Elle a pris, d'après le conseil du chirurgien, pendant deux mois encore, tous les jours une pilule de proto-iodure. Au neuvième mois de sa grossesse, la malade, prise de douleurs, est allée accoucher à l'hôpital Saint-Louis, dans la salle d'accouchement de cet établissement, et a mis au monde un enfant mort et macéré, dont la mort, au dire du médecin du service suivant la malade, remontait à huit ou neuf jours. Six semaines après sa couche, la malade avait une récidive de plaques muqueuses, pour laquelle elle est entrée dans mon service.

Ainsi, M. Guérin a administré le mercure avec prudence, et vous voyez le résultat.

Un autre fait encore :

Une des malades, la fille C..., qui a avorté chez moi, après avoir pris cent-vingt pilules de proto-iodure en trois mois, sort à peine relevée de couches. Trois mois après, elle a une récidive de plaques muqueuses, et entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Guibout, qui administre pendant deux mois des pilules de proto-iodure tous les jours. La malade sort guérie comme elle était sortie guérie de ses plaques muqueuses après avoir avorté. Trois mois après, la malade avait de nouveau des plaques muqueuses, pour lesquelles elle est restée trois semaines chez M. Guibout, qui a administré des toniques. Deux mois après la malade avorte à six mois et avait encore des plaqueuses au moment où elle est arrivée pour accoucher à l'hôpital de Lariboisière, salle Sainte-Marthe (bis), n° 6.

Vous le voyez, messieurs, le mercure est administré aussitôt après l'avortement. On ne pouvait pas le donner plus tôt pour prévenir un second avortement. Qu'en est-il résulté? Un second avortement. En présence de pareils faits, peut-on hésiter? Remarquez que ce ne sont point là des observations de choix, des cas isolés, c'est tout ce qui a passé dans un grand service pendant quinze mois. A cet égard, vous le comprenez, pas plus que pour le reste, mes convictions n'ont pu être changées.

Encore un dernier mot pour ce qui a trait à la syphilis des femmes enceintes.

Chez ces malades, les plaques muqueuses durent quelquefois plus longtemps que chez les autres malades, surtout lorsque les femmes sont grasses et marchent beaucoup. C'est principalement chez les malades qui ont de l'œdème de la vulve qu'on observe ces phénomènes. La gêne de la circulation entrave la guérison des plaques muqueuses; et cela est si vrai, que quand les malades avortent ou accouchent, pendant les dix ou douze jours qu'elles gardent le lit, les plaques disparaissent rapidement. Aussi ai-je pris l'habitude de tenir au lit, en même temps que je les cautérisais, les malades enceintes atteintes d'œdème des grandes lèvres et de plaques muqueuses rebelles.

Je conclus maintenant, messieurs.

Les chancres indurés ou parcheminés guérissent en deux ou cinq semaines par les cautérisations et les cataplasmes.

Les plaques muqueuses guérissent par tous les traitements, pourvu qu'ils ne détériorent pas les malades, mais le repos et les cautérisations guérissent plus vite que tout autre moyen.

Les syphilides cutanées, miliaires précoces, papuleuses et tuberculo-ulcéreuses guérissent en trois mois au moins ou six mois au plus, quand elles sont confluentes; en un mois quand elles sont disséminées, sans que la santé générale s'altère, pendant qu'on fait suivre aux malades un bon régime et qu'on leur fait prendre des bains. Par guéries j'entends que les éruptions soient réduites à l'état de macules semblables aux macules de la variole dans les trois mois qui suivent l'éruption. Les syphilides tuberculeuses serpigineuses, sans ulcérations profondes, guérissent en deux mois ou deux mois et demi par l'application de teinture d'iode sur les plaques tuberculeuses, ou par l'application de pommade à l'huile de cade ou d'huile de cade pure.

Les gommes ne résistent pas à des traitements locaux bien dirigés et à de l'iodure de potassium ou du sirop d'iodure de fer et de l'huile de foie de morue, chez les scrofuleux. Elles ont la durée habituelle des abcès froids, à moins que l'ouverture de la gomme ne devienne phagédénique et qu'on ne la cautérise pas.

Les iritis guérissent en douze ou quinze jours par un collyre mydriatique assez fort, 20 centigrammes d'atropine pour 40 grammes d'eau distillée, les vésicatoires aux tempes, les sinapismes aux cuisses, principalement chez les femmes, les pidiluves sinapisés et les dérivatifs sur le tube digestif. Le calomel à dose fractionnée, le proto-iodure à haute dose ne font ni mieux ni plus vite; on substitue seulement, au dommage des dents, la dérivation buccale à la dérivation intestinale. S'il y a hypopion menaçant ou menace d'abcès de l'iris chez des malades dont le début de l'iritis a été négligé, les ponctions de la cornée hâtent la guérison. Mais je ne puis m'empêcher de dire que quand de guerre lasse, après un certain temps de traitement par les révulsifs, on donne du proto-iodure, il ne faut pas prendre le temps où on donne ce médicament pour une période d'état de l'iritis, mais bien la considérer comme la période de résolution, qui, dans les iritis légères, dure sept jours, et quinze jours dans les iritis graves. Je tenais à prévenir mes collègues sur ce point, pour éviter encore des méprises.

Les femmes qui gagnent la syphilis au début de la grossesse avortent ou accouchent avant terme presque fatalement, comme toutes les malades atteintes de maladies graves à cette période de leur grossesse. On peut amener les enfants à terme : c'est ce que j'ai fait pour une malade dont je vous ai parlé l'année dernière, mais je n'ai pu faire vivre l'enfant, parce que la mère était une mauvaise nourrice.

Les femmes qui gagnent la syphilis pendant leur grossesse amènent leur enfant à terme, mais il arrive, de deux choses l'une : ou bien que l'enfant meure d'inanition, sa mère étant une mauvaise nourrice, ou bien que la mère donne la syphilis à l'enfant, s'il ne l'avait pas déjà.

Les femmes cessent d'avorter quand la période des plaques muqueuses est passée, c'est-à-dire quand la syphilis, après plusieurs périodes expulsives, arrive à sa fin.

Lorsqu'on envisage, sans parti pris, les faits, on voit que le traitement mercuriel ne change rien à la marche ni à la durée des accidents, que, s'il fait quelque chose, c'est prolonger la période des plaques muqueuses, l'économie cessant de se réparer pendant qu'on administre le mercure.

Voici un exemple des plus remarquables qui justifie cette proposition :

La femme J..., 25 ans, domestique, traitée, il y a trois ans, à l'hôpital Saint-Louis pour des plaques muqueuses, prend, pendant six mois, deux pilules de proto-iodure par jour; un an après, elle entre à l'hôpital de Lourcine pour une récidive de plaques muqueuses; M. Panas lui administre encore des pilules de proto-iodure pendant trois mois. A peine sortie, la malade rentre à l'hôpital de la Pitié où, pendant six semaines, il lui est administré, pour ses plaques muqueuses, six semaines de pilules que je crois être des pilules de sublimé, car la malade dit avoir eu, à ce moment, de grands maux d'estomac et une salivation assez grave.

Cette malade est entrée dans mon service le 20 février 1868; elle avait quelques plaques muqueuses à la vulve; mais ce n'était point là ce qui existait de plus grave : la malade avait de la dyspepsie et une gastralgie, des douleurs névralgiques multiples, de l'anémie et un tremblement mercuriel léger.

J'ai prescrit un régime tonique, des bains salés et sulfureux, de l'iodure de potassium à la dose de 0,50 par jour, des amers et du vin de quinquina, de l'huile de foie de morue. Au bout d'un mois, la malade était à peu près dans le même état, sauf qu'elle avait un peu plus d'appétit.

Le 14 avril, elle est prise d'une stomatite ayant tous les caractères de la stomatite mercurielle : c'était une stomatite mercurielle expulsive, comme on en constate aujourd'hui, et M. Sée l'a rappelé à son cours, chez les individus atteints de cachexie mercurielle longtemps même après qu'ils ne manient plus de mercure.

Quelques jours après, la malade se trouvait mieux, et je remarquais qu'il était sorti, sur la tempe et le cou, du côté gauche, une éruption assez discrète de syphilide papuleuse. Le tremblement disparaissait, et l'état général de la malade devenait très-sensiblement meilleur à tel point que, quinze jours après, la malade demandait à quitter l'hôpital. Je la laissai partir, en lui recommandant l'usage des toniques et des bains sulfureux. Pendant les derniers temps de son séjour dans mes salles, la malade avait repris des couleurs et de l'embonpoint.

Enfin, Messieurs, la syphilis étant une maladie infectieuse, analogue à la morve, la variole et l'infection purulente, se gagnant comme elles par une inoculation, n'a, pas plus que ces autres maladies, de contre-poison spécifique. Comme l'infection purulente et la morve, elle ne paraît pas après un accident local unique obligé. La syphilis entre tantôt avec un chancre, tantôt par une érosion chancreuse ou par une écorchure qui n'est suivie d'aucun accident local inflammatoire, ou par une lymphangite vulvaire autour d'une écorchure inoculée. De cette comparaison il ressort assez que, malgré des manifestations différentes, le mal est analogue dans les trois cas; et si les deux premières maladies n'ont point de contre-poison spécifique, il n'en est pas un pour la syphilis. Tout le traitement physiologique de ce mal consiste à traiter scrupuleusement les accidents locaux, à entretenir les fonctions de la peau, organe habituel de l'élimination du sang contaminé, et à soutenir la nutrition par un traitement tonique et réparateur.

Est-ce à dire qu'on préviendra ainsi toujours et sûrement les accidents graves? Non, Messieurs. Il est des malades chez lesquels la syphilis se plante sur un terrain déjà mauvais : ici chez un tuberculeux, là sur un rhumatisant, ailleurs chez un scrofuleux; ajoutez le misérable qui, depuis longtemps, a une nourriture insuffisante. Les toniques sont encore ici, cependant, ce qu'il y a de mieux indiqué, mais seront-ils suffisants? Jusqu'ici, j'ai lieu de croire qu'unis à de bons traitements locaux, ils réussissent à atténuer les accidents même graves. Mais je dois faire encore une réserve : il faut que ce traitement soit secondé par le repos et la tranquillité.

Une dernière remarque encore et j'ai fini. La syphilis, qui atteint les adolescents, est moins grave que celle qui frappe les individus âgés. J'ai suivi des malades qui avaient gagné la syphilis à l'âge de 16, 17 et 18 ans. Depuis deux ans je les vois, elles n'avaient eu aucun accident autre que des plaques muqueuses et une syphilide papuleuse légère; la durée de leur mal n'avait pas dépassé quinze semaines, et depuis, elles ont toutes les apparences de la santé. Une eu un an a eu des plaques muqueuses des syphilides et quelques petites gommes douteuses. Depuis les derniers accidents arrivés il y a seize mois, elle n'a rien eu et rien donné, et elle a toutes les apparences de la santé. Chez les vieilles femmes, au contraire, les maux sont plus rebelles. Ah, c'est que l'on ne se répare pas à quarante ans comme à vingt. A cet âge, en effet, la nutrition s'effectue avec une rapidité merveilleuse, et je serais tenté de dire à ceux qui auront la mauvaise fortune de gagner la syphilis; si vous attrapez la vérole, au moins que ce ne soit pas après vingt-cinq ans.

Sur la pilimiction et le trichiasis des voies urinaires.

M. Broca. (*Voir plus haut ce travail*).

Luxation coxo-fémorale.

M. Tillaux. Les luxations coxo-fémorales sont assez rares, l'occasion d'en faire la dissection se présente assez peu souvent pour que j'aie pensé qu'il y avait quelque intérêt à vous communiquer le fait suivant. Ce fait, du reste, n'est pas simple, et me paraît de nature à soulever plusieurs questions importantes de pratique chirurgicale que je désire soumettre à votre appréciation.

En voici d'abord la relation : J. Nicolas, âgé de 29 ans, cocher à Paris, subit au mois de novembre 1867 un traumatisme sur lequel je n'ai pu avoir des détails. Je ne saurais non plus préciser la date. Il fut traité pour une contusion de la hanche gauche d'abord par les cataplasmes, puis par les vésicatoires volants. Après plusieurs semaines,

(1) Wolfe. *The Lancet*, *June* 6, 1868, page 79.

il put se lever et marcher, mais très-péniblement et avec une claudication énorme. Le 13 mai 1868, c'est-à-dire cinq mois au moins après l'accident, il eut l'idée de venir consulter, à l'hôpital de la Pitié, et le même jour il entrait dans le service de M. Broca. Notre collègue n'eût pas de peine à reconnaître une luxation coxo-fémorale en arrière : il propose au malade une tentative de réduction qui fut acceptée. M. Broca se servit de l'appareil de M. Mathieu, et fit sur le membre inférieur une traction de 240 kilogrammes. Il obtint un allongement considérable du membre, mais la réduction ne put être effectuée, et la tête du fémur reprit sa place. Aucun accident ne survint à la suite de cette opération, et le malade sortit, sur sa demande, de l'hôpital, le 21 mai, c'est-à-dire huit jours après son entrée.

Qu'a fait le malade après sa sortie de l'hôpital. A-t-il travaillé? S'est-il fatigué? C'est probable, mais je n'ai pu avoir de renseignements à cet égard. Toujours est-il qu'il se présentait quinze jours plus tard, le 5 juin, à l'hôpital Saint-Antoine, où il fut admis dans le service de M. le docteur Lorain. Notre collègue constata un empâtement considérable de la hanche gauche et une péritonite caractérisée par du ballonnement, une douleur abdominale intense, des vomissements incoërcibles, etc. Le malade succombait le lendemain de son entrée 6 juin.

M. Lorain, que je remercie vivement, a bien voulu me confier l'autopsie de son malade, et j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux la pièce pathologique.

La mensuration pratiquée sur le cadavre donne 9 centimètres de raccourcissement. La rotation en dedans n'est pas très-prononcée, mais il est possible de l'exagérer, tandis que toute rotation en dehors est impossible. La tête du fémur fait en arrière une saillie mobile très-appréciable à la vue et au toucher. Le grand fessier, disséqué, est notablement atrophié. Au-dessous de lui se trouve immédiatement la tête du fémur et sa nouvelle capsule. La tête baigne dans le pus qui remplit la capsule, le muscle moyen fessier est infiltré du même liquide, et la fosse siliaque externe en est remplie. Le pus occupe également l'ancienne cavité. Le muscle obturateur externe, le trou sous-pubien et le muscle obturateur interne présentent le même aspect, c'est-à-dire qu'ils sont en contact de toute part avec le liquide purulent. En ouvrant l'abdomen, on constate une péritonite généralisée; mais beaucoup plus intense dans le petit bassin par où elle doit avoir débuté. La marche a donc été la suivante : inflammation de la nouvelle articulation, extension à l'ancienne, puis à l'obturateur externe, à l'interne, et enfin au péritoine.

Situation de la tête du fémur. — La tête du fémur siége au-dessus et en arrière de la cotyloïde, au-dessous de l'échancrure sciatique au niveau de l'épine sciatique. C'est donc une luxation du fémur en arrière, variété ischiatique de Malgaigne, ilio-ischiatique de M. Nélaton, sacro sciatique de Gerdy. Une dépression très-légère existe sur l'os iliaque dans le point correspondant à la pression de la tête. Cette tête n'a subi aucune altération, elle a conservé son volume et sa forme, et est recouverte complétement de cartilage.

La nouvelle capsule s'est formée aux dépens des muscles du voisinage et principalement du grand fessier. On y trouve du tissu fibreux de formation nouvelle, et de plus toute la partie antérieure de l'ancienne capsule. Par suite du mouvement de rotation de la tête, en dehors et en arrière, cette portion de capsule, normalement oblique en bas, est devenue transversale et constitue une bride extrêmement résistante. Un fait remarquable, c'est l'existence au milieu de la capsule, dans le point correspondant à l'extrémité de la tête, d'une sorte de cupule osseuse perforée à son centre, arrondie de 6 centimètres de diamètre environ, et s'emboîtant exactement avec le sommet de la tête fémorale. Cette capsule osseuse est-elle de formation nouvelle? Où bien est-elle une portion du fond de la cavité cotyloïde détachée au moment de la luxation? Je penche pour cette dernière opinion; mais c'est un point délicat sur lequel j'appelle l'attention de mes collègues.

L'ancienne cavité cotyloïde est presque complétement obturée par les débris de la capsule primitive et par les produits fibreux de formation nouvelle.

Les rapports de la tête avec les muscles sont les suivants : elle est immédiatement recouverte par le grand fessier, au-dessus d'elle se trouvent le moyen fessier, le pyramidal, l'obturateur interne, et les jumeaux; au-dessous d'elle, l'obturateur externe et le carré crural; ce qui signifie qu'au moment de la luxation, après avoir brisé la capsule en arrière, la tête s'est échappée entre le muscle obturateur interne en haut et le carré crural en bas.

Quant aux nouveaux rapports du grand trochanter avec les saillies osseuses du bassin, la situation seule de la tête du fémur les fait suffisamment pressentir sans que j'y insiste.

Quels ont été les obstacles à la réduction tentée par M. Broca? Je pense, messieurs, qu'on ne saurait conserver de doute à cet égard. J'ai enlevé tous les muscles en ne conservant que la capsule, et il m'a été impossible d'obtenir le moindre semblant de réduction avec une forte traction. C'est cette portion de l'ancienne capsule signalée plus haut formant une énorme bride transversale, tendue de l'épine iliaque antéro-inférieure au grand trochanter, qui constituait sinon l'unique, du moins l'essentiel obstacle à la réduction, et la preuve, c'est qu'il m'a suffi d'en détacher une portion à son insertion fémorale pour obtenir de suite le dégagement de la tête.

Si les tractions pratiquées sur le membre avaient pu détruire ces obstacles, la réduction eut-elle été possible? On aurait certainement réussi, ainsi que je vous le montre, à mettre en regard la tête fémorale de la cavité cotyloïde, mais il me paraît résulter de l'examen de la pièce, que la coaptation ne pouvait se faire puisque le cotyle est presque entièrement comblé.

Permettez-moi, messieurs, en terminant, d'adresser à la société deux questions :

1° Jusqu'à quelle époque est on autorisé à tenter la réduction d'une ancienne luxation en général, celle de la hanche en particulier?

2° Quelle est la limite de traction que le chirurgien ne doit pas dépasser sans danger pour le malade?

La séance est levée.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 82. — MARDI 14 JUILLET 1868. 41e ANNÉE. MARDI 14 JUILLET 1868. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 13 juillet 1868.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX.

Académie des sciences. — Une discussion s'est élevée entre M. Coste et M. Claude Bernard sur les parts relatives qu'il faut attribuer à l'observation et à l'expérimentation dans la constitution des sciences naturelles.

Contrairement à l'illustre auteur de « l'Introduction à l'étude de la médecine expérimentale (1), » M. Coste soutient que l'observation seule peut amener souvent à des résultats véritablement scientifiques; que par elle, on peut arriver non-seulement à connaître certains phénomènes, à les décrire : mais à s'en rendre compte, à les expliquer autant que la chose peut se faire, ou du moins aussi complétement que si on les avait expérimentalement reproduits.

« Quand, dit-il, sous la lentille du microscope, je vois, dans un embryon de poisson, le cœur, dont les parois ne sont encore formées que de cellules contractiles transparentes, lancer à chaque pulsation le sang dans toutes les parties de l'organisme et le ramener dans sa cavité pour lui faire, par cette seule impulsion, parcourir incessamment le même cercle, je n'ai besoin d'aucune expérience pour comprendre et expliquer, à cet âge, le mécanisme de la fonction.

« Quand j'observe sur le trajet de l'artère caudale de la larve du homard le jeu du sphincter, à l'aide duquel le jeune animal mesure, gradue et proportionne au progrès du développement des organes postérieurs la quantité de sang dont il les arrose, je n'ai qu'une manière d'arriver à la connaissance de ce curieux mécanisme, c'est de le voir en exercice.

« Lorsque je démontre, par des autopsies suffisamment répétées, que, chez la femme, la fonction de l'ovaire, c'est-à-dire la maturation d'un ovule microscopique dans une vésicule de de Graaf dont il tend à provoquer la rupture, est cause déterminante de la puberté; et que, sous l'impulsion à distance de ce travail occulte périodique, la muqueuse utérine subit tous les mois une évolution correspondante ou sympathique, source intermittente du flux cataménial, je mets en évidence, par les seules lumières de l'esprit d'observation, une des plus importantes lois et une des admirables harmonies de la nature vivante.

« Enfin, lorsque j'assiste aux premiers actes de la vie, prenant possession de la matière pour l'entraîner à la création d'un être nouveau, et que je vois la substance granuleuse destinée à cette création se séparer dans l'œuf en segments sphéroïdaux sans structure apparente; puis chacun de ces segments, simple résultat de la coalescence de granules autour d'un centre, se convertir en cellules par coagulation de sa couche superficielle; puis toutes ces cellules se ranger par ordre comme les pierres d'un édifice, se nourrir et se développer par assimilation de leur contenu, se multiplier par scission à la manière des organismes inférieurs, former la trame organisée qui va se transfigurer en embryon; quand je vois toutes ces merveilles, non-seulement je comprends comment des éléments façonnés par une première élaboration se coordonnent pour réaliser des formes définies, mais encore comment chaque cellule grandit, puisqu'elle absorbe son contenu; comment le blastoderme se développe par addition intercellulaire de cellules nouvelles produites par segmentation des cellules originellement constituées. Tous ces actes de la vie qui touchent à la plus fondamentale fonction, celle de la nutrition, se déroulent sous l'œil de l'observateur, qui n'a besoin, pour les saisir, que d'un seul secours, celui d'un instrument grossissant.

« Les sciences d'observation sont donc explicatives de la nature vivante, comme le sont les sciences expérimentales. »

M. Claude Bernard accuse M. Coste d'avoir mal compris la question, et de n'avoir pas bien distingué l'observation de l'expérience.

Voici les points les plus saillants de sa réponse :

« Quant aux faits, les sciences d'observation ne se séparent réellement pas des sciences d'expérimentation; c'est seulement la méthode d'investigation qui se modifie... Les faits dont nous créons ou provoquons expérimentalement l'apparition ne diffèrent pas au fond des faits d'observation.

« J'ai défini ailleurs l'expérience *une observation provoquée*, ce qui veut dire en d'autres termes qu'elle ne s'est pas présentée spontanément ou naturellement (1). Mais pour obtenir convenablement ces expériences destinées à vérifier ou à juger les hypothèses que nous formons sur les causes prochaines des phénomènes, nous nous guidons d'après les principes de la méthode expérimentale dont M. Coste ne paraît tenir aucun compte. Tout le génie de l'expérimentation consistera donc à déterminer l'apparition d'un fait d'observation, dans les conditions où il sera le plus propre à éclairer le problème scientifique dont il cherche la solution; sous ce rapport, l'esprit d'observation et l'esprit expérimental se rapprochent et se confondent, parce que l'observation et l'expérience se retrouvent dans les deux ordres des sciences, mais dans un ordre différent de subordination.

« Dans les êtres organisés, nous ne pouvons arriver à l'explication des phénomènes de la vie que par la connaissance des propriétés de tissus ou d'organes qui sont en général cachés à nos regards et inaccessibles à la simple observation. Ici l'observation ne suffit pas, et nous nous trouvons obligés de recourir à l'expérimentation, qui va plus loin dans l'étude des phénomènes, en nous faisant pénétrer dans le milieu intérieur des organismes complexes.

« L'expérimentation physiologique perfectionnée réalise chaque jour des découvertes qui ne seraient pas possibles sans elle. C'est pour cela que cette science accomplit des progrès surprenants, qu'il n'est heureusement au pouvoir de personne d'arrêter. La physiologie expérimentale est donc une science moderne marchant en avant à la conquête des connaissances qui nous restent à acquérir sur les mécanismes des divers phénomènes de la vie. »

Si on lisait encore Galien de notre temps, on ne pourrait pas croire moderne l'application de la méthode expérimentale à la physiologie.

J'ai déjà eu souvent l'occasion de le dire, mais je ne saurais trop le répéter, Galien était un grand expérimentateur, et il procédait suivant les principes qu'on a formulés de nos jours.

Lorsqu'une expérience précédente ou quelque fait d'observation l'avait conduit à une hypothèse physiologique, il vérifiait cette hypothèse à l'aide d'expériences sur l'animal vivant; et il suffit de lire, par exemple, le huitième livre de ses *Administrations anatomiques*, où il s'occupe des mouvements respiratoires pour s'assurer que maintenant encore on ne ferait pas mieux.

Il détermine ainsi le rôle des côtes, des muscles qui s'y insèrent, du diaphragme, des nerfs qui animent ces muscles, de la moelle épinière d'où proviennent ces nerfs Il montre quelles conséquences la suppression ou la lésion de chacune de ces parties a pour l'accomplissement des fonctions respiratoires ou pour l'émission de la voix. La section des nerfs ou l'arrachement de leurs racines paralyse définitivement les muscles qui les reçoivent; leur ligature, modérément serrée, produit aussi une paralysie, mais qui cesse lorsqu'on supprime la ligature. La section d'une moitié latérale de la moelle abolit les mouvements des muscles dont les nerfs naissent de ce côté inférieurement à la section, etc., etc.

Ainsi l'étude d'une fonction se trouve éclairée par toute une série de démonstrations expérimentales savamment variées et bien conduites.

Il est étrange que cet homme, qui possédait à un si haut degré le véritable esprit scientifique lorsqu'il s'agissait de physiologie, ait développé et soutenu avec passion les théories pathologiques et thérapeutiques les plus hasardées.

Le chef d'école systématique a justement perdu tout crédit; mais laissons la place qu'il mérite à l'incomparable physiologiste expérimentateur.

Ayons en mains les « Administrations anatomiques », ce livre qui paraît écrit sous l'influence des idées régnantes... au dixneuvième siècle de l'ère chrétienne. Et prions M. Daremberg de vulgariser cet ouvrage en en donnant une savante traduction, comme il l'a déjà fait pour d'autres, inférieurement moins conformes aux goûts et aux tendances scientifiques de notre époque.

Hôpitaux. — Il y a toujours foule aux leçons cliniques de M. Hardy sur les maladies de la peau, et c'est naturel, car ces leçons sont très-instructives. Elles durent en moyenne à peu près deux heures, et un grand nombre de malades sont successivement introduits dans le cercle formé par les auditeurs.

On a sous les yeux les lésions que le professeur décrit, on les touche, et par le rapprochement de malades qui les présentent à diverses périodes, on voit leur histoire se dérouler dans une série de tableaux vivants.

Nous lisions récemment dans un journal anglais, une vive critique de la spécialité hospitalière, particulièrement en ce qui concerne les maladies de la peau. Il y était dit qu'il valait mieux, pour l'enseignement médical, disséminer tous les malades dans des hospices généraux. Mais une longue expérience a prouvé le contraire. Notre hôpital Saint-Louis a été l'école où se sont formées plusieurs générations de dermatologistes de tous les pays; et aujourd'hui encore l'affluence des étrangers n'y es pas moindre.

Pour étudier avec profit les affections cutanées, il faut pouvoir comparer les types sur un nombre de sujets qu'on ne peut réunir dans un hôpital général. D'ailleurs, les médecins de Saint-Louis sont loin d'etre des spécialistes, dans le sens étroit de ce mot. Nulle part ailleurs, peut-être, on ne tient plus grand compte des constitutions et des diathèses Il est même tel service où l'on porte à l'excès cette tendance à trouver des causes générales pour les affections localisées.

— Dans les salles de M. Hardy, nous avons vu un cas de brûlure par les rayons solaires Rien ne pourrait mieux ressembler aux cas de brûlure par le froid « de froidure, » dont un exemple a été observé cet hiver dans le service de Jarjavay.

De larges ampoules, pleines d'une sérosité louche, s'étaient formées sur le dos des mains et des pieds; autour d'elles, la peau était rouge comme dans la brûlure au premier degré.

Le malade de M. Hardy était un vieux jardinier qui avait travaillé pieds nus pendant les chaleurs excessives du mois de juin. Quand il est entré à l'hôpital, il pouvait à peine se tenir debout, tant ses pieds, brûlés par le soleil, le faisaient souffrir. Il a été à peu près guéri en huit ou dix jours par de simples applications émollientes.

— C'est aussi par les émollients que M. Hardy combat localement l'exzéma et l'empétigo à leurs périodes d'acuité. Dans cette médication figurent en première ligne les cataplasmes, et l'enroulement dans une toile imperméable en caoutchouc vulcanisé. Sous cette toile, la transpiration est retenue; elle ramollit les croûtes et les détache, mieux que ne pourrait le faire aucun topique.

En même temps, on fait prendre aux malades des purgatifs légers, tels qu'infusion de sené et de pensées sauvages, eaux minérales naturelles purgatives, etc.

Sous l'influence de ces moyens, l'exzéma cède en général assez rapidement; mais malheureusement c'est une affection des plus sujettes à récidive.

— Notons deux formules d'une application assez fréquente :

1° *Contre l'alopécie*, lorsqu'elle ne se rattache ni à la syphilis, ni à une affection parasitaire, M. Hardy conseille la pommade suivante :

Graisse de bœuf...........	60 grammes.
Huile de ricin...........	25 —
Acide gallique...........	2 —
Essence de vanille, quelques gouttes.	

Un faible degré de pityriasis chronique ne serait point un obstacle à l'emploi de cette pommade.

2° *Contre les hémorroïdes indurées*, M. Hillairet s'est parfaitement trouvé de suppositoires contenant un dixième d'iodoforme. En peu de jours les hémorrhoïdes se ramollissent, s'affaissent et se flétrissent.

On sait qu'en ce moment l'iodoforme est employé par M. Lallier, avec les meilleurs résultats, contre les ulcères vénériens ou syphilitiques. M. Hillairet a eu l'occasion de constater en pareils cas la très-grande efficacité de ce moyen.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

LEÇONS CLINIQUES SUR LA CHLOROSE.

Chlorose génitale, arthritique, etc.; névroses chez les chlorotiques.

Je veux vous parler d'abord succinctement de la chlorose que j'ai appelée génitale, la plus importante de toutes.

Ce travail d'évolution qui aboutit à la fonction ovarienne,

(1) Paris, 1865. J.-B. Baillère et fils.

(1) *Introduction à l'étude de la Médecine expérimentale*, p. 35 et suivantes; 1865.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

précède d'un temps variable l'éruption des règles. Suivant les dispositions originelles de la constitution et suivant les conditions hygiéniques au milieu desquelles elle se développe, ce travail s'accomplit avec plus ou moins de calme et de régularité. Quelquefois la rapidité de la croissance dépasse les ressources de l'organisme, surtout dans les conditions que lui impose le système actuel de l'éducation.

A cet âge, où la grande œuvre qui s'accomplit dans l'économie exige le déploiement de toutes ses activités, l'emploi de toutes ses forces, stimulées et mises en jeu par tous les excitants naturels de la vie végétative, quel régime notre civilisation impose-t-elle aux jeunes filles dans les grandes cités? Celles des prolétaires sont enfermées dans l'air infect des ateliers, immobiles à côté de leurs métiers dont elles sont un rouage. Celles des classes aisées sont condamnées à des travaux sédentaires, à des études trop souvent inutiles ou ridicules, à la culture exagérée des arts qui excitent et épuisent le système nerveux. Elles prolongent leurs veilles aux heures qui appellent le repos, dans l'atmosphère insalubre des grandes réunions, au lieu d'air, au lieu de soleil, au lieu de mouvement, au lieu d'une vie réglée selon les lois naturelles, qui fasse à chaque appareil organique sa part voulue d'activité et de repos.

Si, comme je l'ai dit ailleurs, le système actuel d'éducation imposé aux jeunes gens est également nuisible au corps et à l'esprit, en accordant à peine deux heures d'exercices physiques pour dix à douze heures de travail intellectuel, ou au moins de vie sédentaire, l'application insensée qu'on en a faite aux jeunes filles, est bien plus préjudiciable encore pour elles, qui ont les fonctions nutritives plus délicates, dont le sang est primitivement moins riche, comme le prouve la fréquence incomparablement plus grande de la chlorose dans leur sexe.

On stimule et on épuise l'innervation dans son foyer cérébral aux dépens des nerfs spinaux et ganglionnaires; l'évolution génitale se fait d'une manière irrégulière, toute la nutrition souffre, et les médecins de ma génération s'étonnent de voir les filles de mères vigoureuses presque toutes inaptes à remplir complétement les devoirs de la maternité! Ce désordre radical de la constitution s'annonce avant la première apparition des règles par de la faiblesse, des langueurs, des troubles nerveux, des bizarreries de caractère, des phénomènes dyspeptiques surtout. Quand l'ovulation a commencé, elle se répète à des intervalles irréguliers; tout est caprice dans ces organisations déréglées; et c'est avec justice qu'on appelle règles les fonctions menstruelles, car elles donnent en général la mesure de l'équilibre organique.

Le sang des règles est pâle, laisse sur le linge une tache rouge entourée d'un cercle jaune ou grisâtre. Le plus souvent l'écoulement est peu abondant, intermittent et entremêlé de coliques ou de douleurs lombaires; il dure peu et se termine en leucorrhée. Celle-ci, dans un degré plus avancé, marque seule les époques menstruelles. La leucorrhée chlorotique a pour caractère de venir *surtout* après les règles; tandis que celle qui se lie à une congestion chronique de l'utérus, augmente presque constamment dans l'imminence des règles, sous l'influence du molimen congestif qui les précède.

J'ai vu des chlorotiques chez lesquelles, au lieu de présenter cette disposition, le sang menstruel, très-rare, se concrétait, sur le linge destiné à le recevoir, en une matière pulvérulente; chez d'autres, il a une abondance exagérée et hors de proportion avec les ressources de l'organisme qu'il affaiblit de plus en plus, ou bien les pertes se répètent à des intervalles trop rapprochés.

Des épistaxis viennent encore ajouter quelquefois à cette spoliation de l'économie, et il n'est pas rare de les observer avant la menstruation, ou même pendant la période menstruelle, chez les jeunes filles chlorotiques.

Je me rappelle avoir observé ces ménorrhagies abondantes, jusqu'à devenir dangereuses, chez une jeune fille chlorotique de race arthritique, sujette à des accidents hystériques. L'examen fait par Chomel fit constater une érosion granulée qui fut cautérisée et dont la guérison amène la cessation des pertes.

Quand les pertes se montrent avec cette abondance, il faut toujours rechercher si quelque cause locale n'intervient pas pour leur donner ce caractère hémorrhagique.

Dans la chlorose arthritique, les troubles nerveux sont très-accentués, le retour de l'époque menstruelle amène une explosion de phénomènes névro-pathiques; quelquefois ce sont des migraines violentes accompagnées de vomissements et qui éclatent à un jour déterminé de la période cataméniale; d'autres fois ce sont des coliques utérines violentes, compliquées dans certains cas de phénomènes hystériques, véritables migraines utérines, suivant l'ingénieuse expression de M. Pidoux; très-souvent les malades accusent des douleurs sacro-lombaires ou lombo-hypogastriques ou sacro-inguinales, s'irradiant parfois dans les cuisses, plus souvent dans les nerfs cruraux que dans les nerfs sciatiques.

Chez les femmes strumeuses, les troubles nerveux sont moins accentués, l'élément catarrhal domine, la leucorrhée acquiert une abondance extrême; elle finit par être accompagnée d'érosions et d'un état granuleux du col et elle peut amener un érythème prurigineux de la vulve et du pli inguinal.

Portée au plus haut degré, la chlorose amène une interruption complète de la fonction menstruelle et alors tous ces troubles fonctionnels, liés à l'affection chlorotique, augmentent en général et deviennent ordinairement plus intenses vers les époques cataméniales.

Après les troubles de la menstruation, les plus saillants chez les chlorotiques sont ceux de la digestion: l'appétit languit ou devient irrégulier, fantasque. Souvent les malades éprouvent un vif désir de manger, et à peine à table cet appétit disparaît après l'ingestion de quelques bouchées d'aliments, ou bien cette ingestion provoque des douleurs épigastriques, de l'étouffement, il semble à quelques malades que l'œsophage est contracté et se refuse au passage des matières alimentaires. D'autres vomissent après les repas, mais quelquefois, au lieu des substances qui ont composé ces repas, elles rejettent de la bile et du mucus; beaucoup se plaignent de régurgitations acides, de flatulence, de hoquets.

Je suis porté à croire que ces variétés de dyspepsie sont plus communes dans les races arthritiques. Enfin, le goût des acides, des crudités, la répugnance pour la viande, sont des symptômes habituels de cette affection; la vésanie du sens gastrique va quelquefois jusqu'à l'appétence pour des substances indigestes ou inertes, telles que la craie, le charbon, la cendre; mais dans ce cas il y a en général une complication hystérique.

Cependant M. Grangé, élève distingué des hôpitaux, m'a dit avoir observé chez une chlorotique, dans le service de M. Fauvel, une densité plus grande de l'urine, due à une augmentation très-notable dans la proportion d'urée qu'elle renfermait. L'aspect aqueux de l'urine dépendrait dans ce cas de la diminution de sa matière colorante.

Quelques chlorotiques vomissent à jeun de la bile et des pituites; la constipation leur est habituelle; leurs urines sont ordinairement aqueuses, pâles; le peu d'activité du travail métamorphique s'exprimerait alors par la petite quantité de résidu contenu dans ce liquide. La soif est souvent exagérée, la nutrition languit, les tissus deviennent flasques, les forces diminuent, la circulation est irrégulière, les extrémités sont en général froides et quelquefois humides en même temps. Les chlorotiques calorifient mal et sont souvent très-sensibles aux abaissements de la température atmosphérique; leur pouls est fréquent et souvent petit, quelquefois il a une force apparente due à l'énergie de l'impulsion cardiaque; mais les artères sont le plus souvent dépressibles, la diminution de leur tension est manifestée par des vibrations apparentes à la vue, souvent très-prononcées dans les carotides, qui soulèvent en vibrant les muscles et la peau qui les recouvrent. Je n'ai pas constaté pour ma part la pléthore séreuse décrite par le docteur Beau.

Leur cœur palpite à la moindre émotion, au moindre effort, et ces palpitations amènent des étouffements quand elles montent les escaliers; quelques-unes sont sujettes aux syncopes.

Les téguments, la muqueuse buccale, sont habituellement pâles; sur les membres cette pâleur est d'une blancheur mate, surtout aux membres inférieurs; à la face elle est nuancée de jaune verdâtre, principalement autour de la bouche, et la lèvre supérieure, présente surtout à un très-haut degré cette nuance qui est comme le cachet de la chlorose. Cette décoloration des lèvres peut coïncider avec une injection vive du reste de la face, et c'est à cette variété que les Allemands ont donné le nom de *chlorosis florida*. Je le répète, cette teinte fleurie des joues ne s'étend pas à la lèvre, dont la pâleur, par ce contraste même, témoigne pour ainsi dire de l'altération de l'hématopoïèse et constitue pour moi le signe physique le plus constant de cette affection.

Cette pâleur se retrouve, avons-nous dit, sur la muqueuse buccale et pharyngienne, elle est bien prononcée sur la voûte palatine; les gencives la présentent également si elles ne sont pas le siége de quelque congestion morbide.

Souvent la muqueuse labiale offre une rougeur vive chez les chlorotiques, cela vient de ce qu'elle est très-souvent le siége d'une sensation prurigineuse que les malades soulagent en la mordillant et y entretenant ainsi une fluxion sanguine. La muqueuse génitale semble quelquefois complétement exsangue, elle est d'un blanc mat et le col utérin est pâle et décoloré.

Certaines chlorotiques, celles surtout qui ont une tendance hystérique, sont sujettes à des congestions passagères et mobiles de la peau qui prennent parfois la forme de l'érythème fugace. Chez quelques autres, l'émotion, celle entre autres que provoque la visite du médecin, détermine une injection vive, soudaine, du tégument de la tête, du cou, de la poitrine et quelquefois même de la partie supérieure du corps; injection qui leur donne un aspect scarlatineux et que j'ai baptisé du nom de *erythema pudens*. Cette disposition congestive, qui s'exprime par des manifestations si soudaines et si mobiles, nous fait concevoir la possibilité de fluxions analogues sur les organes intérieurs; elle nous explique comment ces congestions, liées à des anémies ou à des chloroses méconnues, ont pu être soulagées par des saignées qui s'adressaient avec un succès momentané à l'élément fluxionnaire; mais en même temps elles aggravaient la maladie, dont la fluxion n'était qu'un épiphénomène, et par cela même elles en favorisaient le retour ultérieur.

Il s'en faut, en effet, que l'anémie soit un remède ou un obstacle aux congestions. Les terribles mécomptes du broussaisianisme en ont souvent fourni la preuve; M. le professeur Andral, en montrant que la prédominance relative de la fibrine est une condition favorable au développement des affections inflammatoires, est venu fournir à l'appui de l'observation clinique les inductions fournies par l'anatomie pathologique.

Les yeux des chlorotiques sont ordinairement cernés, assez souvent la peau présente une sorte de bouffissure, et dans la chlorose confirmée, il n'est pas rare de constater un léger degré d'anasarque, plus sensible autour des malléoles après les fatigues de la journée.

En étudiant les troubles fonctionnels qui appartiennent à la chlorose, nous avons déjà vu souvent intervenir un élément névropathique qui, dans la chlorose des races arthritiques, avons-nous dit, devient plus accentué, donne lieu à des manifestations plus nombreuses et plus saillantes.

Nous allons faire ressortir davantage son importance en étudiant l'influence de la chlorose sur les fonctions nerveuses.

Sur ce terrain-là nous allons voir se rapprocher par une sorte d'affinité, d'analogie symptomatique, deux maladies qui, au premier abord, semblent séparées par une grande distance nosologique: l'hystérie et la chlorose.

Dans toutes les chloroses confirmées nous trouvons sinon des symptômes décidément hystériques, au moins ces troubles moins prononcés de l'innervation qu'on a désignés sous le nom d'hystéricisme; et, d'une autre part, je n'ai pas encore vu d'hystérie bien dessinée, sans chlorose. Il est difficile de déterminer leurs rapports pathogéniques: dans certains cas les deux affections marchent de front, dans d'autres l'une a prédominé d'abord et a semblé devenir pour l'autre une cause occasionelle.

Dans tous les cas, l'état chlorotique, quand il est très-prononcé, favorise le développement et la persistance de l'hystérie, et cela est si vrai, qu'instinctivement, dans ce cas, tous les médecins prescriront le traitement de la chlorose en s'appuyant sur cet axiôme que j'ai déjà cité: *Sanguis moderator nervorum.*

Faut-il s'étonner que cette affinité se manifeste dans les symptômes, dans l'influence réciproque de ces deux maladies, puisqu'on la retrouve jusque dans leurs origines? La chlorose que nous étudions ici, la chlorose type, la plus commune de toutes, se lie à un trouble de l'appareil génésique; et j'ai cherché à vous montrer, il y a quelques années, dans une longue suite de leçons sur l'hystérie, que c'était également dans un trouble de l'appareil génésique qu'il fallait en placer le point de départ, conformément à l'intuition de la médecine antique et au sens même du nom de cette maladie.

La chlorose d'ailleurs favorise toutes les névroses. Je me rappelle avoir vu une domestique épileptique avec complication de chlorose très-prononcée, guérir par les ferrugineux et les toniques. Elle n'eut pas du moins ses accès pendant dix-huit mois ou deux ans pendant lesquels elle fut soumise à mon observation.

L'hypocondrie est très-commune chez les chlorotiques, elle peut être portée presque à la manie; elle est en général d'autant plus prononcée que les phénomènes dyspeptiques le sont eux-mêmes davantage; et là aussi nous avons souvent retrouvé l'influence de l'hérédité arthritique, cause si fréquente d'hypocondrie.

(Sera continué.)

CONTRIBUTION

à la question de la durée de l'incubation dans la variole,

Par le Dr Stanski.

La Société médicale des hôpitaux de Paris se trouvant dans l'impossibilité de prouver directement la contagion à distance de la variole, cherche à l'affirmer par une voie indirecte, à savoir en discutant la durée de son incubation. Voyons quelle lumière a été apportée dans la question par les opinions émises à ce propos dans cette docte assemblée.

Ceux qui ont suivi la discussion de la Société sur ce sujet ont pu voir que la durée de l'incubation de la variole peut être de quelques instants, l'invasion de la maladie pouvant avoir lieu immédiatement après le contage, cette incubation peut être aussi de deux, trois quatre, cinq, six, sept, jusqu'à quarante-six jours, si l'on tient compte des faits et opinions de chaque médecin. Et, en effet, si la variole s'est développée quelquefois le douzième ou vingt-cinquième jour après le contage, pourquoi ne pourrait-elle pas, dans d'autres cas, avoir une incubation de quarante-six jours, ou bien d'une bien plus longue durée encore.

J'ai soigné en 1866 M. P..., rue Crozatier, 22, atteint d'une variole presque confluente. Interrogé scrupuleusement par moi s'il n'avait pas eu de relations récentes avec des varioleux, il m'a répondu d'une manière négative, seulement il a ajouté qu'il y avait sept mois à peu près un de ses collègues du bureau où il travaillait a eu aussi la variole. Ne pourrait-on pas voir dans ce cas une incubation de six ou sept mois?

On connaît le fait de *Hildenbrand*, qui a donné des soins à un scarlatineux à Vienne, et qui a été contaminé de la scarlatine par son habit noir qu'il avait porté en soignant son malade dix-huit mois avant. Or, ne pourrait-on pas affirmer dans ce cas une incubation de dix-huit mois plutôt que d'accuser l'habit noir du médecin du développement de sa maladie?

Dans mon travail: *De la contagion dans les maladies*, j'ai rapporté le fait de deux enfants J..., rue Domat, 24, qui restaient ensemble pendant qu'un d'eux avait la scarlatine, le second n'en a été atteint que dix-huit mois après. Encore une incubation de dix-huit mois exactement comme chez Hildenbrand.

J'ai parlé aussi de madame la comtesse K..., demeurant rue d'Amsterdam. Cette personne, atteinte de la rougeole et voulant la communiquer à son fils âgé de 8 ans, le couchait à côté d'elle, la rougeole n'a paru qu'un an après. Voilà une incubation d'un an, si l'on voulait admettre des incubations de six à dix-huit mois.

Je sais bien que certains membres de la Société médicale des hôpitaux, qui ont fixé dans leur esprit le nombre de douze jours pour l'incubation d'une maladie éruptive, rejettent les faits qui ne concor-

dent pas avec leur manière de voir à ce sujet; ils n'acceptent pas les cas qui ne rentrent pas dans ce chiffre de jours d'incubation, ils les expliquent par la coïncidence ou bien par l'influence de la cause inconnue qu'on appelle *épidémie*. Mais si la Société voulait décider qu'il existe une grande élasticité dans la durée de l'incubation des fièvres éruptives, puisque cela ne dépend que de sa volonté, non seulement les faits ci-dessus précités, mais encore toutes les nouvelles invasions de ces épidémies pourraient être rattachés à l'influence de la contagion.

Quand on étudie l'histoire de l'inoculation de la variole, on peut voir que les auteurs un peu plus anciens qui s'en sont occupés s'accordent à reconnaître que la durée de l'incubation de la variole inoculée ne dépassait presque jamais le onzième jour, lorsqu'elle devait paraître; on est donc en droit de demander pourquoi cette fixité dans la durée de l'incubation de la contagion inoculée, et pourquoi cette variabilité dans l'incubation de la prétendue contagion à distance? La véritable raison en est que, dans le premier cas, la contagion et son incubation sont des manifestations de la nature invariable dans ses procédés, quand on peut la comprendre toujours; tandis que, dans le second cas, la contagion à distance et la durée de son incubation dépendent de la volonté et de la décision des hommes.

M. Bousquet a aussi très-bien saisi les différences qui existent entre la variole naturelle et la variole inoculée, soit sous le rapport de leur mode de développement, soit sous le rapport de leur gravité; aussi se demande-t-il « pourquoi le même virus agit-il si diversement entre « les mains de l'art et entre celles de la nature? Pourquoi n'y a-t-il « qu'une éruption dans la variole naturelle? Pourquoi y en a-t-il deux « dans l'inoculée? Pourquoi tant de bénignité d'un côté? Pourquoi tant « de danger de l'autre? »

Dans l'embarras de donner une réponse satisfaisante à ces questions, M. Bousquet continue plus loin :

« Ne me demandez pas les raisons de ces différences. » Cependant, partisan de la propagation de la variole par la contagion à distance, il hasarde une explication qui se ressent de cette croyance, mais qui n'explique rien. « A des effets constants il faut des causes « invariables. La plus importante, à mon sens, dit M. Bousquet, est « la voie même que prend le virus varioleux pour s'introduire dans « l'organisme. Et encore je ne sais pas bien la route qu'il prend dans « la variole naturelle; mais je suppose qu'il passe par les voies res« piratoires. Dans la variole inoculée, le médecin le dépose sous « l'épiderme et l'abandonne à l'absorbtion. » Que d'incertitude! Que d'arbitraire dans cette explication! Aussi ne peut-on s'empêcher de se demander, avec l'auteur, comment une différence dans la pénétration du même virus dans les organismes semblables pourrait-elle entraîner des différences aussi capitales dans les manifestations de la même maladie?

La vraie raison de la différence de ces phénomènes gît en ce que la variole est une maladie réellement inoculable; mais elle est aussi réellement épidémique ou spontanée. C'est la seule de toutes les maladies de l'homme qui présente ces deux caractères réunis. Quand la variole se développe avec le caractère de la spontanéité ou sous l'influence de cette cause impénétrable que nous appelons épidémique, elle le fait en son temps et avec son opportunité; mais quand on la provoque par l'inoculation, l'organisme est en quelque sorte surpris et pas encore arrivé à la maturité pour la production d'une éruption naturelle : de là la différence dans les manifestations de la maladie. Aussi lorsqu'un membre de la société, instigateur de cette discussion, voulant la résumer, dit à peu près : qu'il résulte des opinions émises qu'on ne connaît pas grand chose sur la durée de l'incubation des maladies éruptives et qu'il faut la mettre à l'étude, aurait-il agi d'une manière plus philosophique et plus rationnelle en proposant de mettre à une nouvelle étude la variole elle-même, maladie si grave, si mystérieuse, et qui est seule, entre toutes, incontestablement inoculable et spontanée?

Ainsi, on observe la variole naturelle ou spontanée depuis quatorze ou quinze siècles, et l'on peut voir combien on est avancé dans la connaissance de la durée de son incubation; d'un autre côté, on sait qu'il fallait bien peu de temps pour être fixé sur l'incubation de la variole inoculée. Une nouvelle étude ne jetera pas beaucoup de lumière sur ce sujet, car comment connaître un phénomène qui n'existe que dans l'imagination des hommes.

Encore une réflexion. La variole comme la scarlatine et la rougeole est une maladie au plus haut degré contagieuse, doctrine de la Société médicale des hôpitaux, elle devait être de même dans les siècles passés, où l'on se servait de l'inoculation comme moyen de préservation ou plutôt comme moyen d'atténuation de l'éruption. Pourquoi donc dans une maladie à un tel point contagieuse à distance, ne se bornait-on pas, comme le recommandait Boerhaave, à mettre tout simplement les individus auxquels on voulait donner la variole, à proximité des varioleux au lieu d'avoir recours à l'inoculation? Et pourquoi celle-ci consistait-elle à ramollir l'épiderme par des applications prolongées des liquides émollients, ou bien à frotter la peau au point de l'écorcher, ou bien à appliquer un vésicatoire, ou bien à piquer ou à inciser la peau, ou bien à faire pénétrer le liquide varioleux à l'aide d'un fil passé en guise d'un séton, ou bien à introduire les croûtes varioliques dans les narines ou dans l'estomac pour que le virus pénétrât dans l'économie par l'absorption? Le vrai motif de tous ces procédés tenait évidemment à ce qu'on s'est convaincu que la variole ne se communiquait pas sans une véritable inoculation; cependant les médecins d'alors comme ceux d'aujourd'hui croyaient à l'existence d'un virus varioleux volatil, mais ils agissaient comme si cette maladie éruptive n'était pas contagieuse à distance, en pratiquant l'inoculation. Toujours la même contradiction, toujours la même inconséquence, de manière que même dans ce cas le vers latin, interverti, est applicable aux médecins :

Video pejora proboque, sed meliora sequor

OVARIOTOMIE

Obs. XLVII. — Ovariotomie pratiquée le 4 juillet 1867. Mort.

Par E. Kœberlé.

Madame Van I..., de Bruxelles, âgée de 32 ans, d'une bonne constitution, a eu deux grossesses à terme, la dernière en 1860. Cette couche eut lieu dans des conditions très-mauvaises et fut suivie d'une péritonite grave. Trois semaines après, alors que la malade se remettait un peu, se déclara une nouvelle péritonite qui la retint pendant trois mois chez elle.

En 1862, madame Van I... eut encore, à deux reprises, une péritonite qui mit chaque fois sa vie en danger, et elle resta longtemps convalescente. Toutefois, elle se rétablit entièrement et reprit une bonne santé.

Cependant, depuis 1865, il était survenu un grossissement insensible du ventre que l'on attribua à de l'embonpoint, et que M. le professeur Crocq, de Bruxelles, reconnut dépendre d'un engorgement de l'ovaire. Les époques menstruelles devinrent plus rapprochées; l'hémorrhagie fut très-forte à deux reprises, et au mois de janvier 1866, la malade tomba dans un état de grand affaiblissement, dont elle se remit néanmoins un peu, mais très-lentement.

La malade est peu amaigrie; le volume du ventre est peu considérable : sa circonférence est de $1^m,10$. Le kyste est multiloculaire et ne présente aucune adhérence à la paroi abdominale; le col de l'utérus est repoussé en avant contre le pubis, vers la gauche. La tumeur remplit l'excavation pelvienne à droite et en arrière. Les dispositions que présentait la tumeur dans le bassin étaient très défavorables à l'ovariotomie. L'opération devait présenter des difficultés sérieuses; il devait y avoir des adhérences intimes et très-vasculaires dans le cul-de-sac recto-vaginal et à l'utérus. Ordinairement les vaisseaux sont alors très-développés, et l'hémostase est très-difficile à opérer dans la profondeur. Le pédicule devait être très-court si toutefois la tumeur n'était pas intimement confondue avec la matrice. Dans ces circonstances, l'extirpation est à peu près impraticable et les opérées succombent presque toujours à la septicémie, huit à neuf fois sur dix. Quoi qu'il en soit, j'ai déjà, à plusieurs reprises, entrepris l'ovariotomie dans ces cas, alors que cette opération était la seule chance de salut; car il s'agit non pas d'avoir seulement de beaux résultats et de belles statistiques, ce qui serait facile, soit en écartant d'emblée les cas défavorables, soit en faisant d'abord des incisions exploratrices, sauf à ne pas continuer l'opération si les circonstances paraissent mauvaises, ce qui me semble cruel, et ne devoir être fait que très-exceptionnellement; mais il importe, avant tout, de voir l'intérêt de la malade.

La gravité du cas ayant été exposée à la malade et aux membres de sa famille qui l'avaient accompagnée à Strasbourg, on se décida, nonobstant, à courir les chances de l'opération.

L'ovariotomie eut lieu le 4 juillet 1867.

L'incision, longue de 18 centimètres, dut être prolongée à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic.

La tumeur n'était adhérente ni à la paroi abdominale ni à l'épiploon. On put à grand peine la réduire au peu de volume en ouvrant une vingtaine de loges qui étaient toutes très-petites. Plusieurs anses de l'intestin grêle étaient adhérentes et furent séparées peu à peu avec le bistouri ainsi que le cœcum et l'appendice vermiculaire qui étaient accolés dans toute leur étendue. La tumeur était également adhérente d'une manière intime dans toute l'excavation pelvienne et à la face postérieure de la matrice. On ne pouvait songer à détruire ces adhérences avant d'être à peu près maître de l'hémorrhagie du côté du kyste qu'on sépara d'abord, non sans difficulté de l'angle de la matrice sur lequel on plaça une ligature en fil de fer. Les vaisseaux ovariques furent ensuite étreints avec une forte ligature en fil de soie. On détruisit alors peu à peu les adhérences au rectum et aux parties latérales du bassin en plaçant successivement des pinces sur les gros vaisseaux; mais on fut obligé de laisser, contre la face postérieure de la matrice, une portion de kyste trop intimement adhérente. On retrancha ensuite avec des ciseaux toute la surface sécrétante en ne conservant que la trame fibreuse, saignante, de cette portion de kyste. Les lambeaux saignants et les parties qui ne renfermaient pas des vaisseaux trop considérables furent sectionnés au cautère actuel. L'hémorrhagie fut arrêtée en d'autres points par la compression du doigt mouillé avec un peu de perchlorure de fer. Deux ligatures sur des vaisseaux très-volumineux durent être placées sous le cœcum. D'autres vaisseaux, d'un calibre moins considérable, avaient cessé de saigner sous l'influence de la compression des pinces qui furent enlevées. La tumeur provenait de l'ovaire droit et pesait 12 kilogrammes. Deux follicules de l'ovaire gauche, qui était aussi adhérent, mais qu'on put détacher assez facilement, étaient malades : l'un d'eux avait 2 centimètres 1/2 de diamètre. Les follicules furent ouverts et leur membrane interne fut extraite. Le reste de l'organe était sain, d'un très-petit volume. La perte du sang, qui a été recueilli à part, a été de 700 grammes environ. La plaie fut réunie par quatre points de suture profonde et huit points de suture superficielle. Le serre-nœud placé sur l'angle de la matrice dut rester intra-péritonéal à une profondeur de 3 centimètres. L'opération a duré deux heures et demie.

Malheureusement, après l'opération, il y eut des vomissements chloroformiques qui provoquèrent un peu d'hémorrhagie sur les surfaces traumatiques. Il se produisit ainsi un caillot assez volumineux dont on ne put extraire d'abord par aspiration que la partie séreuse. Ce caillot ne tarda pas à se décomposer et se liquéfier. De la quinzième à la vingt-huitième heure après l'opération, on extraya 150 grammes de liquide brunâtre. Mais déjà, dès la vingtième heure après l'opération, avaient paru des symptômes de septicémie alarmants : pouls petit, irrégulier; vergetures de la peau; respiration accélérée, s'élevant successivement à 30, 36, 38 inspirations; dyspnée, refroidissement; ces symptômes s'aggravèrent de plus en plus, et l'opérée succomba trente et une heures après l'opération, après avoir conservé sa connaissance jusqu'à huit à dix minutes avant la mort, sans avoir éprouvé aucune douleur et sans qu'il y ait eu le moindre symptôme de péritonite. L'urine est restée claire et abondante jusqu'à la fin, cependant il y a eu la soif pendant les dix dernières heures. Le ventre était resté entièrement plat.

A l'autopsie, l'estomac et l'intestin se trouvèrent à peu près vides de gaz, sans aucune congestion des vaisseaux. Il n'y avait ni épanchement de sérosité ni fausses membranes. Dans le bassin, au centre de la surface traumatique, se trouvait un amas de 120 grammes de sérosité brunâtre, provenant de la décomposition du caillot qui s'était formé à la suite des vomissements chloroformiques. Putréfaction rapide.

Remarques. — L'issue fatale de cette opération a parfaitement justifié la gravité du pronostic; mais, peut-être, sons les vomissements qui se sont produits au début et l'hémorrhagie interne qui en a été la conséquence, la malade aurait pu guérir. Dès qu'un caillot se décompose, les liquides qui proviennent de sa fermentation putride, en contact avec des surfaces traumatiques étendues, sont directement absorbées en grande abondance, et l'empoisonnement du sang devient alors d'autant plus intense et plus actif que la putréfaction des liquides épanchés est plus avancée. Dans ces cas, il devient impossible de lutter contre la septicémie, à moins que l'on ne puisse arrêter dès le principe les progrès de la décomposition des liquides.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 24 juin 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Ciniselli, de Crémone, adresse à la Société la lettre suivante :

« C'est par la publication du bulletin de la Société de chirurgie que je viens d'apprendre la courte discussion touchant mon observation de l'anévrysme de la carotide guéri par la compression directe, présentée de ma part par le vénérable et regretté M. Velpeau. C'est à ce propos que j'adresse maintenant quelques mots à l'honorable Société.

« L'observation, comme l'a dit M. Velpeau, est des plus intéressantes, et il est bien naturel que la guérison inespérée ait fait douter au savant professeur, de la blessure de la carotide, et penser qu'il s'agissait de la blessure de l'une de ses branches. Ce doute, partagé par M. Le Fort, l'a été, peut-être, par beaucoup d'autres; je l'avais conçu moi-même en présence de la maladie qui m'occupait.

« En effet, les symptômes objectifs ne m'assuraient pas quelle était l'artère blessée, et j'ai manifesté mes doutes aux collègues que j'avais réunis en consultation, m'appuyant sur la position de la tumeur, qui déposait plus pour la blessure de la thyroïdienne supérieure ou de l'artère linguale à leur origine, que de la carotide. La compression de l'artère au-dessous de la tumeur ne pouvait apporter plus de précision au diagnostic, comme elle n'aurait pu exclure absolument le doute de M. Le Fort, que l'anévrysme eût été de l'artère vertébrale.

« Ç'a été la régression de la maladie et sa guérison même, qui nous ont éclairé sur son véritable siége. Lorsque la tumeur a été réduite à la grosseur d'une noisette, et puis à celle d'un petit noyau endurci, on apercevait bien qu'elle tirait son origine de la carotide primitive à sa partie supérieure. La même chose a été constatée avec plus d'évidence onze mois après la guérison obtenue, lorsque, la tumeur étant complétement disparue, il ne restait plus qu'une petite nodosité inégale, aplatie, siégeant à la partie supérieure de la carotide primitive.

« Le sujet dont il est question, dans le cours de sa maladie et après la guérison, a occupé l'attention des chirurgiens les plus distingués et compétents de Côme et de Crémone.

« J'espère que la Société, qui contribue avec tant de succès au progrès de la pratique chirurgicale, voudra bien accueillir les renseignements que j'ai l'honneur de soumettre à son appréciation. »

Crémone, 10 juin 1868.

DISCUSSION.

Luxation de la hanche.

M. Broca. Le malade de M. Tillaux ne présentait aucune ecchymose; il voulut sortir dès le deuxième jour, je ne pus le retenir que jusqu'au cinquième, et probablement il se livra au travail, ce qui paraît avoir amené la péritonite dont il est mort.

La pièce présente une particularité remarquable; la capsule est doublée d'une cupule osseuse que M. Tillaux tend à regarder comme le fond de la cavité cotyloïde détaché par une fracture. Or, le malade a vécu cinq mois, et ce temps est plus que suffisant pour permettre la diminution de la cavité cotyloïde, par conséquent on ne peut s'appuyer sur cette rétraction.

L'os nouveau s'est étendu comme surface et non comme épaisseur; l'épaisseur seule exige du temps; l'étendue en surface ne laisse rien préjuger comme temps, car le travail d'ossification peut débuter, non par un seul point, mais par toute la largeur de la capsule.

Quelle est la variété à laquelle appartient cette luxation? Gerdy est celui qui a le mieux classé les luxations en arrière. Dans ses trois variétés se trouve la luxation sacro-sciatique, que MM. Malgaigne et Nélaton ont eliminée. C'est à cette variété que nous avons à faire, et si je ne la diagnostiquai pas tout d'abord, je la diagnostiquai pendant la réduction.

M. Tillaux a soulevé plusieurs questions. Jusqu'à quelle époque peut-on faire la réduction? Je suis convaincu que la luxation sacro-sciatique doit devenir promptement irréductible, peut-être, comme le dit Malgaigne, après quinze jours, et je crois pas qu'après cette époque il faut s'abstenir, et je me serais abstenu si le diagnostic avait été fait avant et non pendant les tentatives.

M. Tillaux demande aussi jusqu'à quel degré de traction on peut aller. Je suis allé jusqu'à 240 kilogrammes, limite que je ne crois pas qu'il faille jamais dépasser. Ai-je eu tort d'aller jusque-là? Je ne le crois pas, le malade n'ayant éprouvé les jours suivants aucun accident, et pour ainsi dire aucune douleur.

M. Chassaignac pense que cinq mois sont suffisants pour amener le rétrécissement de la cavité cotyloïde, à moins qu'il n'y ait eu lésion de l'os lors de la luxation. Il repousse les extensions longitudinales et croit qu'il ne faut employer que les mouvements de rotation.

Quant à l'étendue de la force employée, s'il est utile de la mesurer pour ne pas aller trop loin, cette mensuration ne sert à rien dans chaque cas particulier, car telle force de 80 kilogrammes pourra amener des accidents, alors que dans la généralité des cas on peut aller jusqu'à 240.

M. Tillaux. Je crois que la production osseuse est de date ancienne et a été arrachée de la cavité cotyloïde lors de la luxation. L'examen de la pièce montre un grand nombre d'ostéoplastes parfai-

tement formés, et les os de nouvelle formation ne les présente ni avec cette quantité, ni avec cette perfection de forme.

Je désire surtout attirer l'attention sur la classification des luxations de la hanche. M. Broca dit que toutes les fois que la tête sort au-dessous de l'obturateur interne et du pyramidal, elle est bridée par ces deux muscles et retenue en bas, et ne peut devenir iliaque. J'ai cherché sur le cadavre par quel interstice musculaire sort la tête du fémur; dans toutes mes expériences, la tête est sortie au-dessous du pyramidal, et je ne crois pas qu'elle puisse jamais sortir au-dessus de ces muscles. (M. Tillaux fait sa démonstration sur une pièce récemment préparée.)

De plus, ce qui limite l'ascension de la tête, ce ne sont pas les muscles, c'est la capsule, et si dans la luxation iliaque la réduction est plus facile, c'est que la production de cette luxation exige la déchirure plus complète de la capsule.

M. Broca. La lamelle osseuse est, comme le dit M. Tillaux, composée de corpuscules osseux disposés de telle sorte qu'elle paraît être de formation plus ancienne que ne permet de la soupçonner M. Tillaux. Mais comment expliquer le mécanisme de l'arrachement du fond de la cavité cotyloïde et, si le fond de la capsule a été arraché, comment expliquer que la cavité qui devait être élargie est au contraire rétrécie.

Quant à ce qu'a dit M. Chassaignac, je ne puis répondre que ceci : nous n'allons pas jusqu'à 240 kilogrammes sans regarder ce qu'il en advient du côté de la luxation, mais nous nous servons du dynamomètre pour être certain de ne pas dépasser les limites de la prudence.

La limitation du déplacement peut bien être causée par les ligaments dans les luxations récentes, mais il n'en est plus de même dans les luxations anciennes, et nous savons que la tête du fémur remonte ou peut remonter vers la crête iliaque, lorsque le malade se livre à la marche.

M. Tillaux. M. Broca nous a dit que, suivant le point par lequel sort la tête, on a telle ou telle variété : iliaque si la tête sort au-dessus de l'obturateur interne, ischiatique si c'est au-dessous. Toujours dans la flexion la tête sort sous l'obturateur interne, et elle remonte plus ou moins, suivant l'intégrité plus ou moins grande de la capsule.

M. Broca. Dans ses expériences, M. Tillaux n'a pas obtenu la variété sur laquelle nous discutons, puisque dans ses cas le muscle obturateur était déchiré, tandis qu'il ne l'était pas dans le cas de Gerdy, dans le mien et dans la luxation que nous avons sous les yeux.

Je viens d'examiner la pièce, je ne crois pas que ce soit le fond de la cavité cotyloïde qui constitue la plaque osseuse que l'on remarque.

M. Desprès. Une partie du rebord de la cavité cotyloïde a été détachée, et sur cet os on retrouve une plaque osseuse de nouvelle formation, une végétation du tissu osseux arraché, de plus le fond de la cavité cotyloïde est recouvert de cartilage, ce qui n'aurait pas lieu s'il avait été enlevé; car le cartilage, on le sait, ne se reproduit pas sur les surfaces articulaires qui en ont été privées. A l'examen microscopique, que je viens de répéter, j'ai vu que le cartilage du fond de la cavité cotyloïde était normal, l'os contient des ostéoplastes et des canolicules, mais dans la partie la plus mince il y a des cellules qui renferment de la graisse, ce qui est le propre des ossifications de nouvelle formation.

M. Chassaignac ne croit pas que l'obturateur interne puisse retenir le fémur et gêner son ascension puisqu'il s'insère sur cet os et qu'il est par conséquent mobile avec lui.

PRÉSENTATIONS.

M. Depaul présente un enfant né il y a trois jours, dans son service, et qui porte deux dents incisives médianes inférieures.

M. Faucon présente un enfant qui offre dans la région maxillaire du fémur un vice de conformation, il croit pouvoir le regarder comme un bec de lièvre de la lèvre inférieure.

La discussion de ce fait est remise à la séance suivante.

ÉLECTION.

M. Duplaix............. 16 voix.
M. Paulet............. 9 —
Bulletin blanc............ 1 —

M. Duplaix est nommé membre titulaire de la Société.

La séance est levée à six heures moins le quart.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 juillet 1868, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, M. Denonvilliers, qui avait été nommé, par permutation, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris (décret du 6 juin dernier), est maintenu, sur sa demande, dans la chaire d'opérations et appareils à la même Faculté.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de chirurgie, par le docteur Fano, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Ouvrage accompagné d'un grand nombre de figures dans le texte. — Tome Ier. Première partie : pathologie générale chirurgicale; maladies des divers tissus et des divers organes; fractures. 1 vol. in-8° de 463 pages. Prix : 6 francs. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Étude sur l'action physiologique et thérapeutique des bains de mer froids, par le Dr Dupoux. In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 83. — JEUDI 16 JUILLET 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 16 JUILLET 1868. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 13 juillet 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Encore une séance orageuse! M. Bouley a vivement attaqué M. Colin à propos de son second rapport sur la tuberculose.

Ce rapport, tel que M. Colin l'a fait imprimer, renferme une critique acerbe de physiologistes connus, et de leurs tendances scientifiques.

Ce passage n'a pas été lu devant l'Académie; il est complétement étranger à la question de la tuberculose ; et c'est pourquoi nous n'en avons pas fait mention dans notre analyse du discours de M. Colin. Nous le publions aujourd'hui dans le compte rendu de la séance.

Il s'agissait de savoir si on le laisserait figurer dans le bulletin officiel de l'Académie, comme s'il eût fait partie du discours prononcé. Après une chaude discussion, M. Colin a consenti lui-même à la suppression de ce passage.

Après quelques mots de M. Tardieu sur l'urgence de faire connaître au public crédule l'inanité de certaines recettes contre la rage, publiées dans plusieurs journaux non scientifiques, la parole a été donnée à M. Voillemier pour une communication fort intéressante, qui n'a pas obtenu, peut-être, toute l'attention qu'elle méritait.

Il s'agissait pourtant d'un cas rare, et d'une opération admirablement faite. Nous en parlons sciemment, y ayant assisté.

L'état du malade, au moment où il est entré à l'Hôtel-Dieu, était fidèlement représenté par une pièce artificielle exécutée par M. Baretta, mouleur des hôpitaux.

C'est aux œuvres de cet habile artiste que le beau musée dermatologiste de l'hôpital Saint-Louis doit à peu près toute sa valeur; et, puisque l'occasion s'en présente, nous devons dire qu'il est difficile d'arriver à une ressemblance plus parfaite.

M. Baretta a son atelier à l'hôpital Saint-Louis; et il procède avec une très-grande rapidité. Les pièces sont toutes moulées sur nature, même les cols de l'utérus; elles sont reproduites avec une pâte spéciale, très-dure et tout à fait inaltérable. Les couleurs sont ajoutées, incorporées dans la même pâte et nuancées suivant les besoins. La pièce terminée ne craint ni la lumière, ni la chaleur, ni même la poussière, car on peut la laver à l'eau de savon sans qu'elle soit altérée le moins du monde.

Le musée de l'hôpital Saint-Louis doit recevoir le spécimen présenté par M. Voillemier à la séance de l'Académie.

A ce propos, notons un détail important, non mentionné dans la courte note que nous reproduisons plus loin.

L'affection éléphantiasique avait débuté par le prépuce chez le malade de M. Voillemier; mais une première fois elle a rétrocédé.

Il y a sept ans, après s'être trouvé pendant plusieurs semaines dans l'impossibilité de découvrir le gland, par suite du gonflement du prépuce, cet homme a guéri complétement, à ce qu'il raconte. Pendant plusieurs mois, le prépuce dégorgé n'était ni plus épais ni moins souple qu'à l'ordinaire. Puis il s'est de nouveau induré, a grossi, et dès lors, le mal a suivi une marche progressive et ininterrompue.

Ceci confirme une remarque faite depuis longtemps dans les pays chauds, et sur laquelle on a construit tout une théorie touchant la nature et les causes de l'éléphantiasis.

Le plus souvent cette affection est précédée d'une ou plusieurs poussées érysipélateuses, qui passent rapidement, sans laisser de traces apparentes.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY (1).

LEÇONS CLINIQUES SUR LA CHLOROSE.

Névroses et névralgies chez les chlorotiques.

Un phénomène extrêmement commun dans la chlorose, presque constant dans l'hystérie, c'est le vertige : la plupart des chlorotiques accusent des étourdissements; quelquefois ils semblent provoqués par le besoin de réparation et cessent avec l'ingestion des aliments : plus rarement ils se lient au travail digestif. Les vertiges chlorotiques deviennent très-souvent plus nombreux et plus forts au voisinage des époques cataméniales; ils peuvent être accompagnés d'injection de la face et peuvent être attribués à un mouvement congestif. Plus souvent l'anémie cérébrale sera la cause de ces vertiges qui, comme beaucoup d'autres phénomènes chlorotiques, augmentent après l'hémorrhagie menstruelle ; chez quelques malades ils sont suivis de syncope ; ils peuvent être provoqués par un changement d'attitude, quand la station succède, par exemple, au décubitus horizontal. Un autre phénomène nerveux, très-commun chez les chlorotiques, c'est la névralgie intercostale, et nous ferons remarquer qu'elle ne l'est pas moins chez les hystériques.

Le plus ordinairement, cette névralgie a pour siége les quatrième, cinquième, sixième ou septième nerfs intercostaux gauches, et sa coïncidence avec des palpitations et de l'essoufflement suggèrent à presque tous les malades la pensée qu'ils sont atteints d'affections cardiaques, d'autant plus que le point névralgique antérieur prédomine souvent; il peut même exister seul. Quand la sixième ou la septième paire sont atteintes, quelquefois la douleur retentit à l'épigastre, et j'ai souvent observé, dans ce cas, des phénomènes gastralgiques et dyspeptiques très-prononcés.

Les névralgies circumpelviennes sont peut-être plus communes encore; nous en avons indiqué les principales formes à l'occasion des troubles menstruels qui en sont habituellement l'occasion.

Le caractère des chlorotiques est capricieux, inégal comme leurs actes organiques : irritabilité, emportements ou exaltations éphémères suivis d'affaissements, morosités, larmes faciles, paresse d'esprit, difficulté d'appliquer longtemps leur attention, inconstance et bizarreries dans les sentiments, le plus souvent, surtout chez les personnes lymphatiques, mollesse, nonchalance, insouciance, pour les devoirs comme pour les plaisirs, paresse de corps et d'esprit, éloignement pour les exercices physiques, pour les travaux intellectuels, qui souvent provoquent du malaise cérébral, de la céphalalgie, comme pour les relations sociales; tels sont les principaux traits des modifications que la chlorose apporte dans l'état moral des malades.

Pour compléter le tableau des troubles nerveux dans la chlorose, nous dirons que ces malades sont en général somnolentes : réparant mal par la nutrition, elles ont besoin d'une plus grande somme de repos et surtout de sommeil pour diminuer les pertes journalières. Quelques-unes cependant, les névropathiques et les hypochondriaques surtout, ont parfois de la peine à s'endormir; quelques autres sont tenues éveillées une partie de la nuit par leurs souffrances ou par une vague agitation. L'insomnie ou l'agitation dans le sommeil se rencontreront plus souvent chez les arthritiques; la somnolence et le sommeil prolongé et profond seront plus habituellement observés chez les strumeuses. On a observé quelquefois, chez les chlorotiques ou les anémiques, que le travail intellectuel devenait plus facile dans la position horizontale. L'afflux du sang vers l'encéphale favorisé par cette attitude serait l'explication physiologique de ce phénomène psychique. Ajoutons, comme dernier trait, que la plupart des troubles fonctionnels qui caractérisent la chlorose s'exagèrent vers l'époque menstruelle; quelques-uns après le flux menstruel qui semble ajouter encore à l'épuisement de l'organisation et amoindrir ses faibles ressources.

La chlorose n'est pas une de ces affections qui menacent l'existence, cependant on a cité des cas où les malades ont succombé soit à une syncope, soit aux progrès de l'épuisement organique; ce sont là des exceptions extrêmement rares. Ces syncopes mortelles ont été surtout observées dans les anémies consécutives aux hémorrhagies. Quant à l'épuisement progressif, il se rattache ordinairement à quelque lésion profonde qui peut pendant longtemps échapper aux investigations du médecin, ne se révéler même qu'à l'autopsie, ou se démasquer dans les périodes ultimes de la maladie par des manifestations diathésiques.

Si la chlorose ne compromet pas en général la vie, elle la trouble et la rend quelquefois très-pénible. Développée au moment de la puberté sous l'influence de conditions hygiéniques défavorables, elle peut, par une meilleure entente du régime, guérir sans laisser de traces notables : et cependant, j'ai vu plus d'une fois réapparaître, vers la ménopause, des chloroses guéries dans la jeunesse, dont la guérison n'avait pas été ébranlée par de nombreuses maternités; en général, la chlorose est rebelle et tend à récidiver. Le plus souvent elle persiste comme elle avait commencé, sous la forme d'un léger état anémique, alors que tous les troubles symptomatiques qui l'accompagnent ont disparu.

La chlorose est une maladie opiniâtre, presque diathésique, et c'est par ce caractère qu'elle se distingue profondément des anémies accidentelles; elle se transmet par hérédité, et même je l'ai observée chez les enfants de femmes qui semblaient en être guéries. Dans ce cas, elle se montre dès l'enfance, manifestée par des signes physiques auxquels ne répondent pas ordinairement des désordres fonctionnels considérables; ceux-ci éclatent le plus souvent au moment de la puberté et donnent à la chlorose une physionomie toute spéciale qui m'a engagé à la décrire à part, en la caractérisant par le nom de l'appareil organique dont les troubles la dominent et lui impriment leur cachet. Il y a là, du reste, plus qu'une question de classification; j'en fais peu de cas, mais il y a là une question d'intérêt pratique et d'indications thérapeutiques.

Diagnostic de la chlorose.

Les symptômes que je viens d'énumérer rendent en général facile le diagnostic de la chlorose : je ne m'occuperai ici que des signes physiques.

J'ai parlé de cette coloration toute spéciale de la région sous-nasale, que j'appelle en plaisantant la moustache jaune, et c'est, je le répète, une coloration limitée à la région circumlabiale et à la lèvre supérieure principalement, contrastant quelquefois avec la couleur rouge du reste de la face, et quand celle-ci est pâle, offrant une pâleur jaunâtre plus accusée; il semble que les ramuscules artériels de cette région reçoivent moins de sang que les autres et demeurent plus contractés : phénomène d'autant plus remarquable que les lèvres sont souvent d'un rouge intense chez les chlorotiques.

Les bruits vasculaires déjà signalés par Laënnec chez les hystériques ont été regardés, à juste titre, par M. le professeur Bouillaud comme un des signes les plus importants de la chloro-anémie. Nous devons ajouter cependant qu'ils peuvent manquer et que leur intensité n'est pas en rapport constant avec le degré de l'anémie.

Chez la même malade, ils varient souvent dans leur intensité et dans leurs caractères. Il n'est pas rare de les voir se développer sous l'oreille qui les cherche, tandis que dans les premiers moments de l'observation, ils étaient à peine sensibles.

On a dit à tort que la pression du stéthoscope en augmentait toujours la force : cela peut arriver; mais souvent aussi cette pression, pour peu qu'elle soit énergique, les fait disparaître. Leur siége a été et est encore le sujet de nombreuses contestations. Les uns les rapportent aux artères; d'autres aux veines. Une opinion éclectique attribue les souffles continus à ces derniers vaisseaux; les souffles intermittents aux premiers. Pour ceux-ci, le doute me paraît difficile, on les entend souvent naître à l'origine de l'aorte, se propager sur le trajet de ce vaisseau et des branches qui en naissent, s'ajouter au bruit diastolique normal dont ils semblent le prolongement; d'une autre part, comme on entend les souffles intermittents se transformer en souffles continus, et qu'une multitude de nuances intermédiaires établit entre ces deux variétés des transitions presque insensibles, je ne répugnerai pas à admettre avec Beau qu'ils peuvent, les uns et les autres, se développer dans les artères.

Il me semblerait facile de juger expérimentalement cette question; en rendant un animal anémique et mettant à nu les vaisseaux du cou, on les soumettrait à un examen direct. Cette question n'a, du reste, au point de vue pratique, qu'un intérêt bien secondaire.

La cause de ces bruits n'a pas été moins débattue. Les uns les ont attribués à l'altération survenue dans la constitution du sang ; d'autres aux modifications de la quantité, augmentée suivant Beau, diminuée suivant le plus grand nombre. Laënnec avait déjà cherché dans les conditions des tuniques vasculaires l'origine de ces souffles. Depuis huit ou dix ans, je cherche dans mes cours à faire valoir cette doctrine, m'appuyant sur les arguments suivants : Les changements dans la densité et dans la composition du sang ne peuvent, en aucune façon, suffire à l'explication de ces bruits; la diminution de la quantité n'interviendrait que médiatement en changeant la tension des parois artérielles; l'état de celles-ci est la véritable cause du souffle, la variation qu'il subit chez le même sujet et parfois à quelques secondes d'intervalle, ne peut s'expliquer autrement; on ne comprendrait pas davantage comment ces souffles ne se mon-

(1) Voir le dernier numéro.

treraient pas en même temps dans les artères correpondantes des deux côtés du corps ou s'y montreraient avec une intensité inégale.

Quand ce souffle est fort et qu'il n'a pas une tonalité très-aiguë, le doigt sent très-bien les vibrations artérielles; l'œil même aperçoit dans leurs tuniques et les parties qui les recouvrent un mouvement oscillatoire, qui accuse une tension moindre des vaisseaux.

Cette opinion, qui place dans l'état des parois vasculaires la cause du bruit du souffle a été défendue par M. Maroy dans son Traité de la circulation, et il a cherché, à l'aide des lois de la physique, à éclairer le mécanisme intime de ce phénomène.

Je vous engage à faire une expérience facile, qui vous aidera à comprendre le mode de production de ces souffles :

Si vous appliquez un stéthoscope sur le tuyau d'un irrigateur pendant que l'eau s'échappe par son extrémité, et si vous comprimez ce tuyau au-dessus du stéthoscope, vous percevrez immédiatement un bruit de souffle qu'on ne peut expliquer que par la diminution de tension dans la partie du tuyau située au-dessous du point rétréci : comme pour les bruits du cœur, la vitesse du courant influe sur la production de ces bruits.

Si cette théorie est vraie, comme je le crois, il faut admettre que la chlorose altère la tension des parois vasculaires en modifiant l'action vaso-motrice, et peut-être aussi en diminuant la quantité du liquide qui circule dans les vaisseaux.

Les bruits qui nous occupent peuvent être entendus sur plusieurs points du système artériel. Mais on les constate surtout au niveau des vaisseaux carotidiens qui, d'ailleurs, se prêtent le mieux à cette exploration. Leurs timbres, leurs rhythmes varient depuis le simple prolongement de la diastole, depuis un léger bourdonnement jusqu'à ces bruits de rouet, de diable, etc., qui offrent des redoublements diastoliques se détachant sur un souffle continu. Enfin, Laënnec avait noté ces bruits rhythmés à modulations régulières ou irrégulières, auxquels on a donné le nom de bruits musicaux.

Ces bruits vasculaires sont souvent inégalement développés dans les deux côtés du cou ; en général plus prononcés à droite, ils sont d'autres fois plus marqués à gauche. Après la région cervicale, les points où on les retrouve le plus souvent sont l'origine de l'aorte et la région sous-claviculaire gauche, ou derrière le sternum, au point où l'aorte émerge du ventricule, au niveau du troisième espace intercostal; c'est là que le souffle chlorotique de l'aorte aura quelquefois son maximum; mais à cause des rapports variables du cœur avec la paroi thoracique, le maximum de ce bruit ne sera pas toujours perçu dans le même point, quelquefois c'est à la base du cœur qu'il sera le plus prononcé. Il est admis que les bruits chlorotiques du cœur n'ont jamais leur maximum à la pointe. Cette question n'est pas encore pour moi parfaitement résolue.

Je crois à la possibilité des bruits localisés à la pointe, dus à des troubles dynamiques du cœur; le fait suivant m'en paraît un exemple : Je fus appelé il y a quelque temps, au milieu de la nuit, par un de mes condisciples, homme d'une constitution éminemment nerveuse avec une légère teinte d'hypochondrie. Il se croyait atteint d'une angine couenneuse; il avait gardé cette conviction pendant 4 ou 5 heures, et je le trouvai dans un état d'anxiété inexprimable; il n'avait pas la moindre angine, mais une glossite, maladie bien rarement primitive, à laquelle je n'ai pu cependant trouver aucune cause appréciable, et qui se modifia rapidement sous l'influence de collutoires au chlorate de soude; mais ce qui me frappa chez lui, ce fut le désordre excessif de la circulation : le pouls était irrégulier, inégal, intermittent, en dehors de tout rhythme appréciable; l'auscultation me fit entendre un bruit de souffle systolique très-fort, très-net, fusant comme les bruits d'insuffisance, ayant son maximum à la pointe et inappréciable à la base; rapproché de l'irrégularité des mouvements cardiaques, ce bruit, ainsi localisé, ne pouvait être attribué qu'à une insuffisance mitrale. Interrogé par moi, le malade, qui avait conscience d'un trouble circulatoire, m'assura qu'il n'avait jamais éprouvé rien de semblable, qu'il pouvait, sans aucun essoufflement, soutenir les plus longues marches et monter les escaliers. Le lendemain, je trouvai le malade rasséréné; le pouls était parfaitement régulier et le bruit de souffle avait disparu. Comment expliquer ce bruit passager, lié à de pareilles irrégularités de circulation, sinon par un trouble de l'innervation cardiaque. Il y avait là une ataxie des contractions du cœur qui en détruisait le rhythme et faisait que les muscles de la valvule mitrale, ces petits mamelons qui les soutendent, ne coordonnaient pas leur action à celle du ventricule. J'ignore si quelque chose d'analogue peut se produire dans la chlorose; mais on ne peut dire *à priori* que ce soit impossible, et le fait que j'ai cité prouve que des bruits localisés à la pointe peuvent se développer en l'absence de toute altération organique de l'orifice mitral.

Souvent c'est à la base du cœur, près du sternum, que le souffle anémique cardiaque offre son maximum d'intensité.

Il peut y avoir là un phénomène de conduction : l'aorte est croisée à son origine par l'artère pulmonaire qui peut transmettre les bruits aortiques, mais je me suis demandé souvent pourquoi cette artère pulmonaire ne pourrait pas être dans certains cas le siége de ces bruits qui correspondent si exactement à son origine.

J'ai souvent entendu, chez les chlorotiques, un bruit de souffle ordinairement simple, quelquefois double, dans la région sous-claviculaire gauche. Ce bruit n'est pas le prolongement du souffle cardio-aortique. Il n'a avec celui-ci aucun rapport de continuité, et il est ordinairement plus intense. Dans un cas, ce bruit était double, tellement fort et accompagné d'un frémissement si localisé, que je crus à un anévrysme de l'aorte; l'autopsie me démontra mon erreur. Je crois que ces bruits ont leur siége dans les artères sous-clavières et carotidiennes; la veine sous-clavière pourrait en être le siége dans la théorie qui attribue aux veines les souffles doubles ou continus. Chez des tuberculeuses anémiées, j'ai entendu un souffle rude sous la clavicule droite, dans la direction du tronc brachio-céphalique. J'ai pensé que l'induration pulmonaire pouvait peut-être, dans ce cas, favoriser la transmission des bruits vasculaires profonds; peut-être aussi quelques engorgements compriment-ils l'artère et contribuent-ils à la production de ce bruit anormal.

Si les bruits de souffles dits chloro-anémiques dépendent de l'état des parois vasculaires, de la vitesse du courant circulatoire et du rapport qui existe entre les vaisseaux et la colonne liquide qui les traverse, on conçoit que d'autres états morbides puissent leur donner naissance. Laënnec les rattachait à l'hystérie ou à l'hypochondrie. M. G. Sée croit qu'on peut les observer dans ces deux affections : cette opinion me paraît très-plausible; je dois avouer cependant que toutes les hystériques chez lesquelles j'ai rencontré ces souffles vasculaires, étaient en même temps affectées de chlorose; à laquelle de ces deux maladies fallait-il attribuer la modification circulatoire qui produisait ce symptôme? Il est bien difficile de le déterminer. Dans tous les cas, derrière cette modification, il faut supposer un trouble d'innervation. Quand, d'une autre part, on se rappelle cette affinité qui existe entre la chlorose et l'hystérie, cette complication d'hystéricisme si fréquente chez les chlorotiques, on trouve peut-être que l'opinion de Laënnec n'était pas aussi éloignée de la vérité qu'elle l'a paru pendant longtemps.

Ainsi que Laënnec l'avait observé, des circonstances accidentelles, telles que la compression des vaisseaux par les muscles voisins, la vitesse du courant sanguin, etc., peuvent, d'un moment à l'autre, faire varier les bruits de souffle. Si tout son est un ensemble de vibrations, pour que des vibrations deviennent sonores, il faut qu'elles acquièrent une certaine vitesse, et ici, cette vitesse des vibrations dépend de la rapidité avec laquelle se meut la colonne sanguine. C'est ainsi que les bruits morbides du cœur cessent, quand l'impulsion circulatoire est affaiblie à un certain degré, pour reparaître quand cette impulsion se relève. J'ai encore constaté, à propos des bruits cardiaques chlorotiques ou autres, qu'ils sont accompagnés d'une sensation de frémissement d'autant plus sensible à la main, que leur tonalité est plus basse. Les sons aigus produisent des vibrations plus rapides, mais plus courtes, et qui, pour cela même, ne se transmettent pas à la main comme celles qui donnent des sons graves, et qui sont par conséquent plus lentes et plus étendues.

Les impressions morales qui précipitent la circulation, et peut-être en même temps modifient la tension des parois vasculaires, peuvent produire des bruits de souffle cardiaques (1). Je les ai constatés une fois, avec une intensité vraiment extraordinaire, chez un hypochondriaque qui m'avait prié de l'ausculter; la terreur que lui causait mon examen avait produit chez lui un état demi-syncopal accusé par la pâleur du teint et la faiblesse du pouls. Quand, rassuré par moi, il eût retrouvé son sang-froid, le bruit de souffle avait disparu.

Les signes physiques que nous venons d'énoncer se rencontrent également dans la chlorose et dans l'anémie; c'est dans l'étude des autres symptômes, et surtout dans la connaissance des causes, qu'on trouve les éléments du diagnostic.

Un point très-important, c'est la distinction de la chlorose proprement dite et des pseudo-chloroses, cachexies précoces des diathèses, spécialement de la diathèse tuberculeuse. La connaissance des antécédents héréditaires, les modifications soigneusement recherchées de la respiration et de la sonorité thoracique, rapprochées des troubles fonctionnels qui peuvent annoncer les premiers envahissements de la tuberculose, feront le plus souvent reconnaître l'existence de celles-ci. Le diagnostic est délicat dans les races strumeuses et tuberculeuses; la persistance de la chlorose et de la dyspepsie chez les strumeuses a quelque chose de suspect. C'est assez dire que je ne crois pas à l'antagonisme admis par quelques médecins entre la chlorose et le tubercule. Il y a des chlorotiques qui deviennent peut-être plus difficilement tuberculeuses que les précédentes, ce sont celles qui sont névropathiques et de race arthritique; cependant, chez celles-là même, la chlorose est loin d'être un préservatif de la phthisie, et trop souvent on voit y aboutir des névroses chlorotiques qui pendant longtemps ont persisté indépendantes de toute lésion organique. Tels sont les principaux caractères de la chlorose, nous n'essaierons pas de pénétrer plus avant dans sa nature intime, ce serait entrer dans le champ des hypothèses. Nous ferons remarquer cependant le rôle considérable que jouent, dans son évolution et dans ses symptômes, les modifications du système nerveux et surtout du système ganglionnaire, et sa connexion intime avec les fonctions de l'appareil générateur.

(*Sera continué.*)

(1) En examinant des personnes agitées par une vive émotion, j'ai plus d'une fois constaté chez elles des bruits de souffle cardiaque que le calme faisait disparaître.

DU MAL VERTÉBRAL DE POTT

Des enfants et de son traitement orthopédique

Par le docteur J. QUINTAA.

Les systèmes de traitement orthopédique, employés en France contre le *mal de Pott* des enfants, ont été jusqu'ici tellement défectueux que nous croyons devoir faire connaître une méthode inventée par M. le docteur Charles Taylor, de Neuw-York, et adoptée à juste titre par tous les chirurgiens orthopédistes des États-Unis.

Nous pouvons la recommander d'autant mieux qu'il nous a été permis de l'expérimenter et d'en apprécier les résultats.

Mais avant de nous occuper du traitement orthopétique, il est nécessaire d'appeler l'attention du corps médical sur la nécessité de reconnaître l'affection vertébrale antérieurement à l'apparition de la gibbosité.

Des observations nombreuses ont permis d'établir une symptomatologie bien nette, dont la connaissance est indispensable pour diagnostiquer la maladie dans sa période la plus initiale.

Les médecins, ainsi prévenus, éviteront des erreurs toujours fâcheuses et rendront le traitement orthopédique en question d'autant plus efficace qu'ils attendront moins longtemps pour l'appliquer.

Symptomatologie. — Les premiers symptômes du *mal de Pott*, qui atteint généralement les enfants de 2 à 8 ans, consistent dans des douleurs très-vives dont le siége se trouve si près de la région épigastrique que les chirurgiens américains les ont réunis sous le nom de *gastralgie*.

Quoique cette dénomination ne soit pas entièrement exacte, elle est cependant très-expressive. Il s'agit de douleurs siégeant, dans la majorité des cas, à l'épigastre, moins souvent à l'ombilic, ou entre ces deux régions, et dans le plus petit nombre de cas à l'un des deux hypocondres. Elles sont spasmodiques et présentent de violents paroxysmes. Il est probable qu'elles proviennent des contractions des fibres musculaires de l'estomac et de l'intestin. Elles sont provoquées immédiatement par l'ingestion des aliments dans l'estomac, par la locomotion ou un choc sur le tronc. Elles apparaissent aussi sans aucune cause évidente; elles arrachent souvent au malade des cris perçants, commencent brusquement et se calment de même.

Ces douleurs sont presque invariablement le premier symptôme du début de l'inflammation du cartilage intervertébral ou du périoste, inflammation qui précède le plus souvent la carie du corps de la vertèbre. Quelle que soit l'origine de la maladie; qu'elle résulte d'une cause traumatique ou d'un vice de constitution, les manifestations ne diffèrent pas; on peut dire que cette *gastralgie* ou *gastrodynie* se montre neuf fois sur dix.

Le siége de l'altération exerce, il est vrai une influence qui modifie la localisation des symptômes.

La partie moyenne de la région dorsale étant le plus communément atteinte est, par là même, la plus propre à agir sur l'épigastre. Mais il n'y a aucun point entièrement exempt de douleurs. La douleur ne prend point de départ au siége de la maladie pour s'irradier vers la partie antérieure du corps, mais elle commence dans ce dernier point. La longueur du temps pendant lequel le malade souffre, avant que l'ulcération ait détruit assez de substance osseuse pour produire une difformité évidente, est très-variable. Mais, d'après des observations nombreuses, on peut l'évaluer à *six mois* et quelquefois un an. Ce phénomène est si constant, que sur cent cas observés par le docteur Lee, de New-York, il y en a à peine six qui ne l'ont pas présenté.

Les chirurgiens, qui ont étudié jusqu'ici le mal de Pott, gardent le silence le plus absolu sur ce fait important. Quelques-uns d'entre eux, il est vrai, parlent de douleurs naissant à la colonne vertébrale et s'irradiant sur les côtés; or, c'est là une grande erreur.

La plupart des médecins consultés dens la première période du *mal de Pott* croient avoir affaire à des vers intestinaux, ou à une entérite, ou même à une gastrite chronique. Mais l'inefficacité du traitement employé, la reproduction persistante des mêmes symptômes, et enfin plus tard l'apparition de la gibbosité démontrent qu'on avait commis une grave erreur de diagnostic.

Une douleur ressentie au pénis attire l'attention du médecin, non pas sur cet organe, mais bien sur le col de la vessie, véritable siége de l'irritation. Le chirurgien, qui aujourd'hui verrait un malade se plaindre de douleurs constantes au genou, sans examiner attentivement l'état de la hanche, devrait être sévèrement blâmé. De même des douleurs épigastriques persistantes, avec de fréquents paroxysmes, doivent nous faire songer à une inflammation de la colonne vertébrale.

Au début de cette maladie, on ne doit pas s'attendre à trouver une douleur quelconque le long de la région dorsale. La pression exercée sur les vertèbres supposées malades ne produit aucune sensation douloureuse.

Mais il existe de précieux éléments de diagnostic, fournis par l'attitude et la démarche du malade.

Il tient le tronc incliné en avant; s'il peut marcher, il vient souvent s'appuyer sur le genou de sa mère ou sur un objet quelconque, et il est bien vite fatigué de la station verticale. Sa respiration est courte, saccadée, souvent très-pénible, et accompagnée d'une faible émission de voix pendant l'expiration. Il existe fréquemment une toux opiniâtre.

On remarque plus souvent cette affection des muscles respirateurs, quand la maladie siége dans la partie moyenne de la région dorsale.

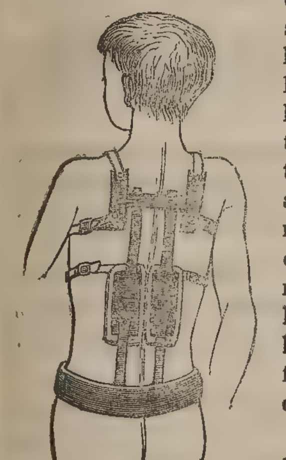
L'attitude et la démarche du malade ont, comme nous l'avons dit plus haut, une physionomie caractéristique. Il cherche à éviter toute secousse de la colonne vertébrale. Les pieds sont écartés, les talons tournés en dedans, les genoux sont légèrement fléchis.

Les épaules sont élevées et déjetées en arrière, la tête est dans la même position, l'occiput reposant quelquefois sur les vertèbres dorsales supérieures. Le malade se refuse à tourner la tête rapidement, surtout lorsque les vertèbres cervicales sont altérées; et il déplace tout le corps, quand on attire son attention. Il ne peut ni courir, ni sauter, et lorsqu'il veut se baisser, il fléchit les genoux sans incliner le dos. Dans la marche, il soulève à peine les pieds et semble glisser. En même temps que ces symptômes caractéristiques, qui font rarement défaut, on observe le développement progressif de l'état cachectique, la pâleur, la maigneur, la flaccidité des muscles, la tuméfac-

tion de l'abdomen, la perte ou la dépravation de l'appétit, et, très-fréquemment, la dyspepsie. Cette description est suffisante pour permettre au médecin de porter un diagnostic à peu près certain, et d'appliquer le traitement orthopédique, dont nous allons parler, avant la production de la gibbosité.

Traitement orthopédique, (*appareil Taylor*). — Presque tous les instruments employés jusqu'ici dans le mal de Pott avaient pour objet d'exercer la contre-extension de la hanche aux épaules. Leur action devenait insignifiante, par suite du manque de points d'appui suffisants, et de la gêne intolérable qu'ils produisaient.

L'appareil Taylor (1), bien plus conforme aux principes de la mécanique, se compose d'une large bande qui entoure la partie inférieure du tronc; en avant, cette bande est située si inférieurement qu'elle touche presque les cuisses, lorsque le malade est assis. Deux tiges métalliques jouent le rôle de leviers sur chaque côté de la colonne vertébrale, qui est ainsi préservée des déviations latérales. A la partie supérieure, une autre tige métallique unit transversalement les deux premières et présente deux T. Les deux tiges métalliques inférieures, correspondant au siége de la maladie, sont munies de deux charnières mobiles seulement, d'avant en arrière, qui favorisent ainsi les contractions des muscles du dos.



Les contractions des muscles spinaux contribuent beaucoup à réduire la déviation. En résumé, cet appareil a pour but d'obtenir tous les avantages de la position horizontale, en permettant au malade l'exercice et le grand air. Il protége les vertèbres dorsales dans la station verticale, comme ferait le décubitus dorsal sans le secours d'un instrument. C'est un simple levier, qui prend pour point d'appui les apophyses transversales saines et diminue considérablement la pression sur le corps des vertèbres malades. On peut le considérer comme un rachis supplémentaire. Son action s'exerce d'avant en arrière.

Lorsque le malade est muni de cet appareil, il peut se livrer, sans le moindre inconvénient, à un exercice modéré. La locomotion exercée même une influence très-salutaire sur son état général. C'est en effet cette possibilité de sortir au grand air, tandis que le siége de la maladie est garanti contre toute pression, qui constitue la supériorité de cette méthode de traitement.

(1) Voir la thèse inaugural du docteur Quintaà, 1868, Paris.

TRAITEMENT DES CORPS ÉTRANGERS SOUS LES ONGLES

Par M. G.-A. DELATTRE, *ancien chirurgien-major de la marine.*

Ce sont ordinairement des morceaux de bois et d'aiguilles qui pénètrent sous les ongles quand on frotte les planchers, ou qu'on tombe, portant la main en avant afin de se garantir la tête.

Ces fragments entrent, plus ou moins rarement toutefois, jusqu'à la racine de l'ongle.

L'indication de les extraire est remplie par tout le monde, mais chacun ne sait pas ce qu'il y a à exécuter pour assurer une prompte guérison. Si le corps étranger est saisissable, sans incision, la pince l'amène au-dehors et l'on s'arrête là. Si le corps n'est pas préhensible sans encoche, on en fait une, puis l'extraction s'opère, et l'on ne s'occupe nullement de la plaie; comme dans le cas précédent, il s'en suit un état d'inflammation suppurative sous-unguéale. Pour l'éviter, il importe de mettre à nu tout le trajet. A cet effet, on coupe graduellement l'ongle avec un canif (sa trempe vaut mieux pour les tissus cornés que celle des bistouris), dans toute l'étendue, en longueur et en largeur, de la pénétration; on extrait, puis on se borne à mettre des linges trempés d'eau fraîche; on les renouvelle quand besoin est. Si le tissu charnu est déchiré, la suppuration sera faible, de courte durée et s'évacuera aisément. Le plus souvent, il n'y en aura pas, et, après un jour de pansement, tout sera fini. Il n'en est pas de même quand on n'agit pas comme nous venons de le prescrire; le travail de la suppuration est douloureux et la guérison tarde. Nous déduisons notre conseil d'un bon nombre de faits.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 14 juillet 1868. — Présidence de M. RICORD.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture, du Commerce et des Travaux publics transmet :

1° Un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné, l'automne dernier, dans le hameau de Lavenay (Nièvre). (Comm. des épidémies).

2° Des rapports sur les vaccinations pratiquées, en 1867, dans les départements du Bas-Rhin, du Pas-de-Calais, du Nord, du Cantal, de la Meurthe. (Comm. de vaccine).

3° Des rapports sur le service des eaux minérales de Carcameres (Ariége), par M. le docteur de Campoussy, et d'Aulus (Ariége), par M. le docteur Bordes Parès. (Comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Crié, médecin des épidémies de l'arrondissement de Laval. Ce médecin se plaint que M. Briquet, dans son rapport général sur les épidémies, ait mis la Mayenne au nombre des départements qui n'ont pas envoyé de documents sur les maladies épidémiques depuis 1863; M. Crié rappelle qu'il a envoyé, le 7 juin 1864, un rapport sur une épidémie causée par des farines mélangées de plomb métallique, et le 11 juin 1867, un autre rapport sur une épidémie de choléra qui a régné dans l'arrondissement de Laval. (Renvoyé à la commission des épidémies).

2° Une lettre de M. Coste, membre de l'Institut, qui se présente comme candidat à la place vacante d'associé libre.

M. TARDIEU dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Kuhn, de Niederbronn, une brochure sur « le traitement de la cholélithiase par les eaux chlorurées.

M. BOUCHARDAT présente, au nom de M. le docteur Byasson, une thèse intitulée : *Essai sur la relation qui existe à l'état physiologique entre l'activité cérébrale et la composition des urines.*

M. le docteur COLIN communique à l'Académie : 1° une lettre de M. le docteur Waldenburg, *privat docent* à la Faculté de médecine de Berlin, relative aux expériences qu'il a faites sur l'inoculation de la tuberculose.

« J'ai produit, dit M. Waldenburg, des tubercules chez des animaux non-seulement par l'inoculation de tubercules gris ou jaunes, mais aussi par des matières absolument non tuberculeuses; et non-seulement par des substances fraîches, mais aussi par l'inoculation de substances qui avaient été conservées dans l'alcool pendant plusieurs mois.

« De plus, j'ai inoculé des matières teintes par le bleu d'aniline, et j'ai pu démontrer, par l'examen microscopique, la résorption de ces substances et leur dépôt dans les organes internes, surtout dans les tubercules artificiellement produits. »

2° Une lettre de M. le docteur Jules Ley, qui rapporte trois expériences faites par lui sur des lapins pendant l'année 1866. Ces trois animaux avaient été inoculés avec de la matière tuberculeuse : il en a laissé mourir deux, et a trouvé dans leurs poumons des tubercules ramollis, des cavernes.

M. COLIN fait remarquer que M. Ley n'indique pas si ces cavernes communiquaient ou non avec les bronches.

DISCUSSION.

A propos du procès-verbal.

M. BOULEY. Bien que j'aie demandé la parole à propos du procès-verbal, je monte à la tribune, car ce que j'ai à dire doit être dit avec une certaine solennité.

A la dernière séance, M. Colin, dans un travail sur le charbon, a cru devoir lancer des insinuations qui étaient loin d'être bienveillantes, contre deux absents : MM. Davaine et Chauveau. Il est allé plus loin, car il a attaqué non-seulement eux, mais l'Académie même qui leur a décerné des récompenses. En sortant de la séance, on m'a dit que j'avais perdu l'occasion de faire contre M. Colin une protestation bien mieux motivée, à propos de son second rapport sur la tuberculose et des attaques hors de propos qu'il contenait.

Je n'avais remarqué, dans ce rapport, qu'un coup de griffe contre M. Villemin, dont le mémoire, selon M. Colin, serait à remanier, ou plutôt à refaire. Ceci me semblait d'autant plus sévère, que M. Villemin a émis, le premier, les idées mêmes que M. Colin s'est efforcé de démontrer.

Mais ce n'était pas là le passage auquel on faisait allusion, et je suis tombé de mon haut en lisant ceci, que M. Colin n'a point dit devant l'Académie, mais qu'il a introduit plus tard, dans son discours imprimé.

Écoutez ceci, Messieurs.

« On a dans ce siècle tous les genres d'audace. Ce que l'observation a de mieux établi est dédaigné. On veut tout réédifier sur de nouvelles bases, quelles qu'elles soient, et avec des éléments dont on ne connaît pas la valeur. Il faut au plus vite renouveler la face des choses avec des riens amplifiés dans des proportions fantastiques. C'est à qui jouera à l'originalité. Tel imagine un cœur et des vaisseaux de caoutchouc croyant reproduire l'ensemble des phénomènes de la circulation. Tel autre qui tâte le pouls à l'aide d'un instrument d'horlogerie et mesure exactement les secousses d'une patte de grenouille s'imagine faire de la physiologie une science mathématique. Celui-ci, en greffant des queues de rats, pense ouvrir de nouveaux horizons à la philosophie naturelle. Celui-là, en observant des débris de noyaux, d'insignifiants granules dans les liquides virulents, se flatte d'en faire des êtres d'une nouvelle espèce, créés tout exprès pour devenir les agents des contagions. Cet autre, qui a bien disséqué vingt bipèdes de l'occiput à la région pirénéale, se croit en mesure de nier l'âme et de contester l'existence de la divinité, etc. »

Voilà ce que M. Colin n'a pas osé dire devant nous, mais ce qu'il a fait imprimer. Il n'avait pas osé le dire, parce qu'il savait bien quelle explosion de protestations eussent soulevée de pareilles attaques, tandis qu'il a pu recueillir des applaudissements en les mettant dans son discours.

Était-ce bien le cas de faire sortir Hiffelsheim de sa tombe pour parler de son cœur et de ses tubes en caoutchouc? critique qui atteint également M. Poiseuille. Et M. Marey, cet homme qui mérite toutes les sympathies, qui a dépensé son avoir pour monter un laboratoire comme il n'y en n'a pas, que l'Académie des sciences a adjoint à une liste de candidats pour une place vacante dans son sein, était-il convenable de lui reprocher ses études sphygmographiques. M. Paul Bert, avec ses expériences sur les queues de rats, M. Chauveau, avec sa découverte du principe act des virus sont aussi ridiculisés. Quant au reste, il eut été au moins de bon goût de ne pas aller lancer, lors d'une discussion célèbre au Sénat, cette insinuation malveillante qui rappelle l'acte d'un médecin auquel il sera beaucoup pardonné parce qu'il s'est beaucoup repenti.

Je conclus : il ne doit pas être permis à un membre de l'Académie lisant un discours, d'ajouter ensuite à ce discours, lorsqu'il l'imprime, des pages entières aussi graves que celles-ci.

M. COLIN. Je ne veux pas répondre aux insinuations de M. Bouley.

M. BOULEY. Ne dites pas insinuations!

M. COLIN. M. Bouley ne veut pas que ses confrères soient libres. Toutes les fois qu'à la Société vétérinaire j'ai émis quelque opinion différente des sciences, il m'a attaqué aussi violemment qu'il vient de le faire. Quand au passage incriminé, si je ne l'ai pas lu à la tribune, la raison en est bien simple, l'heure était avancée et j'ai passé deux pages à cet endroit, comme j'en avais déjà passé d'autres. Je craignais d'autant moins d'émettre mon opinion sur les cœurs et les tuyaux en caoutchouc que j'ai déjà exposé cette même opinion dans un travail récompensé par l'Institut.

Au reste, je déclare que je maintiens ce que j'ai dit, tant pour la forme que pour le fond.

M. GAVARET. Je conclus à ce que la partie non lue de ce rapport ne soit pas publiée dans les comptes rendus.

M. BLOT. J'appuie cette proposition.

M. DEPAUL. Il ne s'agit pas d'un rapport, mais d'une note. Un rapport est l'œuvre de l'Académie, mais une note est toute personnelle, et un rapporteur, comme tout autre membre, peut en faire une, comme il l'entend.

M. BOULEY. J'ai dit que si M. Colin avait eu le courage de lire l'Académie ce passage, je me serais borné à protester, tant en mo nom qu'au nom d'hommes que j'aime. Mais tel n'est pas le cas, puisque M. Colin n'en a rien osé lire.

M. BLOT. La proposition de M. Gavarret a une importance réelle; il s'agit de savoir si l'on peut imprimer dans les comptes rendus ce qui n'avait pas été lu.

M. BECLARD. Les bulletins de l'Académie sont publiés sous la responsabilité des secrétaires. Ils doivent reproduire la physionomie de la séance, et n'y doivent rien ajouter. Je me rallie donc complétement à la proposition de M. Gavarret.

M. CHAUFFARD. Nul n'est plus sympathique que moi aux travaux de M. Colin; mais ici, nous nous trouvons en présence de deux faits : 1° cette partie du discours de M. Colin n'a pas été lue; 2° elle est complétement étrangère à la discussion et elle eût été certainement relevée de suite si elle eût été entendue. Ainsi, en en ordonnant la suppression dans les comptes rendus officiels, l'Académie n'attente pas à la liberté de discussion, qu'il faut avant tout préserver.

M. BOUILLAUD. Je crois que l'Académie peut s'en tirer d'une façon moins violente que par un vote de suppression. Je ne doute pas que M. Colin ne consente à retirer la partie de son discours qu'il n'a pas prononcée, et dont il a déjà suffisamment expié l'omission.

M. COLIN. Puisque l'Académie le demande, je consens à ce que ce passage soit supprimé. Mais je tiens à ce qu'il soit bien entendu que si je l'ai omis, c'est parce que l'heure était avancée. Je ne crains pas d'émettre mes opinions scientifiques et de critiquer celles qui me semblent critiquables. Je recommencerai à l'occasion.

PROPOSITION

à propos de la rage canine.

M. TARDIEU. Depuis quelque temps la presse littéraire est inondée de publications sur la rage. On a communiqué des formules ineptes, on a recommandé des précautions parfaitement insuffisantes; et l'on éloigne ainsi les lecteurs peu instruits des seuls préservatifs sérieux, cautérisations, etc.

Déjà M. Boulay, dans son beau rapport sur ce sujet, il y a quelques années, a fait justice des recettes qu'on ressuscite.

A ce moment, l'Académie a nommé une Commission de la rage dont je fais partie. La mort de Rayer a laissé un vide dans cette Commission; ne serait-il pas bon de la compléter et de l'autoriser à éclairer le public par un avis auquel les journaux de médecine ne refuseraient pas, j'en suis certain, la publicité nécessaire. On empêcherait peut-être ainsi les effets funestes d'une déplorable crédulité.

Cette proposition est adoptée sans opposition.

PRÉSENTATION.

Éléphantiasis du prépuce, de la peau de la verge, etc.

M. VOILLEMIER présente des pièces pathologiques provenant d'un malade qu'il a opéré le 2 juillet, la représentation modelée des parties malades avant l'opération et un dessin exécuté depuis. Il lit à ce sujet la note suivante :

Il s'agit d'un homme de 29 ans affecté d'un éléphantiasis du prépuce, de la peau de la verge et du scrotum. Le pénis et les testicules sont perdus dans une tumeur volumineuse ayant la forme d'une massue. Elle a une longueur de 50 centimètres, une circonférence de 49 dans les parties les plus grosses et de 30 centimètres seulement au devant du pubis. Elle augmente de volume dans la station debout et descend jusqu'au-dessous de la rotule; sa couleur, ordinairement rose, devient alors d'un rouge violet; son développement, qui remonte à 7 ans, fut assez lent, mais il devint très-rapide dans la dernière année.

Le malade, honteux de sa difformité, la cachait avec soin, et il ne vint demander les secours de la chirurgie que le jour où le poids de la tumeur l'empêcha de travailler. Il réclamait une opération; voici celle qui a été pratiquée.

Cet homme, après avoir été soumis à l'action du chloroforme, fu placé et maintenu sur une table comme s'il allait subir la taille périnéale. Un aide agenouillé en face de lui soutenait les parties dans la position horizontale.

Le chirurgien, debout à la droite du malade, commence par introduire pour l'ouverture du prépuce une sonde en gomme élastique qui doit servir de point de repère. Il s'arme ensuite d'un couteau à amputation avec lequel il divise la tumeur en long, dans la portion antérieure et dorsale, pour aller à la recherche du gland. Quand il l'a rencontré, il coupe une bride épaisse, très-tendue, qui, s'étendant du frein à l'extrémité de la tumeur, tiraillait la verge en avant et lui donnait une longueur exagérée. Cela fait, il pratique deux incisions latérales qui, partant du canal inguinal de chaque côté, sont réunies, au niveau du gland, par une troisième incision transversale. De cette façon on obtient un lambeau supérieur, quadrangulaire, dont la base répond au pubis; on le détache sur les côtés, en ayant soin de conserver ses adhérences avec la face dorsale du pénis. Celui-ci est alors saisi avec le pouce et l'index de la main gauche, disséqué avec de grandes précautions jusqu'à la base et renversé sur le pubis.

L'aide qui soutient la tumeur s'incline à droite et permet ainsi au chirurgien de tailler à gauche un lambeau semi-lunaire au moyen d'une incision courbe dont l'extrémité inférieure s'arrête à 2 centimètres au devant de l'anus. On dissèque ce lambeau pour aller chercher le testicule. La même manœuvre est répétée à droite. La tumeur se trouve isolée, et on la détache entièrement du périnée.

Il existe alors une vaste plaie dont la partie supérieure est occupée par la verge complétement dépouillée, excepté sur la face dorsale qui

est recouverte par un lambeau de peau. De chaque côté on voit les testicules enveloppés dans leur tunique vaginale pendre comme sur un écorché.

La plaie est nettoyée avec soin et on procède à la réunion de ses bords. Le lambeau dorsal est fixé par son extrémité antérieure à la base du gland avec un point de suture; ses côtés sont ramenés au-dessous du pénis et réunis par quatre points de suture de manière à former un fourreau complet à cet organe. Les lambeaux latéraux sont rapprochés par huit points de suture pour constituer un scrotum de nouvelle formation dans lequel on renferme les testicules. Deux autres points sont encore nécessaires pour joindre le bord supérieur de ces lambeaux au lambeau dorsal, afin de recouvrir entièrement la base de la verge. Une ouverture est laissée au devant de l'anus pour permettre l'écoulement facile des liquides de la plaie.

L'opération terminée, il ne reste plus que deux plaies linéaires.

La première, verticale, s'étend du frein jusqu'au devant de l'anus; la seconde, courbe et à convexité postérieure, d'un anneau inguinal à l'autre en contournant en dessous la base de la verge.

Trois ligatures d'artères seulement ont été faites. Mais il s'est écoulé une notable quantité de sang par des petits vaisseaux qu'il eût été trop long de lier.

Défalcation faite du temps pris pour donner le chloroforme, l'opération a duré 30 minutes; encore plus de moitié de ce temps a été employée à faire des sutures.

Après son ablation, la tumeur, malgré l'énorme quantité de liquide qui s'était écoulée du tissu cellulaire sous-cutané, pesait encore 3 kilogrammes 100 grammes.

Le malade, opéré le jeudi 2 juillet, c'est-à-dire il y a douze jours, a eu à peine une légère fièvre. Il n'a pas cessé de manger trois portions. La cicatrisation des plaies marche régulièrement, et tout permet d'espérer un succès.

A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Legouest sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Si nous sommes bien informés, M. le professeur Richet va passer de la Pitié à l'hôpital des Cliniques.

La chaire de clinique chirurgicale, laissée vacante par suite de la nouvelle permutation de M. le professeur Denonvilliers, doit être occupée, nous dit-on, par M. le professeur Broca.

— La ville d'Aire vient d'être cruellement frappée par la mort du docteur J. Sorbets, le doyen des médecins des Landes. Cet honorable praticien a succombé, le vendredi 10 juillet, à l'âge de 78 ans, après une courte maladie.

Doué des qualités les plus aimables du cœur et de l'esprit, doux, affable et plein de charité, il avait exercé la médecine à Aire, pendant près d'un demi-siècle (49 ans), avec le dévouement le plus absolu, entouré de l'affection et de l'estime de tous. Sa mort a été un deuil public.

— Nous avons le regret d'apprendre aussi la mort de M. le docteur E. V. Lustremant, médecin à Wargnies-le-Petit (département du Nord).

— M. le Maire de Venisy, canton de Brienon (Yonne), nous prie d'annoncer que sa commune se trouve en ce moment privée de médecin.

La population en est de 1,500 habitants, et la commune offre une subvention annuelle de 800 francs pendant cinq ans.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Maire de Venisy.

— On demande un médecin pour la commune de Monthion, canton de Dammartin (Seine-et-Marne). Revenu probable, 5,000 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique et raisonné des plantes médicales indigènes. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine et par la Société de médecine de Marseille, par F.-J. CAZIN, chevalier de la Légion d'honneur, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. 3e édition, revue, corrigée et considérablement augmentée par le Dr Henri CAZIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux bains de mer de Boulogne. 1 très-fort vol. grand in-8° de plus de 1,200 pages, avec un atlas de 200 plantes du même format, solidement cartonné à l'anglaise. Prix, figures noires : 20 fr.; figures coloriées : 27 fr. — Paris, 1868. P. Asselin.

Du catarrhe utérin et de son traitement par les injections intra-utérines, par le Dr GANTILLON. In-8°. Prix : 2 fr. — Paris, 1868. P. Asselin.

Pathologie de la protubérance annulaire, par le Dr O. LARCHER, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut de France et de l'Académie de médecine de Paris, etc. 1 volume in-8°. Prix: 4 fr. — Paris, 1868. P. Asselin.

De la valeur relative de l'emploi de l'instrument tranchant, de la ligature, de l'écrasement linéaire et de la cautérisation, par le Dr PASTUREL. 1 vol. in-8°. Prix: 5 fr. — Paris, 1868. P. Asselin.

Traité pratique des maladies chroniques, par le Dr Max DURAND FARDEL, médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy, président de la Société d'hydrologie médicale de Paris. 2 volumes grand in-8°. Prix : 20 fr. — Paris, 1868. P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La physiologie cellulaire de M. Virchow.

Nous avons vu que M. Virchow, comme en général les ovaristes, n'admet pas la vie isolée de toute forme; contrairement à ceux qui supposent la vitalité des liquides amorphes, des divers *blastèmes*, il la place exclusivement dans les éléments figurés, c'est-à-dire dans ceux qui ont une apparence d'organisation propre.

La cellule, avec son enveloppe et son contenu, avec le noyau qui la distingue de la vésicule inanimée, lui semble le type de ces éléments.

C'est la cellule qu'on rencontre d'abord dans l'embryon; c'est cette cellule qui se divise et se subdivise pour constituer les rudiments de nos organes; et dans les tissus pathologiques en voie de formation, on rencontre encore la cellule à l'origine.

Comparer la cellule à l'être inférieur, à l'animal microscopique, y placer la vie, et faire dériver de ses transformations tous les tissus, était une idée naturelle pour un ovariste.

Mais pour édifier sur la cellule tout un système physiologique et pathologique, pour expliquer comment cette cellule, se divisant et se transformant de mille manières, finit par produire un tout harmonique, l'unité d'un être vivant, il a fallu donner un très-grand rôle à des forces mystérieuses qui, n'étant pas la vie elle-même, puissent la diriger où elle est.

« Toute cellule naît d'une cellule, » mais ce qui lui donne telle ou telle forme définitive, ce qui la soude à d'autres cellules pour composer un tube, par exemple, c'est d'abord, dans le système de M. Virchow, une sorte de providence intérieure, peu éclairée sans doute — de là viennent les maladies, les monstruosités, etc., — mais qui, pour chacune des parties constitutives, comme pour l'ensemble, sauvegarde un type.

L'irritation peut intervenir pour troubler le cours ordinaire des choses.

Cette irritation est différente dans sa nature et ses résultats selon la cause qui la produit. Son nom représente quelque chose de vague et d'indéterminé.

Ainsi, c'est une irritation d'une nature particulière que causent les liquides secrétés par un élément cancéreux.

Si le cancer se propage au loin, c'est, du moins en partie, parceque les cellules des tissus normaux sont excitées par les secrétions des cellules atteintes les premières de cette déviation pathologiques; et sont dirigées dans leur activité procréatrice de telle manière qu'elles donnent naissance à des éléments cancéreux.

Mais par suite de cette sorte de providence interne dont nous avons parlé d'abord, aucun des éléments qui entrent dans le cancer ne peut être complètement nouveau dans le sens étroit de ce terme. Son type a dû nécessairement exister quelque part dans l être bien portant, à une période quelconque de son existence; car les cellules de chaque animal ont un nombre fixé d'avance de tranformations et de combinaisons, réalisables dans une circonstance donnée.

Si l'on veut comprendre M. Virchow, on ne doit jamais perdre de vue ces deux idées fondamentales.

1° L'idée de type qui se retrouve dans les éléments, dans les tissus, dans les organes, dans l'être entier.

C'est à la force qui préside à cette conservation des types que les productions pathologiques doivent leur ressemblance fréquente avec des tissus, des organes, ou même, suivant M. Virchow, des systèmes d'organes et des êtres presque complets.

Nous avons déjà dit que les ébauches d'hommes, que l'on trouve parfois incluses, ne sont pas pour lui des fœtus inclus, produits par des ovules fécondés, des germes frères, gênés dans leur développement et réduits à un état de parasitisme.

Ce sont de vraies tumeurs, formées par les éléments mêmes de l'être qui les porte : ces tumeurs rappellent un fœtus humain, comme d'autres rappellent un organe humain, parce que les cellules d'où elles sont nées, et le type qu'elles ont dû suivre dans leur développement complexe, étaient particuliers à l'homme.

Le système de M. Virchow devait presque fatalement aboutir à cette conséquence.

2° L'idée d irritation : en n'y cherchant du reste aucune analogie avec l'irritation inflammatoire, telle qu'elle était comprise par l'École française, dite « physiologique ».

La fécondation des tissus par les tissus, ce que M. Chauffard a si bien exposé à l'Académie de médecine, rentre dans cette théorie générale de l'irritation.

Lorsqu'il dit que la *cellule père* féconde la *cellule-mère*, M. Virchow n'entend pas parler d'une véritable fécondation qui donnerait des produits mixtes. Il se sert d'une comparaison qui lui est commode; mais il a soin de bien indiquer que cette pseudo-fecondation doit avoir lieu par les liquides qui, sortant de la cellule-père, communiquent à la cellule-mère une irritation formatrice d'un genre spécial.

La cellule-père est seule reproduite dans son type, sans croisement. Il ne s'agit pas d'un mariage; mais de la transmission d'une force impondérable, variété de l'irritation.

Ici n'est pas la plus grande difficulté qu'on doive rencontrer dans l'étude de l'irritation, telle que l'a comprise M. Virchow.

En effet, les rapports sont simples : un élément reproducteur et un élément reproduit.

Mais à l'occasion du cancer, M. Virchow admet qu'une même cause diathésique pourra produire des éléments très-différents les uns des autres, *selon le degré d'irritation*.

L'irritation a donc ses degrés, aussi importants à connaître que ses variétés et ses espèces.

On se la figure à la fois une et multiple; et si, pour simplifier, on rapporte uniquement ses variétés et ses espèces à des différences de degrés, on sent échapper l'explication de l'irritation fécondante par laquelle se reproduisait le tissu-père.

Avant la discussion sur la tuberculose à l'Académie de médecine, on pouvait croire indifférentes les théories transcendales de M. Virchow.

Mais de toutes parts on les a citées, quelquefois sans bien les connaître, et on s'est appuyé sur elles dans tous les sens.

Elles méritent donc une étude approfondie.

D'ailleurs M. Virchow n'est pas un théoricien ordinaire : c'est un habile pathologiste, un observateur, un clinicien.

Il a su laisser à ses doctrines assez de vague pour n'en pas exclure des données qui semblent parfois très-disparates. Aussi ses doctrines sont-elles progressives. Elles élargissent au besoin leur base pour y comprendre des faits nouveaux; et quant aux sommets, ils s'élèvent jusques aux nuages protecteurs.

Le strophulus prurigineux. — Traitement de la gale.

Redescendons aux faits pratiques.

Le strophulus prurigineux est une affection très-commune, du moins dans les grandes villes, pendant les saisons chaudes.

Il a été décrit pour la première fois par M. le professeur Hardy, dans ses leçons orales, puis, d'après lui, par un de ses élèves, M. Franquebalme, dans une thèse qui est un vrai modèle de clarté.

Pourtant on le confond souvent encore avec la gale; et comme cette méprise conduit à une thérapeutique pour le moins inutile, il peut être bon de rappeler les caractères différentiels.

M. Hardy en a parlé, la semaine dernière, à propos d'une jeune fille qui venait d'être traitée comme galeuse dans un autre service de l'hôpital Saint-Louis. Elle n'avait pas été guérie, bien entendu, et elle était revenue à la consultation avec un type de strophulus.

Anatomiquement, le strophulus est caractérisé par de petites papules, blanches ou rouges, qui siégent à peu près exclusivement sur la moitié supérieure du corps. Il est rare qu'on en trouve plus bas que l'ombilic ou même que les seins.

Les malades se plaignent de démangeaisons parfois assez vives, surtout la nuit; et en se grattant avec les ongles, ils font naître le plus souvent du prurigo, dont les papules se trouvent dispersées parmi celles de l'affection principale.

FEUILLETON

Traité des maladies des ovaires.

Par A. BOINET,

Docteur en médecine, chevalier de la Légion d'honneur, etc., etc. (1).

De tous les médecins français qui se sont occupés des maladies des ovaires, MM. Koeberlé, à Strasbourg, et Boinet, à Paris, sont ceux dont la pratique est la plus étendue. Ils en ont fait, pour ainsi dire, leur spécialité, en prenant ce mot dans sa bonne acception.

Tout ce qui est relatif à l'histoire particulière des différentes maladies des ovaires se trouve disséminé dans les journaux, mémoires académiques (2) ou écrits périodiques, et dans des thèses pour le doctorat, soutenues à la Faculté de Strasbourg, thèses qui sont le reflet de la remarquable pratique de M. Koeberlé. M. Boinet, le premier, a cherché à résumer ses propres observations, à esquisser l'histoire des maladies des ovaires, à dire ce qu'il sait, ce qu'il a appris, ce qu'il a vu.

Ce livre ne pouvait être fait que par un praticien ou un critique : le praticien s'en est chargé au profit des lecteurs.

M. Boinet commence son livre par un résumé de l'anatomie et de la physiologie des ovaires et des trompes de Fallope; il y tient largement compte des travaux de l'école moderne et des recherches de M. Rouget sur les organes érectiles de la femme et sur l'appareil musculaire tubo utérin dans leur rapport avec l'ovulation et la menstruation. Dans ce mémoire, qui a paru, il y a dix ans, dans le *Journal de Physiologie* de Brown-Sequard, on se rappelle que le professeur Rouget a démontré l'existence, dans l'ovaire, d'un appareil musculaire plus ou moins complexe, présidant à l'expulsion de l'œuf de l'ovaire et à sa transmission dans l'oviducte ou la trompe, par la contraction des fibres lisses de la trompe et des ligaments larges; mais passons.

(1) 1 vol. in-8, Victor Masson, 1867.
(2) Koeberlé, Mém. de l'Acad. de méd., t. XXVI, 1863.

La pathologie proprement dite commence par deux courts chapitres sur les déplacements et les hernies des ovaires. Les déplacements sont assez fréquents, et ils dépendent tantôt des altérations des ovaires, tantôt des altérations de l'utérus lui-même, qui entraîne les ovaires, les déplace et donne lieu à des adhérences consécutives de ces organes avec les organes voisins, comme l'a démontré Walter, ou avec l'utérus lui même, comme l'a observé Vogel, ou bien avec les intestins, comme l'a écrit madame Boivin.

La hernie des ovaires, dont M. Boinet fait un petit chapitre à part, n'est en réalité qu'une variété de celui qui précède. Churchill, d'ailleurs, l'a établi ainsi (1) en divisant les déplacements en deux grandes classes : 1° ceux dans lesquels les ovaires restent dans la cavité pelvienne; 2° ceux dans lesquels ces organes s'échappent de cette cavité. Les cas de hernie des ovaires sont assez nombreux, et le praticien doit toujours avoir ce fait présent à l'esprit pour ne pas confondre cette hernie avec les engorgements ganglionnaires, avec l'épiplocèle.

Quatorze pages seulement sont consacrées à l'ovarite aiguë et chronique : c'est peu, quand on songe au titre de l'ouvrage, et il me semble que cette maladie, très-fréquente surtout dans la pratique urbaine, — qui est celle de M. Boinet, — demandait un peu plus de développement. M. Boinet lui-même a signalé le laconisme des auteurs, ses devanciers, à propos de la congestion, de l'engorgement aigu et douloureux des ovaires, et lui-même a commis ce petit péché véniel.

(1) Churchill, *Maladies des femmes*, p. 662.

Je signalerai une lacune dans le livre de M. Boinet, à propos de l'ovarite : c'est la congestion ou l'inflammation de l'ovaire qu'on rencontre quelquefois dans la blennorrhagie chez la femme, maladie analogue, si l'on veut, à l'orchite, à l'épididymite blennorrhagique chez l'homme. L'oubli de M. Boinet est bien excusable, car je n'ai rencontré nulle part la description de cette phlegmasie concomitante dont les principaux symptômes consistent en une douleur vive dans une des fosses iliaques. Si alors on pratique le toucher vaginal et si l'on porte le doigt jusqu'au col de l'utérus, et qu'on refoule la matrice du côté de la douleur, la douleur semble diminuer; si, au contraire, on pousse du côté opposé, la douleur est augmentée : il semblerait que la pression modérée décongestionne le côté enflammé. Cette maladie se termine comme l'épididymite, avec laquelle elle a quelque analogie.

L'attention de M. Boinet étant éveillée sur ce sujet, il ne manquera pas d'en rencontrer quelques cas.

M. Boinet traite en quelques pages de l'ovarite nerveuse, hystérique ou ovarialgie, autre maladie qu'il n'a trouvée décrite par aucun auteur, et qui lui semble assez commune, puisqu'il l'a observée une dizaine de fois. Cette maladie, selon M. Boinet, est caractérisée par des douleurs dans les régions iliaques, les lombes et le bassin, au moment du retour des règles, surtout chez les femmes jeunes, mariées et ayant eu des enfants, ou bien à la suite de fatigues, de contrariétés, d'excitation quelconque des organes génitaux.

Le nom d'*ovarite nerveuse*, appliqué par l'auteur à cette maladie, est-il bien exact? j'en doute. Dans quelques cas, il me semble y voir une simple congestion mensuelle; dans d'autres, — et j'ai eu l'occasion d'en voir un cas analogue cet hiver avec M. le professeur Gosselin, — je serais bien porté à croire à une névralgie lombo-abdominale. Je me hâte toutefois de dire que ma manière de voir, sous le rapport du diagnostic, ne fut que médiocrement acceptée par le chirurgien de la Charité, qui crut à l'existence d'une névrose intermittente, les accès revenant presque chaque semaine.

En effet, le prurigo paraît en général toutes les fois qu'il existe une cause de démangeaison habituelle et par conséquent de grattage.

Il est provoqué par la présence des poux de corps; — et même un médecin anglais a voulu faire de ces poux la cause unique de cette affection qui serait devenue ainsi exclusivement parasitaire; — mais on le rencontre aussi dans la gale, dans l'eczéma chronique, dans le lichen, etc.

Ses papules ont cela de particulier, qu'elles se laissent déchirer par l'ongle et se recouvrent d'une petite croûte noirâtre; tandis que celles du strophulus résistent au grattage, ou, si elles finissent par être entamées, forment des croûtes blanches ou jaunes.

Le strophulus siége principalement sur les avant-bras, sur la partie postérieure du cou et postérieure du dos, sur la poitrine et sur la face. Il est peu marqué sur les mains et n'existe presque jamais sur le ventre ni sur les membres inférieurs.

Cette localisation, toute différente de celle de la gale, peut permettre à un observateur exercé de distinguer à première vue, l'une de l'autre, ces deux affections.

En effet, la face est toujours indemne dans la gale; tandis qu'elle est le siége de papules dans le strophulus.

En outre, l'inspection des mains et des intervalles interdigitaux, qui ne révèle rien de particulier dans le strophulus, fait souvent trouver dans la gale les acarus, ou leurs sillons, ou des éruptions secondaires qui sont provoquées par leur présence.

Chez les hommes, dans les cas douteux, l'examen du pénis peut fournir un bon signe. En effet, la peau de la verge, qui n'offre jamais de papules dans le strophulus, présente au contraire, dans la gale, une ou plusieurs papules caractéristiques, comme écorchées, produites par l'irritation causée par l'acarus qui vient se loger dans un tissu si délicat.

Une fois le diagnostic différentiel bien établi, quel pronostic faut-il poser et quel traitement instituer?

Le strophulus prurigineux, par lui-même, n'a rien de grave. C'est une éruption provoquée par la chaleur chez les sujets prédisposés. Elle cesse toujours pendant l'hiver, mais le plus souvent pour reparaître, dès que le thermomètre s'élève, si les causes prédisposantes n'ont pas cessé.

Quelles sont ces causes prédisposantes?

Suivant M. Bazin, dont l'opinion est partagée par M. Franquebalme, ce serait d'abord et principalement la scrofule à sa seconde période.

On sait que M. Bazin divise la scrofule, comme la syphilis, en plusieurs périodes, suivant la durée de la maladie, c'est-à-dire pour les scrofuleux, l'âge du sujet.

La seconde période de la scrofule comprendrait toute l'adolescence, depuis la seconde dentition jusque vers dix-huit ou vingt ans.

Or, c'est pendant l'adolescence que les causes occasionnelles du strophulus sont en effet les plus efficaces.

M. Hardy le reconnaît; il reconnaît aussi que les sujets débiles y sont plus exposés; mais, actuellement encore, il refuse de classer le strophulus parmi les scrofulides, car un élément scrofuleux ne lui semble pas indispensable pour qu'il se forme.

Il croit plutôt à l'influence de l'anémie, de la faiblesse ou délicatesse de constitution, de ce qu'on nomme *le tempérament lymphatique.*

Ce genre de causes prépare le terrain, pour ainsi dire; mais dans nos climats, il faut encore certaines circonstances pour que la chaleur donne naissance à la maladie qui nous occupe.

Il faut l'habitation dans des locaux étroits, mal aérés; il faut l'air des villes, car le strophulus paraît inconnu dans les campagnes.

Les jeunes paysannes qui viennent à Paris pour s'y placer comme domestiques y sont très-sujettes, et le contractent généralement dès le premier été qu'elles passent à la ville; puis lorsqu'elles restent dans des conditions peu hygiéniques, elles le reprennent les années suivantes, dès que les chaleurs sont revenues.

Si elles retournent à la campagne, l'éruption cesse, même en plein été, par le seul changement de milieu.

Si elles entrent dans un hospice où elles se reposent, où elles respirent un air moins confiné que dans leur chambrette, elles peuvent également guérir sans médication d'aucune sorte; mais la maladie récidive, presque aussitôt après leur sortie, et le renouvellement des circonstances qui l'avaient fait éclore.

Ainsi, la première indication est de mettre les malades dans de bonnes conditions hygiéniques, surtout au point de vue de l'habitation.

La seconde, plus radicale, serait de modifier leur constitution; mais c'est un résultat qu'on ne peut espérer d'atteindre en quelques jours.

M. Hardy conseille l'usage des préparations ferrugineuses, des tisanes amères, des toniques de toute espèce; il recommande une alimentation aussi substantielle que possible. Mais il avertit de ne pas trop compter sur l'efficacité rapide de ces prescriptions évidemment sages.

On voit combien, au point de vue de la thérapeutique et du pronostic, le strophulus diffère de la gale; puisque maintenant on connaît des moyens sûrs de guérir définitivement cette dernière.

A ce propos, notons que M. Hardy préfère employer contre la gale une pommade un peu moins forte et moins irritante que celle d'Helmerich.

Il augmente d'un tiers la quantité d'axonge et formule.

Souffre sublimé	2	grammes.
Sous-carbonate de potasse	1	—
Axonge	12	—

Dans la pratique particulière, il suffit généralement pour détruire les acarus, de faire au malade, sur la peau préalablement nettoyée et ramollie par un grand bain, deux frictions avec cette pommade : une le soir, au moment de se coucher, une autre le matin du jour suivant. Le second soir, le malade prend un bain pour enlever la pommade sulfureuse, qu'il a eu soin de ne pas essuyer jusqu'à ce moment; puis il ne reste plus qu'à attendre la fin de l'irritation provoquée par la maladie et le remède. Les bains simples ou émollients sont alors utiles pour calmer les démangeaisons qui se rattachent au prurigo ou autres éruptions secondaires : démangeaisons qu'il ne faudrait pas attribuer à la persistance de la gale.

Pour en revenir au strophulus, rappelons que dans les pays chauds, il existe des éruptions, constituées, comme lui, par des papules, causant aussi des démangeaisons presque insupportables et compliquées de prurigo.

Ces éruptions, quelques-unes de celles, par exemple, que les marins désignent sous le nom de *bourbouilles*, diffèrent surtout du strophulus en ce qu'elles ne sont pas particulières à l'adolescence seule et aux constitutions naturellement délicates; en ce qu'on les observe en dehors des villes et dans un air pur.

La température excesssive en est à peu près la seule cause.

D[r] Victor Revillout.

TRAITEMENT DE L'ONYXIS

Par G.-A. Delattre, *ancien chirurgien-major de la marine.*

La thérapeutique de cette affection de la matrice de l'ongle présente tous les moyens imaginables, puisqu'on y trouve la polypharmacie : le fer et le feu.

Les émollients sous toutes les formes ayant échoué, on a passé aux toniques, aux astringents, qui ont été insuffisants. On a songé alors aux stimulants, vins sucrés, miellés, aromatiques, aux teintures de myrrhe, d'aloès, puis aux excitants désinfectants, les humeurs de la plaie donnant une odeur vraiment fécale.

N'ayant pas de succès de ce côté, on est arrivé aux cathérétiques secs, liquides ou mêlés à des corps gras, dont l'emploi peut réussir mieux que tous autres, et l'on s'est décidé à la cautérisation actuelle. On s'est servi de de petits cautères, comme ceux destinés aux dents. Dans la marine on avait un cautère *ad hoc* : il était disposé en gouge, c'est-à-dire cannelé largement et terminé par un bord convexe demi-circulaire. C'était feu Reynaud, chirurgien en chef à Toulon, qui l'avait fait mettre dans la caisse réglementaire, arsenal du chirurgien navigateur. On a rayé cet instrument du catalogue actuel, vu qu'il n'avait rendu aucun service et qu'il n'y avait pas en attendre.

On a recourru aussi à l'excision des chairs, enfin à l'ablation de la dernière phalange.

Cette affection pouvant exister sur plusieurs doigts et orteils simultanément, on a pensé à un traitement général, notamment anti-syphilitique. Cette médication spécifique ne donne aucun amendement pour l'affection, parce que celle-ci est toute locale.

Le moyen que nous avons adopté est simple : c'est l'alun en poudre impalpable; nous ne prenons même pas l'alun calciné. Ce dernier a été appliqué différentes fois; mais pour nous, l'alun ordinaire est l'agent exclusif.

Nous remplissons complétement la rainure matriculaire de l'ongle, tassant bien cette poudre avec une spatule; nous recouvrons la partie avec de la charpie et du linge; nous renouvelons ce pansement chaque jour; nous continuons ainsi jusqu'à guérison.

Nous avons trouvé des cas assez nombreux pour croire que nous sommes en droit de regarder la question comme jugée. Ce n'est pas dans notre pratique personnelle seulement que nous avons vu ces résultats : deux fois, l'une à Toulon, dans l'hôpital de la marine, l'autre à Brest, dans la salle des blessés, services des chirurgiens en chefs, notre moyen, proposé et accepté, a rempli notre attente.

La curation la plus longue a été de vingt-sept jours, la plus courte, d'une semaine; on voit donc que cela porterait, en moyenne, à dix-sept jours la durée du traitement, qui a lieu ainsi sans moyens violents.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 1[er] juillet 1868. — Présidence de M. Legouest.

—

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATION.

Recherches sur le mécanisme de la production des luxations iliaque et ischiatique (*suite*).

M. Tillaux. Je vous demande la permission, messieurs, de compléter aujourd'hui ce que j'ai dit dans la dernière séance relativement au mécanisme de la production des luxations iliaque et ischiatique.

M. Broca nous a dit : Lorsque la tête du fémur passe au-dessous du muscle obturateur interne, elle est bridée par ce muscle, qui constitue une véritable sangle, et la luxation est sacro-sciatique; lorsqu'elle passe au-dessus de l'obturateur interne, la luxation est alors iliaque.

Malgaigne est un des premiers, sinon le premier, qui ait établi sa classification d'après l'interstice musculaire à travers lequel s'engage la tête du fémur. Je cite ce passage, dont je vais faire la base de mon argumentation : « Dans la luxation ischiatique, dit-il, la tête s'échappe toujours au-dessous de l'obturateur interne, qui occupe la petite échancrure sciatique, et des jumeaux, qui sont en quelque sorte ses satellites. Tantôt elle déchire seulement le carré qui est au-dessous, tantôt seulement les jumeaux, tantôt les jumeaux et le carré à la fois, *l'obturateur interne restant comme une barrière pour empêcher la tête de remonter*; et enfin le cas de Wormald, si l'obturateur était rompu, ce qui restait des jumeaux en faisait l'office. Sans doute, cette barrière peut être franchie, *et alors la luxation divient iliaque*; mais quand elle est primitivement iliaque, c'est-à-dire quand la tête est au-dessus

---

Encore une petite omission de la part de M. Boinet : il ne dit pas un mot du cancer des ovaires, qui se présente sous la forme squirrheuse et sous la forme encéphaloïde, ainsi que l'avait parfaitement décrit Nauche, en 1829, dans son *Traité des maladies propres aux femmes.*

Voilà quelques *desiderata* du livre de M. Boinet : il semblerait qu'il ait, avec intention, effleuré ces différentes questions pour arriver vite aux kystes des ovaires qui sont la partie principale de l'ouvrage, et qu'il a traitée avec toute sa compétence dans les six chapitres qui terminent son livre.

Le chapitre V est consacré à l'anatomie pathologique des kystes ovariques, à l'origine et à la formation de ces kystes, d'après Kiwish et Ordonez. Or, qu'on se rappelle que, d'après ces auteurs, c'est la vésicule de Graaf qui est le point initial des kystes. Il y aurait d'abord hypérémie, et, chose remarquable, on serait tenté de croire que les rapprochements sexuels désirés ou accomplis incomplétement auraient une grande influence sur cette hypérémie d'abord, puis sur le développement du kyste. Ce qui viendrait à l'appui de cette opinion, c'est que, d'après un vétérinaire, M. Carlier, presque toutes les vaches qui ne font pas de veau et réclament les approches du mâle sont affectées de kystes ovariques. Sur 500 femmes atteintes de kystes de l'ovaire, 390 n'avaient jamais eu d'enfants. Voilà qui donnerait à réfléchir à tous ceux qui, dans les rapprochements sexuels, cherchent autre chose que la fin légitime du mariage.

Sous le rapport de la structure histologique, M. Boinet a constaté deux espèces distinctes de kystes : les uns uniloculaires, contenant un liquide limpide, tenant en suspension des granulations graisseuses, des globules sanguins; les autres contenant un liquide gélatineux, de l'albumine, du chlorure de sodium, des granulations calcaires, etc. Une grande partie de l'anatomie pathologique a été empruntée aux travaux de MM. Kiwish et Ordonez, qui sont reproduits en entier dans la thèse de M. Herrera, avec plusieurs planches très-intéressantes et que j'aurais été bien aise de voir reproduites dans le livre de M. Boinet. L'analyse de ce chapitre serait trop longue pour prendre place ici.

Le chapitre VI est consacré au diagnostic des kystes des ovaires; c'est, sans contredit, le plus utile pour le praticien, car la manière de traiter chaque kyste varie suivant la nature du kyste. M. Boinet les divise en quatre catégories.

1° Kystes uniloculaires simples, renfermant un liquide clair, séreux, etc.; 2° Kystes uniloculaires simples, mais renfermant un liquide épais, filant, gélatineux; 3° Kystes multiloculaires sans adhérences, ou avec adhérences faciles à détruire; 4° Kystes uniloculaires ou multiloculaires avec adhérences intimes.

Les premiers peuvent guérir par les injections iodées; les seconds guérissent quelquefois, et c'est l'exception; pour ceux de la troisième espèce, il faut pratiquer l'ovariotomie, et il n'y a rien à faire à ceux de la quatrième. De là découle la nécessité d'un diagnostic précis et c'est ce que M. Boinet s'est efforcé d'établir aussi nettement que possible.

Il pense que, dans l'immense majorité des cas, on peut reconnaître l'espèce de kyste en présence duquel on se trouve, indiquer même le nombre de poches, et cela par la percussion aidée de la palpation et de l'auscultation. Il paraît même que, sous ce rapport, il a fait des tours de force de diagnostic. Ceux qui voudront s'en convaincre n'auront qu'à lire les trente pages consacrées à ce sujet. On sait comment procède M. Boinet et comment procèdent aujourd'hui tous les chirurgiens pour apprécier la nature du liquide épanché. Si le kyste est uniloculaire et le liquide séreux, on obtient une fluctuation franche, nette comme dans l'ascite; si le liquide est épais, la fluctuation est empâtée, le liquide arrive plus lentement sous le doigt, du côté opposé où se fait la percussion.

Si le liquide est chocolat, il y a douleur et élancement; s'il est purulent, il y a de la fièvre.

Dans le cas où l'on serait en présence d'un kyste multiloculaire, on détermine, en donnant de petites *pichenettes*, une série de fluctuations partielles qui correspondent à autant de loges distinctes et de capacité variable.

Le chapitre VII traite du diagnostic différentiel. Dans une soixantaine de pages, M. Boinet passe en revue toutes les maladies qui ont quelques caractères analogues aux kystes des ovaires, et il trace les règles propres à faire éviter toute confusion. Je ne fais que citer les maladies, ne pouvant ici en donner aucune analyse : ce sont l'ascite, l'hydropisie enkystée du péritoine, les tumeurs fibreuses, la grossesse, la rétention du sang dans la cavité utérine, les môles et hydatides de l'utérus, l'hydrométrie, la grossesse hystérique ou nerveuse, la physométrie, la tympanite, l'hématocèle rétro-utérine, le rein mobile, les kystes des reins, les abcès de la fosse iliaque, les tumeurs stercorales, etc., etc.

Quant au traitement, il consiste en ponctions simples, en ponctions et injections iodées, et enfin, dans l'ovariotomie, cette conquête de la chirurgie moderne.

M. Boinet termine son ouvrage par l'historique de l'ovariotomie. Il donne l'analyse de cent vingt-deux cas d'ovariotomie pratiqués en France jusqu'au 31 mars 1862; il donne une statistique comparative de la pratique française et étrangère; puis, après avoir comparé les résultats généraux de l'ovariotomie et des grandes opérations chirurgicales, il pose les indications et les contre-indications de l'ovariotomie, et enfin il en donne le manuel opératoire.

Quand on a lu le livre de M. Boinet, on demeure convaincu que l'ovariotomie « est une opération admissible au même titre que toutes les autres grandes opérations; que les dangers qu'elle présente ne sont pas aussi fréquents qu'on l'avait supposé, et que ses résultats sont devenus bien meilleurs depuis que les bases du diagnostic sont mieux assurées, que les indications et les contre-indications sont mieux posées, et que les procédés opératoires ont été perfectionnés. »

D[r] A. Corlieu.

du muscle obturateur interne, je doute qu'elle puisse redescendre au niveau de l'épine sciatique, à moins qu'elle n'y soit ramenée par les manœuvres du chirurgien. En un mot, la tête sortant par-dessous l'obturateur interne est toujours luxée sur l'ischion, et peut consécutivement remonter sur l'ilium; la tête sortant par-dessus donne toujours une luxation iliaque. »

Rien n'est donc plus clair, messieurs, que la théorie actuellement régnante sur la luxation coxo-fémorale en arrière :

1° Ce sont les muscles qui s'opposent à l'élévation de la tête du fémur;

2° Lorsque la tête fémorale passe au-dessus de l'obturateur interne, la luxation est toujours iliaque; si elle passe au-dessous, elle est ischiatique;

3° La luxation ischiatique n'est qu'un degré de la luxation iliaque, et ces deux espèces se transforment facilement l'une en l'autre.

Je crois pouvoir vous démontrer, messieurs, que ces trois propositions sont inexactes, c'est-à-dire que :

1° Ce ne sont pas les muscles qui s'opposent à l'ascension de la tête du fémur;

2° Ils ne sauraient par conséquent en aucune façon influencer l'espèce de luxation;

3° Les luxations iliaque et ischiatique reconnaissent une cause tout autre que la résistance de l'obturateur interne ou des jumeaux; elles constituent deux espèces très-distinctes l'une de l'autre, tellement distinctes qu'il est impossible de jamais transformer l'une en l'autre.

Il est très-facile de prouver que les muscles pelvi-trochantériens n'ont qu'une influence nulle sur la migration de la tête fémorale. Voici une pièce sur laquelle j'ai produit une luxation ischiatique avec conservation des muscles; je coupe successivement l'obturateur interne, les jumeaux, le pyramidal, le moyen fessier, le petit fessier, le carré crural, l'obturateur externe, et vous pouvez constater que toutes ces sections ne permettent pas de faire avancer la tête de 1 millimètre. — Le véritable obstacle n'est donc pas là, il est dans la capsule. Que les muscles sur le vivant ajoutent leur résistance à celle de la capsule, je le veux bien, mais il me paraît évident, d'après cette expérience, que le rôle des muscles est tellement minime, qu'on doit le négliger dans la détermination de l'espèce de luxation.

Si la capsule est l'unique obstacle à la migration de la tête, c'est donc elle qui doit nous fournir la raison du siége différent qu'occupe sur l'os iliaque la tête déplacée. En effet, vous pouvez aisément le constater sur les pièces que voici :

La luxation coxo-fémorale en arrière se produit toujours dans un mouvement de rotation en dedans et d'adduction combinée avec une flexion plus ou moins grande, soit de la cuisse sur le bassin, soit du bassin sur la cuisse. Dans cette situation, la tête du fémur presse sur la capsule en bas et en arrière, et la brise. Ainsi donc, déchirure de la capsule en bas et en arrière, conservation de la capsule en avant et en haut, tel est le premier résultat. Je le produis devant vous sur cette pièce. Qu'en résulte-t-il? La tête du fémur, échappée de la cavité cotyloïde, repose sur le rebord cotyloïdien, vis-à-vis l'échancrure ischiatique : la luxation est incomplète et ischiatique. Ce résultat cadavérique est exactement celui que je retrouve dans Malgaigne. Cet auteur cite trois autopsies de luxations ischiatiques incomplètes où l'état de la capsule est mentionné. Cas de Bidard : capsule rompue en bas dans une étendue de 7 centimètres; deuxième cas du même chirurgien : moitié postérieure de la capsule rompue dans l'étendue de 8 centimètres. Cas de Robert : capsule largement ouverte en bas et en arrière.

On peut donc formuler la règle suivante :

Toute luxation coxo-fémorale en arrière commence toujours par une déchirure de la capsule, soit directement en arrière, soit en bas et en arrière (selon le degré de flexion du fémur au moment de l'accident); la luxation est alors toujours incomplète, et de plus, toujours ischiatique.

La luxation reste incomplète aussi longtemps que les parties antérieure ou supérieure de la capsule sont intactes.

Sur cette pièce où je viens de produire une luxation incomplète, je puis obtenir une luxation complète, soit iliaque, soit ischiatique, suivant ma volonté.

Pour transformer une luxation incomplète en luxation complète, il faut diviser la partie supérieure de la capsule, c'est-à-dire que toute la capsule, sauf la partie antérieure, est divisée.

Sur cette autre pièce, où j'ai également produit une luxation incomplète, comme dans le cas précédent, j'obtiens une luxation ischiatique, en divisant la partie antérieure de la capsule, en sorte que toute la capsule, sauf la partie supérieure, a été divisée.

Voici donc, messieurs, deux pièces sur lesquelles une même lésion initiale a produit la même luxation incomplète. Ces deux luxations incomplètes, je les transforme en deux luxations complètes, d'un type tout différent, suivant le point de la capsule que je respecte.

Je conclus légitimement de cette expérience :

1° Une luxation iliaque complète n'existe qu'à condition de l'intégrité de la capsule en avant;

2° Une luxation ischiatique complète n'existe qu'à condition de l'intégrité de la capsule en haut.

Une conséquence forcée de ce qui précède, c'est l'impossibilité de transformer une luxation iliaque en luxation ischiatique et réciproquement. Les pièces que voici vous en fournissent d'ailleurs la preuve matérielle. La transformation ne peut être faite qu'à condition de déchirer ce qui reste de capsule, et dans ce cas, la tête devenant flottante, il n'y a plus de classification possible.

Appliquant, messieurs ce qui précède à nos classifications classiques, je dis qu'il n'y a bien réellement que deux grandes espèces de luxations coxo-fémorales en arrière : l'une iliaque, bien nommée aussi en haut, dans laquelle la tête du fémur repose sur l'ilium, dans des points variables sans doute, suivant la quantité de capsule qui reste intacte, mais sans jamais pouvoir arriver sur l'ischion; l'autre, ischiatique, dans laquelle la tête fémorale repose sur des points variables de l'ischion, suivant ce qui reste de capsule, mais sans jamais arriver sur l'ilium.

Il est difficile de reconnaître des degrés dans la luxation iliaque; la tête sera tantôt plus en avant, tantôt plus en haut, et nous trouvons ici la sus-cotyloïdienne de Malgaigne.

La luxation ischiatique, au contraire, sans changer de type, c'est-à-dire la tête fémorale regardant en arrière et reposant sur l'ischion, présente trois degrés très-accusés et faciles à reproduire sur le cadavre.

Suivant que l'on divise tout ou partie du faisceau antérieur de la capsule, et à mesure qu'on le divise, vous voyez la tête se mettre successivement en rapport avec l'ischion, l'épine sciatique et l'échancrure ischiatique. C'est bien évidemment cette dernière variété que Gerdy a décrite comme luxation sacro-sciatique. C'est donc à tort que M. Nélaton l'a réunie à la luxation sciatique; elle n'est que le degré le plus prononcé de la luxation ischiatique.

Des diverses expériences que j'ai faites, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Dans la rotation de la cuisse en dedans et l'extension avec flexion légère, la tête du fémur répond au bord au bord supérieur et à la face profonde de l'obturateur interne. Si la flexion est très-prononcée, elle répond au bord supérieur du carré crural;

2° L'interstice musculaire, à travers lequel s'engage l'extrémité luxée, n'a qu'une influence très-secondaire sur la situation ultérieure;

3° La capsule est l'agent qui limite à peu près exclusivement la migration de la tête fémorale dans la luxation en arrière;

4° La rupture de la capsule, en arrière seulement, ou bien en arrière et en bas, donne toujours lieu à une luxation incomplète ischiatique;

5° La rupture de la capsule, en arrière, en bas et en avant (la partie supérieure seule étant intacte), donne toujours lieu à une luxation ischiatique;

6° La rupture de la capsule, en arrière, en bas et en haut (la partie antérieure ou ligament de Bertin étant seule intacte), donne toujours lieu à une luxation iliaque;

7° Ces deux types de luxation, ischiatique et iliaque, sont tellement distincts qu'ils ne peuvent être transformés l'un en l'autre que par la rupture complète de la capsule.

DISCUSSION

M. DESPRÉS. Je désire contrôler les expériences de M. Tillaux. La luxation iliaque qu'a produite notre collègue, sur sa pièce, n'est pas véritablement une luxation iliaque. Quand à la luxation ischiatique, impossible à produire suivant lui, si la partie antérieure de la capsule est conservée, je ne partage pas son avis, et je vois sur la pièce qu'il nous présent que la tête du fémur peut occuper le point désigné par tous les auteurs pour la luxation ischiatique incomplète.

Je ne crois pas que ces expériences, faites sur les articulations complétement isolées des muscles, puissent juger le mécanisme des luxations.

M. TILLAUX. Je ne comprends en vérité pas l'objection de MM. Lefort et Després. Comment, ce n'est pas là une luxation iliaque? Mais qu'est-ce que c'est donc?

Il y a évidemment une luxation, puisque la tête ne repose plus dans sa cavité. La tête repose par toute son étendue sur l'os iliaque. C'est donc bien une luxation iliaque. M. Lefort m'objecte que la tête n'est pas très-élevée dans la fosse iliaque. C'est évident; parce que je n'ai divisé de capsule que ce qu'il en faut pour produire la luxation, mais il ne dépend que de moi de faire élever la tête, ce qu'elle fera à mesure que je diviserai des portions de la capsule restante. M. Després trouve que la tête est trop en avant, qu'elle repose sur l'os immédiatement au-dessous de la cavité cotyloïde, et que ce n'est par conséquent pas une luxation iliaque. Il oublie donc la variété à laquelle Malgaigne a donné le nom de sus cotyloïdienne. M. Després ajoute qu'il peut, sur la pièce, transformer la luxation iliaque complète en luxation ischiatique. Oui c'est vrai, mais en luxation ischiatique incomplète; or, c'est précisément par la démonstration de ce fait que j'ai commencé ma communication, c'est-à-dire que l'intégrité de la capsule en avant ne permettait jamais que d'obtenir une luxation ischiatique incomplète; mais ce que je déclare impossible, c'est la transformation sur ces pièces d'une luxation iliaque complète en luxation ischiatique complète et réciproquement.

M. LEFORT. La luxation que nous montre M. Tillaux, comme luxation iliaque, n'est pas du tout luxation iliaque. Les trois saillies, grand trochanter, épine iliaque antérieure et sommet de l'ischion, ne sont pas sur la même ligne; le grand trochanter est très en avant des deux autres.

C'est là une luxation expérimentale, mais non une luxation comme la Clinique nous en montre.

M. DESPRÉS. Je maintiens que les positions indiquées par M. Tillaux ne correspondent pas à des faits pathologiques. Je me rappelle à cette occasion un fait que j'ai publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, en 1864. M. Dolbeau avait à réduire une luxation de la hanche, luxation iliaque bien franche et qui avait résisté déjà à des tentatives de réduction. Le malade soumis au chloroforme, M. Dolbeau exerça des tractions, puis, pratiquant la rotation unie à l'adduction et tirant brusquement, il n'obtint pas de réduction, mais transforma la luxation iliaque en luxation ilio-pubienne. Puis, par suite de mouvements d'adduction et d'abduction, la tête fut ramenée dans la fosse iliaque, après avoir passé par les positions qui constituent la luxation ovalaire, la luxation ischiatique, et la luxation ilio-ischiatique. Enfin, le malade étant tombé dans la résolution complète, un dernier effort détermina la rentrée de la tête dans la cavité cotyloïde. Comme la luxation ne s'est pas reproduite, comme la guérison a été obtenue en peu de temps, il est clair qu'il n'y avait pas rupture complète de la capsule, et que la persistance de ligament de Bertin, c'est-à-dire d'une bride fibreuse, même à la partie antérieure de la capsule, n'empêche la production d'aucune des luxations connues de la hanche.

M. BROCA. Les expériences que fait M. Tillaux sont très-importantes, mais je crois qu'il a une trop grande tendance à faire asseoir l'édifice des luxations sur deux expériences pratiquées sur le cadavre. Malgaigne s'est déjà plaint, à juste raison, de ce que l'on tenait pas suffisamment compte de tous les éléments dans l'étude de ces questions.

M. Tillaux, sur une articulation disséquée, dont la capsule seule est conservée, coupe un peu plus ou un peu moins de capsule et fait voir que l'on ne peut mettre la tête partout. Mais c'est un homme qui se fait une luxation et non un squelette disséqué; or, chez l'homme vivant, il existe des forces autres que les ligaments. Certainement, pour que la luxation se produise, il faut que les ligaments soient rompus, mais cela ne suffit pas.

Quelle direction prendra la tête? Oui, la résistance des ligaments jouera un rôle important, et c'est là l'idée fondamentale de toutes les recherches de Malgaigne sur les luxations; mais indépendamment des ligaments, il y a les muscles, qui agissent d'abord comme obstacles dans certaines attitudes.

A moins de se mettre à l'aise, comme M. Tillaux, qui a tout coupé, il y a un certain nombre de luxations qu'on ne peut produire sur le cadavre; aussi, c'est pour cela que des notions exactes d'anatomie pathologique nous font défaut dans cette question.

Si l'on ne tenait compte que des déchirures de la capsule, les variétés de luxation serait indéfinies, mais il faut savoir grouper ces variétés, pour les dénommer, autour de quelques éléments importants qui entourent l'articulation.

Les expériences de M. Tillaux ont été entreprises à la suite d'une présentation qui m'avait permis de faire remarquer le rôle que les muscles peuvent jouer par rapport à la limitation du déplacement. Eh bien! M. Tillaux croit-il que la résistance des muscles soit insignifiante pour la réduction? Sur la pièce qui a été présentée par M. Tillaux, pour réduire la luxation, on était obligé d'élever considérablement le corps du fémur, puis de faire ensuite un mouvement de rotation et d'abaissement et l'on passait alors par-dessous la sangle musculaire.

Dans les luxations iliaques, la réduction a pu être obtenue après des mois, et même plus d'une année. Pour les luxations ischiatiques, il n'y a pas d'exemple de réduction après le quatorzième jour.

Il y a une très-grande différence, au point de vue de la réduction, entre les cas où l'os appuie sur l'os, et ceux dans lesquels cela n'existe pas.

En résumé, je pense qu'en matière de luxation, la véritable méthode consiste à tenir compte de tous les genres de recherches. J'estime les recherches de M. Tillaux, mais je les croirais dangereuses si elles étaient prises pour base de l'histoire des luxations.

M. TILLAUX. Je ferai remarquer à M. Broca qu'il se méprend sur l'objet de ma communication et de mes expériences. Je n'ai pas le moins du monde en vue d'étudier ni d'indiquer le rôle des muscles ou des ligaments dans la production des luxations en général. Je me suis borné à rechercher le rôle que joue la capsule dans la production et la délimitation des diverses espèces de luxations coxo-fémorales en arrière. Je n'ai rien généralisé. Comment aurais-je pu comparer, en effet, la faible résistance de la capsule du coude, je suppose, avec la capsule coxo-fémorale, qui mesure presque 1 centimètre d'épaisseur en avant? M. Broca me demande si je ne pense pas que les muscles, formant une boutonnière ou une sangle autour de la tête du fémur, ne soient un puissant obstacle à la réduction; mais, sans aucun doute, et je n'ai jamais contesté cela, je n'ai pas même touché à cette question. Je n'ai parlé que du mécanisme de la production des luxations iliaque et ischiatique. Ce que j'ai dit, c'est que quand une puissance agit assez violemment sur l'articulation coxo-fémorale pour briser la capsule et chasser la tête hors de sa cavité, ce ne sont pas les muscles qui s'opposent à l'ascension de la tête et déterminent ainsi la variété de luxation, que c'est la capsule, et que l'espèce de luxation varie avec la quantité et la portion de capsule déchirée.

M. Broca ajoute que Malgaigne avait beaucoup insisté sur le rôle que joue la capsule dans le cas dont je parle. Je regrette que notre collègue ne soit pas arrivé au commencement de la séance, car j'ai précisément donné lecture d'un passage du livre de Malgaigne, passage qui ne permet aucun doute sur son opinion. Pour lui, les deux luxations iliaque et ischiatique n'ont d'autre ligne de démarcation que la situation de la tête du fémur au-desus ou au-dessous de l'obturateur interne et des jumeaux; et c'est là ce que je conteste.

Je suis très-heureux que M. Després ait raconté le fait précédent, véritablement très-curieux, et qui m'avait beaucoup préoccupé aussi, car M. Després a oublié sans doute que j'aidais notre collègue M. Dolbeau dans cette difficile réduction. Or, précisément, ces jours derniers, j'ai étudié le mécanisme suivant lequel a pu se produire cette migration singulière de la tête et j'avoue que rien n'est plus facile à comprendre, le malade de M. Dolbeau avait une luxation ischiatique supérieure; les deux luxations ovalaire et ischiatique se produisent par un mécanisme à peu près semblable, qui ne diffère que par le sens dans lequel se fait la rotation. Dans les deux cas, il y a d'abord une flexion extrême de la cuisse; la cuisse étant ainsi fléchie, si le membre est porté dans la rotation en dedans, la luxation est ischiatique; si la rotation s'effectue en dehors, la luxation est ovalaire. Comme la luxation ischiatique complète s'accompagne toujours de la déchirure de la partie antérieure de la capsule, et que c'est là une condition très-favorable à la production de la luxation ovalaire, rien de plus aisé que de transformer l'une en l'autre, en exécutant un mouvement de rotation, ainsi que je le fais sur cette pièce.

M. CHASSAIGNAC. Je crois que la voie dans laquelle s'est engagée M. Tillaux est très-bonne; mais il y a une part de vérité et une part d'erreur.

M. Tillaux tombe dans l'erreur lorsqu'il dit : « On n'a pas pu réduire une luxation par les tractions les plus fortes, donc c'est le ligament qui résiste. Certes, cela pourrait être vrai si on faisait l'allongement, mais ne l'est plus si on a recours à la rotation. Il est parfaitement démontré aujourd'hui que les ligaments ne s'opposent pas à la réduction.

M. TILLAUX. Je répondrai un seul mot à M. Chassaignac. Je n'ai pas dit que les ligaments fussent le principal obstacle à la réduction des luxations, puisque je ne me suis pas du tout occupé de cette question, je n'ai parlé, ou voulu parler, que du mécanisme de la production des luxations iliaque et ischiatique et non pas de leur réduction.

M. BROCA. Chez mon malade, il n'y a assurément que des tractions violentes sur les muscles qui aient pu produire des désordres pareils à ceux qui se sont développés.

M. FORGET. M. Tillaux n'a pas dit ce que M. Chassaignac parait avoir entendu. M. Chassaignac paraissait même d'accord avec M. Tillaux dans la précédente séance, car M. Broca disant que c'était le muscle obturateur interne qui empêchait la tête de monter, MM. Chassaignac et Tillaux combattirent son opinion.

M. Tillaux a dit que le grand obstacle à la luxation iliaque ou à la transformation de la luxation ischiatique en iliaque résidait dans l'intégrité du ligament de Bertin.

LECTURE.

M. GIRAUD-TEULON lit un travail intitulé : *Nouvelle étude sur le mécanisme de l'accommodation.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Perrin, Liégeois, Marc Sée.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Corps fibreux du col de l'utérus.

M. Marjolin, au nom de M. Prestat, de Pontoise, membre correspondant, présente un corps fibreux du col de l'utérus et remet la note suivante :

M. Prestat (de Pontoise). La tumeur que je vous adresse a été enlevée lundi, 22 juin, dans les circonstances suivantes :

Une femme de quarante-trois ans, d'une bonne constitution, sans dérangement dans ses règles, avait remarqué depuis trois mois que lorsque l'écoulement menstruel commençait, il était très-abondant et sous forme de perte pendant quatre ou cinq heures. Il y a un mois, les règles furent immédiatement suivies d'un flux sanguin presque continu, qui finit par affaiblir la malade et la déterminer à me consulter.

L'examen me montre l'existence d'une tumeur, de la grosseur d'une pomme d'api, insérée sur la partie postérieure de la cavité du col et qui pendait dans le vagin. Cette tumeur, très-mobile, tenait au col par une large pédicule. Elle était d'une consistance très-ferme, qui me fit penser qu'elle était de nature fibreuse.

La position de la tumeur me permit de la saisir facilement avec l'anse d'un fil de fer fixé sur la vis de rappel d'un petit écraseur. La constriction était bien avancée, lorsque le fil de fer se rompit, je le remplaçai par une cordelette en fil de fer; mais cette fois, l'anneau dans lequel passait cette cordelette se rompit à son tour, et je dus avec les ciseaux courbes inciser le pédicule.

Sauf ces ennuis, provenant de la mauvaise confection de l'instrument, l'opération fut heureuse. A peine s'écoula-t-il une ou deux cuillerées de sang par la vulve.

Les suites premières de l'opération sont très-heureuses : la malade n'a ressenti qu'une grande sensibilité dans le ventre, pas de fièvre, aucune complication. J'espère que dans quelques jours elle sera complétement remise.

M. Chassaignac. Si l'on se rappelait qu'un écraseur ne doit être employé qu'après avoir été éprouvé, on ne s'exposerait pas à le voir se rompre pendant la section de parties vivantes.

M. Depaul. Je ferai remarquer combien sont fréquents les corps fibreux de la matrice prenant naissance à la jonction du corps et du col.

Dans un cas de ce genre, l'idée d'employer l'écraseur ne me serait pas venue; il faut attirer le col à la vulve pour opérer à ciel ouvert et faire l'excision à l'aide d'un petit bistouri approprié. Ces petits corps sont très-faciles à enlever; leur ablation ne donne pas lieu à des hémorrhagies ni généralement à aucun accident sérieux. Dans un cas, cependant, j'ai vu une malade succomber à la suite de l'infection purulente.

Chez quelques malades, ces corps fibreux sont multiples : ils se développent successivement. J'ai déjà operé plusieurs fois une dame placée dans ces conditions.

M. Chassaignac. Je considère que la pratique d'abaisser l'utérus à la vulve expose à de graves dangers; je n'ai recours à cette manœuvre que contraint et forcé, car elle peut être le point de départ de phlegmons péri-utérins, de péritonites.

M. Forget. Comme M. Depaul, je suis peu préoccupé des hémorrhagies; j'ai vu Lisfranc pratiquer un grand nombre de fois cette opération, je l'ai pratiquée moi-même assez souvent; les suites ont presque toujours été très-simples. Ces petits polypes, lorsqu'on les opère, sont souvent en voie d'émergence du col et entourés par la substance utérine. Je ne comprendrais pas que l'écraseur pût être appliqué à cette période de leur développement.

Quoique je redoute peu les tractions utérines, je dois dire cependant qu'entre les mains de Lisfranc, elles m'ont paru avoir donné lieu à quelques accidents. Moi-même, j'ai observé deux cas de péritonite que je crois devoir rattacher à ces tractions.

M. Depaul. M. Chassaignac exagère l'utilité de l'emploi de l'écraseur pour l'ablation de ces tumeurs.

Quant à l'abaissement de l'utérus, c'est une excellente chose, mais il faut s'entendre. Dans la pratique de Lisfranc, il s'agissait souvent de matrices malades et très-difficiles à abaisser. Mais lorsque la matrice est saine, on peut, sans inconvénient, abaisser l'utérus, mais à la condition d'opérer doucement, progressivement.

Extirper un polype ou un corps fibreux en laissant le col au fond du vagin, ou bien à ciel ouvert, c'est tout différent. Dans un cas, il y a une opération simple; dans l'autre, l'opération est difficile à conduire à sa fin.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le seizième demi-volume (le 2e du tome huitième) vient de paraître. Il contient les principaux articles suivants : *Bassin*, par MM. Depaul, Courty et Campana; *Bavière*, par M. Bertillon; *Bec-de-lièvre*, par M. Bouisson; *Bégaiement*, par M. Guillaume; divers articles sur les eaux minérales, par M. Rotureau; de botanique, par M. Baillon; la biographie et bibliographie, par MM. Beaugrand et Chéreau. Prix du demi-volume : 6 francs. — Paris, 1868, P. Asselin.

Étude sur le rhumatisme, par le Dr Piton. 1 vol. in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour com...er le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX.

Académie des sciences. — Il est généralement admis que le sexe des abeilles dépend de la nourriture qu'elles reçoivent, à l'état de larves, dans les alvéoles où l'abeille-mère les a pondues.

M. Landois a même prétendu avoir vu des œufs pondus dans des alvéoles d'abeilles ouvrières donner naissance à des mâles, après avoir été transposés expérimentalement par lui dans des alvéoles de mâles; et réciproquement, des œufs pris dans ces derniers donner naissance à des ouvrières, après avoir été transférés dans des alvéoles d'ouvrières.

MM. Sanson et Bastian ont voulu contrôler ces assertions, dont l'exactitude avait été déjà mise en doute, en Allemagne, par M. Bessels.

Dans une série d'expériences, ils ont placé dans des alvéoles d'ouvrières des œufs pris dans des alvéoles de mâles; et toutes les fois qu'ils avaient eu soin d'écarter l'abeille-mère, ils ont constaté que les abeilles avaient vidé toutes les alvéoles qui contenaient des œufs transposés.

Une seule fois ils ont cru d'abord avoir obtenu un résultat positif. Les cellules n'étaient pas vides. Mais cette fois ils se sont assurés qu'une mère-abeille se trouvait dans la ruche et qu'elle pouvait avoir pondu de nouveaux œufs dans les alvéoles disponibles.

Ainsi, il paraît que les abeilles ne tolèrent pas le déplacement expérimental de leurs œufs. Elles poussent même si loin le scrupule à cet égard, qu'à la suite d'une des expériences de MM. Sanson et Bastian, elles ont vidé toute une rangée d'alvéoles destinées à des ouvrières, et dont quelques-unes seulement, de loin en loin, avaient reçu des œufs de mâles.

Ces premiers résultats étaient trop complétement négatifs pour prouver quelque chose contre l'influence de l'alimentation des larves sur le sexe.

Mais MM. Sanson et Bastian ont montré à l'Académie des mâles encore inclus dans des cellules d'ouvrières, où ils avaient été pondus et s'étaient développés.

La démonstration est donc complète.

— Dans une note présentée par M. Claude Bernard, M. Chmoulewitch a étudié les modifications moléculaires que la tension amène dans les muscles.

Il commence par établir qu'un muscle sur lequel on exerce une traction à l'aide d'un poids déterminé, s'allonge davantage s'il est irrité par le passage d'un courant galvanique; surtout si ce courant ne commence à le traverser qu'après l'application du poids.

Ainsi, M. Chmoulewitch distingue deux causes d'allongement musculaire, la tension et l'irritation; puis il se demande comment agissent en réalité ces deux causes.

« Que se passe-t-il donc dans le muscle pendant qu'il supporte un poids? Quels changements moléculaires la tension produit-elle dans le muscle en l'épuisant? Comment la fatigue se manifeste-t-elle en général dans les muscles?

« 1° La réaction du muscle qui est ordinairement neutre devient acide;

« 2° Une certaine quantité de chaleur devient libre;

« 3° Le courant électrique du muscle diminue; il y a une oscillation négative;

« 4° Le muscle diminue de volume.

« M. du Bois Reymond a démontré, dans un travail récent, que le courant électrique du muscle diminue sous l'influence de la tension.

« Tous les corps qui se dilatent par la chaleur absorbent de la chaleur lorsqu'on les tend. Ayant trouvé que le muscle se raccourcit lorsqu'on l'échauffe, j'en ai conclu que sa tension doit être accompagnée de dégagement de chaleur. Les expériences l'ont prouvé. J'espère pouvoir bientôt publier les valeurs exactes de cette production de chaleur.

« J'ai déjà signalé une diminution de volume du muscle après la tension.

« Dernièrement, j'ai trouvé que, sous l'influence de la tension, le muscle prend visiblement la réaction acide. On constate facilement ce fait en appliquant, pendant deux ou trois secondes, sur du papier de tournesol très-sensible, la coupe d'un muscle qui a été tendu pendant un certain temps. Il faut seulement avoir soin d'absorber avec du papier à filtre le sang qui s'écoule de cette section du muscle. Pour ces expériences, le gastrocnémien de la grenouille est le muscle qui convient le mieux. Il est clair que, la tension produisant dans les muscles tous les phénomènes que produit le courant électrique, c'est-à-dire les mêmes modifications chimiques, cette tension peut fatiguer le muscle comme le fait le courant électrique. »

Conseil médical du Royaume-Uni. Le conseil médical vient de tenir à Londres sa session annuelle.

Une des questions qui ont été le plus longuement traitées est, comme tous les ans, celle de l'examen préliminaire imposé aux étudiants en médecine.

Il n'existe pas de baccalauréat proprement dit en Angleterre; mais dans le but de fortifier l'enseignement médical, le conseil, sitôt après sa création, s'est occupé de déterminer les connaissances qu'on devrait désormais exiger des élèves, avant de leur permettre de commencer leurs études professionnelles.

Chaque année, le programme devient plus étendu, et il est question d'y ajouter le grec et la philosophie. Jusqu'ici l'examen a porté seulement sur la grammaire, les étymologies anglaises, la rhétorique, le latin, une langue vivante, les premiers éléments d'arithmétique, d'algèbre, de géométrie, quelques notions de sciences physiques et naturelles, etc.

Bien que le brevet de capacité dont il s'agit soit conféré par des colléges non médicaux, le conseil a le droit d'exercer un certain contrôle sur la manière dont on l'obtient; il peut refuser de le reconnaître comme valable, s'il vient d'un collége considéré comme trop indulgent.

Mais comme le conseil n'a pas de puissance coercitive, les universités peuvent ne pas se conformer à ses avis; et c'est ce qu'ont menacé de faire plusieurs facultés de médecine, si l'examen préliminaire était rendu trop compliqué.

Hôpitaux. — L'approche des vacances se fait sentir. Le nombre des cours officiels ou non officiels diminue rapidement. M. le professeur Richet a pris un congé pour préparer l'éloge de Jobert de Lamballe. M. Hardy vient de faire sa dernière leçon clinique sur les maladies de la peau.

Une femme, qui ne s'était jamais nourrie de maïs, s'est présentée à l'hôpital Saint-Louis avec une affection de la peau des mains et de la figure que le professeur a rapportée à la pellagre.

Les lésions cutanées ressemblaient beaucoup à celles qu'on observe en cas de brûlure par le soleil; mais en outre on retrouvait, soit du côté des voies digestives, soit du côté du système nerveux et de l'état mental, quelques-uns des troubles qui, dans la pellagre, sont associés à cette ustion de la peau.

La langue n'était pas crevassée, comme elle l'est souvent; mais, depuis plusieurs mois, il existait une diarrhée habituelle assez abondante.

La malade était sujette à des terreurs sans cause, à de véritables hallucinations. Elle accusait une tendance au suicide qui avait assez de persistance pour qu'elle eût choisi un genre de mort. Elle songeait à s'asphyxier par le charbon.

Elle marchait difficilement et d'une manière vacillante, même lorsqu'elle était soutenue; à peine pouvait-elle se tenir debout.

M. Hardy a fait remarquer chez elle un tremblement de la langue et des mains, qui tenait sans doute à des habitudes alcooliques.

L'alcoolisme joue, suivant lui, un rôle important dans la production de la pellagre *parisienne.* Je dis parisienne par opposition à celle qui se développe dans les contrées où l'on se nourrit de maïs.

Un malade, présenté comme pellagreux, il y a deux mois, par M. Hardy, est mort, huit jours après, de *delirium tremens.*

Il était atteint de tremblement alcoolique, comme la femme dont nous parlons et comme un troisième pellagreux en traitement dans le même service.

Ainsi il existe à Paris une affection qui ressemble à la pellagre : 1° par la lésion caractéristique de la peau des mains et de la face; 2° par des troubles digestifs qui consistent surtout en diarrhée; 3° par un dérangement des fonctions mentales, avec tendance au suicide, et par divers troubles nerveux.

Mais comme cette affection est due le plus souvent à l'alcoolisme, on y rencontre un symptôme nouveau, le tremblement des mains, que l'on n'a pas noté dans la pellagre des pays à maïs.

Quant au pronostic, il est aussi grave.

— M. Hardy traitait habituellement le psoriasis par l'arsenic à l'intérieur (arséniate de soude, de 5 milligrammes à 1 centigramme par jour) et par des onctions faites le soir avec une pommade à l'huile de cade; depuis quelque temps, il emploie en outre, chaque matin, un nettoyage au savon noir.

Il y trouve un double avantage : 1° d'une part, le savon noir a par lui-même une action utile contre le psoriasis, ainsi que l'a noté M. Hébra; 2° d'autre part, il enlève parfaitement la pommade à l'huile de cade, et en fait disparaître l'odeur pénétrante.

Dans une affection qui, comme le psoriasis, est chronique et ne force pas à garder le lit, ce n'est pas un mince avantage pour les malades de pouvoir cacher le genre de traitement qu'ils subissent.

A ce propos, nous rappellerons que M. Hardy a préconisé le copahu, pris à l'intérieur à la dose de 2 à 4 grammes, comme souvent utile contre le psoriasis.

— Disons un mot du traitement que M. Hardy préconise contre l'acne rosacea, la « couperose, » cette affection si désagréable, particulièrement pour les femmes qui en sont atteintes.

Considérant la couperose comme le résultat d'une congestion céphalique, il commence par faire éviter tout ce qui peut porter le sang à la tête : usage excessif des alcooliques, application trop prolongée, travail sédentaire, froid aux pieds, constipation, etc.

En même temps il recommande l'emploi d'un double moyen hydrothérapique 1° tous les matins, lotions d'eau très-froide sur la moitié inférieure du corps ; 2° plusieurs fois par jour, lotions d'eau très-chaude sur le visage.

Pour faciliter la réaction dans les deux sens, il faut frictionner avec un linge rude les jambes, les cuisses et le ventre après la lotion froide, qui doit être rapide; tandis qu'il faut laisser sécher l'eau chaude sur la figure sans l'essuyer.

Il en résulte que la chaleur et le sang se porte vers les extrémités inférieures et que la tête se décongestionne.

Lorsque ces procédés sont insuffisants, M. Hardy y ajoute l'usage des irritants substitutifs. Ainsi dans chaque tasse d'eau chaude qui sert à laver le visage, il faut verser une cuillerée à café de la solution suivante :

Sublimé........... 2 grammes
Eau distillée....... 300 —

Dans les cas rebelles, il prescrit des onctions sur les points malades avec une pommade composée de :

Protoïodure de mercure... 10 à 20 centigr.
Axonge.................. 30 grammes.

Quand cette pommade cesse de produire une excitation suffisante, on augmente la proportion de protoïodure; puis, quand une grande amélioration se manifeste, on éloigne progressivement les onctions, qu'on ne pratique plus alors que tous les deux, les quatre, les huit ou les quinze jours.

Par cette médiation, on arrive souvent à une guérison ou du moins à une amélioration très-notable; mais la couperose se reproduit très-facilement sous l'influence des mêmes causes qui l'avaient fait naître d'abord.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY (1).

LEÇONS CLINIQUES SUR LA CHLOROSE.

Traitement général.

Le traitement de la chlorose offre pour indications fondamentales :

1° De relever et de ramener à son action normale le travail nutritif;

2° De régulariser les fonctions menstruelles;

3° Enfin, certaines complications, certaines modalités de la chlorose, fourniront des indications spéciales que nous indiquerons sommairement.

Si les grands modificateurs hygiéniques, l'air, le soleil, la nourriture, le mouvement sont les excitants des fonctions nutritives et les conditions de leur activité, ils devront occuper la première place dans le traitement de la chlorose; ils ne peuvent être suppléés par les agents thérapeutiques et ils en sont les

(1) Voir le dernier numéro.

auxiliaires nécessaires; nous aurons d'ailleurs l'occasion de faire ressortir toute l'importance de l'hygiène, quand nous nous occuperons de la chlorose comme maladie de la race et réclamant l'intervention de la médecine sociale.

Après l'hygiène, la médication la plus efficace et la plus puissante, peut-être parce qu'elle se rapproche le plus des modificateurs hygiéniques, c'est l'hydrothérapie. Je ne demande pas à l'hydrothérapie ce que je ne demande pas aux autres méthodes de traitement, la guérison radicale de la chlorose; mais pour relever le travail nutritif, pour apaiser les troubles nerveux, pour combattre la dyspepsie, je ne connais pas de modificateur plus puissant que l'hydrothérapie : par cela même que l'air pur, le soleil, l'exercice musculaire doivent être les bases du traitement, l'hydrothérapie faite à la campagne sera préférable à l'hydrothérapie des grandes villes : celle-ci est cependant une ressource qu'il ne faut pas négliger, quand on ne peut faire mieux; enfin, quand on n'a pas à sa portée des instruments hydrothérapiques convenables, les lotions froides, faites le matin très-rapidement avec une grosse éponge, et suivies de frictions énergiques, rendront encore d'importants services, et j'ai eu très-souvent à m'en louer. Dans certains cas, on préfèrera les bains de mer très-courts, comme les conseillait Gaudet, qui a admirablement étudié et soumis à des principes méthodiques l'hydrothérapie maritime, avant que Preitzuitz eût créé Graefenberg.

Ici, l'action de l'eau froide a un bien puissant auxiliaire; c'est cet air marin si vif et si tonique, imprégné de vapeurs salines, dont le malade ingère de 15 à 20,000 litres par vingt-quatre heures. Une règle fondamentale du traitement hydrothérapique, qui avait déjà été indiquée par Gaudet, mais qui l'a été surtout par le docteur Fleury d'une manière magistrale et avec une abondance de développement qui la met hors de toute contestation, c'est que tout le succès de cette médication dépend de la manière dont s'accomplit la réaction. Il ne faudra jamais perdre ce principe de vue, quand on prescrira une des différentes formules de la médication hydrothérapique que je viens d'indiquer.

L'hydrothérapie a, sur l'hématopoïèse et sur l'ensemble de la fonction nutritive, une influence que le docteur Fleury a bien fait ressortir, et c'est en partant de ces données que l'on en a vulgarisé l'emploi dans la chlorose.

Parmi les modificateurs pharmaceutiques, c'est encore aux stimulants de ces grandes fonctions, à ceux qui excitent le travail nutritif et l'hématémèse, qui régularisent l'action nerveuse, qu'on aura recours.

L'état des organes digestifs donnera toujours l'indication principale : on excitera l'appétit, on facilitera l'action de l'estomac par le choix des aliments, par la distribution des repas, par le soin avec lequel s'accomplira la mastication, par la part faite aux exercices musculaires : on y joindra, s'il est nécessaire, les amers, l'infusion de germandrée ou de camomille, la décoction de colombo, la macération de quassia ou de gentiane prises en se mettant à table. Les eaux digestives de Pougues, de Soultzmat, de Vals, de Renaison, et surtout celles de Spa, de Bussang, d'Orezza, qui ont l'avantage d'être ferrugineuses. Enfin, par la pepsine, on essayera de suppléer à l'insuffisance des sécrétions gastriques.

M. le professeur Trousseau a conseillé l'acide chlorhydrique, étendu dans un mélange de décoction de colombo et de sirop d'écorce d'orange.

Si l'action de l'estomac est très-affaiblie, ou si la dyspepsie revêt sa forme flattulente, la noix vomique en poudre, en extrait, ou plus commodément encore en teinture, comme celle de Beaumé, pourra être employée avec avantage.

Si l'élément gastralgique domine, une ou deux gouttes de teinture thébaïque ou de belladone prises avant les repas, dans une petite quantité de tisane de camomille ou de colombo.

Il y a une circonstance que j'ai eu l'occasion d'observer chez plusieurs chlorotiques, avec un élément hystérique assez accentué; en même temps qu'elles accusaient une douleur gastrique augmentée par l'introduction des aliments et accompagnée chez plusieurs d'une sensation de constriction, ou plutôt d'occlusion de l'œsophage, il y avait à l'épigastre un foyer de névralgie superficielle, et près du rachis, vers l'origine des nerfs intercostaux, une sensibilité vive à la pression. La névralgie intercostale doit-elle dans ce cas être accusée des troubles gastriques, ou est-elle symptomatique de ceux-ci et constitue-t-elle un phénomène de sensibilité reflexe? L'amélioration obtenue par les vésicatoires, ou les calmants appliqués sur les foyers névralgiques, ne me paraissent pas résoudre la question en faveur de l'antériorité de ceux-ci. Des névropathies utérines, accompagnées de névralgies lombaires, ont paru être modérées par des applications topiques sur les trajets de ces dernières. Se pourrait-il que les modifications thérapeutiques, de même que les excitations anomales de l'innervation, retentissent loin du lieu qui les subit?

Le fer est le remède banal de la chlorose; pour quelques médecins, il en est le spécifique. Une de ces théories chimiques faciles, par lesquelles certains esprits se laissent trop souvent séduire, était venue appuyer cette spécificité; les globules du sang renferment du fer, disait-on, leur diminution est le caractère anatomique de la chlorose; donnez du fer à l'organisme, il fera des globules. Il restait bien là une petite difficulté dont cette théorie chimique ne rendait pas compte : comment ce fer, qui n'entre dans le sang qu'en portion très-minime, détermine-t-il par sa présence la formation des globules? D'ailleurs la vraie chimie, la chimie des chimistes, est venue protester contre cette chimiatrie qui n'est ni chimie ni médecine; elle a montré que les aliments ingérés renfermaient plus de fer qu'il n'en fallait pour les besoins de l'hématose; que ce n'était donc pas en fournissant au composé sanguin un élément qui lui manquait, mais en stimulant le travail nutritif, qu'agissait la médication martiale; et cette doctrine se trouvait confirmée par cette observation de physiologie comparée, que les plantes étiolées reverdissent par les arrosements avec des solutions ferrugineuses, et cependant la chlorophyle ne contient pas de fer.

Le fer est donc un stimulant de la vie végétative du mouvement, de composition organique, dont la formation de la cellule sanguine est un des premiers termes.

Les meilleures préparations ferrugineuses sont en général celles qui sont le mieux supportées. L'idiosyncrasie fait varier la tolérance pour les médications et même pour les différentes préparations du même agent thérapeutique. En tête de celles qui conviennent au plus grand nombre, je mets le tartrate ferrico-potassique, le carbonate de fer, la limaille de fer; le pyrophosphate m'a paru avoir, dans certains cas, des propriétés reconstituantes efficaces; l'iodure de fer est indiqué dans la chlorose scrofuleuse; chez les sujets qui supportent difficilement ces préparations ferrugineuses, je prescris les eaux minérales comme celles d'Orezza, ou même celles de Bussang, qui sont très-peu ferrugineuses, mais sensiblement arsenicales.

Je me défie beaucoup de ces préparations officinales, annoncées à grand renfort de réclames, plus industrielles que pharmaceutiques, fabriquées d'avance en masses considérables, ce qui a quelquefois l'inconvénient de les transformer en petites balles dures que l'estomac ne désagrège pas. En admettant même qu'elles soient bien préparées, elles seront inférieures aux préparations magistrales faites à mesure des prescriptions, dosées, nuancées suivant les conditions fournies par le malade.

Les quatrièmes pages des journaux font la fortune de ces spéculations qui les enrichissent; mais le médecin ne doit pas y donner la main et patronner ces vendeurs de recettes. Le choix de la préparation ferrugineuse, les excipiants qu'on lui donne ne sont pas indifférents. Chez les sujets qui ont facilement de la diarrhée, les persels ont en général des propriétés astringentes qui les recommandent; mais dans quelques cas, l'addition du sous-nitrate de bismuth est un passeport nécessaire; quelquefois même dans ce cas, ou si par l'usage du fer on voit survenir des phénomènes dyspeptiques ou entéralgiques, on devra lui ajouter un peu d'opium, le moins possible, pour ne pas affaiblir l'activité des organes digestifs. Dans ce cas, je préfère faire prendre, en même temps que la pilule ferrugineuse, une demi-goutte à deux gouttes de teinture thébaïque ou de teinture de belladone dans un véhicule amer. Si au contraire, ce qui est commun, le fer augmente la constipation si habituelle chez les chlorotiques, il faut préférer la limaille de fer, les phosphates, les sels neutres ou acides, y ajouter de la magnésie, de la rhubarbe ou de l'aloès.

Il y a des malades chez lesquels non-seulement le fer ne produit aucun effet thérapeutique, mais qui ne peuvent le supporter; je connais des familles dont presque tous les membres ont présenté cette antipathie pour le fer, s'exprimant par des accidents divers : une de ces personnes toussait dès qu'elle en prenait; une autre, jeune fille très-chlorotique, avait immédiatement une petite hémorrhagie utérine, ce qui vient confirmer les propriétés congestives et emménagogues de ce médicament. La première, qui n'avait pu pendant une vingtaine d'années tolérer même un centigramme de composé ferreux, après avoir été modifiée par plusieurs traitements thermo-sulfureux, a très-bien supporté le perchlorure de fer à doses moyennes. C'était une jeune dame herpétique couverte d'acné et de race arthritique; cette intolérance chez elle doit être rapprochée de l'excitation presque constante de l'acné, des éruptions furonculeuses et d'autres formes herpétoïdes par les préparations ferrugineuses qui développent ou font naître ces manifestations.

Il faut se rappeler que le fer semble inciter et congestionner les membranes tégumentaires. De même qu'il irrite les dartres, il peut irriter l'angine granuleuse; depuis très-longtemps dans ces circonstances, quand l'emploi du fer me paraît nécessaire, je l'essaye à petites doses et je le combine avec les préparations arsénicales; je me sers habituellement d'une solution titrée de tartrate ferrico-potassique, à laquelle j'ajoute une solution, variable suivant le cas, de solution de Fowler.

La dose des préparations ferrugineuses doit, comme celle des autres médicaments, varier suivant l'âge, les dispositions individuelles, les effets physiologiques et thérapeutiques observés.

Cet énoncé montre quel compte il faut tenir de ces doses fixées d'avance, que les industriels en fers médicamentaux impriment sur les étiquettes de leurs bouteilles ou de leurs boîtes. Commencer par des doses modérées, tâter la tolérance de l'organisme, épier l'action thérapeutique quand elle continue, maintenir les doses, les augmenter quand elles s'arrêtent, les interrompre ou les cesser quand on aperçoit des symptômes de fatigue ou de saturation : voilà des règles appliquables à toutes les médications; il en est deux autres que je veux rappeler et auxquelles j'attache une grande importance.

1° Ne pas interrompre brusquement l'emploi des modificateurs, mais plutôt, avant de le cesser, mettre entre les doses des intervalles de plus en plus éloignés, pour habituer en quelque sorte l'économie à s'en passer.

2° L'intolérance de l'organisme pour un médicament n'est souvent qu'une extrême sensibilité à son action et est l'indication d'en baisser les doses. J'ai traité avec succès, par des pilules d'un centigramme de protoiodure d'hydrargyre et quelques décigrammes d'iodure de potassium, une dame syphilitique depuis plusieurs années, et chez laquelle on n'avait jamais pu faire accepter ces médications en les donnant aux doses ordinaires. J'ai vu guérir d'une gravelle urique opiniâtre, par l'usage continu de quelques cuillerées d'eau de Vichy, une malade qui était un type d'intolérance pour toute espèce de médicament.

Enfin, vous rencontrerez des malades qui supportent les ferrugineux pendant quelques jours et après cela les repoussent, ils ne peuvent plus les tolérer. Chez ces malades, il faut les administrer d'une manière intermittente, avec des interruptions plus ou moins éloignées, suivant que cette intolérance secondaire se manifeste plus ou moins vite.

Quand, pour une raison quelconque, le fer ne peut pas être administré chez les chlorotiques, il faut recourir à d'autres modificateurs de la nutrition. Le quinquina sera souvent prescrit à ce titre.

On a préconisé la manganèse comme succédané ou auxiliaire du fer, mais ses propriétés thérapeutiques sont peu connues.

L'arsenic a une action si manifeste sur la nutrition et sur l'hématose, que l'idée de l'employer dans la chlorose se présente naturellement à l'esprit.

Je l'ai vu réussir dans des chloroses de forme névropathique très-accentuée. Je l'ai tenté, dans d'autres formes de chlorose, sans résultat définitif; il faut être très-réservé dans le dosage de l'arsenic; c'est une de ces substances qui agissent à très-petites doses, et qui, quand on l'emploie à doses trop considérables ou trop prolongées, a paru quelquefois comme épuiser l'action vitale après l'avoir passagèrement stimulée.

Traitement des troubles menstruels compliquant la chlorose.

Les anomalies de la fonction menstruelle fournissent dans la chlorose des indications particulières; nous examinerons successivement :

La dysménorrhée,
L'aménorrhée,
La ménorrhagie,
Et la leucorrhée chlorotique.

Les règles sont douloureuses, leur écoulement est difficile sans lésion appréciable de l'utérus; elles viennent par saccades accompagnées de coliques, de douleurs sacro-lombaires, quelquefois de névralgies localisées dans des nerfs éloignés de l'appareil génital.

Dans ce cas-là, il faut favoriser le flux menstruel par des cataplasmes arrosés de laudanum, des suppositoires belladonés, de petits lavements narcotiques, par les infusions de safran; à l'intérieur, la valérianate d'ammoniaque, etc.

L'aménorrhée prolongée marque en général le degré le plus avancée de la chlorose; cependant il y a des femmes chlorotiques à un degré moyen, jouissant d'ailleurs d'une assez bonne santé et qui ont des interruptions de plusieurs mois dans leurs règles. La fonction ovarienne semble chez elles plus altérée que la fonction nutritive générale.

Les anciens imputaient sur l'autorité d'Hippocrate, à la rétention du sang menstruel, les différents troubles fonctionnels qui coïncident avec l'aménorrhée. Dans cette théorie, reprise il y a quelques années par un médecin de Paris, ce sang renfermerait un produit excrémentitiel ou du moins doué de propriétés offensives pour l'organisme, il agirait surtout comme une substance toxique, s'il n'est pas éliminé. Nous ne croyons pas devoir discuter cette hypothèse; mais ce que nous croyons parfaitement vrai, c'est que chez la femme la fonction génératrice joue un rôle considérable, et que le trouble de l'ovulation, alors même qu'il serait consécutif à l'altération de la nutrition générale, peut réagir sur cette nutrition et en aggraver les désordres. C'est ainsi qu'une suppression accidentelle du flux menstruel a semblé, dans quelques cas, le point de départ de la chlorose et d'un trouble persistant des fonctions ovariennes, ou du moins de leur aggravation.

L'influence de l'aménorrhée sur l'économie peut se présenter sous une autre forme : quand, au lieu d'être entièrement supprimée, la fonction cataméniale se manifeste par un *molimen* menstruel, par des phénomènes de congestion qui n'aboutissent pas à l'écoulement des règles, alors celles-ci peuvent être remplacées par des congestions morbides qui tantôt se localisent dans l'utérus et dans ses annexes, tantôt dans quelque foyer morbide éloigné qui leur fait appel; tantôt, et surtout chez les hystériques, dans un point quelconque de l'organisme, sans qu'aucune lésion antérieure, sans qu'aucun rapport avec les organes génitaux expliquent ces déviations congestives.

Quand l'aménorrhée n'est accompagnée d'aucun molimen, d'aucun trouble fonctionnel périodique, indiquant comme un effort de l'organisme pour accomplir sa fonction; quand il n'y a ni vertiges congestifs, ni épistaxis répétées, le traitement général de la chlorose est seul indiqué. Si, au contraire, ce molimen existe, s'il s'exprime par des phénomènes morbides qui se montrent ou augmentent périodiquement, ou même si l'aménorrhée a été suivie de troubles graves dans la santé, il est alors rationnel d'adresser un appel direct au flux menstruel. On prescrira alors les dérivatifs appliqués sur les membres inférieurs, les pédiluves irritants, les sinapismes, les frictions, le massage, les ventouses sèches; les fumigations avec la vapeur d'absinthe

et d'armoise, les fomentations chaudes sur l'hypogastre, les suppositoires d'aloès et de fleurs de soufre introduits dans le rectum, et même, dans quelques cas, l'application légère d'un crayon de nitrate d'argent sur le col, peuvent déterminer l'éruption cataméniale hésitante, mais préparée; on ajoutera à ces moyens l'usage interne des emménagogues, tels que le safran, la rue. L'apiol, donné plusieurs jours de suite à la dose de deux à trois capsules dans les vingt-quatre heures, a été préconisé par le docteur Homole et m'a paru quelquefois réussir.

J'ai tenté l'électricité, très-usitée en Amérique, en plaçant un des réophores sur le col et l'autre dans le rectum ou sur le sacrum; je n'en ai obtenu aucun résultat, mais je sais que le docteur Sims l'a employé avec avantage.

Si l'anémie n'est pas très-prononcée, si les accidents qu'il faut conjurer sont graves et menaçants, deux sangsues appliquées à la partie interne et supérieure des cuisses, répétées, s'il est nécessaire et si la constitution le permet, deux et trois fois dans les vingt-quatre heures, sont souvent le plus efficace des emménagogues, ou, si elles ne réussissent pas à provoquer le flux menstruel, elles épuisent le molimen congestif et font cesser les troubles qu'il produit.

Comme moyen d'une action moins immédiate et moins directe, l'équitation a plus d'une fois, chez les jeunes filles, réussi à ramener les règles, avec cette précaution qu'il faut l'interdire pendant la période cataméniale, et proscrire les exercices équestres qui impriment aux organes pelviens des secousses trop violentes.

Dans l'aménorrhée, qui ramène périodiquement des douleurs utérines, des spasmes, des névralgies dont le centre d'irradiation est l'appareil utérin, on prescrira les lavements narcotiques, les suppositoires d'opium et de belladone, le valérianate d'ammoniaque administré en solution, les emplâtres calmants, les cataplasmes, les vésicatoires volants, les injections sous-cutanées.

(*Sera continué.*)

CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE STRASBOURG

M. le professeur Stolz.

Perforation centrale du périnée dans l'accouchement.

Dans sa séance du 18 mars dernier, vous avez communiqué à la Société impériale de chirurgie une observation de *rupture centrale du périnée pendant le travail de l'accouchement*. Cette observation a certainement un grand intérêt, 1° par la rareté de pareilles déchirures, qui est telle qu'elle a été niée par certains accoucheurs qui avaient cependant une longue pratique; 2° parce que le fœtus a réellement traversé l'ouverture accidentelle; 3° qu'il n'existait aucune des prédispositions que l'on dit ordinairement favoriser cette singulière rupture; 4° enfin parce que la position du crâne était la plus commune, celle dans laquelle la tête pénètre le plus facilement dans la vulve.

Quoique l'on connaisse aujourd'hui un assez grand nombre d'observations authentiques de rupture centrale du périnée avec passage du fœtus entier par cette voie artificielle, il est cependant encore des accoucheurs très-répandus, placés même à la tête d'établissements de maternité, qui n'en ont pas vu d'exemple; seulement ils sont moins incrédules que ne l'était Capuron, qui disait qu'il verrait le fait, qu'il n'en croirait pas ses yeux.

Il y a quarante ans que je me livre à l'étude et à la pratique des accouchements, je suis depuis plus de trente ans à la tête d'un service spécial (qui n'est sans doute pas à comparer aux services de Maternité de Vienne et de Paris pour le nombre des accouchements qui s'y terminent), et pour la première et unique fois, il y a bientôt quatre ans, j'ai eu l'occasion de faire une pareille observation à la Maternité dont je suis le directeur médical. Cette observation présente un assez grand nombre de particularités pour mériter d'être connue dans ses détails.

Le 15 mai 1864, se présenta à la Maternité de Strasbourg, pour y faire ses couches, la nommée Eh..., Marie-Rosalie, âgée de 27 ans, primipare, de taille moyenne, assez bien constituée, sanguine-lymphatique. Elle comptait encore six semaines.

Soumise plusieurs fois à une exploration soigneuse pendant son séjour à l'hôpital, on ne remarqua jamais rien de particulier dans sa conformation, notamment dans celle du bassin, ni dans celle des organes de la génération. La santé ne laissa rien à désirer.

Le 28 juin, vers onze heures du soir, Marie Eh... sentit les premières douleurs de l'enfantement; le sommeil de la nuit en fut troublé. Le lendemain, 29, au matin, on trouva, en touchant par le vagin, le col effacé, l'orifice entrouvert, et la tête profondément engagée dans le bassin. A l'auscultation on percevait les battements redoublés au côté gauche du ventre, ce qui fit diagnostiquer une première position du crâne. A trois heures de l'après-midi, les membranes se rompirent, et, après un écoulement peu abondant d'eau, on constata effectivement une position occipito-antérieure gauche. A six heures la tête occupait l'excavation et devenait visible à la vulve pendant les contractions. A sept heures, le périnée était fortement distendu, la fente vulvaire dirigée en avant et en haut, l'occiput semblait y pénétrer; à chaque nouvelle douleur on croyait que la tête allait compléter son mouvement d'extension et franchir, mais la douleur cessant, elle se retirait encore. A sept heures un quart, une contraction plus forte la poussa contre l'obstacle. Le périnée était soutenu par une élève sage-femme : tout à coup sa main est repoussée par la tête qui fait éclater le plancher périnéal, la vulve qui aurait dû lui donner passage remonte vers le pubis et se ferma. Les épaules et le reste du corps furent chassés avec une telle rapidité qu'on n'eût que le temps de recevoir le fœtus et de le relever.

Dès que l'enfant fut séparé de sa mère par la division du cordon ombilical, on examina l'ouverture qu'il venait de pratiquer et de franchir. La portion du cordon indurée au placenta pendait par cette ouverture, dont les bords étaient affaissés sur eux-mêmes et saignants. Ne voulant pas faire la délivrance par cette voie contre nature, on introduisit le doigt indicateur dans la vulve et on monta assez haut dans le vagin pour pouvoir accrocher le cordon, le faire rentrer dans vagin, et de là le faire passer par la voie naturelle.

Pendant que l'on attendait de nouvelles contractions de la matrice qui devaient décoller le placenta et permettre l'extraction de l'arrière-faix, on débarrassa la plaie périnéale du sang qui l'encombrait au moyen d'une éponge, et on constata : 1° que la rupture avait 5 centimètres de longueur dans la direction verticale; 2° que son angle supérieur se dirigeait un peu latéralement vers la grande lèvre droite; 3° qu'inférieurement elle s'étendait des deux côtés, immédiatement en avant de l'anus, formant deux angles latéraux de 2 centimètres de longueur; 4° que les bords étaient irréguliers, frangés au milieu et infiltrés de sang; 5° qu'à la partie supérieure existait un bourrelet saillant, noirâtre, paraissant formé de tissu cellulaire refoulé de l'intérieur. Non-seulement la fourchette était intacte; mais 2 centimètres de longueur du raphé qui aboutit à la fourchette étaient parfaitement visibles. Le sphincter anal interne était à découvert et nullement entamé. Le doigt introduit par la plaie et placé en supination sortait par la vulve et constatait l'épaisseur du pont antérieur du périnée qui subsistait. Le constricteur du vagin était déchiré en arrière, ainsi que le tiers inférieur du vagin lui-même et la paroi recto-vaginale correspondante.

On procéda ensuite à la délivrance par la voie naturelle; mais une notable quantité de sang caillé et liquide traversa encore la plaie périnéale après cette opération.

L'enfant, du sexe féminin, avait donné aussitôt signe de vie. Il était fort, long de 49 centimètres et pesait 3,370 grammes.

Les premiers jours des couches se passèrent sans incident. La plaie périnéale, d'un aspect livide, laissait suinter une sérosité sanguinolente, une partie des lochies la traversait également; le gonflement des lèvres de la plaie forçait une autre partie à refluer par la vulve. Le décubitus latéral favorisait l'écoulement par les voies naturelles. On se borna à des fomentations de vin aromatique. L'accouchée mit son enfant au sein et put le nourrir.

Le troisième jour, la surface des lambeaux de la plaie présentait un aspect grisâtre et exhalait une odeur gangréneuse : une suppuration séreuse, passablement abondante, s'était établie. On la saupoudra de poudre de quinquina. Le quatrième jour, la plaie avait meilleur aspect, la suppuration avait diminué. A huit heures et demie du matin l'accouchée eut subitement une crise de suffocation suivie d'un frisson intense. La réaction ne se fit pas trop longtemps attendre; elle fut favorisée par des infusions théiformes chaudes; le pouls était très-accéléré. Une bonne transpiration calma la fièvre. Cependant le lendemain, cinquième jour, il y avait encore 86 pulsations. La suppuration de la plaie devint plus normale; les jours suivants des bourbillons gangréneux furent excisés, la surface des lèvres se colora en rouge et commença à bourgeonner. L'accouchée avait de l'appétit, elle continuait d'allaiter son enfant.

Le douzième jour, l'hiatus formé par la déchirure périnéale commençait à se rétrécir, ses bords, encore un peu frangés, tendaient à s'égaliser et à bourgeonner. Le vingt-cinquième, la plaie était d'un aspect rosé, mais suppurait encore abondamment; la suppuration était âcre et corrodait la peau de la face interne des cuisses. L'accouchée n'avait plus pu être maintenue au lit depuis le quinzième jour, elle circulait dans les salles pendant une grande partie de la journée.

Le trentième, elle trouva à se placer en ville, en qualité de nourrice.

En l'examinant une dernière fois, avant sa sortie de l'établissement, on reconnut que la plaie se rétrécissait de plus en plus. On donna à la femme l'espoir d'une guérison spontanée, mais on insista auprès d'elle pour que temps en temps elle se présentât à la visite, ce qu'elle promit. Malheureusement elle n'en fit rien, et on perdit même bientôt ses traces.

Ce ne fut qu'à la fin de l'été 1865, plus d'un an après l'accident, qu'on la découvrit de nouveau. Elle était alors servante en ville. Au mois d'Août, elle vint à la Maternité consulter pour un *abaissement de matrice*.

A l'inspection des parties génitales, on constata que l'ouverture périnéale existait encore, qu'elle avait la forme d'un trou rond, dont le bord ou cercle était parfaitement cicatrisé. Dans cette ouverture, on trouva engagé un corps mobile, une espèce de bouchon, que l'on reconnut bientôt n'être autre chose que *le col utérin*. En effet, à la vue, on distingua le museau de tanche, et par le toucher à travers la vulve, on constata un abaissement ou plutôt une descente de la matrice. Cet organe était descendu perpendiculairement à l'axe du corps, et le col, au *lieu de sortir par la vulve, s'était engagé dans l'ouverture périnéale*. Ne pouvant rien entreprendre à la veille des vacances, on congédia la consultante, en lui disant de revenir au mois de novembre, mais on ne la revit plus.

Cette observation offre un exemple incontestable de rupture centrale du périnée et de passage du fœtus entier par cette ouverture accidentelle. La déchirure (de la peau) s'étendait en haut du côté de la grande lèvre droite; en bas, elle présentait deux angles latéraux dans la direction des muscles transverses du périnée. Elle n'avait pas précisément la forme d'un Y renversé, mais plutôt celle d'un triangle.

Les tissus sous-jacents à la peau et formant le plancher pirénéal étaient lacérés, infiltrés de sang. Une portion du tissu cellulaire du triangle périnéal était poussé dans la plaie. En haut, le pont qui séparait l'ouverture vulvaire de la déchirure périnéale avait une largeur de près de deux travers de doigts, et en bas, le rectum est resté intact.

Le tissu cellulaire, infiltré de sang, qui faisait saillie dans la plaie, s'est gangréné. Un instant, au cinquième jour, il y a eu quelques symptômes de résorption putride; mais la suppuration s'est heureusement établie, et dès ce moment, tous les accidents ont cessé.

La plaie ne s'est point fermée, comme on devait l'espérer; peut-être parce que la gangrène avait détruit une partie notable des tissus intéressés. L'indocilité de l'accouchée y a probablement contribué aussi : si elle était restée couchée sur le côté, si elle ne s'était levée que du vingtième au trentième jour, si elle n'avait pas trop marché surtout, il est possible que la guérison aurait eu lieu. Ces conditions n'existant pas, les bords se sont cicatrisés séparément, et il est resté une ouverture ronde, qui communique avec le vagin, puisqu'on a trouvé à la dernière exploration, faite un an après l'accident, le col de l'utérus engagé dans ce trou. Pour ce motif seul, il serait nécessaire de fermer l'ouverture périnéale, après avoir relevé la matrice par un moyen mécanique quelconque.

(1) Observation adressée à M. Depaul et communiquée par lui à la Société de chirurgie, dans la séance du 8 juillet.

OVARIOTOMIE

Obs. XLVIII. — Ovariotomie pratiquée le 20 juillet 1867. Guérison.

Par E. Koeberlé.

Mademoiselle G..., de Senones (Vosges), âgée de 28 ans, d'une constitution délicate, s'est aperçue, en 1863, de l'existence d'une tumeur dans le bas-ventre, et elle y a éprouvé, à plusieurs reprises, surtout au commencement de 1867, des douleurs qui s'étendaient jusque dans la cuisse du côté gauche. La menstruation, à partir de cette époque, est devenue irrégulière. La malade a été ponctionnée cinq fois : la première fois au mois de mai 1866, la dernière au mois de juin 1867, à des intervalles de plus en plus rapprochés.

Le liquide extrait en premier lieu avait une couleur grisâtre; il était plus clair aux ponctions suivantes. Le col de l'utérus était central, dévié à gauche; l'excavation pelvienne était libre; le kyste était multiloculaire : il paraissait dépendre de l'ovaire gauche et il ne semblait pas devoir être adhérent dans une grande étendue.

L'opération eut lieu le 20 juillet 1867.

Étaient présents : MM. E. Hubert, de Louvain, Kien, Vidal, Blum, Strauss et Grollemund.

Incision de 18 centimètres; ponction; écoulement de six litres de liquide glutineux, en grande partie incolore, extrait de plusieurs loges. Il n'existait aucune adhérence; la tumeur provenait de l'ovaire gauche et avait un long pédicule qui fut lié avec du fil de fer. L'ovaire droit était sain. Réunion par quatre points de suture profonde et six points de suture superficielle. La perte de sang peut être évaluée à 40 grammes. La tumeur pesait 10 kilogrammes; l'opération a duré trois quarts d'heure.

Aucun accident consécutif; douleur nulle; pouls à 80.

2e jour. — L'opérée a dormi à plusieurs reprises durant la nuit. État excellent. Extraction du serre-nœud et des épingles de la suture superficielle. Café au lait; bouillon; potage. Pouls de 90 à 100.

3e jour. — Ventre plat; pouls à 110.

4e jour. — Pilules purgatives; évacuations alvines. Pouls à 90.

5e jour. — Pouls à 75. Extraction des fils de la suture profonde. Deux des trajets occupés par ces fils ont suppuré pendant quelques jours.

La cicatrisation complète a eu lieu le vingtième jour. Depuis, la santé a été parfaite et la menstruation est redevenue régulière.

Remarques. — Il n'y a pas eu d'adhérences malgré cinq ponctions. Les ponctions, lorsqu'elles ne sont pas suivies d'hémorrhagie interne, de péritonite ou d'autres accidents qui affaiblissent les malades et mettent leur vie en danger, n'exercent pas en général d'influence sur les adhérences. Si l'on ponctionne dans un point déjà adhérent à la paroi abdominale, ce qui est très-commun, la piqûre ne saurait compliquer davantage. Si la ponction a lieu sur une partie non adhérente, la piqûre de la paroi abdominale et la piqûre du kyste se cicatrisent séparément parce qu'elles ne restent pas en rapport. Il est rare que l'hémorrhagie qui en résulte soit assez forte pour que le caillot intermédiaire devienne le point de départ d'une adhérence. Les ponctions, au point de vue de l'ovariotomie, doivent être évitées autant que possible, parce qu'en permettant de temporiser un peu avec l'extirpation, les malades s'affaiblissent le plus souvent, en même temps que l'état de la tumeur s'aggrave, ce qui rend l'opération plus hasardeuse.

EXTRACTION D'UN VERRE A BOIRE

Introduit dans le vagin.

(Observation recueillie par M. le Dr Bijon, de Quimperlé (Finistère).)

Ces jours derniers, j'étais appelé près d'une femme de 38 ans, habitant la campagne, et qui s'était introduit un verre à boire dans le vagin. On m'écrivait que ce verre était logé dans l'organe depuis cinq jours; que, depuis cette époque, la femme ne pouvait ni uriner ni aller à la garde-robe, et qu'en outre le verre était cassé.

Ces seules indications me faisaient pressentir que j'allais avoir affaire à un cas des plus graves. Je me munis d'un grand nombre d'instruments de dilatation et d'extraction, de tout ce qui pouvait devenir nécessaire en cas d'hémorrhagie, et je m'adjoignis mon honorable confrère et ami, M. le docteur Le Louédec, qui voulut bien me prêter son bienveillant et très-utile concours.

Le toucher vaginal nous fit reconnaître, en effet, un verre à boire cylindrique, de la grandeur usuelle, cannelé dans une partie de sa hauteur et disposé à peu près transversalement dans la cavité du vagin. Le fond était logé profondément à gauche et en haut, si loin de l'arcade pubienne, que l'extrémité du doigt ne pouvait en circonscrire le tour. L'ouverture du vase, au contraire, plus accessible au toucher, se retrouvait plus facilement à droite et en bas. La pulpe du doigt rencontrait, sur le bord, une échancrure tranchante de 3 centimètres environ de diamètre.

La forme et la position de cette cassure, qui se trouvait justement en face de l'ouverture du vagin, ne nous laissèrent pas de doute qu'elle était le résultat de tentatives infructueuses qui avaient dû être faites avant que nous fussions appelés.

En introduisant le doigt par cette échancrure, on reconnaissait que le verre était à moitié rempli par une portion de la cloison recto-vaginale qui y formait comme une sorte de hernie. Ainsi, en haut et à gauche, le fond du verre refoulait la vessie, il en comprimait le col et

écrasait l'urèthre de manière à rendre, pour le moment, impossible ou dangereuse toute tentative d'introduction de la sonde; tandis que, en bas, les échancrures du verre menaçaient de perforer l'intestin. Le toucher rectal nous fit constater que ce danger était imminent, et que le malheur devenait inévitable si l'on tentait la moindre manœuvre par en haut. On ne pouvait donc pas songer à aller saisir le corps étranger par le fond pour le ramener en avant et le faire sortir dans le sens par lequel il était entré.

Nos tentatives n'étaient permises que sur l'extrémité ouverte du vase. Notre honorable confrère essaya courageusement d'introduire entièrement la main le long de la cavité du sacrum, dans le but de compléter une sorte de version et de ramener l'orifice du verre devant l'ouverture vaginale; mais, dès la première introduction, il fut blessé profondément au doigt par un des angles aigus de la cassure.

Ce procédé de version, qui eût si bien réussi dans le cas où le verre n'eût pas été cassé, dut être abandonné.

Voici alors à quoi nous nous arrêtâmes :

Introduisant le doigt le plus profondément possible dans l'échancrure du verre, j'en repoussai peu à peu la masse intestinale; de l'autre main, je présentai une branche de forceps que je fis cheminer doucement à mesure que le bourrelet se réduisait.

Lorsque j'eus la certitude que cette masse qui remplissait le verre, était évacuée, et que la branche du forceps avait dépassé le périmètre du verre, cette branche fut solidement maintenue.

Malheureusement, la cuiller étant à jour, elle ne protégeait pas l'intestin. Pour remplir ce vide, nous fîmes glisser le long du forceps, en suivant la face extérieure de l'instrument, une feuille de carton un peu rigide (carton d'almanach), large d'un peu plus de trois doigts, bien arrondie par le bout et soigneusement graissée.

La première introduction ne fut pas heureuse.

Le carton rencontra la masse herniaire, qui avait naturellement repris sa place dans le verre, à travers la cuiller du forceps. Avant que le bourrelet eût été repoussé comme la première fois, le carton, ramolli, avait perdu sa résistance : il ne pénétrait plus.

Une autre feuille réussit mieux : elle fut parfaitement interposée entre la cloison vaginale et le forceps. Par conséquent, le rectum se trouvait bien protégé; nous étions sûrs que les échancrures du verre ne pouvaient plus lui nuire.

Après cette première opération, il nous suffit de peser un peu en haut sur le fond du verre : l'urèthre, auparavant comprimé, se dégagea; un violent jet d'urine partit spontanément; la vessie se vida.

Mais nous n'étions pas au bout de nos difficultés.

A l'aide de la branche de forceps qui restait dans le vagin, bien doublée, il est vrai, de son carton, on pouvait ramener complétement en avant l'orifice du verre; on pouvait même le faire coïncider avec l'ouverture vaginale, mais le bord, cassé et anguleux, menaçait maintenant de taillader, dans un nouveau sens, les replis du vagin dans lesquels il se montait profondément. Il pouvait même couper l'urèthre.

Nous résolûmes alors de protéger la vessie comme nous avions protégé le rectum.

Par un procédé analogue, deux nouvelles feuilles de carton furent introduites, l'une en haut et l'autre en côté, de sorte qu'une cloison solide protégea toutes les parois vaginales.

Ces précautions bien prises, le choix nous restait, ou d'essayer l'extraction du verre en entier, ou de le fracturer pour l'extraire par parties. Le forceps ne joignait pas. Nous redoutâmes, d'ailleurs, de déranger nos cloisons, qui nous avaient coûté tant de peine et que nous n'aurions pas pu remplacer, parce que notre provision de cartons était épuisée, et qu'ensuite nous étions à dix kilomètres de la ville. Nous prîmes donc le second parti : avec des daviers, avec la pince à faux-germe, le verre fut, sans difficulté, mis en fragments. Lorsqu'il parut suffisamment diminué de volume, on fit sortir tout ensemble, en un seul bloc, la branche du forceps, le verre et nos morceaux d'almanach, qui formaient un tube cylindrique complet.

L'examen des cartons nous fit voir de quelle utilité nous avaient été ces nouveaux engins. L'un d'eux, celui qui protégeait la paroi rectale, était, en deux endroits, profondément incisé, il avait même été presque traversé par une des cornes de l'échancrure du verre. Ainsi, nul doute que, sans cette précaution, nous aurions eu à déplorer le malheur qui suivit l'extraction de la fameuse chope à bière.

Nous revînmes à la femme. Une injection à grande eau fut poussée dans le vagin; le spéculum fut appliqué de manière à visiter la muqueuse dans tous ses recoins, et nous eûmes la satisfaction de constater que les parois vaginales étaient intactes.

Les intestins reprirent leurs fonctions; d'abondantes évacuations se firent immédiatement; et, au bout de quelques jours, la femme se rétablit.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

On annonce que la limite d'âge, qui est actuellement de 60 ans pour les chirurgiens des hôpitaux, va être portée à 63 ans. Celle des médecins resterait fixée à 65 ans, comme précédemment.

Erratum. — Dans la *Revue clinique* de samedi dernier, page 334, 1re colonne, 4e alinéa, au lieu de « à la partie *postérieure* du dos, » lisez : « *supérieure* du dos. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par le Dr Wecker, médecin-oculiste de la maison Eugène-Napoléon, etc. 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Tome II : 1re fascicule (maladies du cristallin, du corps vitré, de la retine et du nerf optique). 1 vol. in-8, avec planches et figures dans le texte. Prix : 5 fr. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 86. — JEUDI 23 JUILLET 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 23 JUILLET 1868. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 22 juillet 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Alphonse Guérin vient d'être élu membre de l'Académie par les suffrages d'une imposante majorité.

Après lui, c'est M. Voillemier qui s'est le plus rapproché du but.

— M. Bouillaud a prononcé la première partie de son discours sur la tuberculose.

La question se trouve reportée sur le terrain où elle était lors de la lutte entre Broussais et Laënnec.

Le disciple qui, le dernier, a défendu les doctrines de Broussais dans un concours heureux pour le professorat à la Faculté de médecine, les a gardées depuis lors presque intactes, et il y ramène aujourd'hui l'Académie.

Il peut être bon qu'il en soit ainsi.

Nous avons si peu la vénération des choses du passé, que nul ne songerait peut-être à exhumer les anciennes théories pour les opposer aux nouvelles, si elles n'avaient pas des représentants qui en ont fait depuis longtemps la règle de leur vie scientifique.

Nous ne voulons pas dire que M. Bouillaud soit un homme de parti-pris; ce n'est pas faute d'étudier les hypothèses qui se présentent qu'il a gardé ses préférences pour celles qu'il avait adoptées dès le début de sa carrière. Il a donc le droit d'en parler avec conviction.

Pour la génération actuelle, qui veut mesurer le progrès accompli durant un demi-siècle, le retour au point de départ ne pouvait s'effectuer sous un meilleur guide.

Voici l'école dite « physiologique », avec la doctrine de l'inflammation dominant toute la pathologie.

Cette inflammation est toujours une dans sa nature; et en connaissant le système organique dans lequel elle siége, en sachant si elle est aiguë ou chronique, on peut dire d'avance quelles lésions elle produira.

Telle n'est pas l'irritation dont parle l'école allemande, nous l'avons vu samedi dernier.

Aussi ne peut-on sans injustice accuser les Allemands, et en particulier M. Virchow, d'avoir pillé Broussais, sans en dire mot. M. Virchow cite souvent Broussais avec éloges; mais quant à l'idée broussaisienne de l'inflammation, loin de se l'être annexée en silence, il la combat, car elle le gêne.

L'irritation, comme il l'entend, peut avoir dans un même tissu, dans un même système organique, des résultats infiniment variés, non-seulement suivant le degré, mais suivant la cause; tandis que, je le répète, l'axiome fondamental de l'école physiologique, c'est qu'à chaque degré de l'irritation inflammatoire correspond, sur un même point, un seul produit.

Quand on a presenté à l'esprit cette idée si nette de l'inflammation broussaisienne, on saisit moins bien la donnée de l'irritation multiforme des Allemands. Aussi M. Virchow dit-il que le mot inflammation ne signifie plus rien, et qu'il devrait être rayé du vocabulaire médical.

Non, la doctrine de M. Virchow n'est pas la même que celle de Broussais. Je n'irai pas jusqu'à dire que l'une est aux antipodes de l'autre; mais certainement l'auteur de « l'Examen des doctrines médicales » ne pourrait se faire à des hypothèses aussi mystérieuses, aussi complexes, et accuserait d'*ontologie* la « pathologie cellulaire ».

— Après M. Bouillaud, M. Colin a pris la parole pour attaquer de front un de ceux que M. Bouley l'avait accusé d'avoir attaqué par derrière.

Il a critiqué avec un talent remarquable les conclusions de M. Chauveau sur le principe actif des virus.

Lorsque le célèbre physiologiste de Lyon publia la première partie de ses recherches sur ce sujet, on douta d'abord de l'exactitude de la méthode qu'il avait choisie : il ne paraissait pas certain que le plasma du virus vaccinal pût pénétrer par diffusion dans la couche d'eau supérieure, en suffisante quantité pour qu'en inoculant cette eau, on pût croire qu'on inoculait en réalité ce plasma.

Mais ceux qui avaient alors émis des doutes ont été convaincus par l'expérience que M. Chauveau a présentée comme contre-épreuve. Il avait étendu le vaccin complet dans de grandes quantités d'eau, et après avoir injecté ce mélange dans les veines, il avait obtenu des pustules vaccinales.

M. Colin vient de montrer qu'étendre rapidement le plasma vaccinal dans une certaine quantité d'eau, ou l'y laisser lentement pénétrer par diffusion, ce n'est point la même chose.

Dans le second cas, l'eau doit altérer les divers éléments qui composent ce plasma; dans le premier, cette altération n'a pas le temps de se produire, et une fois introduits dans le serum du sang, ces éléments trouvent un milieu qui leur convient.

Voici sous quelle forme il faudrait répéter les expériences de M. Chauveau pour qu'elles soient vraiment concluantes :

1° Il faudrait déterminer bien exactement la proportion de plasma, ou du moins d'albumine, qui pénètre par diffusion dans la couche d'eau supérieure;

2° Il faudrait mêler avec de l'eau une égale proportion de *vaccin complet*, et il faudrait faire durer le contact aussi longtemps que, dans l'expérience précédente, aurait duré la diffusion;

3° Il faudrait injecter comparativement, sur des animaux de même espèce et de même force, ces deux genres de liquide, pour voir si le dernier serait seul efficace.

Jusqu'après cette vérification expérimentale, M. Colin semble avoir l'avantage sur M. Chauveau.

En effet, tenant compte des altérations produites par l'eau, altérations d'autant plus rapides que la dilution est plus étendue, il fait comprendre comment le vaccin cesse d'être actif quand on l'étend dans plus de quinze fois son volume d'eau.

Or, M. Chauveau reconnaît ce fait, mais il ne peut pas l'expliquer dans sa théorie.

Si les granulations moléculaires, seules actives selon lui, devaient rester intactes dans l'eau comme dans le sérum, pourquoi une dilution au centième, au millième, cesserait-elle d'être efficace, sans cesser de contenir autant de granulations?

Et, d'autre part, si les granulations perdent leur action contagifère lorsqu'elles restent longtemps dans l'eau, comment peut-on dire que le plasma garde nécessairement les siennes, s'il en possède, dans des conditions identiques?

Les conclusions de M. Chauveau se trouvent donc fort ébranlées. Pour les affermir, il serait besoin de nouvelles recherches.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY (1).

LEÇONS CLINIQUES SUR LA CHLOROSE.

Les métrorrhagies ne sont pas très-rares chez les chlorotiques; elles surviennent le plus habituellement aux époques menstruelles sous forme de *ménorrhagies*. La fluidité du sang, peut-être la diminution de la tonicité vaso-motrice, sont regardées comme les causes instrumentales de cet accident dont les conditions pathogéniques intimes ne me paraissent pas suffisamment élucidées.

Quand on n'observe ni douleurs pelviennes, ni leucorrhée prémenstruelle, ni caillots dans le flux cataménial; quand surtout le toucher permet de constater qu'aucune lésion locale ne peut expliquer ces hémorragies, que la chirurgie n'a pas à intervenir dans leur traitement, il est important de les combattre en toute hâte, en s'adressant aux moyens médicaux, car ces pertes aggravent l'état anémique et les troubles fonctionnels qui en dépendent. On prescrira les différents moyens indiqués plus haut comme propres à modifier la chlorose, et en premier lieu les préparations ferrugineuses et l'hydrothérapie. Le fer, dans beaucoup de cas, semble favoriser la congestion utérine. Je vous ai cité l'exemple de cette jeune fille qui ne pouvait en prendre sans voir paraître un petit écoulement de sang par la vulve; et cependant le fer, en modifiant les conditions constitutionnelles d'où dépendent ces ménorrhagies, pourra en être le meilleur remède. On a conseillé de donner la préférence aux persels de fer et au perchlorure en particulier, qui ont une action astringente, topique, bien caractérisée; rien ne prouve que quand ils pénètrent dans les voies d'absorption, le degré d'oxigénation de ces sels ne soit pas modifié; rien ne prouve, bien moins encore, qu'entraînés dans le torrent circulatoire, ils conservent cette propriété astringente qu'on a expliquée par leur pouvoir coagulant. Aussi, je donne aux malades la préparation ferrugineuse qui me paraît pouvoir être le mieux supportée et le plus facilement absorbée, sans m'occuper beaucoup de la composition chimique à laquelle appartient l'élément ferrugineux. J'ai soin, dans ce cas, de faire cesser l'usage des martiaux quelques jours avant l'époque, les remplaçant alors par le quinquina, dont on peut prolonger l'emploi pendant la période cataméniale.

Quelle que soit d'ailleurs la préparation prescrite, il y a des malades qui ne la supporteront pas, il y en a chez lesquelles elle excitera l'hémorrhagie au lieu de la modérer. Dans ce cas, il faut recourir à d'autres modérateurs de la nutrition et de l'hématose; le quinquina se présente en première ligne avec sa puissante action sur le système nerveux ganglionnaire, sur les vaso-moteurs en particulier, et les propriétés qu'il doit en outre à son élément tonique. Le quinquina rouge semble particulièrement utile pour remplir cette indication; j'emploie quelquefois, à l'exemple de Trousseau, le mélange de quinquina gris et de quinquina jaune dans les proportions de 2 à 3 du premier pour 1 du second; quelquefois on associe l'ergot de seigle au quinquina.

La nécessité de rendre le sang plus plastique commande une nourriture substantielle et azotée. Si on ne parvient pas à réveiller chez les malades l'appétence de la viande, pour laquelle elles éprouvent en général une grande répulsion, on leur fera prendre de la viande crue pilée, en pulpe et passée dans un tamis, délayée dans du bouillon ou roulée en boulettes, ou encore dissimulée dans des confitures, comme le prescrivait Trousseau.

Entre des mains habiles, l'hydrothérapie localisant ou concentrant son action, peut contribuer puissamment à restreindre la tendance fluxionnaire de l'utérus, chez ces chlorotiques, dont il faut épargner les ressources nutritives déjà si affaiblies. Il faut éviter avec soin tout ce qui peut augmenter le flux utérin; elles devront, pendant la période menstruelle surtout, éviter le séjour dans une atmosphère trop chaude, l'usage des chaufferettes, les corsets trop serrés, les excitations morales et physiques, celles surtout qui agissent directement sur l'appareil générateur, les fatigues et les exercices violents.

En général elles devront, dès l'apparition de l'hémorrhagie, garder la position horizontale; et cependant il faut savoir qu'il y a quelques femmes chez lesquelles le séjour au lit augmente les pertes. J'ai vu une malade, atteinte d'hémorrhagie, chez laquelle les pertes diminuaient très-notablement ou disparaissaient sous l'influence de la voiture; Marjolin père m'a dit avoir observé plusieurs faits semblables. Les secousses déterminées par ce genre de locomotion auraient-elles, dans ce cas, pour effet de stimuler les nerfs vaso-moteurs et de faire contracter les vaisseaux utérins.

La ménorrhagie peut succéder à la dysménorrhée; les règles viennent tardivement, difficilement, puis elles viennent en pertes. Dans des cas de ce genre, le docteur Sims a, par l'emploi de l'électricité appliquée sur le col utérin, régularisé l'apparition du flux menstruel et prévenu son exagération. Je n'ai pas sur ce point d'expérience personnelle; mais M. Duchesne, appelé par M. Sims à diriger l'application du courant galvanique, m'a dit avoir plusieurs fois constaté l'efficacité de ce moyen.

La leucorrhée, à des degrés très-divers, complique le plus souvent la chlorose. Elle se montre surtout après les règles; quelquefois elle les remplace et peut persister en diminuant dans leurs intervalles; c'est surtout chez les lymphatiques qu'elle se montre plus abondante et qu'elle prend un caractère catarrhal plus accentué.

Mais il est rare qu'elle ait persisté sous cette forme quelque temps sans qu'il survienne une modification dans les éléments sécréteurs de la muqueuse utérine. Les papilles du derme muqueux participent à cette congestion hypertrophique; l'épithélium qui les recouvre se desquamme et l'érosion granuleuse est constituée.

L'intervention d'une disposition herpétique dans la chlorose scrofuleuse, comme dans la chlorose herpétique, peut devenir la condition pathogénique du catarrhe, avec des caractères distincts dans chacune d'elles; mais ce serait m'écarter de mon sujet que d'insister davantage sur ces formes de la leucorrhée chez les chlorotiques. Il en est deux cependant dont je veux dire quelques mots. Si la chlorose, quand elle n'est pas portée à ce degré extrême où la fonction ovarienne est annihilée, n'est

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 juillet.

pas un obstacle absolu à la fécondation, elle le devient quelquefois, quand elle est accompagnée d'une certaine forme de leucorrhée qui n'en est pas la conséquence directe, mais qui en est une complication fréquente. Les femmes affirment n'avoir pas de leucorrhés, elles ne constatent aucun écoulement extérieur appréciable; mais si on examine le col, on le trouve fermé par un petit bouchon glutineux, visqueux, grisâtre, opalin, très-tenace, très-difficile à détacher. On n'observe souvent, sur la surface et sur le col, aucune lésion, ou seulement un léger rouge filiforme autour du méat, accusant l'état congestif de la muqueuse intra-cervicale.

Quand la leucorrhée est très-peu abondante, qu'elle se montre exclusivement après les époques menstruelles, elle ne fournit aucune indication spéciale, elle disparaît avec la chlorose. Quand elle constitue un flux catarrhal plus intense et plus persistant, les injections, les applications de glycérolée ou d'autres solutés astringents deviennent des auxiliaires très-utiles du traitement général dans la leucorrhée lymphatique. Dans la forme herpétique, la glycérine, les solutions mercurielles seront injectées avec avantage. La leucorrhée visqueuse, obstruant le col, exige des cautérisations intra-cervicales énergiques. J'ai vu guérir ainsi plusieurs femmes qui, stériles jusque-là, ont pu devenir mères : chez l'une d'elles, le crayon de nitrate d'argent, cassé dans le col, n'est sorti qu'au bout de douze jours, enveloppé de mucosités concrétées. Sa présence avait donné lieu à un petit suintement hemorrhagique, mais après sa sortie, la malade était guérie. On observe, chez certaines chlorotiques, des leucorrhées intermittentes liées à des névralgies utéro-lombaires, et dont M. le docteur Marotte a bien décrit le mode pathogénique. La congestion est consécutive à la névralgie, et chaque crise névralgique est suivie d'un flux leucorrhéique muqueux, quelquefois puriforme. En se répétant, la fluxion congestive peut devenir permanente et produire des lésions dans le tissu utérin. La névralgie n'en est pas moins le phénomène primordial, souvent l'élément dominant de l'état morbide et celui qui fournit la principale indication. Les vésicatoires volants, les injections hypodermiques au niveau des foyers extérieurs de la sensibilité reflexe, les bains prolongés, calmants ou minéralisés par l'arséniate de soude, les eaux hydrothermales de Néris, de Luxeuil, de Plombières, Ems, Wiesbaden, et autres semblables, les topiques émollients et narcotiques, les solutions calmantes portées dans le vagin à l'aide de cataplasmes ou d'éponges, les suppositoires d'opium et de belladone portées dans le rectum, le fer ou l'arsenic administré à l'intérieur, quelquefois combiné comme nous l'avons indiqué plus haut, l'hydrothérapie, seront les moyens divers qu'il faudra adapter aux nuances des individualités morbides, entre lesquelles il faudra tâtonner quelquefois, sans être certain qu'on a mis la main sur celui qui est le plus efficace; car si ces névralgies utérines ne renferment pas en elles-mêmes de danger, si leur guérison et leur terminaison, comme leur durée, est indéterminée, trop souvent elles éprouvent la patience des malades.

Je vous ai indiqué sommairement le traitement curatif de la chlorose; mais quand on songe à l'extrême fréquence de cette affection, à son caractère endémique, à sa transmission par hérédité; quand on voit presque toutes les femmes de nos grandes cités et un trop grand nombre de celles des campagnes en être atteintes à différents degrés, on comprend que les médications pharmaceutiques soient insuffisantes pour un mal aussi profond et aussi général. Aux yeux de l'observateur, la chlorose se présente comme une maladie des races; elle est, pour ainsi dire, l'avant-garde de toutes ces affections cachectiques qui les envahissent et qui les détruisent.

La médecine individuelle doit faire place à une autre médecine qui n'est encore qu'à l'état d'ébauche, mais dont on entrevoit la place dominatrice dans l'avenir. Je veux parler de la médecine sociale, de celle qui, par des institutions hygiéniques bien entendues, combattra les affections radicales de notre espèce. Le principe de l'hygiène sociale existe déjà dans la police sanitaire; il ne s'agit que d'en développer et d'en étendre les applications.

TÉTANOS SPONTANÉ. — GUÉRISON.

(Observation recueillie par le docteur Lombard de Terrasson.)

Il est du devoir de chaque médecin, dit M. Bernard Lavergne, à propos du tétanos, de faire connaître les moyens qui lui ont réussi, ne fût-ce qu'une fois.

Convaincu de la justesse de ces paroles, je viens demander place, dans la *Gazette des Hôpitaux*, pour l'observation suivante de tétanos spontané suivi de guérison.

Le 19 avril de cette année, je fus appelé auprès de madame L. R., malade depuis la veille. Cette jeune femme, âgée de 24 ans, est robuste et jouit d'une bonne santé habituelle.

A mon arrivée (8 heures du soir), elle avait un peu de fièvre et se plaignait d'une sensation de brisement général. Elle s'était livré pendant plusieurs jours à un travail manuel fort pénible dont elle n'avait pas l'habitude, et avait été, pendant tout ce temps, exposée à un vent très-froid et très-violent. La fièvre était très-modérée, la langue blanche; je considérai la maladie comme une courbature et prescrivis des boissons diaphorétiques et le repos au lit.

Le 22, on vint me dire que cette femme était plus malade. Elle se plaignait de douleurs lombaires qui la *faisaient devenir roide* et revenaient, d'après son dire, tous les deux jours. Les névralgies intermittentes étaient alors fort communes. Je prescrivis une potion avec 4 grammes d'acétate d'ammoniaque, 30 centigrammes de sulfate de quinine en deux doses, et en même temps de frictionner les lombes avec baume tranquille.

Ne pouvant la voir le lendemain, je recommandai qu'on me prévint s'il n'y avait pas d'amélioration.

Le 25, je trouve un trismus bien prononcé; pas de fièvre, la douleur lombaire est moindre, en revanche, les muscles du cou sont très-douloureux. — Potion avec acétate d'ammoniaque, 6 grammes; 12 sangsues à la nuque. — Suppression de la quinine.

Le lendemain 26, même état. La femme R. avait eu une convulsion pendant la nuit et s'était mordue la langue. Je conseille de continuer la potion, d'appliquer de nouveau des sangsues et de faire des frictions avec baume tranquille 30 et extrait de belladone 4. Je préviens la famille du danger que court la malade et réclame, avant d'en venir à une médication plus énergique (cautérisation suivant la méthode de M. Bernard Lavergne ou injections de sulfate d'atropine), l'assistance d'un confrère.

Le docteur Buisson, appelé le lendemain, fut d'avis d'employer la médication par l'ammoniaque à haute dose.

La nuit avait été fort mauvaise; le moindre contact, la moindre émotion causaient des douleurs convulsives intenses et arrachaient des cris aigus à la malade. Prescription : 5 gouttes d'ammoniaque dans un quart de verre d'eau sucrée toutes les demi heures.

Le traitement fut continué jusqu'au 30 avril, sans produire d'amélioration; le 29, cependant, la malade se trouva un peu mieux, mais le soir, les crises consulvives revinrent plus fortes et plus fréquentes; il fallut placer un corps étranger entre les dents pour que la langue ne fût pas déchirée. Le torticolis était devenu atroce; il y avait opisthotonos; en même temps la respiration devenait difficile et l'asphyxie imminente.

Nous avons alors injecté sous la peau, avec la seringue de Pravaz, 3 milligrammes de sulfate d'atropine, par deux piqûres faites de chaque côté de la région lombaire. On devait continuer, dans l'intervalle des crises, l'usage de la potion ammoniacale.

Le lendemain, il y avait un peu d'amélioration. La femme R. avait dormi; les douleurs étaient moins vives; elle se plaignait du mal de tête, la pupille était dilatée, il y avait une légère intoxication.

Le mieux se soutint jusqu'au 2 mai. Ce jour-là, nous injectons 4 milligrammes et l'ammoniaque est supprimée.

Le 3, les crises avaient été moins fortes, moins fréquentes; la malade avait dormi la nuit pendant quelques heures; on pouvait la toucher sans provoquer des cris; la respiration était plus libre, le torticolis moindre; le trismus avait beaucoup diminué. Il y avait cependant toujours de l'opisthotonos; de plus, la malade se plaignait d'une douleur vive dans la cuisse droite. Nous avons injecté à la partie postérieure de la cuisse 2 milligrammes d'atropine et même quantité à la région lombaire.

Le 4, mieux soutenu; les crises s'éloignent de plus en plus et sont moins longues. Injection de 4 milligrammes.

Le 6, le trismus a presque complétement disparu; la malade peut être remuée dans son lit sans douleurs trop vives; elle a faim, on lui donne un peu de bouillon. Le soir, la douleur est très-vive dans la cuisse droite. Injection de 5 milligrammes.

Le 8, la femme R. se plaint d'avoir éprouvé un grand malaise après l'injection. La nuit a été bonne, la malade a dormi. La roideur des muscles est presque nulle; il n'y a plus de douleurs.

Le 10, la malade peut se coucher sur le côté et se mouvoir librement dans son lit. Il n'y a plus de crises ni de douleurs.

Quelques jours après, on la transporte chez ses parents, à quelques kilomètres, et aujourd'hui, 15 juin, elle est dans un état aussi satisfaisant que possible.

Cette observation ne comporte pas de bien longues réflexions.

L'ammoniaque à haute dose n'a paru agir ni en bien ni en mal. Ce médicament a contre lui la répugnance qu'il inspire au malade; de plus, il est bien difficile, à la campagne, et chez des gens qui n'en comprennent pas la nécessité absolue, surtout pendant les chaleurs de l'été, d'entretenir une sueur abondante. Enfin, le trismus s'oppose presque toujours à l'ingestion de toute espèce de liquide.

Les injections sous-cutanées sont un moyen plus simple, qu'il est toujours facile d'employer, mais à condition de posséder l'instrument *ad hoc*. Leur action se fait sentir presque immédiatement.

Est-ce à dire que l'emploi de ces injections hypodermiques répondra toujours à l'attente du praticien? Non, sans doute, car je l'ai vu échouer dans un cas analogue à celui que je rapporte. Chaque système de médication, dans le tétanos comme dans toute maladie, doit avoir son indication et sa raison d'être, que l'on trouvera sans doute quand les faits auront été recueillis en nombre suffisant pour être groupés et étudiés sous tous les points de vue.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 21 juillet 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet plusieurs rapports de vaccination.

M. le Ministre de la Guerre transmet le deuxième volume des *Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.*

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

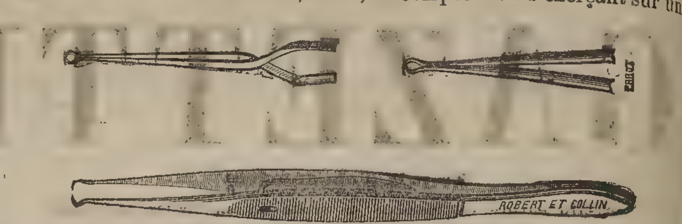
La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Bergeret (d'Arbois) sur la nécessité d'éclairer le public sur les cas vrais et sur les faux cas de rage, et sur les moyens de les distinguer (Commission de la rage);

2° Une lettre de MM. Robert et Colin, relative à une nouvelle pince destinée à fixer le globe oculaire pendant les opérations sur les yeux, fabriquée sur les indications de M. Daviers (d'Angers).

Cet instrument, employé par la plupart des chirurgiens oculistes, présente sur les autres pinces les avantages suivants :

Grâce à la disposition des pointes qui forment les mors de l'instrument, il n'est pas nécessaire d'exercer, comme avec les pinces ordinaires, une compression considérable sur l'œil; il suffit presque de les appliquer à la surface du globe pour qu'en les fermant elles pénètrent à travers la conjonctive et le fascix. Cette dernière condition permet de fixer l'œil solidement et d'éviter les mouvements qui souvent déchirent la muqueuse oculaire; enfin, la compression s'exerçant sur un



point beaucoup plus limité qu'avec les autres pinces, on est moins exposé à produire des ecchymoses.

Cette même disposition des mors peut être appliquée à toutes les pinces, surtout à celles qui servent pour l'avivement dans les fistules vésico-vaginales.

M. Devergie présente, de la part de M. le docteur Lanier, deux brochures intitulées, l'une : *Des placements volontaires dans les asiles d'aliénés*, l'autre : *De l'aliénation mentale et du crétinisme en Suisse.*

M. Chevalier donne lecture de divers rapports sur les eaux de Renaison (Loire); Vals (Ardèche); Ussat (Ariège). Les conclusions de ces rapports sont adoptées.

Note sur la rage.

M. Tardieu, conformément à la proposition adoptée dans la dernière séance, donne lecture d'une instruction rédigée par la Commission de la rage et destinée à éclairer le public sur l'inanité des recettes contre la rage publiées récemment dans divers journaux non scientifiques, et sur l'utilité de recourir, en cas de morsure, à une cautérisation prompte et énergique. Sur la proposition de M. Robinet, l'Académie décide que cette note-circulaire sera adressée à M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce, avec prière de la faire publier dans le *Moniteur*.

Le renvoi de cette note à M. le Ministre nous empêche de la publier dès aujourd'hui.

M. le Président annonce que la Commission de la rage est complété par l'adjonction de MM. Vernois et Broca, en remplacement de MM. Rayer et Trébuchet, décédés.

COMMUNICATION.

M. Robinet propose d'étudier la densité du corps humain et de ses diverses parties au moyen d'un appareil qui en indiquerait le volume par la quantité d'eau déplacée.

En mettant, par exemple, en communication avec une baignoire qui aurait la forme d'un sabot, un tube de verre extérieur gradué, on pourrait apprécier un changement de niveau peu considérable, et en comparant le volume au poids, on saurait si la densité est susceptible de varier dans telle ou telle maladie.

M. Colin fait remarquer qu'un appareil de ce genre existe déjà depuis une quinzaine d'années à l'école d'Alfort, où il sert à mesurer le volume du cœur, de la rate, etc., et même des petits animaux vivants. M. Goubaux a publié des résultats obtenus à l'aide de cet appareil.

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un titulaire dans la section de médecine opératoire.

La section aurait présenté :

En 1re ligne.................. MM. Alphonse Guérin.
En 2e — .... Verneuil.
En 3e — .... Lefort.
En 4e — .... Voillemier.
En 5e — .... Perrin.
En 6e — .... Giraldès.

Au premier tour de scrutin, nombre des votants, 63, majorité absolue, 32.

MM. Alphonse Garnier a obtenu....... 51 suffrages.
Voillemier — .... 6 —
Giraldès — .... 3 —
Verneuil — .... 1 —
Desormaux — .... 1 —

Et on a trouvé un bulletin blanc.

En conséquence, M. Guérin est nommé membre de l'Académie. Son élection sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE.

M. Bouillaud. La discussion actuelle ne porte pas seulement sur la virulence, la contagion, la spécificité du tubercule, mais des disputes ont lieu sur le corps même de la question. Ainsi lorsque M. Colin a présenté un lapin qui avait subi ce qu'on appelle inoculation tuberculeuse, mot malheureux selon moi, M. Barth a nié la nature tuberculeuse des lésions produites.

M. Barth. Pas le moins du monde, j'ai dit qu'il y avait là des granulations des tubercules, mais non pas de la pneumonie.

M. Bouillaud. Je suis heureux que M. Barth n'ait point nié la nature tuberculeuse de ces lésions; alors c'est M. Béhier qui l'a mise en doute. Ce qui manque surtout, c'est, comme l'a dit M. Guérin, le réactif du tubercule. Il faut déterminer ce qui le constitue, et on est loin d'être d'accord à ce sujet. Les découvertes récentes des micrographes sont encore plus discutées que les anciennes notions anatomo-pathologiques. Chez nous, ce ne sont pas des querelles d'Allemands, ou entre Allemands; ce sont de bons Français et des savants distingués qui ne peuvent pas s'entendre à ce sujet.

Je vais examiner aujourd'hui quel est l'état de nos connaissances sur la tuberculose. Des grandes écoles ont envisagé cette question d'une manière très-différentes : 1° Celle de Broussais; 2° celle de Bayle, Laennec, M. Louis, etc.

Broussais considérait le tubercule comme un produit inflammatoire. D'autres avaient émis cette idée avant lui, mais c'est lui qui l'a développée de la manière la plus remarquable dans son ouvrage sur les phlegmasies chroniques. Pourtant c'est lui qui le premier a rétabli l'unité de la phthisie. Chez les phthisiques qu'il a examinés : « qu'ai-je trouvé? dit-il, des tubercules, toujours des tubercules. »

Ainsi il avait reconnu l'importance du tubercule tout en en faisant un produit inflammatoire. Du reste, il regardait l'inflammation qui pro-

duisait le tubercule comme étant d'un genre spécial et ayant un siége spécial. Il a décrit la pneumonie franche et n'a pas songé à la confondre avec la pneumonie tuberculeuse. La première il l'a rapportait à l'inflammation des vaisseaux rouges; la seconde à celle des vaisseaux blancs. Par cette dernière expression, il faut surtout entendre les vaisseaux lymphatiques. A cette époque on distinguait des vaisseaux absorbants, excrétants, etc., mais il sort des textes que Broussais avait en vue dans ce passage les lymphatiques.

Après Broussais, je citerai, comme ayant cru à l'origine inflammatoire des tubercules, un homme dont le silence forcé peut être en ce moment considéré comme une calamité publique, M. Andral.

M. Andral, dans la première édition de « sa clinique médicale », parle d'un « travail inflammatoire, dont le résultat sera la formation de la matière tuberculeuse. » Dans une édition postérieure, il admet bien que la matière tuberculeuse peut se former sans hyperhémie; mais il ajoute que cette matière peut avoir une double origine : dans un certain nombre de cas, ces tubercules sont un produit de secrétion, et dans un certain nombre de cas sont les granulations décrites par Bayle.

Ils ressemblent, dit M. Andral, à des ganglions lymphatiques très-développés, et il peut y avoir des ganglions dans un organe riche en lymphatiques, comme est le poumon. Enfin le professeur ajoute que les granulations, d'abord molles durcissent ensuite, ce qui est le contraire de ce que prétendaient Bayle et Laennec.

Du reste, l'opinion que je viens de citer n'est pas celle à laquelle s'arrête M. Andral; il dit, au contraire, que les tubercules sont des vésicules pulmonaires enflammées.

Pour moi, j'ai cru, dès le début, à l'origine inflammatoire des tubercules, et j'ai pensé qu'on en devait placer le siége dans les vaisseaux et dans les ganglions lymphatiques du poumon. Voici un des grands arguments qu'on peut invoquer en faveur de cette hypothèse. Le tubercule peut se former partout, et il est le même dans tous les organes; comment des tissus formateurs, si différents les uns des autres, pourraient-ils toujours donner naissance au même produit? Il faut que le tubercule dépende d'un système répandu dans tout l'organisme, et le système lymphatique remplit cette condition.

Je fais bon marché de cette hypothèse, et j'affirme que jamais personne n'a pu être plus impartial que je ne l'ai été dans l'examen et la discussion des diverses théories qui ont été présentées sur cette question.

Mais après avoir vu plus de trois mille phthisiques, je n'ai pas renoncé à cette manière de voir, n'ayant pas trouvé de théorie qui me satisfasse davantage.

Personne n'est plus sympathique que moi pour Laënnec et M. Louis; mais les faits ne m'ont pas permis de me rendre à leur opinion.

C'est leur école qui a triomphé pendant longtemps; Bayle ne s'était pas préoccupé de l'origine des tubercules; il les regardait comme probablement de nature scrofuleuse, ce qui se rapproche de notre hypothèse, car les scrofuleux sont lymphatiques.

Quant à Laënnec, c'est un grand adversaire non-seulement de l'école physiologique, mais de son chef; il y avait lutte entre lui et Broussais, et il a cité comme une monstruosité une thèse dont l'auteur avait prétendu faire du tubercule par irritation; « ce qui n'était pas extraordinaire pour un élève de Broussais, qui ne voyait pas de différence entre le pus et le tubercule. »

L'opinion de Laënnec dominait lorsque les Allemands ont repris celle de Broussais comme leur appartenant par droit d'annexion. En vérité, si on n'y prend garde, ils finiront par dire qu'ils ont gagné la bataille d'Iéna.

Cette hypothèse de l'origine inflammatoire des tubercules, remise à la mode par les Allemands, a gagné beaucoup chez nous-mêmes, surtout depuis le dernier rapport de M. Colin. M. Colin s'appuie sur les Allemands, sur Wirchow, Niemeyer (ce dernier est allé vraiment bien loin lorsqu'il prétend pouvoir mettre obstacle à l'évolution du tubercule en combattant l'inflammation qui la précède. Le tubercule est, le plus souvent, fatal, parce qu'il est produit par une cause constitutionnelle, une diathèse).

Laënnec serait bien surpris s'il entendait M. Colin attribuer une origine inflammatoire au tubercule.

Il se pourrait que cette opinion redevienne victorieuse; je ne m'en ferais pas gloire; car un déplacement de majorité ne suffit pas : il faut le consentement universel pour établir le triomphe d'une doctrine.

Nous parlerons, dans la séance prochaine, de la confusion du tubercule avec une certaine espèce de pus. Aujourd'hui, disons deux mots des insertions de matières tuberculeuses.

On peut affirmer qu'il y a, à cet égard, quelque chose d'acquis à la science. Il est impossible de nier qu'après ces inoculations, il se produit des lésions qui, si elles ne sont pas de vrais tubercules, y ressemblent tellement, qu'on ne saurait les en distinguer. Mais tandis que les uns y voient de la matière tuberculeuse, les autres s'y refusent; et la chose se complique encore par les expériences de M. Colin.

Il dit que la matière tuberculeuse arrive au poumon accompagnée d'autres matières, au moins de quatre matières; et il décrit son voyage comme s'il avait été son compagnon de route. Au foyer de l'inoculation elle fait naître de nouvelle matière, puis dans les lymphatiques, dans les vaisseaux, dans les poumons, elle en fait encore naître d'autres.

C'est une physiologie bien difficile; il faudrait un fil d'Ariane pour se retrouver dans ce labyrinte, et pourtant M. Colin prétend ainsi éclairer la question de la plus vive lumière.

Je ne trouve pas plus obscure la théorie de M. Chauffard sur la fécondation des tissus par les tissus.

En définitive, il nous reste beaucoup à faire; mais la doctrine de l'inflammation est encore la seule que puisse supporter la discussion. Pour prouver qu'elle est inexacte, que l'inflammation ne peut pas, en occupant un siége spécial, donner naissance aux tubercules, il faudrait avoir étudié l'inflammation à tous ses degrés et partout où elle peut surgir.

COMMUNICATION.

Sur la partie active du liquide vaccinal.

M. Colin. Y a-t-il dans le fluide vaccinal des corpuscules spéciaux doués exclusivement de propriétés virulentes?

Je tiens, Messieurs, à discuter devant vous cette importante question qui a été, il y a peu de temps, posée et résolue ailleurs. Quoique la solution qui en a été donnée semble avoir été acceptée, même sans réserve, par le comité des sociétés savantes et par l'Institut, j'ai osé la reprendre et la contrôler par la voie expérimentale. Dès aujourd'hui je me crois en mesure de démontrer que la solution proposée est inacceptable. Il résulte des recherches que j'ai faites sur huit chevaux et quatre taureaux dans le courant de mai et juin derniers :

1° Que la méthode employée pour résoudre la question est défectueuse.

2° Qu'on s'est trompé sur les resultats qu'elle a donnés.

3° Que les déductions tirées de ceux-ci ne s'appliquent ni au vaccin, ni aux autres liquides virulents.

Je vous demande seulement quelques minutes pour développer mes propositions qu'on appellera peut-être encore des attaques, mais qui, à mes yeux, sont un simple hommage à la vérité. Tant qu'on n'aura pas promulgué le dogme de l'infaillibilité des corps savants, il sera permis, je pense, d'examiner et d'apprécier leurs jugements, au moins à ceux qui ont l'honneur d'appartenir à quelqu'un d'entre eux et qui viennent soumettre à des collègues compétents le résultat de consciencieuses études.

Je dis d'abord, Messieurs, que la méthode employée pour séparer les éléments du fluide vaccinal est défectueuse. Elle l'est à un double titre, et parce qu'elle ne réussit pas à isoler assez complétement ces éléments, et parce qu'elle les altère au point de faire perdre à plusieurs d'entre eux leurs propriétés virulentes.

M. Chauveau, qui s'en est servi le premier, a procédé de la manière suivante : Il a versé au fond d'une très-petite éprouvette une certaine quantité de vaccin, puis, au-dessus du vaccin, une couche de 4 à 5 millimètres d'eau. Au bout de quarante-huit heures la diffusion ayant, suivant lui, amené le plasma dans la couche d'eau et laissé les corpuscules au fond du vase, il a retiré, à l'aide d'une pipette, d'une part, la couche aqueuse supérieure et, d'autre part, le dépôt inférieur à corpuscules. La première inoculée seule n'a rien produit; le second a provoqué, comme le vaccin normal, le développement des pustules.

Dans les expériences que j'ai faites pour juger de la valeur de ce procédé, il m'a été très-difficile d'obtenir des quantités un peu considérables de vaccin, bien que j'aie opéré sur le cheval et le taureau. Il m'a donc fallu prendre de très-petits tubes pouvant contenir de une goutte à 1 ou 2 centimètres cubes. En manipulant avec les plus minutieuses précautions j'ai vu :

D'une part, que la diffusion du plasma dans l'eau qui surnage, se fait d'une manière incomplète, insuffisante;

Et, d'autre part, que les éléments amenés par la diffusion de la couche de vaccin dans la couche d'eau, y subissent une altération plus ou moins marquée, capable de détruire ou affaiblir considérablement les propriétés virulentes.

En effet, la diffusion est si incomplète que, si, après le temps jugé nécessaire à son accomplissement, on retire séparément la couche supérieure et la couche inférieure à l'aide d'une pipette ou d'une série de tubes capillaires, on trouve fort peu d'albumine dans la première, alors que la seconde en demeure très-chargée, ce dont il est facile de s'assurer par la chaleur ou par l'acide azotique.

De plus, les globules sanguins, les leucocytes, les globules lymphatiques de toute sorte amenés dans la couche d'eau s'y sont profondément altérés, crispés, gonflés; leur contenu s'est échappé en certaine proportion. Au contraire, les mêmes globules dans la couche inférieure sont sensiblement intacts, étant demeurés à peu près soustraits à l'action de l'eau versée sur le vaccin. Aussi les deux couches isolées agissent-elles différemment : l'inoculation de l'une produit des pustules, celle de l'autre est stérile.

Ce double résultat était facile à prévoir, d'après ce que l'on sait sur le phénomène de la diffusion tant dans l'économie que dans les vases inertes. Les sueurs, les liquides albumineux se mêlent bien à l'eau sous l'influence de l'agitation; mais ils n'ont qu'une faible tendance à s'y associer par diffusion. Le sérum vaccinal, plus dense que l'eau, comme le sont tous les serums et même tous les liquides de l'organisme, tend à demeurer au-dessous de celle-ci, dans les tubes qui servent aux expériences. Sa viscosité légère, sa nature albuminoïde, atténuent sa diffusibilité, ainsi que l'ont démontré les recherches d'un savant chimiste anglais, Graham, l'albumine est, de toutes les substances connues, celle dont le pouvoir diffusible est le plus faible; elle n'a d'équivalent, sous ce rapport, que la gomme.

Ceci, messieurs, n'est point une opération physiologique compliquée et d'une constatation difficile; c'est une simple expérience de physique, que tout le monde peut répéter. Je vais mettre dans ces tubes étroits du serum du sang pour remplacer les grandes quantités de vaccin qui me font défaut, car le serum se comporte comme le liquide vaccinal. Je verse doucement de l'eau, soit pure, soit colorée par la murexine ou le bleu d'anilline. Le serum et l'eau ne se mêlent pas, comme vous le voyez.

Ils seront encore distincts dans quelques heures ou même dans quelques jours. Si alors nous aspirons une partie de l'eau avec une pipette, nous n'y trouverons que des traces d'albumine.

On conçoit donc que si dans les expériences, régulièrement faites, on retire la couche liquide supérieure pour l'inoculer, l'inoculation soit sans résultat, puisqu'on ne prend ainsi que de l'eau, si non pure, du moins très-peu chargée de plasma vaccinal. La dilution de vaccin au delà de certaines limites affaiblit et annule son action.

Les vaccinateurs le savent bien; aussi recommandent-ils de n'employer qu'une goutte d'eau pour délayer la quantité de vaccin nécessaire à un enfant. Chez un cheval, je n'ai pas obtenu de pustules par une dilution trop étendue.

Dans le procédé de séparation dont je parle, outre la dilution, il se fait une altération des petites quantités de vaccin qui se délayent insensiblement dans la masse d'eau. Pendant les quarante-huit heures que dure le contact, l'altération peut s'effectuer. « L'eau, dit M. Milne Edwards, agit chimiquement sur les matières albuminoïdes, et les mouvements osmotiques sont souvent accompagnés d'altérations profondes dans le mode de constitution de ces corps dues à la séparation du chlorure de sodium ou d'autres substances minérales qui y sont combinées; quelquefois l'albumine serait alors tellement modifiée qu'elle perdrait la faculté de se coaguler par la chaleur et les acides.

On sait au surplus que l'eau, par son contact plus ou moins prolongé avec la généralité des agents virulents, les dépouille de leurs propriétés. C'est là un fait incontestable que j'ai récemment vérifié en ce qui concerne le sang dans les maladies charbonneuses.

Le procédé qu'on a imaginé pour séparer les éléments du vaccin est donc un procédé vicieux.

J'ai dit, en outre, qu'on s'est fait illusion sur les résultats que fournit ce procédé de diffusion. On a prétendu que cette méthode sépare le vaccin en deux parties, le plasma et les corpuscules solides : le plasma, qui se répand dans la couche d'eau supérieure; les corpuscules, qui demeurent au fond des tubes ou de l'éprouvette. Eh bien! j'affirme, après examen approfondi, que la séparation ne s'opère pas à beaucoup près d'une façon aussi tranchée. Une très-faible portion du plasma se répand, à la longue, dans la couche d'eau; mais la majeure partie reste au fond avec les globules.

En y regardant de plus près, on n'arrive même pas à la certitude que le peu de vaccin mêlé à l'eau par la diffusion est du plasma régulièrement constitué. Il a bien des traces d'albumine, mais l'albumine n'est pas tout le plasma, dans le vaccin ainsi que dans les liquides analogues. A ce principe s'en joignent d'autres qui jouissent d'un pouvoir diffusible spécial.

Il en résulte que l'eau ajoutée ne reçoit même pas intacte une petite quantité de plasma; c'est un plasma nouveau, constitué dans des proportions nouvelles, et dans lequel sont entraînés mécaniquement divers globules et granules que l'on trouve particulièrement dans la zone aqueuse la plus rapprochée du vaccin.

La séparation du plasma d'avec les corpuscules est donc fictive.

Il est clair que les expériences faites avec les liquides traités par diffusion ne sauraient avoir la signification qu'on leur attribue. Car, je le répète, en inoculant la couche supérieure, on inocule seulement quelques éléments plamatiques altérés, et en inoculant la couche inférieure on emploie, sans s'en douter, le vaccin à peu près intact avec ses deux parties réunies, plasma et globules, ou corpuscules. Le mélange des deux parties est bien virulent, mais rien ne prouve que la virulence soit attacher à l'une d'elle exclusivement.

En cet état de cause, il était inutile de développer ma troisième proposition et de montrer que la diffusion est une méthode de séparation encore moins applicable au virus de la morve qu'au liquide vaccinal. Dans la morve, tout est virulent, sang, lymphe, pus, mucus nasal, etc. Pour chaque élément constitutif de ces liquides, les difficultés seraient très-grandes, d'autant plus qu'ils s'altèrent très-vite et perdent leurs propriétés virulentes, quand ils sont mis en contact avec l'eau.

Je conclus :

1° Que la méthode de diffusion employée pour séparer les éléments des liquides virulents est défectueuse.

2° Que cette méthode ne donne pas les résultats annoncés.

3° Que la distinction établie entre le plasma et les corpuscules solides sous le rapport de leurs propriétés contagifères n'est nullement démontrée.

4° Qu'enfin rien ne prouve que la virulence soit attachée exclusivement aux corpuscules solides du vaccin, du pus varioliques ou des divers liquides de la morve.

La séance est levée à cinq heures et quart.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 8 juillet 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATION.

Luxation de la hanche.

M. Tillaux. Si je prends encore aujourd'hui la parole sur les luxations coxo-fémorales, c'est qu'à l'appui des considérations théoriques que j'ai développées devant vous, je puis invoquer le témoignage d'une pièce pathologique que j'ai eu la bonne fortune de rencontrer. Un vieillard de 64 ans vint mourir il y a quinze jours dans le service de mon collègue et ami M. le docteur Laboulbène, dans la salle Saint-Louis à l'hôpital Saint-Antoine. Il fut transporté à l'amphithéâtre des hôpitaux où l'un des prosecteurs, M. le docteur Nicaise, constata la lésion que j'ai l'honneur de vous présenter.

C'est bien là une luxation iliaque; les empreintes qu'a laissés sur l'os la tête du fémur ne permettent point de doute à cet égard. Eh bien, je vous prie de constater que toute la capsule a été déchirée sauf la partie antérieure, c'est-à-dire le faisceau qui part de l'épine iliaque antérieure et inférieure, connu sous le nom de ligament de Bertin. C'est donc une confirmation de la théorie que je vous ai exposée, à savoir que *la condition anatomique de la luxation iliaque était l'intégrité du faisceau antérieur de la capsule.* Ce faisceau extrêmement résistant permet à la tête du fémur de se porter librement en haut dans la fosse iliaque, mais, vu la brièveté de ce faisceau, il est matériellement impossible que la tête puisse se porter directement en arrière sur l'ischion.

Cette pièce est intéressante à un autre point de vue :

1° La tête du fémur est presque détruite; elle possède à peine le tiers de son volume normal, elle est érodée et irrégulière.

2° La fosse iliaque externe présente une dépression considérable, régulière, rappelant la forme d'une tête du fémur normal. A cette dépression correspond sur la face interne une saillie identique. L'os iliaque à ce niveau est très-aminci.

3° La nouvelle cavité est cloisonnée de toutes parts par des brides fibreuses; mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la présence d'une multitude de petites tumeurs arrondies, olivaires, de volume variable, les unes grosses comme une tête d'épingle, les autres comme un baricot, la plupart pédiculées, développées à la surface de la nouvelle synoviale.

4° La plupart des muscles qui entourent l'articulation sont passés à l'état graisseux.

5° La tête du fémur est sortie entre le pyramidal et l'obturateur interne.

6° Les deux humérus présentent une lésion analogue à celle du femur, c'est-à-dire que la tête est irrégulière, diminuée de volume; que le cartilage est détruit par places, et la surface osseuse éburnée dans le même point.

En examinant cette pièce sur le cadavre, et sans renseignements, j'ai d'abord beaucoup hésité à porter un diagnostic. Était-ce une luxation pathologique datant de l'enfance et consécutive à une coxalgie?

Était-ce une luxation traumatique ancienne avec arthrite consécutive?

Les renseignements qu'avait obtenus du malade pendant sa vie M. Quinquand, interne de M. Laboulbène, me paraissent de nature à éclairer vivement la question.

Ce malade a déclaré qu'il y a huit ans, il était tombé d'une échelle et avait été transporté à l'hôpital où il avait séjourné deux mois. Il n'avait jamais, a-t-il dit, boité jusqu'alors, et c'est seulement depuis cet accident qu'il avait conservé une claudication très-marquée. Je dois dire que les registres de la Pitié où le malade a dit avoir été soigné, ne portent pas mention de son nom vers cette époque; mais on peut admettre aisément qu'il se soit trompé d'hôpital.

De plus, au pourtour de l'articulation de la hanche, la peau n'a conservée aucune trace d'abcès ou de trajets fistuleux anciens.

Je conclus donc de ce qui précède :

La pièce que je vous présente est une luxation traumatique ancienne. Elle est iliaque et s'accompagne de la conservation du faisceau antérieur de la capsule. Elle présente en plus les lésions propres à l'arthrite sèche, survenues consécutivement à la luxation.

M. DESPRÉS. Je crois qu'il s'agit là d'une luxation congénitale. Je donnerai mes raisons dans la prochaine séance, empêché que je suis de prendre la parole aujourd'hui par mon état de souffrance.

M. BROCA. M. Tillaux a accepté bien facilement les renseignements qui lui ont été donnés. En réalité ce malade n'est pas entré à la Pitié.

Je n'irai pas jusqu'où va M. Després, car il me serait impossible d'affirmer qu'il s'agit là d'une luxation congénitale. Mais assurément le développement du fémur n'est pas celui que l'on observerait s'il s'agissait d'une luxation arrivée il y a huit ans seulement chez ce vieillard mort à 64 ans.

J'appelle en outre l'attention sur la saillie que forme à l'intérieur du bassin la fosse iliaque interne. D'une manière générale, ce sont les luxations congénitales ou les luxations spontanées survenues de très-bonne heure qui donnent naissance à cette déformation. On ne la trouve pas habituellement à la suite des luxations de l'adulte.

Je suis disposé à conclure tout au moins à la contemporanéité de cette luxation avec la jeunesse de cet individu, sinon à la congénialité.

M. LEFORT. Je me range complétement à l'avis de M. Broca.

M. TILLAUX. Je crois devoir maintenir ma conclusion de luxation traumatique. Je ne crois pas à une luxation produite pendant la jeunesse, parce que la dépression de l'os iliaque est trop grande pour avoir correspondu primitivement à une tête de fémur aussi petite que celle que nous avons actuellement sous les yeux. Je crois que la lésion que nous observons sur la tête du fémur a été consécutive à la luxation... Les renseignements ont été suffisamment exacts. Cet homme a déclaré d'une façon très-positive qu'il était parfaitement bien portant il y a huit ans.

COMMUNICATION

Sur les corps fibreux utérins qui compliquent la grossesse et l'accouchement.

M. GUÉNIOT. (*Ce travail sera publié prochainement.*)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur sarcomateuse enkystée, développée au niveau de la commissure du premier et du deuxième orteil.

M. MARJOLIN. La tumeur que j'ai l'honneur de soumettre à votre examen a été enlevée il y a quelques jours chez un malade d'une cinquantaine d'années. Il y avait cinq à six ans que, sans cause connue, sans avoir reçu de contusion sur le pied et sans avoir été blessé par une chaussure, il avait vu survenir au niveau de la commissure du premier et du deuxième orteil une petite tumeur molle, indolente, sans changement de couleur à la peau, sans développement insolite des veines. Aucun changement appréciable n'avait eu lieu au début; mais, depuis deux ans, le volume de la tumeur avait notablement augmenté; elle avait la grosseur de la moitié d'une noix, s'étendait en arrière entre les deux premiers métatarsiens, sans plonger dans leur intervalle, et était devenue très-douloureuse dans la marche. Le malade pouvait encore porter des chaussures, mais il en souffrait.

La peau, dans ces derniers temps, était devenue rouge, un peu adhérente. Bien que l'examen de la tumeur fût très-douloureux au toucher, je dus, avant de prendre un parti, examiner si elle était mobile ou adhérente aux tissus voisins, et chercher à déterminer sa nature. S'agissait-il d'un kyste, d'un lipôme ou d'une tumeur sarcomateuse? Telle était la question. Après avoir constaté sa mobilité, l'absence de toute fluctuation, je pensai qu'en présence des douleurs ressenties par ce malade, nous devions avoir affaire à une tumeur sarcomateuse, et j'inclinai d'autant plus vers cette opinion que je me rappelai un cas presque semblable que j'avais vu dans le service de Blandin et de mon père à l'hôpital Beaujon. En conséquence, j'engageai le malade à se faire opérer le plus tôt possible. Je pratiquai l'extraction de la tumeur assisté de M. Chaume, interne de mon service. Après avoir, par l'anesthésie éthérée locale, diminué la sensibilité de la peau, je fis une incision elliptique, et la tumeur put être très-facilement énucléée. Elle ressemblait assez, comme vous le voyez, à une prostate; sa couleur était d'un rouge violet; la membrane d'enveloppe était assez résistante. L'opération fut aussi simple que possible. En examinant à l'œil nu sa coupe, elle présentait tout à fait l'aspect des tumeurs fongueuses sarcomateuses, ce qui est toujours à considérer au point de vue du pronostic.

L'examen de la pièce a été fait depuis par M. le docteur Cornil, et voici ce qu'il m'a écrit à ce sujet :

« La petite tumeur que vous nous avez envoyée présente par le raclage des petits éléments fibro-plastiques et de grosses cellules-mères à prolongements irréguliers, semblables aux éléments décrits par M. Robin sous le nom de myéloplaxes. Sur une coupe on trouve d'énormes noyaux à parois très-minces, remplis de sang, et un tissu composé des éléments précédents dans une substance fondamentale et fibrillaire.

En résumé, c'est un sacrôme ; comme gravité il faut craindre une récidive sur place et se regarder comme très-heureux si l'affection ne repullule pas.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour com[illegible] le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La cellule en histologie.

Nous avons dit que M. Virchow avait basé toute sa physiologie et sa pathologie sur la cellule.

Cette cellule n'est pas un corps qui ait une forme déterminée, toujours la même.

Elle peut être ronde, polygonale, aplatie, étoilée.

Elle peut avoir des prolongements, qui se lient aux prolongements d'autres cellules, et constituent des canalicules à travers lesquels les liquides peuvent passer de l'une à l'autre.

Enfin elle peut se souder à ses voisines pour former une seule cavité ou un seul tube; et bien qu'elle disparaisse alors en tant que cellule proprement dite, elle n'en vit pas moins *par son noyau*.

Le noyau maintient l'existence de la cellule, tel est son rôle.

A la membrane d'enveloppe, le fonctionnement proprement dit, les propriétés de contraction, de sensation, de sécrétion.

Le noyau est conservateur; il n'a pas d'autre initiative que de multiplier au besoin les cellules.

Par sa composition chimique, comme par son but, il est différent de la membrane enveloppante.

Il peut lui-même contenir un nuléole; mais celui-ci ne semble pas avoir d'usage bien déterminé.

— Telles sont donc les deux parties fondamentales de la cellule complète : une membrane d'enveloppe et un noyau.

Mais la membrane peut exister sans le noyau; alors sa durée n'est jamais longue;

Et le noyau peut se rencontrer sans la membrane; alors il travaille à en faire naître une.

Ce n'est pas tout : chaque cellule a son territoire qu'elle anime, et ce territoire peut être vaste.

C'est ici qu'on a besoin d'une grande attention pour bien comprendre.

Nous avons vu que toutes les fonctions, moins le maintien de sa propre vie, sont dévolues dans la cellule à la membrane enveloppante.

Elle sécrète son contenu, liquide ou solide.

Elle peut sécréter aussi son *contenant*, liquide ou solide; et si ce contenant est solide, il constitue ce qu'on a nommé « le territoire cellulaire ».

Prenons un exemple.

Dans le tissu dit « conjonctif », on rencontre de rares noyaux, indiquant de rares cellules; la masse est surtout constituée par une substance homogène, fibreuse ou non.

Cette substance est extra-cellulaire; elle est sécrétée, entretenue par les membranes des cellules, qui peuvent cesser d'être apparentes étant ainsi enveloppées.

Et comme les cellules sont rares, chacune fait sentir son influence sur un assez large rayon.

— Qu'une irritation pathologique se manifeste, ce n'est pas la substance amorphe qui prolifère, ce sont les cellules.

Leurs noyaux, entrant en action plus vivement qu'à l'ordinaire, se multiplient.

Ils grossissent; puis se divisent; et chacune de leurs divisions peut faire vivre une cellule, qui trouve sa place aux dépens de la substance intermédiaire, soit mécaniquement pressée, soit absorbée vitalement.

Si cette multiplication se fait très-vite, ces cellules ont à peine le temps de prendre forme, et encore moins de sécréter des produits solides, qui les séparent.

Elles sont petites, se touchent presque, et ressemblent à s'y méprendre aux cellules qui dans l'embryon ont précédé les tissus distincts.

Ces cellules de formation se trouvent souvent à l'origine de certaines néoplasies.

Elles n'ont absolument rien de caractéristique en elles-mêmes; pas plus que les cellules de l'embryon, qui se ressemblent dans tous les organes.

C'est pourquoi l'on dit que la nouvelle production est dans « un stade d'indifférence »; qu'elle est constituée par un « tissu de granulations » ou autrement par du tissu *embryonnaire*.

— Ainsi lorsque l'irritation porte d'abord sur les noyaux, ceux-ci agissent de leur mieux; et comme leurs foctions se bornent à maintenir et à donner la vie, ils divisent et sudivisent les cellules préexistantes, dont toutes les fonctions spécifiques sont interrompues.

Un peu plus tard, quand cette première excitation produite par la cause irritante s'est apaisée, quand l'œuvre de prolifération semble moins urgente, les cellules se développent, et leurs membranes ayant le temps d'agir, constituent un tissu bien caractérisé. C'est « le stade de floraison ».

— La néoplasie peut ne pas passer par le stade d'indifférence, si, dès le début, l'excitation n'est pas trop vive, ou ne porte pas principalement sur les noyaux.

Alors chaque cellule est modifiée par l'irritation spécifique, dans sa nature et dans ses produits.

L'action qu'elle exerce sur son territoire n'étant plus la même, elle le transforme progressivement et posément pour ainsi dire.

Telles sont les premières données de M. Virchow sur la cellule, et leurs premières applications aux études pathologiques.

Ménorrhagie et ovulation.

Aujourd'hui tout le monde s'accorde pour rattacher la menstruation à l'ovulation.

La déhiscence d'un ovule s'accompagne d'une congestion des organes génitaux internes, d'où résulte à la fois l'érection de la trompe, l'application du pavillon sur l'ovaire, et du côté de l'utérus une hémorrhagie plus ou moins forte.

Ces principes viennent encore d'être développés avec toutes leurs conséquences dans un nouvel ouvrage de M. le docteur Raciborski (1), qui a puissamment contribué à les faire entrer dans la science.

L'ovulation étant, dit-il, la seule cause de l'écoulement menstruel, en l'absence d'ovaires la menstruation ne peut avoir lieu.

En effet, la plupart du temps, les choses se sont passées ainsi; mais ce n'est pas règle absolue, sans exception possible, comme M. le docteur Raciborski le suppose.

Il est fait mention de deux cas de menstruation sans ovaires, dans l'avant-dernier numéro des « Archives de physiologie », publiées par MM. Brown Sequart, Charcot et Vulpian.

(1) *Traité de la menstruation*, ses rapports avec l'ovulation, etc., par A. Raciborski, ancien chef de clinique et lauréat de la Faculté de médecine, lauréat de l'Institut. 1 vol. in-8°. Prix : 12 francs. 1868. Paris, J.-B. Baillière et fils.

FEUILLETON

Traité de l'érysipèle épidémique.

Par le Dr J. DAUDÉ (de Marvejols).

(Ouvrage récompensé par l'Académie de médecine (1).

Les médecins qui n'ont jamais poursuivi de travail scientifique ailleurs que dans les grands centres, où les écoles, les bibliothèques et les hôpitaux offrent au travailleur de si riches mines de faits, de si nombreuses occasions de contrôle, ne comprendront jamais dans son entier le mérite de ce livre-ci. Ce n'est point que l'exercice de la médecine rurale, fatigante pour le corps, risque jamais d'étouffer les germes de l'intelligence scientifique; je serais, au contraire, tenté de dire qu'elle donne à ceux-ci de sérieuses garanties de développement. Si les efforts individuels n'étaient condamnés par la nature même des choses à rester presque généralement stériles, ils ne deviennent vraiment fructueux, sérieusement utiles, qu'à la condition de se rattacher par l'étude à la chaîne interrompue des traditions, à se vivifier en un mot dans la connaissance des anciens et la pratique des contemporains. Ici, pour le praticien des petites villes, se dresse l'obstacle qu'il ne surmontera qu'au prix de constants et de tenaces efforts. Heureux s'il trouve au bout un encouragement venu de haut, tel que celui que l'Académie de médecine a jugé convenable d'accorder au *Traité de l'érysipèle épidémique* de M. le docteur J. Daudé, œuvre consciencieuse, dit dans son rapport M. le baron Larrey, « digne aussi bien du sujet proposé par l'Académie que de sa haute approbation ».

Des suffrages non moins flatteurs ont été, depuis la publication du Mémoire, transmis à l'auteur par des médecins distingués et des professeurs de Faculté. Aussi puis-je, avec l'appui de plus d'un maître, recommander le livre aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, me contentant de leur en donner un aperçu dans une analyse sommaire plutôt de doctrine que de détails. M. Daudé touche, en effet, dans le cours de son travail à plus d'un point des questions importantes que nous regardions naguère avec un certain dédain, mais qui jouissent, dans notre époque plutôt inquiète que sceptique, du privilége d'attirer l'attention, de provoquer la discussion et même de la passionner.

(1) Paris, Adrien Delahaye, 1867.

Et d'abord, existe-t-il réellement un érysipèle épidémique?... Si l'on ne consultait que les praticiens, la réponse serait unanime et affirmative. Quelques médecins peut-être, encore ou trop exclusivement théoriciens, essayent de le nier parce que l'admission du génie épidémique déterminant l'affection locale, dérange certaines idées doctrinales et préconçues; mais leurs protestations isolées sont perdues et comme étouffées dans le concert des vrais praticiens, depuis Hippocrate jusqu'au regretté Trousseau.

Qui dit épidémie est bien près de parler de contagion aussi. Ce point est-il traité avec les développements nécessaires? M. Daudé se prononce pour la réalité de la contagion, comprenant toutefois celle-ci comme M. le professeur Anglada, qui déclare que « la contagion n'est pas une condition essentielle de la nature du plus grand nombre des maladies, mais qu'elle leur est surajoutée comme une sorte de complication. » Je crois, quant à moi, que les dernières résistances à ces idées d'épidémicité, d'infection et de contagion céderont dans un avenir peut-être prochain lorsque les recherches entreprises aujourd'hui sous l'impulsion des Robin et des Pasteur auront produit quelques fruits, lorsque enfin nous pourrons avoir quelques idées précises sur la nature des miasmes, des émanations et des ferments morbigènes.

Ce ferment morbigène, quel qu'il soit, peut être le résultat d'élaborations internes, anormales ou déviées, ou bien être fourni par le milieu dans lequel se trouve le sujet.

Dans tous les cas, l'érysipèle épidémique, lorsque le germe a levé, si je puis parler ainsi, est dès l'abord une maladie générale; l'économie tout entière est déjà menacée, la réaction vitale s'établit en face de cet hôte dangereux avant que la lésion locale soit déterminée. Celle-ci sera fatale, inflexible dans sa rigueur, insurmontable dans sa marche. Aussi, ce qui paraît à certains observateurs superficiels, l'essence même du mal, peut être à peu près complétement négligé.

La lymphangite capillaire n'a nul besoin d'être traitée, n'étant elle-même qu'un effet et nullement une cause. Lorsque cet isolement paraît pouvoir être permis, on n'a réellement affaire qu'à quelque lésion bornée de la classe des érysipéloïdes, dont la caractéristique est tout autre, et se présente comme offrant les gages d'une complète innocuité.

Les rapports de l'érysipèle épidémique avec la pourriture d'hôpital, la diphtérite, et enfin la maladie dite fièvre puerpérale, sont étudiés par M. Daudé dans une suite de chapitres que je ne fais qu'indiquer parce qu'il faudrait un long article pour donner une idée suffisante des idées que l'auteur y développe. Je signalerai surtout le dernier à l'attention des lecteurs.

Ce rapprochement peut en effet soulever plus d'une réclamation, même après la discussion célèbre de 1858 où la tribune de l'Académie retentit des déclarations formelles de MM. Beau, Velpeau, Dubois, Trousseau. Mais il porte, je crois, dans ses flancs, de sérieuses garanties de vitalité, surtout aujourd'hui, alors que la possibilité de l'érysipèle des muqueuses n'est guère contestée par personne.

Que je signale aussi quelques pages où l'érysipèle est étudié dans ses rapports avec la réunion immédiate, procédé dont les avantages sont constatés et reconnus depuis longtemps par les chirurgiens de l'école anglaise et de celle de Montpellier.

C'est peut-être ici l'occasion de signaler les différences radicales qui séparent les doctrines de M. le docteur Daudé de celles de M. le docteur Desprès, auteur d'un traité récent de l'érysipèle, et membre distingué de la jeune école de Paris. Notre auteur le rencontre comme adversaire sur plus d'un point, à propos d'épidémie, de contagion, d'holopathie de pratique médicale et chirurgicale : adversaire sérieux, mais dont le livre vieillira peut-être plus vite que celui de M. le docteur Daudé, champion vivace des doctrines antiques, soutenant de l'école hippocratique, éternellement jeune, parce qu'elle est éternellement vraie.

Le traitement de l'érysipèle épidémique n'offre pas de moyens importants que l'on puisse opposer à la lésion locale. Sa prophylaxie seule appelle l'attention des cliniciens, et c'est surtout dans l'érysipèle traumatique que l'on peut en rechercher les plus sérieuses applications.

Le traitement véritable doit être, et nous empruntons ici les expressions mêmes de l'auteur, « dirigé contre l'état général de l'individu; il varie, par conséquent, suivant les épidémies, les conditions individuelles et les complications. L'art véritable sait éviter les excès de l'expectation et de l'activité thérapeutique (p. 332). »

Arrêtons ici l'exposé de ce travail important, sur lequel notre analyse a pour ainsi dire glissé, retenue seulement par les points les plus importants, mais dont nous n'avons point la prétention d'avoir donné une analyse méthodique. Si ces lignes suffisent à nos confrères, pour leur donner envie d'apprécier le livre dans son entier, nous aurons, nous l'espérons, fait œuvre de justice à l'égard de l'auteur et d'utile provocation à l'égard du public.

Dr DE FAJOLE.

Ces deux observations sont dues au professeur américain Storer, et voici dans quelles circonstances elles ont été recueillies :

1° Le 12 septembre 1866, M. Storer eut à pratiquer l'ovariotomie sur une dame de 35 ans, qui depuis l'âge de 14 ans avait toujours été bien réglée, sauf durant ses grossesses. Cette dame avait eu trois enfants et trois fausses couches. Les deux ovaires contenaient des kystes, *ils furent complétement extirpés tous les deux*.

« Les règles, dit M. Storer, étaient sur le point de paraître au moment de l'opération. Elles se montrèrent le jour suivant, trois semaines après la dernière époque. Le fait en lui-même n'a rien de bien insolite; car chez bon nombre de sujets on voit un écoulement sanguin avoir lieu par les parties génitales, après l'ablation des deux ovaires. Mais voyons la suite. Aujourd'hui, le 5 novembre 1867, il y a plus d'une année que l'opération a été pratiquée; pendant cet intervalle, la malade a continué à recevoir mes soins; sa santé est excellente, mais la menstruation a persisté, avec une régularité presque absolue. L'intervalle est ordinairement d'un mois, quelquefois de deux : il n'y a point de caillots; le sang coule lentement, goutte à goutte, et les symptômes généraux (courbatures, maux de reins), qui accompagnaient autrefois la crise menstruelle existent encore à chaque époque.

« Je viens de recevoir une lettre de la malade, datée du 23 octobre, par laquelle j'apprends qu'elle a ses règles en ce moment : l'intervalle a été de huit semaines, la dernière apparition ayant eu lieu le 1er septembre. L'écoulement est moins abondant que de coutume, mais il dure depuis trois jours.

« On s'est assuré qu'il n'existe chez cette dame aucune tumeur fibreuse ou cancéreuse, aucune affection organique de la matrice, aucun polype utérin, et le mari s'est suffisamment abstenu du coït, pour qu'il me soit permis de croire que l'acte conjugal n'a pas été la cause de l'écoulement sanguin. »

2° Dans le second cas, la menstruation eut lieu après l'ablation, non-seulement des deux ovaires, mais de presque tout l'utérus. Il s'agissait de tumeurs fibreuses utérines pesant 37 livres chez une femme non mariée, âgée de 47 ans. Les deux ovaires étaient sains; mais ils furent enlevés avec la matrice. On laissa seulement la partie vaginale du col.

L'opération eut lieu le 23 septembre 1865. « Le 11 octobre, vingt-six jours après la deuxième époque menstruelle, on vit un écoulement de sang se produire par le vagin : il dura trente heures, ne fut pas mêlé à des caillots, et fit éprouver à la malade un sentiment de courbature, des maux de reins, etc. C'était évidemment un dernier effort de la nature pour rétablir la fonction menstruelle. Ce phénomène ne s'est jamais reproduit, et depuis ce moment, deux ans et deux mois après l'opération, la malade jouit d'une santé parfaite. »

Dans ce genre de menstruation, l'ovulation ne peut jouer aucun rôle. Elle n'en joue pas davantage, comme le fait remarquer avec raison M. Storer, dans les ménorrhagies mensuelles qui se produisent chez certaines femmes durant la grossesse.

Ces derniers faits sont loin d'être excessivement rares. Je connais, pour ma part, une famille où cette faculté de rester menstruées après l'imprégnation s'est transmise depuis longtemps de mère en fille.

Ainsi la fluxion hémorrhagique de l'utérus peut avoir lieu physiologiquement sans déhiscence d'un ovule; ajoutons que, d'une autre part, la déhiscence d'un ovule peut avoir lieu sans métrorrhagie.

« Il nous est arrivé, dit M. Raciborski, de voir des ovaires de jeunes filles mortes à l'âge de la puberté qui portaient déjà une ou deux cicatrices provenant de la déhiscence spontanée, quoiqu'elles n'eussent jamais été réglées. C'est ainsi encore qu'on a vu même des femmes qui n'avaient jamais été réglées de leur vie et qui avaient eu néanmoins des enfants. »

Et plus loin : « Il peut arriver que la déhiscence vésiculaire ait lieu sans être accompagnée d'hémorrhagie utérine; l'absence des règles pourrait, dans ce cas, détourner facilement l'attention du médecin de la véritable cause des souffrances et les faire attribuer à une cause plus grave, telle qu'une péritonite partielle du bassin ou une métrite. Nous avons vu plusieurs fois des erreurs de ce genre commises par des hommes fort habiles d'ailleurs, mais qui n'étaient pas suffisamment préparés par des études spéciales pour éviter facilement de pareilles méprises. »

Ces méprises, ou d'autres inverses, je ne sais pas même si M. le docteur Raciborski a dû souvent les éviter.

En effet, les signes qu'il donne comme assurant le diagnostic de l'ovulation sont absolument insuffisants et infidèles.

« Dans ce cas, dit-il, la palpation et la percussion pratiquées convenablement étaient accompagnées de sensibilité dans les régions occupées par l'utérus et les ovaires. La différence que l'on trouvait sous ce rapport, en examinant comparativement les régions correspondant aux deux ovaires, était remarquable; d'un côté, la sensibilité était quelquefois très-prononcée; tandis que de l'autre côté, on pouvait déprimer hardiment les parois abdominales, sans éveiller la moindre douleur. Il est inutile de faire observer que le côté où il y avait de la sensibilité correspondait nécessairement à l'ovaire, où se préparait la déhiscence périodique. Nous signalons ces faits à l'attention des médecins, car ils se présentent assez souvent, surtout dans le cours d'une longue aménorrhée. »

Si M. le docteur Raciborski avait été moins préoccupé de l'objet spécial de ses études, des fonctions menstruelles, il se serait aperçu que la sensibilité des régions ovariennes n'est pas du tout une preuve d'ovulation.

Au contraire, elle est très-marquée chez beaucoup de femmes, en dehors des règles. Le plus souvent, elle occupe le côté gauche, et comme le montrait dernièrement encore à sa clinique M. Guéneau de Mussy, chez les hystériques, une pression soutenue sur la partie correspondante de l'abdomen amène facilement une crise convulsive.

Pour ma part, depuis que je m'occupe de gynécologie, et il y a longtemps, j'ai presque toujours rencontré, soit à la simple palpation, soit à l'exploration électrique, une sensibilité plus ou moins vive vers une des régions ovariennes, même chez des femmes qui n'avaient jamais eu d'accès d'hystérie. Cette sensibilité s'exaspère souvent vers l'époque des règles, et c'est en cela que M. Raciborski est dans le vrai; mais souvent aussi elle s'exaspère, comme toute autre névralgie, indépendamment de la fluxion cataméniale.

Ainsi gardons-nous de vouloir établir sur un tel signe le diagnostic d'*ovulation latente*, surtout quand il s'agit d'une longue aménorrhée.

Mais, cette restriction une fois posée, n'oublions pas que la déhiscence d'un ovule peut avoir lieu sans ménorrhagie, comme aussi la ménorrhagie la plus régulière en apparence peut exceptionnellement se faire sans déhiscence d'un ovule.

La congestion hémorrhagique de l'utérus est un des actes importants de la menstruation normale; mais elle peut se produire et doit être étudiée d'une manière indépendante.

Aussi M. Churchill, dans son *Traité pratique des maladies des femmes* (1), a-t-il réuni les métrorrhagies aux ménorrhagies, pour faire connaître leurs symptômes, leurs conséquences et le traitement qu'elles réclament lorsqu'elles inquiètent par leur abondance.

Nous aurons plus tard à reparler de ce chapitre très-bien fait d'un bon ouvrage.

Dr Victor Révillout.

HOSPICE DE BICÊTRE. — Service de M. Berthier.

Amnésie syphilitique.

(Observation recueillie par M. Fortin, interne provisoire.)

Depuis quelques années seulement, l'attention des médecins se fixe sur les troubles intellectuels causés par les lésions organiques, autres que celles qui frappent directement l'encéphale.

Quoique Arétée eût distingué les folies *nées* des viscères de celles nées du cerveau, et que plusieurs auteurs célèbres aient relaté des délires sympathiques ou par contre-coup — entre autres F. Plater, L. Rivière, L. Bellini, Vieussens et Sauvages; — quoique Esquirol eût signalé la possibilité d'une action spécifique de la goutte, du rhumatisme, des dartres et de la vérole sur les centres nerveux, c'est à l'école aliéniste actuelle que l'on doit un nombre sérieux de travaux sur ce sujet.

L'amnésie syphilitique, pourtant, semblerait avoir échappé à nos investigations, Car, si Salmulth (*Centuria*, 1. — Obs. 4); Etmuller (*De Memoria læsa*, L.), Sauvages (*Nosologia*, cl. VIII, parag. 22), prononcent le mot *amnesia a venere*, c'est pour parler de l'amnésie produite par l'abus des plaisirs vénériens. Théophile Bonet lui-même (*Sepulchretum anatomicum*, lib. IV, sect. IX, add.) cite une exemple de démence congestive, où la perte du souvenir ne paraît avoir été qu'un accident dans la vie pathologique du malade.

Le Mémoire de M. Berthier (*De la folie diathésique*, 1859), le plus complet jusque-là en cette matière, ne contient que des pertes de mémoires liées à des manies ou à des démences syphilitiques.

Seul, à notre connaissance, le *Journal de Rome* renferme un article du docteur Cerasi très-probant à cet égard. (Voyez l'*Archivio italiano per la malattie nervose*, 1868, 4e année, de la page 323 à la page 325). Il est intitulé : *Perdità quasi completa della memoria per sifilide*. Il s'y agit d'une femme de trente-huit ans, mariée, régulièrement menstruée, mais d'une santé délabrée. Cette femme, pour n'avoir pas voulu subir de traitement complet, s'était vue, au bout de deux ans, forcée de recourir à l'iodure de potassium, à la salsepareille, à la pommade de Cyrillo, qui la guérirent d'une modification insolite du caractère et d'un trouble de la mémoire tel que, comprenant tout clairement, il lui était impossible d'enchaîner tous les termes d'une proposition; ce qui la tenait plongée dans une profonde tristesse.

C'est en lisant cette intéressante observation que nous vint l'idée de rédiger la suivante, dont le sujet était à Bicêtre, il n'y a pas encore un an.

Un employé de commerce, dont le père et la mère vivent en bonne santé, avait 27 ans, un tempérament sanguin-bilieux, une constitution moyenne. De ses huit frères ou sœurs, trois sont morts d'affections propres à l'enfance, mais non convulsives.

Vers la fin de février 1867, R... contracte la syphilis, pour laquelle il suit un traitement. Au milieu du même mois, après une contrariété, le malheureux se prend de querelle avec un ami. Sa tête s'exalte, le délire éclate, des hallucinations se manifestent, et il est conduit, sur la plainte de son concierge, à la Préfecture de police où l'on constate l'aliénation, sans pourtant la préciser. Conduit à Bicêtre, il s'y montre calme, docile, raisonnable, quoique incapable de fournir de sérieux renseignements et de rien se rappeler des faits récents. Au bout de la quinzaine, l'état était stationnaire. Intelligence lucide, sentiments très-naturels, mais impossibilité, pour le malade, de se remémorer même la place qu'il occupe au dortoir, au réfectoire, ce qu'il vient de faire une heure avant. Vingt jours s'étaient à peine écoulés, que l'interne de service aperçoit des ulcérations dans la gorge, des traces de chancre au prépuce, et que le surveillant-chef découvre, sur le tibia, des taches cuivrées ainsi que des excoriations rondes et taillées à pic. Aucun doute n'était permis! Le patient déclara, du reste, s'être soumis pendant une semaine aux conseils d'un praticien reconnu pour son habileté.

Nous prescrivîmes aussitôt la liqueur de Van Swiéten, puis l'iodure de potassium. Une amélioration notable s'ensuivit, et dans l'état physique et dans l'état mental; la mémoire revint insensiblement, *et chaque fois qu'une erreur ou un oubli était cause de suspension dans l'emploi des médicaments, survenait la réapparition des phénomènes antérieurs : perte de la mémoire, ulcérations spécifiques.*

Une grande persévérance dans l'administration de ces remèdes finit par triompher à peu près entièrement de la lésion somato-psychique, si bien que nous pûmes renvoyer R... dans son pays, le 26 août, pour y affermir sa convalescence.

Sur les corps fibreux utérins qui compliquent la grossesse et l'accouchement.

Par M. Guéniot (1).

L'observation et les remarques que je viens communiquer à la Société sont relatives à un cas de pratique des plus graves, des plus embarrassants, et j'ose dire des plus redoutables que le chirurgien puisse rencontrer. Une solution aussi heureuse qu'inattendue, dans des circonstances exceptionnellement défavorables, me semble donner à ce fait un intérêt tout particulier. Aussi, vous demanderai-je la permission d'en exposer, avec quelque détail, les particularités les plus importantes.

Observation. — *Accouchement heureux par les voies naturelles dans un cas d'obstruction presque complète du petit bassin.* — Le 5 mars dernier, je fus prié de donner mes soins à madame C..., alors enceinte de près de sept mois et affectée de corps fibreux de la matrice. Cette dame âgée de 40 ans, d'une constitution délicate, très-amaigrie et très-souffrante de son état de grossesse, ne quittait plus son appartement depuis quatre mois. Épuisée de longue date par des pertes sanguines abondantes, puis minée par des accès fébriles quotidiens, par des vomissements et une difficulté considérable des excrétions intestinale et urinaire, etc., elle semblait menacée de ne pouvoir atteindre sans accident fatal le terme de la grossesse.

Des règles dès l'origine prolongées, très-abondantes et qui, dans ces dernières années, avaient atteint chaque mois seize à dix-sept jours de durée; l'expulsion habituelle, à ces mêmes époques, de caillots sanguins qui donnaient au flux menstruel un caractère franchement hémorrhagique; une première grossesse (la seule qui eût précédé la grossesse actuelle), laquelle se termina, il y a dix-huit ans, par la naissance facile d'une fille qui mourut à l'âge de cinq ans et demi; le début et l'accroissement successif de plusieurs corps fibreux utérins, dont le premier fut constaté il y a trois ans; une atteinte de péritonite grave en novembre 1866, péritonite que le regrettable professeur Jarjavay jugea être la conséquence d'une hématocèle péri-utérine; enfin, après un traitement prolongé de ce dernier accident, l'existence d'une légère amélioration dans l'état général; de même que la diminution dans l'abondance du flux de la dernière époque menstruelle, époque qui ne dura que huit jours au lieu de dix-sept (du 4 au 12 août 1867); telles sont les principales circonstances antécédentes qu'il convient de mentionner.

Par l'examen direct de la malade, je constatai que son abdomen était très-proéminent et plus développé que ne le comporte une grossesse ordinaire de sept mois; d'où une grande gêne des mouvements et de la respiration. La matrice elle-même était volumineuse, inclinée en avant. Plusieurs petites tumeurs fibreuses, mobiles et dures se reconnaissaient, à la palpation, dans l'épaisseur ou à la surface de ses parois. Ces dernières, généralement souples et indolores à la pression, permettaient de distinguer assez nettement quelques parties fœtales. Il me fut, toutefois, alors impossible de préciser la situation exacte de l'enfant.

A l'aide du toucher, je trouvai une tumeur volumineuse, irrégulièrement arrondie, d'une dureté élastique, qui remplissait presque entièrement l'excavation pelvienne. De tous côtés, le doigt rencontrait cette tumeur qui repoussait en avant le col utérin et aplatissait le rectum en arrière. Un intervalle de 3 centimètres à peine semblait la séparer des pubis, et c'est en ce point que le col utérin très-élevé, déformé, aplati, se trouvait refoulé contre la vessie. A sa partie inférieure, la tumeur correspondait au coccyx; mais ses limites supérieures, même par le toucher rectal, échappaient à toute investigation. Sa situation en arrière et au-dessous du segment inférieur de la matrice explique comment le palper hypogastrique ne me fournit également aucune donnée à cet égard. Les pressions exercées avec le doigt à sa surface étaient douloureuses et ne produisaient aucun déplacement de sa masse.

Il s'agissait donc d'une tumeur dure, volumineuse et fixe, implantée sur la face postérieure de la matrice, probablement vers la jonction du corps et du col, et anticipant sur ce dernier, tumeur située au-dessous du péritoine, refoulant en bas la muqueuse vaginale et remplissant à peu près toute l'étendue du petit bassin. Cette tumeur, à n'en pas douter, était bien celle dont le professeur Jarjavay avait, plus d'un an auparavant, constaté l'existence et qu'il avait représentée avec quelque exagération à la malade, comme « ayant le volume d'une tête d'enfant et la dureté du marbre. » Évidemment, c'était là une tumeur fibreuse de l'utérus qui, à moins de circonstances très-exceptionnelles, mettrait un obstacle absolu au passage de l'enfant par les voies naturelles. Les seules éventualités, en effet, qui pussent faire éviter l'opération césarienne étaient les suivantes :

1° La mort prématurée du fœtus, suivie d'une macération prolongée de ses parties dans le liquide amniotique, pouvait provoquer dans ces

(1) Traduit de l'anglais, sur la cinquième édition, par MM. les docteurs Wieland et Dulcrissy. — Paris, 1866, 1 vol. grand in-8°, 1227 pages avec 291 figures. — J. B. Baillère et fils.

(1) Mémoire lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 8 juillet.

dernières un ramollissement tel qu'elles devinssent assez réductibles pour traverser, à la manière d'un linge mouillé, un canal même extrêmement étroit.

2° Quoique la grossesse fût déjà fort avancée et que la tumeur fût restée jusque-là très-consistante, celle-ci cependant pouvait encore, avant l'échéance des neuf mois, se ramollir assez pour permettre une réduction notable de son volume et, en conséquence, une augmentation proportionnelle dans le calibre du canal rétréci.

3° Enfin, malgré son volume, sa fixité probable et son espèce d'enclavement dans le petit bassin, la tumeur pouvait à la rigueur se déplacer et remonter au-dessus du détroit supérieur, de manière à rendre libre le canal pelvien

Mais si de tels faits étaient possibles, leur réalisation me paraissait si problématique, ou plutôt si improbable qu'il eût été déraisonnable de fonder sur elle un espoir sérieux. En face d'une situation si périlleuse pour madame C..., je me hâtai de provoquer une consultation, et, le 11 mars, MM. Depaul et Tarnier voulurent bien, après un examen minutieux de la malade, m'éclairer de leurs avis. Il parut à M. Depaul que l'espace laissé libre entre la tumeur et les pubis était peut-être plus étroit encore que je ne l'ai indiqué ci-dessus. M. Tarnier exprima un certain espoir dans le ramollissement prochain de la tumeur. Bref! à part ces nuances d'opinions, l'état des choses était si nettement dessiné que nous fûmes unanimes pour admettre : 1° Qu'il convenait de laisser la grossesse continuer son cours jusqu'à terme; 2° qu'il serait toutefois nécessaire, à huit mois révolus, d'explorer de nouveau avec soin la tumeur, à l'effet de s'assurer si elle n'avait pas subi, soit dans sa consistance, soit dans son siége, quelque changement qui pût faire sérieusement espérer un accouchement par les voies naturelles; 3° enfin, qu'en l'absence de ces modifications (toute réserve faite, bien entendu, pour celles qui pourraient encore se produire dans le cours du neuvième mois), la section césarienne était la seule ressource qui restât pour délivrer madame C... et, en conséquence, que cette opération devrait être, en principe, complétement décidée pour l'époque du travail.

Le 14 avril, c'est-à-dire à huit mois de grossesse, j'explorai de nouveau minutieusement et la tumeur et la matrice. Cette dernière avait notablement augmentée de volume. Les petits fibrômes durs et saillants de son corps se distinguaient aisément, même à l'œil, à travers la paroi abdominale. Le liquide amniotique paraissait être un peu plus abondant qu'à l'ordinaire. L'enfant, dès lors, était assez mobile; sa tête correspondait à l'hypocondre gauche de la mère, son extrémité pelvienne à la fosse iliaque droite et son dos était dirigé vers l'hypocondre droit. Le maximum des bruits du cœur s'entendait à droite et au-dessus de l'ombilic. La souplesse des parois utérines me permit de déterminer très-nettement cette situation des parties fœtales.

Quant à la tumeur intra-pelvienne, elle présentait exactement les mêmes caractères que précédemment; elle n'avait, en particulier, subi aucune modification notable soit dans son siége, soit dans sa consistance. Toute réserve faite pour le cas d'un déplacement ultérieur de sa masse (déplacement dont la possibilité était admise, mais dont la réalisation était à peu près inespérée), l'opération césarienne fut donc définitivement résolue pour le temps du travail.

L'état de santé de madame C..., déjà si alarmant le 5 mars, lors de ma première visite, ne fit qu'empirer peu à peu avec le cours de la grossesse. C'est à peine si, grâce à l'emploi très-circonspect de certains médicaments (calmants, laxatifs, eaux minérales, toniques, etc.), la malade put obtenir, avec quelques périodes de mieux-être passager, un faible ralentissement dans les progrès de l'anémie, de l'amaigrissement, des accès fébriles, de la déperdition des forces, etc. Ces divers symptômes finirent, en effet, par atteindre leur degré le plus extrême. Une teinte jaunâtre de la peau, une toux fatigante et l'insomnie qui en est la conséquence, vinrent encore, sur la fin de la grossesse, augmenter la gravité du pronostic. Un courage exceptionnel soutenu par de vifs sentiments religieux et un ardent désir de progéniture, un esprit résolu et une docilité parfaite à suivre mes conseils, constituaient en réalité, chez madame C..., les seules ressources qui permissent peut-être de ne pas absolument désespérer de sa situation.

C'est dans ces conditions que, le 17 *mai* dernier, après deux ou trois jours de malaise, d'insomnie et de fatigue plus grande encore que de coutume, la malade fut prise des premières douleurs de l'accouchement, vers *six heures du matin*. A *huit heures*, les membranes se rompirent brusquement et donnèrent lieu à un écoulement abondant de liquide amniotique. De là, suspension presque complète du travail et sentiment de bien-être chez la patiente, dont l'abdomen avait perdu sa tension douloureuse.

A *neuf heures*, je constatai que la tumeur avait subi un déplacement très-sensible : elle était moins accessible au doigt et se trouvait refoulée à droite et en arrière de manière à laisser, derrière le pubis gauche, un espace libre d'environ 5 centimètres. L'orifice utérin avait acquis la largeur d'une pièce de cinq francs, et la mollesse de ses bords indiquait que sa dilatation avait été plus grande. Quant à l'enfant, dont j'avais encore, une dizaine de jours auparavant, reconnu la tête dans l'hypocondre gauche et l'extrémité pelvienne dans la fosse iliaque droite, il se présentait manifestement en première position du sommet. L'exploration des sutures et fontanelle, jointe à d'autres signes, ne me laissa aucun doute à cet égard. Il avait donc, depuis peu, effectué spontanément une mutation complète. Les choses étant ainsi, je recommandai à madame C... de garder la position couchée, afin d'éviter une trop grande déperdition de liquide amniotique, puis de s'incliner fortement lors des contractions, sur le côté gauche, à l'effet de favoriser, par la déclivité du fond de la matrice, l'ascension déjà commencée de la tumeur pelvienne.

Vers *deux heures de l'après-midi*, le travail reprit son cours régulier; les contractions étaient bonnes, et l'état général de la malade relativement satisfaisant. La tumeur continua de s'élever peu à peu vers l'abdomen en déterminant, à chaque contraction, une vive douleur ou sorte de déchirement dans la région iliaque droite. Je pensai que ce phénomène était dû soit à la rupture de quelques adhérences, soit au frottement exercé par la tumeur dans son mouvement ascensionnel, et je ne m'en préoccupai pas autrement. La tête fœtale, retenue au-dessus et en arrière du pubis gauche, n'attendait évidemment, pour pénétrer dans le petit bassin, que la disparition de l'obstacle. Aussi, *vers dix heures du soir*, dès que la tumeur fut remontée au-dessus du détroit supérieur, le sommet prit sa place et descendit dans l'excavation pelvienne en première position. A partir de ce moment, l'accouchement suivit une marche ordinaire, et à *deux heures du matin*, pour éviter à la patiente une prolongation fâcheuse du travail, j'appliquai le forceps sur la tête, arrivée au détroit inférieur. L'enfant fut extrait en parfait état de santé : il était volumineux, du sexe masculin et pesait plus de 7 livres (3 kilogr. 550 gr.). Quelques vomissements glaireux, un sentiment d'extrême faiblesse chez la malade et une difficulté particulière dans l'amincissement du bord antérieur de l'orifice utérin, telles sont les seules autres particularités du travail qui méritent d'être signalées. Sa durée totale, abstraction faite des six heures de suspension, fut d'environ quatorze heures.

Immédiatement après l'extraction de l'enfant, madame C... éprouva une sorte d'anéantissement général et de *feu intérieur* qui, joints à une distension gazeuse subite des régions supérieures de l'abdomen, me causèrent la plus grande inquiétude. Ces phénomènes furent heureusement de courte durée. L'utérus, quoique bien rétracté, ne décolla le placenta que tardivement, et je dus attendre plus d'une demi-heure avant d'opérer la délivrance qui, d'ailleurs, n'offrit pas d'autre irrégularité.

Prescription pendant les premiers jours. — Quelques cuillerées de bouillon froid, répétées de temps en temps selon les désirs de la malade; 20 centigrammes d'extrait de jusquiame en deux pilules (parfois trois de ces pilules par jour); petits fragments de glace à fondre dans la bouche; boire très-peu. Onctions avec ong. nap. bell. sur le ventre et cataplasmes recouvrant toute l'étendue de l'abdomen. Immobilité la plus complète; éviter scrupuleusement tout contact froid extérieur; obscurité et silence absolu. Cathétérisme trois fois dans les vingt-quatre heures.

Le 20 mai, troisième jour de l'accouchement, les seins commencent à se congestionner et, le lendemain, la fluxion laiteuse est des plus complètes. État des forces plus satisfaisant; sommeil; bien-être relatif. Bourrelet hémorrhoïdal enflammé, douloureux; vulve modérément tuméfiée; lochies constamment normales.

Le 22, alors que les seins tendent à perdre leur tension douloureuse, des tranchées utérines violentes se manifestent. Jusque là, aucune menace sérieuse de péritonite, le ventre étant sensible plutôt que douloureux, et le pouls oscillant entre 88 et 100 à la minute; mais l'apparition de ce nouveau travail de l'utérus, qui semble vouloir se débarrasser des tumeurs, provoque chez la malade de l'agitation, de l'insomnie, un peu de fièvre et un gonflement abdominal du plus fâcheux augure. Pendant vingt-quatre heures, ces tranchées résistent à l'emploi des opiacés, et elles ne cèdent enfin qu'à l'administration de doses de plus en plus fortes. Le calme reparaît alors, et tous les symptômes s'amendent de telle sorte que, le 25, tout danger prochain semble avoir disparu.

Le 26, pouls à 64, hémorrhoïdes affaissées; col utérin reformé. Pour la première fois depuis l'accouchement, la tumeur commence à être accessible au doigt et paraît vouloir opérer son mouvement de descente. A aucun moment, elle n'a pu être nettement distinguée par la palpation de la région hypogastrique. Il est vrai que celle-ci, constamment sensible à la pression, n'a été explorée qu'avec la plus grande circonspection. L'utérus, tout irrégulier de forme et très-volumineux dans les premiers jours, s'est rétracté peu à peu, et son fond, incliné du côté gauche, n'est plus éloigné du pubis que de six travers de doigt.

Les jours suivants, l'état général ne cesse de s'améliorer progressivement; le sommeil, l'appétit, le bien-être se prononcent de plus en plus. La tumeur seule, en reprenant graduellement sa situation ancienne dans le petit bassin, provoque des tiraillements et une certaine inquiétude dans le bas-ventre, des fourmillements et des crampes dans les membres inférieurs, de la douleur à la miction et des pesanteurs incommodes sur le rectum. Mais à partir du 3 juin, complétement réinstallée dans l'excavation pelvienne, elle ne suscite plus d'autre malaise que celui qu'elle déterminait avant la grossesse et qui résulte de certaines pressions inévitables sur les organes pelviens.

Enfin, le 20 juin, madame C..., complétement rétablie, a repris un peu d'embonpoint et se trouve sensiblement dans le même état qu'avant sa grossesse. Quant à la matrice et à la tumeur, voici dans quelles conditions elles se présentent aujourd'hui. La tumeur, grosse comme une tête de fœtus à terme, remplit presque complétement le petit bassin et se perçoit, à la palpation, au-dessus du détroit supérieur qu'elle déborde faiblement. Elle est indolore à la pression, d'une fermeté élastique et ne se laisse pas déplacer par la pression du doigt; son immobilité paraît être complète. La matrice se trouve refoulée en avant et à gauche; son corps occupe la fosse iliaque correspondante et s'élève à 5 centimètres au-dessus du pubis. Quelques inégalités, représentant les petits fibrômes constatés pendant la grossesse, se remarquent à sa surface; mais elles sont beaucoup moins saillantes et moins faciles à distinguer que pendant l'état de réplétion de l'utérus. Le museau de tanche, situé derrière le pubis gauche, est gros, court et inégal; une sorte de scissure très-étroite et peu profonde le sépare de la tumeur qui l'enveloppe dans presque toute sa périphérie. D'après ces rapports, il semble très-probable que la tumeur s'implante largement sur la portion supérieure du col, en arrière et à droite, ainsi que l'examen pratiqué pendant la grossesse l'avait déjà fait supposer.

P.-S. — Hier, 7 juillet, j'ai revu madame C... Sa santé s'affermit de plus en plus, et son état paraît être même plus satisfaisant qu'avant la grossesse. Le retour des règles a eu lieu du 25 juin au 2 juillet, sans douleur ni expulsion de caillots. La tumeur conserve les mêmes caractères que le 20 juin.

(*Sera continué.*)

OVARIOTOMIE

Obs. XLIX. — Ovariotomie pratiquée le 25 juillet 1867. Guérison.

Par E. Kœberlé.

Ad. R..., de Salins (Jura), âgée de 33 ans, d'une bonne constitution, peu amaigrie et menstruée régulièrement, a remarqué une augmentation de volume du ventre en 1865. Le kyste de l'ovaire dont elle était affectée a surtout grossi depuis 1866, à la suite de douleurs abdominales accompagnées de vomissements, qu'elle a éprouvées à cette époque.

Au mois de mai 1867, elle ressentit de nouveau des douleurs très-vives pendant onze jours. La malade, obligée de gagner sa vie, désirant vivement être débarrassée de sa tumeur, me fut adressée par M. le professeur Gromier, de Lyon. L'état général était excellent; le kyste était multiloculaire, sans adhérences appréciables. L'excavation pelvienne était libre; l'utérus était très-mobile.

L'ovariotomie fut pratiquée le 25 juillet 1867. MM. J. Ehrmann, de Mulhouse, E. Hubert, de Louvain, Aron, Klein, Blum et Grollemund ont assisté à l'opération.

Incision de 15 centimètres; ponction de la tumeur; écoulement de six litres de liquide grisâtre; extraction du kyste, qui était sans adhérence et qui dépendait de l'ovaire droit. L'ovaire gauche était normal; le pédicule était court : il fut lié en deux portions, l'une avec un fil de fer et un serre-nœud, l'autre avec un fil de soie, ce qui permit de gagner près de 2 centimètres de longueur. L'ovaire gauche était sain. L'excavation pelvienne contenait un peu de sérosité. Réunion, par quatre points de suture profonde et cinq points de suture superficielle. La perte de sang a été de 40 grammes. La tumeur pesait 11 kilogrammes. L'opération a duré une demi-heure.

Il survint des crampes utérines assez prononcées pendant quelques heures, mais qui peu à peu se calmèrent et se dissipèrent.

Le lendemain de l'opération, l'état était excellent. Pouls à 110, large. Le troisième jour, le pouls descendit à 90; le quatrième, à 82, et le cinquième, à 73 pulsations. Il n'y eut aucun accident notable. La cicatrisation a été complète le vingtième jour; l'opérée, très-bien portante, est alors retournée dans son pays.

Remarques. — Dans ce cas, un clamp eût été inapplicable. Mon procédé de constriction des vaisseaux du pédicule avec une anse de fil de fer et un serre-nœud est applicable à tous les cas, et surtout à ceux où le clamp ne peut être employé, lorsque le pédicule est très-court et que la paroi abdominale est épaisse, Par mon procédé, la constriction est plus parfaite; on peut facilement enlever l'instrument qui est à la fois très-léger, très-petit et peu gênant. C'est pour toutes ces raisons que je l'ai adopté exclusivement depuis 1866.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 15 juillet 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

DISCUSSION.

Luxations de la hanche.

M. Després. La pièce présentée par M. Tillaux me paraît être une luxation congéniale. Je me fonde sur plusieurs caractères de cette luxation. D'abord, je n'ai point trouvé dans le tractus fibreux, donné comme un vestige de la capsule, un débris de capsule. Autant que mes souvenirs me le rappellent, ce tractus fibreux renfermait du muscle et ne s'insérait pas sur l'épine iliaque antérieure et inférieure. Il y a une capsule nouvelle complète, et il n'y a pas d'arthrite sèche dans la cavité nouvelle, comme cela a lieu dans les luxations anciennes; il y a bien de l'arthrite sèche sur la tête du fémur, mais dans la capsule, il y a le lipôme arborescent des articulations, une sorte de polype graisseux qui n'a rien de commun avec l'arthrite sèche. J'ai remarqué aussi sur cette pièce la déformation triangulaire de la cavité cotyloïde, l'élévation du pubis, ce qui constitue deux caractères de la luxation congéniale. M. Auger a, dans son *Iconographie des maladies chirurgicales*, représenté la pièce d'une luxation très-ancienne. La cavité cotyloïde était remplie de graisse; la nouvelle cavité était aussi remplie de graisse, et il y avait de l'arthrite sèche. Je regrette que la pièce ne soit pas ici, j'aurais sans doute mieux expliqué ma pensée; mais autant que cela peut être affirmé quand les antécédents font défaut, je crois que M. Tillaux nous a présenté une luxation congéniale.

PROPOSITION RELATIVE AUX VACANCES.

Une proposition relative à la question des vacances, et appuyée par plusieurs membres, est déposée sur le bureau.

Une discussion s'engage alors entre plusieurs membres : MM. Broca, Trélat, Dolbeau, Marjolin, Chassaignac.

M. Broca fait observer que les vacances ont été décidées l'année dernière, et qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ce sujet. M. Dolbeau rappelle que la Société n'a pas été convoquée régulièrement, que ses délibérations ont eu lieu à un moment où elle n'était pas en nombre, et que, par conséquent, cette question doit être soumise de nouveau à la discussion.

Après quelques paroles encore échangées à ce sujet, la Société, consultée, décide que cette question sera mise à l'ordre du jour de la prochaine séance et traitée en séance publique.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. Blot présente, de la part de M. le docteur Moralès : 1° un forceps auquel celui-ci a fait subir une modification qui consiste à avoir coudé l'instrument au niveau de sa partie articulée; 2° un porte-lacs particulier.

M. Tarnier. Je trouve peu utile de chercher à créer des instruments pour faciliter le glissement du lacs. Avec la main seule, on peut porter le lacs sur le pied jusque dans l'utérus. J'ai exécuté plusieurs fois cette manœuvre très-facilement. Je fais un nœud coulant avec le lacs, et je porte celui-ci sur mes doigts jusque sur la partie à saisir.

M. Blot. Dans l'application du lacs, la difficulté ne consiste pas à introduire celui-ci autour du pied, mais, le plus souvent, à le serrer. Peut-être, dans ce dernier temps de la manœuvre, l'instrument de M. Moralès pourrait rendre service.

M. Depaul. Je pense que le besoin de la modification apportée au forceps par notre confrère ne se faisait pas sentir.

Quant à ce qui a trait au lacs, je suis un peu de l'avis de M. Blot

contre M. Tarnier. Cela n'est pas facile de faire passer le nœud coulant de sur ses doigts sur la partie qu'on veut saisir. Le lacs est encore plus difficile à placer sur la main, et j'ai vu M. Dubois s'y reprendre à six fois.

Dans un voyage que j'ai fait en Belgique, j'ai vu un porte-cordon construit sur les indications de M. Hyernaux. Il consiste en une espèce de petite fourche qui supporte le lacs et paraît quelquefois pouvoir rendre service.

En résumé, tous ces instruments peuvent être utiles dans quelques cas exceptionnels, mais le plus ordinairement, la main suffit.

DISCUSSION.

Corps fibreux de l'utérus.

M. GUYON. J'ai été étonné en entendant les conclusions du travail lu par M. Guéniot dans la dernière séance. Il m'a paru que notre confrère tombait dans l'exagération en voulant nier les modifications dont les corps fibreux peuvent être le siége pendant la grossesse.

Je veux vous entretenir d'un fait que j'ai observé tout récemment et qui ne s'accorde pas du tout avec la manière de voir de M. Guéniot.

Il s'agit d'une femme qui porte un corps fibreux depuis quelques mois seulement, suivant elle, mais très-probablement depuis beaucoup plus longtemps. Il s'agit d'un corps fibreux interstitiel, l'utérus est en rétroversion et le col est porté en avant, derrière les pubis.

Cette femme venait à l'hôpital pour y être soignée d'une rétention d'urine. Lorsque je pratiquai le toucher, je pensai d'abord à une grossesse; mais cette femme m'affirma qu'elle était très-bien réglée et que les règles viendraient sans doute le lendemain.

Les règles vinrent en effet.

Lorsque la période menstruelle fut passée, je constatai que la tumeur était beaucoup plus dure et avait diminué de volume. Au début, il était impossible de pratiquer la réduction de la tumeur, tandis que cela devint très-facile, une fois l'époque menstruelle passée.

Il est bien évident qu'à chaque période des règles, cette tumeur devenait plus volumineuse et donnait naissance à une rétention d'urine.

En rapprochant ces faits, je crois pouvoir conclure que, même pendant la période menstruelle, un corps fibreux peut être modifié; mais assurément, pendant la grossesse, des modifications analogues peuvent avoir lieu, et parmi les faits de cette nature, celui cité par M. Dangau est un des plus complets. Ce corps fibreux avait pris un développement considérable pendant les premiers mois de la grossesse.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

Le secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 18 juillet 1868, rendu sur la proposition du Ministre de la Guerre, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent, qui se sont distingués par leur zèle et leur dévouement pendant l'épidémie de typhus en Algérie :

Au grade d'officier : MM. Bonnard (Adrien-Louis-Paul), médecin-major de 1re classe, chevalier du 16 avril 1856 : 29 ans de services, 18 campagnes. — Delassus (Étienne-Célestin-Joseph), médecin-major de 1re classe, chevalier du 30 décembre 1857 : 36 ans de services, 14 campagnes. — Sollier (Jean-Baptiste-Hippolyte-François), médecin-major de 1re classe, chevalier du 12 août 1862 : 25 ans de services, 15 campagnes.

Au grade de chevalier : MM. Leques (Marie-Joseph-Xavier), médecin-major de 2e classe : 24 ans de services, 7 campagnes. — Arnoud (Jules-Hippolyte), médecin-major de 2e classe : 13 ans de services, 7 campagnes. — Maratray (Louis), médecin aide-major de 1re classe : 16 ans de services, 7 campagnes. — Biscarat (Frédéric-Laurent-Ernest), médecin aide-major de 1re classe : 8 ans de services, 2 campagnes. — Meynier (Joseph-Honoré-Marie), médecin aide-major de 1re classe : 8 ans de services, 4 campagnes. — Bellet (Augustin-Charles-Dominique), médecin aide-major de 1re classe : 8 ans de services, 2 campagnes. — Buffé (Émile-Honoré), médecin aide-major de 1re classe : 16 ans de services, trois campagnes. — Soulbieu (Georges-Émile), médecin aide-major de 2e classe : 7 ans de services, 2 campagnes. — Bourlier (Nicolas-Charles), pharmacien-major de 2e classe : 18 ans de services, 11 campagnes.

— Par un autre décret rendu à la même date, sur la proposition du Ministre de la Guerre, d'après les propositions du gouverneur général de l'Algérie, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur pour s'être particulièrement distingué par son dévouement pendant les épidémies de 1867 et 1868, M. le docteur Mignères, médecin de l'état civil à Alger, un des doyens du corps médical de la colonie.

— Le lundi 28 octobre 1868, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours public pour la nomination de quatorze élèves internes, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux et hospices civils de Lyon, à l'hospice du Perron, à Oullins, près Lyon, et à l'asile Sainte-Eugénie, à Saint-Genis-Laval.

Les élèves d'une autre École que celle de Lyon seront admis à concourir s'ils sont pourvus de douze inscriptions, au moins, d'école préparatoire. Ils devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration, à l'Hôtel-Dieu, au moins quinze jours avant l'ouverture du concours.

— Les journaux de l'Inde nous apprennent que, vu l'extension extraordinaire qu'y a prise dans les dernières années, surtout dans la présidence de Madras, la culture du quinquina, on n'a plus à redouter de voir son précieux produit venir à manquer. On est parvenu à conserver l'arbre après l'avoir dépouillé de son écorce; celle qui repousse est plus riche en quinine que la première.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX.

La température excessive de cet été a eu pour résultat de faire terminer tous les cours, sauf celui de M. Voillemier à l'Hôtel-Dieu.

Les sociétés auxquelles leurs règlements refusent des vacances n'ont plus qu'une préoccupation, celle de l'éluder ou, au besoin, de le violer. Ainsi la Société médicale des hôpitaux, vu l'urgence, sans vouloir subir les délais forcés qu'exigerait une modification à ce règlement trop sévère, vient de remettre simplement sa prochaine séance au mois d'octobre.

Le caractère semi-officiel de la Société de chirurgie ne lui permet pas de procéder ainsi. Elle doit se conformer à des statuts qu'elle a fait approuver pour être reconnue d'utilité publique. Mais la grande question des vacances figure en première ligne sur son ordre du jour, et passionne ses orateurs les plus éloquents.

Société obstétricale de Londres. M. Sansom, qui s'est beaucoup occupé de la question des anesthésiques, vient de lire un mémoire sur les douleurs de la parturition, et sur l'usage du chloroforme dans la pratique obstétricale.

Cet usage, fréquent en Angleterre, n'y a point encore amené d'accident. M. Sansom pense que les femmes jouissent d'une immunité relative par rapport aux mauvais effets du chloroforme; mais il faut ajouter que l'on n'a pas à pousser très-loin l'anesthésie chez les femmes en couches.

En même temps que les douleurs, les spasmes disparaissent, et les contractions, devenues plus régulières, sont plus efficaces. Les accidents puerpéraux, d'après les accoucheurs anglais, seraient plus rares chez les femmes qui auraient été chloroformées pendant le travail.

On a accusé l'anesthésie, portée trop loin, de provoquer une hémorrhagie utérine, et de retarder les efforts expulsifs; mais on évite ces dangers, dit M. Sanson, en administrant la vapeur de chloroforme suffisamment diluée. Lorsque le chloroforme est mêlé à l'alcool, il émet beaucoup moins de vapeurs à une même température. Le mélange le plus convenable serait d'une partie de chloroforme pour trois parties d'alcool absolu.

Une discussion incidente s'est élevée sur une théorie par laquelle M. Sansom explique l'action des anesthésiques. Suivant lui, ils agissent surtout comme asphyxiants, en empêchant, dans une certaine proportion, l'oxigination des globules sanguins.

M. Kidd objecte que jamais dans le coma chloroformique même le plus profond on ne voit le sang devenir noir comme dans l'asphyxie. Il ne croit pas que la proportion relative de l'oxigène et du chloroforme contenu dans l'air inspiré ait une influence capitale sur les résultats. Aussi n'est-il pas partisan des mélanges et préfère-t-il employer le chloroforme seul.

M. Sansom trouve à son mélange le grand avantage d'émettre peu de vapeurs anesthésiques et de pouvoir être employé sur un mouchoir de poche sans grandes précautions.

Société médicale des hôpitaux. — M. Laboulbène a repris la question posée précédemment par M. Besnier : celle de la durée de l'incubation de la variole. Ses conclusions sont tout à fait contraires à celles de M. Besnier.

Il n'y a, dit-il, qu'une manière vraiment scientifique de résoudre cette difficile question, c'est d'apporter des observations personnelles qui ne laissent aucune prise au doute.

M. Laboulbène a pu recueillir quelques observations de cette espèce. Des individus qui se sont trouvés une *seule fois* en contact avec des varioleux, ont été pris de variole du douzième au quinzième jour.

Voici une analyse de ces observations :

I. Homme, 34 ans, entré, le 11 mai, salle Saint-Louis à l'hôpital Saint-Antoine pour une variole; a été vacciné. Cicatrices.

Il est allé une seule fois à la Charité avec sa femme. 14 jours après invasion.

II. Femme du précédent, 34 ans, salle Sainte-Thérèse, une seule fois avec son mari à la Charité. Invasion 12 jours après sa visite à l'hôpital.

III. Garçon marchand de vins, 19 ans, a été dans un hôpital une seule fois voir un camarade varioleux. Invasion 14 jours après.

IV. Homme 33 ans, garçon de magasin, a été une seule fois à l'hôpital voir un camarade varioleux. Invasion 15 jours après.

V. Homme, 38 ans, charretier, a été une seule fois à l'hôpital Saint-Louis, où il a vu un varioleux. Invasion 15 jours après.

VI. Homme, 22 ans, tailleur, a été une seule fois voir à l'hôpital un varioleux. Invasion 15 jours après.

VII. Homme, 22 ans, ébéniste, a été voir une seule fois un camarade varioleux, rue Popincourt. Invasion 15 jours après.

M. Laboulbène a mentionné encore, à titre de renseignements, quelques autres faits qui, par eux-mêmes, seraient moins probants.

Ces observations se divisent en deux catégories :

1° Des malades ont été voir deux fois des varioleux à l'hôpital (à huit jours de distance), ils sont pris de variole 12 ou 15 jours après la première visite;

2° Des malades entrent dans les salles pour une maladie aiguë, ils sont pris, 15 à 16 jours après leur entrée, de variole dont quelques-unes meurent.

Ce mémoire sera discuté probablement dans le mois d'octobre.

— On se rappelle que M. Gubler a observé chez des saturnins, et décrit, il y a quelques mois, à la Société médicale des hôpitaux, une affection spéciale des gaînes tendineuses et des tendons qui passent sur le dos de la main.

Cette affection, il l'avait attribuée naturellement à l'intoxication saturnine, l'ayant rencontrée exclusivement chez des malades dont les extenseurs étaient paralysés par l'action du plomb.

Or dernièrement, chez un homme dont le côté gauche était paralysé par suite d'une attaque d'apoplexie, M. Gubler a vu la main gauche se gonfler, et par un examen attentif, il s'est assuré que ce gonflement tenait bien à cette affection tendineuse qu'il avait précédemment décrite. En refoulant par une légère pression la synovie qui était devenue très-abondante, on arrivait sur les tendons eux-mêmes qui présentaient de chaque côté un chapelet de petites saillies, douloureuses à la pression.

M. Gubler qui, depuis douze ans, a signalé à ses élèves les modifications de caloricité qui se produisent dans les parties paralysées, a été conduit naturellement à considérer cette affection comme un phénomène du même genre. La lésion nerveuse, atteignant les vaso-moteurs, peut produire une élévation de température dans les parties paralysées; elle peut aussi y amener une hypercrinie, une hypergenèse des éléments, une fluxion inflammatoire, toutes choses qui se rapprochent de l'hyperhémie causée par la paralysie des vaso-moteurs.

Malheureusement, on ne songea à observer l'état de la température chez ce malade que plusieurs semaines après l'apoplexie, lorsque eut paru l'affection tendineuse. A ce moment la température était régulièrement *plus basse* dans les parties paralysées. Cet abaissement de température concordait mal avec l'hypothèse d'une hyperhémie; mais si on eût observé plus tôt, n'aurait-on pas trouvé un phénomène contraire?

Quoi qu'il en soit, M. Gubler insiste sur l'origine purement paralytique de cette maladie des tendons. Aucune diathèse, syphilis, goutte, etc., n'existait chez l'homme en question; il n'avait jamais manié le plomb et sa santé avait été bonne jusqu'à l'attaque d'appoplexie qui l'avait rendu hémiplégique.

Déjà, en 1861, dans un passage dernièrement reproduit par M. Charcot, M. Brown Sequard avait parlé « de douleurs quelquefois très-vives qui peuvent se manifester dans les muscles ou dans les articulations des membres paralysés. Les douleurs de ce genre, ajoutait-il, ne se révèlent guère que sous l'influence des mouvements ou de la pression exercée sur les membres; ou si elles se montrent parfois spontanément, elles sont toujours exaspérées par la pression ou les mouvements; elles dépendent d'une inflammation subaiguë des muscles et des articulations, qui, bien à tort, est souvent rapportée à une affection rhumatismale. Cette subinflammation qui survient ainsi dans diverses parties des membres paralysés est, d'ailleurs, elle-même la conséquence de l'irritation que subissent, dans l'encéphale, les tubes nerveux, vaso-moteurs ou trophiques. ».

On voit par cette citation que non-seulement M. Brown-Séquard avait observé les phénomènes sub-inflammatoires qui se produisent chez les paralytiques, mais qu'il en avait même donné l'explication.

M. Gubler a raison de dire que cette explication convient à l'inflammation des gaînes tendineuses, comme aux arthropathies décrites dernièrement par M. Charcot.

Le grand observateur de la Salpétrière vient de tracer, dans les « Archives de physiologie normale et pathologique », l'histoire des arthrites qui surviennent dans les membres paralysés sous l'influence d'une lésion soit du cerveau, soit de la moelle.

Des observations publiées par lui, quatre sont relatives à des affections du cerveau; chez ces quatre malades, on a trouvé dans les articulations affectées une « synovite subaiguë, avec végétation, multiplication des éléments nucléaires et fibroïdes qui constituent la séreuse articulaire, augmentation du nombre et du volume des vaisseaux capillaires qui s'y répandent, mais habituellement sans hypersécrétion notable. Il s'y joint cependant parfois, dans les cas intenses, une exsudation séro-fibrineuse qui peut devenir assez abondante pour distendre la cavité synoviale et à laquelle peuvent se trouver mêlés en proportion variable des leucocytes. Les cartilages diathrodiaux, les parties ligamenteuses n'ont paru présenter jusqu'ici aucune lésion concomitante, du moins appréciable à l'œil nu. Les gaînes synoviales tendineuses du voisinage étaient vivement hyperhémiées. »

Cette affection s'est montrée le plus souvent de la troisième à la sixième semaine après le début de la paralysie; elle a duré généralement assez longtemps, offrant des séries de rémissions et d'exacerbations, et quelquefois absolument semblable, par ses symptômes, aux arthrites de cause rhumatismale.

Hôpitaux. — A propos d'arthrites subaiguës, fongueuses, de cause rhumatismale, nous devons noter plusieurs cas de guérison, ou tout au moins d'amélioration très-notable, que M. Guéneau de Mussy a obtenus par le moyen des bains arsénicaux, et de l'iode pris à l'intérieur.

— Une partie du printemps, l'été, une partie de l'automne se seront écoulés sans qu'il y ait eu de rapport mensuel sur les maladies épidémiques à la *Société médicale des hôpitaux.* La chaleur empêche sans doute les chefs de service de recueillir et de transmettre à M. Besnier les documents indispensables; et cependant il serait bon de savoir au juste quels sont, pour la santé publique, les résultats de cette extrême chaleur.

D'après ce que nous avons vu et entendu dire, soit dans les hôpitaux que nous avons parcourus, soit dans la pratique de la ville, les affections rhumatismales des articulations et des séreuses sont assez nombreuses et quelquefois graves; chez plusieurs malades elles se sont compliquées de purpura hémorrhagique. Mais ce qui domine la scène, ce sont les affections des voies digestives; un très-grand nombre de diarrhées ayant généralement la forme de cholérine et cédant très-facilement au mélange de sous-nitrate de bismuth et d'opium; quelques cas de choléra bénins, caractérisés par de la diarrhée, des vomissements, des crampes, du refroidissement, etc., qui débutent assez brusquement sans phénomène prémonitoire, mais se terminent assez vite par la guérison.

Rien n'annonce que nous soyons menacés d'une épidémie grave.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Coïncidence de l'hydarthrose du genou avec des kystes multiples du jarret.

Au n° 28 de la salle Sainte-Vierge est couché un jeune homme de 22 ans, qui nous a raconté les commémoratifs suivants :

Il y a dix ans, il est tombé sur le genou droit. De la douleur et du gonflement sont survenus de suite. La douleur a bientôt disparu; mais le gonflement a persisté et a augmenté insensiblement. Cependant le malade n'a pas été obligé de se faire soigner. Souffrant peu, il n'a consulté personne, et a continué sa vie ordinaire et notamment ses occupations d'imprimeur qui l'obligent soit à se tenir continuellement debout (pour la composition), soit à faire manœuvrer avec le membre inférieur la machine au moyen de laquelle se fait le tirage.

Néanmoins, depuis quelque temps, il a ressenti, sans avoir eu, à proprement parler, de poussée inflammatoire, une gêne

un peu plus grande pour marcher. C'est ce qui l'a décidé à entrer à l'hôpital.

Nous trouvons au genou droit les signes physiques ordinaires d'une hydarthrose assez considérable, et, suivant l'habitude, ces signes sont encore plus faciles à apprécier lorsque le malade est exploré debout que quand il est couché. Il n'y a pas la mobilité latérale qui indique le relâchement des ligaments latéraux et croisés : les mouvements de flexion et d'extension se font assez bien dans le lit, mais ils s'accompagnent de douleur légère pendant la marche. Point de chaleur à la main.

Mais, outre la tumeur fluctuante due à l'accumulation du liquide dans la grande synoviale articulaire, nous trouvons trois autres tumeurs, deux en arrière et une au côté externe du genou, au-dessous de la tête du péroné. A quoi sont dues ces tumeurs? Tout d'abord, on pourrait les attribuer à la distension un peu plus grande de la synoviale en certains points. Mais s'il en était ainsi, on devrait aisément renvoyer la fluctuation de la partie antérieure à la partie postérieure et réciproquement. Or cela n'a pas lieu ici. Après bien des explorations, je n'ai pu trouver de communication directe et facile entre les trois tumeurs accessoires et l'hydarthrose elle-même. J'ai d'ailleurs vidé hier cette dernière au moyen de la ponction, et vous avez pu constater que les poches accessoires postérieures n'ont en aucune façon diminué, tandis que la tumeur antérieure s'est totalement affaissée.

Il faut donc que nous ayons affaire à des kystes indépendants de l'hydarthrose, mais coïncidant avec elle. Or les travaux de Foucher (*Archives de médecine*, 1856), nous ont appris que les hystes du jarret coïncident quelquefois avec l'hydarthrose, et que parmi ces kystes, les uns sont dus à l'accumulation de la synovie dans des bourses synoviales, tendineuses, normales; les autres à une accumulation analogue dans des follicules synoviaux dont le goulot est oblitéré, la tumeur se formant alors par un mécanisme semblable à celui que j'ai indiqué dans mon travail publié en 1850 (dans les Mémoires de l'Académie de médecine, t. XVI), pour la production des hystes synoviaux dits *ganglions* du poignet. Des trois tumeurs accessoires que nous observons chez ce malade, l'une, celle qui est postérieure et interne, s'est certainement développée aux dépens de la bourse synoviale normale qui se trouve entre le tendon du jumeau interne et celui du demi-membraneux; une autre, celle qui est tout à fait postérieure, me paraît formée aux dépens d'un ou de plusieurs follicules synoviaux, oblitérés dans l'épaisseur et en arrière du ligament postérieur de l'articulation du genou; la dernière, celle qui est au côté externe, est due probablement à l'un des follicules synoviaux de l'articulation péronéo-tibiale supérieure, peut-être à la bourse synoviale du biceps.

Si ce fait est intéressant sous le rapport de la coïncidence que je viens de vous signaler, il l'est aussi sous le rapport des difficultés du traitement. Que pouvons-nous faire d'abord pour l'hydarthrose? Nous avons à choisir entre des moyens purement extérieurs, tels que les pommades iodurées, les vésicatoires, la cautérisation au fer rouge, ou la ponction simple, suivie de la compression, ou la ponction simple, suivie d'une injection iodée. Je laisse de côté, pour le moment, les moyens extérieurs; car la maladie est tellement ancienne, qu'il y a peu à compter sur leur efficacité. J'ai préféré pratiquer de suite les ponctions, évacuer la synovie, et mettre ensuite un appareil compressif avec de la ouate et une bande roulée. Je ne me dissimule pas que pour le trouble si ancien de la nutrition qui existe dans cette jointure, j'ai peu à espérer une guérison radicale complète, et que je crains une récidive assez prompte qui m'obligera peut-être à pratiquer une seconde fois la ponction. Mais je suis peu disposé à recourir sur ce malade, au moins pour le moment, à l'injection iodée. Voici pourquoi : cette injection provoque une arthrite intense très-douloureuse, laquelle se termine habituellement par une ankylose incomplète assez gênante. Or j'aime mieux une guérison incomplète, avec conservation entier des mouvements, qu'une disparition de l'hydarthrose avec suppression d'une partie de ces derniers. Le malade sera certainement moins infirme avec une articulation un peu diminuée de volume et maintenue par une bande roulée ou une genouillère, qu'avec une ankylose incomplète. J'agirais autrement si l'hydarthrose était accompagnée d'un relâchement des ligaments latéraux. En pareil cas, il y aurait avantage à supprimer ces mouvements anormaux, et on y arriverait sans doute au moyen de l'arthrite provoquée par l'injection iodée.

Quant aux hystes concomitants du jarret, je ne vois aucun inconvénient à les traiter par l'injection iodée, et vous me verrez probablement pratiquer cette opération lorsque l'hydarthrose elle-même sera améliorée, sinon guérie par les ponctions suivies de la compression.

EXOSTOSES MULTIPLES CHEZ UN ENFANT.

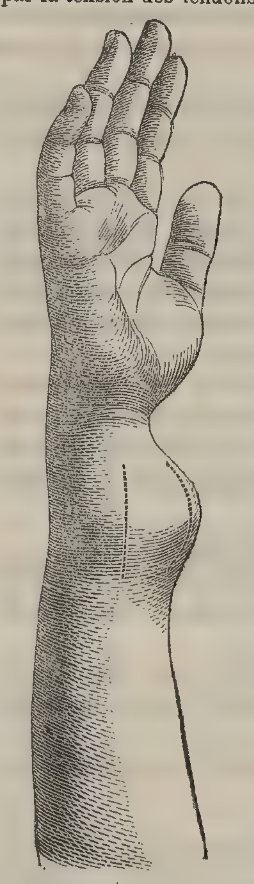
L'une des tumeurs très-considérable, siégeant à l'avant-bras, empêche la pronation. — Ablation. — Guérison avec rétablissement des mouvements.

Par le Dr Eug. Boecmel.

Professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg.

Anna B..., de Mutzig (Bas-Rhin), âgée de 7 ans, d'une bonne constitution, quoique un peu grêle et de petite taille, m'est amenée en avril 1867, pour une tumeur du poignet droit, qui gêne ses mouvements et qui a débuté, il y a deux ans, sans cause appréciable. Les parents de l'enfant et plusieurs frères et sœurs sont tous bien portants et ne présentent aucune apparence d'un vice constitutionnel.

Sur la face antérieure de l'avant-bras droit, à 2 centimètres au-dessus de l'articulation radio-carpienne, je constate une tumeur très-dure, du volume d'un petit œuf, qui remonte jusqu'au tiers inférieur du membre et soulève les tendons fléchisseurs, ainsi que les artères radiale et cubitale. Elle occupe toute la largeur de l'espace inter-osseux; mais sa saillie la plus forte est du côté du radius, où elle proémine de 2 centimètres et demi sur les téguments environnants. La main se trouve en supination forcée. Quand on essaye de la mettre en pronation, on n'y réussit que très-faiblement avec production d'une crépitation sourde. Les mouvements des doigts sont gênés par la tension des tendons fléchisseurs. Le diagnostic est : exostose du radius, comblant l'espace inter-osseux, sans adhérer au cubitus (l'événement prouva que ce dernier os en était le point de départ réel), et comme la tumeur augmente mensuellement d'une façon très-sensible et menace d'abolir prochainement les fonctions de la main droite, je considère une intervention active comme justifiée, quelque scabreuse qu'elle soit dans la situation donnée, car la croissance indéfinie de la tumeur forcerait, en fin de compte, à l'amputation. MM. Larrey et Broca ont rapporté des exemples de ce genre à la Société de chirurgie (voy. *Gaz. des Hôp.*, 1866, p. 303).



Exostose du cubitus avant l'opération, d'après un moule en plâtre. — Les deux lignes ponctuées indiquent la place approximative des incisions.

Outre cette exostose principale, il en existe un grand nombre d'autres, que nous décrirons plus bas, mais aucune d'elles ne gêne ni par son volume, ni par son siége.

L'opération est pratiquée le 12 avril 1867, avec l'aide de MM. les docteurs Fabri (de Bologne), E. Grosset, E. Boeckel. M. Elser administre le chloroforme.

L'anesthésie obtenue, je pratique une incision de 4 à 5 centimètres dans la direction de l'artère radiale, que je mets successivement à nu; je la fais récliner en dedans, pour pénétrer entre elle et le tendon du long supinateur sur le muscle carré pronateur. Après l'avoir coupé à son insection, je constate que l'exostose ne naît pas du radius, car je puis insinuer un manche de scalpel entre cet os et la tumeur. Je pratique alors une seconde incision dans la direction de l'artère cubitale, je la récline également, avec son nerf correspondant, vers la ligne médiane de l'avant-bras, et je me trouve, cette fois, sur l'insertion de l'exostose, recouverte par le carré pronateur. Le muscle est divisé, ainsi que l'enveloppe périostique, et grâce à ses adhérences lâches, je n'ai aucune peine à glisser une lame métallique flexible entre l'os et les parties molles. De cette façon, je soulève et je protége tout le paquet des tendons, des vaisseaux et des nerfs. Avec un burin manié par la simple pression de la main, la plus grande partie de l'exostose est détachée du cubitus et extraite, après quelques mouvements de va et vient imprimés à travers les deux plaies.

Dans l'espace inter-osseux, il reste une portion d'exostose assez considérable, qui naît de la face externe du cubitus. Je l'enlève avec la gouge et la pince de Siston.

En fin de compte, le cubitus est entamé sur la moitié de son pourtour et sur une longueur de 2 à 3 centimètres. Tout cet espace représentait l'insertion de l'exostose.

Trois à quatre artérioles musculaires réclament la ligature. Puis une bandelette de linge est passée d'outre en outre entre les parties molles et l'os; la main est fixée sur attelle et recouverte d'une compresse d'eau fraîche.

L'exostose enlevée est légèrement mamelonnée; elle porte une facette aplatie du côté où elle s'appuyait sur le radius et est recouverte partout par une couche de cartilage de 2 millimètres d'épaisseur. Au microscope, ce tissu a tout à fait la structure des cartilages hyalins; sa couche profonde, est le siége d'une ossification régulière, parfaitement comparable à celle des extrémités articulaires. La substance même de l'exostose est formée par un tissu osseux, spongieux, très-poreux et facile à entamer.

Les suites de l'opération marchèrent sans incidents particuliers. Il survint au début un gonflement inflammatoire assez considérable. Le quatrième jour, avec l'établissement de la suppuration, la bandelette de linge fut retirée et l'on administra matin et soir des bains de bras prolongés.

L'attelle dorsale fut maintenue jusqu'au bout de la cinquième semaine, alors que les mouvements purent s'exécuter sans douleur.

En deux mois les plaies étaient fermées, à une petite fistule près du côté du cubitus, et l'enfant rentra chez lui. Les mouvements de pronation étaient encore très-incomplets.

Je prescrivis un traitement par l'iodure de potassium pour arrêter, si possible, le développement des autres exostoses, et l'emploi journalier de mouvements passifs.

Le traitement ne fut pas suivi très-régulièrement; néanmoins, en août, la cicatrice était parfaite et les mouvements de l'avant-bras et de la main revenus au complet.

Le 28 mai 1868, un an après l'opération, l'enfant fut présenté à la Société de médecine (Voy. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1868, p. 131) en même temps que le moule du bras pris avant l'opération et la tumeur enlevée.

A la place des incisions on voit deux cicatrices blanches, assez larges, non adhérentes. Les battements artériels se perçoivent au-dessous. La pronation et la supination ne laissent absolument rien à désirer, la flexion des doigts est parfaite.

Par contre, les autres tumeurs osseuses paraissent avoir légèrement augmenté de volume, toutefois sans être gênantes. En voici l'énumération :

EXOSTOSES.

DU CÔTÉ DROIT.	DU CÔTÉ GAUCHE.
1. *Cubitus*. L'exostose opérée. De plus il existe une saillie anormale de la coulisse du membre cubital postérieur.	2. *Radius*. Exostose de la grandeur d'une noisette à la face postérieure de l'extrémité inférieure, à 4 centimètres au-dessus du poignet; de plus, irrégularité des coulisses des tendons extenseurs.
	3. *Radius*. Deuxième exostose comme une fève à la face antérieure, à 1 centimètre au-dessus du poignet.
4. *Humérus*. Exostose du volume d'une noix à la partie postéro-externe de l'insection deltoïdienne.	5. *Humérus*. Exostose symétrique à celle de droite, mais plus petite.
	6. *Humérus*. Deuxième exostose petite au-dessus de la gouttière radiale.

7. *Côtes*. Leurs extrémités antérieures, surtout celles des côtes inférieures, sont parsemées de petites saillies comme des pois, ou plus petites encore.

DU CÔTÉ DROIT.	DU CÔTÉ GAUCHE.
8. *Clavicule*. L'extrémité interne est augmentée de volume, irrégulière, mamelonnée.	9. *Clavicule*. Même état qu'à droite, moins prononcé.
10. *Fémur*. Exostose comme une noisette à la face externe du quart inférieur.	11. *Fémur*. Exostose symétrique plus petite.
12. *Fémur*. Apophyse longue de 2 centimètres à l'insection du tendon du grand adducteur.	13. *Ibid*.
14. *Fémur*. Exostose comme une noisette dans le creux poplité.	15. *Ibid*.
16. *Tibia*. Exostose comme une noisette au-dessous et en dedans de la tubérosité antérieure.	17. *Tibia*. Exostome en forme de noisette aplatie sur la tubérosité interne.
18. *Tibia*. Exostose comme une noisette à la face antérieure de l'extrémité inférieure, à 2 centimètres au-dessus de la malléole; de plus, un grand nombre d'ostéophytes mamelonnés.	19. *Tibia*. Exostose plus petite sur la face interne, à 3 centimètres au-dessus de la malléole; de plus, ostéophytes nombreux.

Rien d'apparent au crâne ni au bassin.

Remarques. Sous le rapport du siége, nous ferons observer que ces différentes exostoses sont en général symétriques des deux côtés, mais pas d'une manière mathématique. Celles du côté droit sont toutes plus développées qu'à gauche. En général, elles ne siégent nullement sur les épiphyses, comme on l'a observé pour les *exostoses de croissance*, mais plutôt vers les extrémités des diaphyses. D'après l'examen de la tumeur extirpée, elles doivent être rangées dans les *exostoses ostéo-cartilagineuses*, qui se développent par l'intermédiaire d'une couche cartilagineuse périphérique et ne s'ossifient que plus tard.

Pour l'opération, j'ai préféré deux incisions latérales sur le trajet des artères à une incision unique et médiane. Cette dernière, tout en donnant moins de place pour les manœuvres, aurait compromis plus ou moins les fonctions des nombreux tendons de la région, ce qu'il fallait éviter à tout prix puisque l'opération n'était entreprise que pour une gêne fonctionnelle. En pénétrant, au contraire, sur l'os à travers les interstices occupés par les vaisseaux, on peut éviter avec sûreté tous les organes importants. C'est une règle qui devra être observée, je crois, dans tous les cas analogues. Elle rend l'opération plus délicate en apparence, plus facile en réalité.

Sur les corps fibreux utérins qui compliquent la grossesse et l'accouchement.

Par M. Guéniot (1).

— Je ne m'arrêterai pas, Messieurs, sur tous les points de cette observation qui pourraient présenter quelque intérêt. Ainsi, je ne dirai rien des accès fébriles quotidiens dont la grossesse a été accompagnée, ni du long intervalle de dix-huit ans qui a séparé les deux gestations de madame C..., ni du changement de présentation opéré spontanément par le fœtus, etc., etc. Mais permettez-moi d'insister sur les circonstances qui, à mes yeux, offrent surtout de l'importance au point de vue pratique.

1° Le fait principal qui, tout d'abord, frappe l'esprit dans la relation précédente, c'est assurément la guérison ou, si l'on veut, le rétablissement assez prompt de la malade après l'accouchement. En effet, même en l'absence de toute opération sanglante propre à extraire l'enfant, l'état de souffrance et d'épuisement constaté chez madame C... pendant sa grossesse, les fatigues inévitables du travail, les dangers d'hémorrhagie et surtout de péritonite ne permettaient guère d'espérer un aussi heureux résultat. J'ai indiqué plus haut quel fut le traitement institué en vue de concourir à ce but; c'est sur ce point que je désire fixer un instant votre attention.

Malgré l'état de prostration que présenta madame C... après la délivrance, je m'abstins de lui administrer des stimulants, soit vin, soit liqueur ou cordiaux sous une forme quelconque. Considérant que l'estomac, très-susceptible, fatigué et troublé dans ses fonctions depuis plusieurs mois, supporterait mal de tels remèdes, je ne voulus point tenter d'en utiliser l'action. Bon nombre de praticiens, en mon lieu et place, eussent été sans doute d'un autre avis. Mais il m'a paru que le vin généreux ou l'eau-de-vie dont on use aujourd'hui si volontiers en pareil cas, augmentait souvent et le malaise et la dépression des forces en provoquant de la pesanteur d'estomac, des aigreurs et des vomissements. Sans doute, ces liquides administrés avec une sorte de parcimonie, à la dose de quelques cuillerées à café par exemple peuvent rendre de réels services s'ils sont bien supportés, et je ne voudrais pas, en toute occasion, me priver d'une aussi précieuse ressource. Ce que je veux dire ici, c'est qu'à mon sens on est, de nos jours, trop disposé à en exagérer les avantages et par conséquent à en

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 juillet.

faire un emploi abusif. Dans le cas de madame C..., loin de tomber dans un excès de ce genre, je me bornai à prescrire des pilules de glace, de l'extrait de jusquiame et quelques cuillerées à café de bouillon froid, toutes choses qui, répétées à intervalles convenables, furent bien tolérées par l'estomac, provoquèrent du sommeil et permirent ainsi aux forces de se relever. Les demi-tasses de bouillon, les potages clairs et l'eau faiblement rougie ne furent conseillés qu'à partir du troisième jour. Si je mentionne ces détails minutieux, c'est que, contrairement aux idées régnantes, je n'eus qu'à m'applaudir, sous tous les rapports, des résultats de cette parcimonieuse alimentation.

Une autre précaution que je ne puis non plus passer sous silence (car dans ma conviction elle a puissamment concouru à faire éviter toute complication de péritonite), consiste dans l'immobilité presque absolue à laquelle la malade fut soumise. Persuadé que rien n'est plus propre à favoriser la production des accidents inflammatoires que les mouvements de la paroi abdominale, des intestins, de la matrice, des muscles psoas-iliaques, etc. Je mis un soin scrupuleux à prévenir tout mouvement de cette sorte, du moins tout mouvement prolongé ou brusque. Comme madame C... n'ingérait que du bouillon et des boissons glacées en très-faible quantité, et que chaque jour elle prenait 25 à 30 centigrammes d'extrait de jusquiame, l'intestin se maintint au repos et ne provoqua aucune évacuation. Toute espèce de lavement fut proscrit jusqu'au huitième jour, afin d'éviter la distension ou le déplacement du gros intestin. Les injections vaginales et même les lotions vulvaires furent pareillement négligées à cause des mouvements que leur administration nécessite. Enfin, pour le même motif, je pratiquai chaque jour trois fois le cathétérisme de la vessie, mes explorations du vagin ou de l'abdomen furent des plus réservées et les changements de linge toujours accomplis avec une attention scrupuleuse. Bref! de cette manière de faire en apparence systématique, il m'a paru résulter les plus grands avantages, et c'est pourquoi j'ai cru devoir en dire ici quelques mots.

2° Le déplacement ascensionnel de la tumeur pendant le travail, de même que sa descente dans le petit bassin après l'accouchement, constitue un autre fait d'une grande importance clinique qu'il convient d'étudier dans ses causes et dans son mécanisme. Qu'un tel phénomène se produise lorsque la tumeur est pédiculée et de médiocre volume, rien de surprenant puisque la science possède déjà plusieurs faits curieux de ce genre. J'ai relaté moi-même dans un autre travail (*Gazette des hôpitaux*, 1864) un cas semblable, que M. Depaul et moi avions observé à la clinique d'accouchements. Mais lorsque, comme chez madame C..., la tumeur présente un volume énorme et se trouve pour ainsi dire enclavée dans le petit bassin; lorsque, presque certainement sessile, elle s'implante par une large base à la matrice et que, par suite d'une péritonite antérieure, elle a pu contracter des adhérences avec les organes voisins, le fait de son élévation spontanée au-dessus du détroit abdominal devient, au contraire, un phénomène singulier dont, à première idée, on soupçonnerait à peine la possibilité. Comment donc cette ascension s'est-elle effectuée?

La tumeur, ai-je dit, émane selon toute probabilité de la partie supérieure, droite et postérieure du col utérin auquel elle adhère par une large surface. Or, s'il en est ainsi, l'effacement du col dans les derniers jours de la grossesse a dû lui communiquer déjà un certain ébranlement; car, sous l'influence des contractions indolores de la matrice, le col utérin s'étant rappetissé peu à peu jusqu'à se transformer en un simple orifice, n'a pu opérer ce changement sans rétrécir et tirailler les attaches de la tumeur. Mais ce sont surtout les contractions énergiques de l'utérus qui, en augmentant graduellement, dans le cours du travail, la dilatation de l'orifice, ont nécessairement exercé des tractions puissantes sur le fibrôme. Celui-ci, implanté sur le bord même de cet orifice et sollicité par les contractions du corps de la matrice, a été finalement entraîné au-dessus du détroit abdominal en rompant les adhérences péritonéales qu'il avait pu accidentellement contracter.

Comme causes adjuvantes de ce mouvement ascensionnel, je signalerai sans y insister, parce qu'il est aisé d'en comprendre l'action: 1° L'écoulement d'une grande quantité de liquide amniotique, lequel, en produisant une déplétion partielle de la matrice, provoqua le retrait des parois utérines, et, par conséquent, à un faible degré, l'élévation du segment inférieur de l'organe; 2° l'attitude particulière que je fis prendre à la malade pendant les contractions, attitude qui, en inclinant le fond de la matrice fortement à gauche et en avant, tendait à faire basculer la tumeur qui occupait un point diamétralement opposé; 3° enfin, la présence d'une extrémité de l'ovoïde fœtal au détroit supérieur, extrémité qui, pressée fortement de haut en bas par les contractions utérines, s'insinua peu à peu dans l'espace libre du canal pelvien, en même temps que le fibrôme était sollicité dans un sens inverse par les mêmes contractions.

Telle est, à mon avis, l'explication la plus plausible du phénomène dont il s'agit. En l'admettant comme fondée, on voit que l'implantation sur le col de la matrice d'un fibrôme *sessile* et *sous-péritonéal*, loin d'être désavantageuse, paraît au contraire être plus favorable que si elle existait sur la partie inférieure du corps de cet organe. Dans le premier cas, en effet, l'obstruction du petit bassin tend à disparaître par le triple fait des contractions utérines, de la dilatation progressive de l'orifice et, finalement, de l'ascension de la tumeur au-dessus du détroit supérieur, tandis que, dans le second, elle est sujette à persister en raison même du point d'implantation qui soustrait la tumeur à l'influence de ces causes de déplacement.

3° Quand le canal pelvien est obstrué par une tumeur utérine, il est constant que la fréquence relative des diverses présentations du fœtus est considérablement modifiée. L'extrémité pelvienne ou le tronc de l'enfant s'offre alors beaucoup plus souvent au détroit supérieur que dans les cas de bonne conformation. S'agit-il d'un cas de ce genre? L'accoucheur doit nécessairement subir cette situation et, à moins d'une grande facilité à opérer la version céphalique, il ne peut tenter l'extraction de l'enfant par les voies naturelles qu'en agissant sur les pieds ou sur le siége. Mais lorsque c'est, au contraire, la tête qui se présente, ne serait-il pas avantageux de pratiquer la version pelvienne, afin de favoriser ainsi le déplacement de la tumeur soit avec la main qui opère, soit en engageant dans l'espace libre du bassin, des parties fœtales progressivement plus volumineuses (jambes, cuisses, partie inférieure du tronc, etc.)? C'est là, Messieurs, une question importante de pratique à résoudre. J'espère que les exemples qui seront produits dans la discussion par plusieurs de nos collègues, serviront à jeter sur elle quelque lumière. Pour moi, quoique je sois peu disposé à adopter une telle pratique comme règle générale, je me hâte d'ajouter que jusqu'ici les faits parvenus à ma connaissance sont encore trop peu nombreux pour m'autoriser à formuler nettement une opinion. L'observation que je viens de relater prouve du moins que la présentation du sommet peut être favorable et comporter une issue heureuse de l'accouchement.

4° Pour terminer cette communication, Messieurs, permettez-moi d'aborder un point, à mon avis très-litigieux, de l'histoire des fibrômes utérins; je veux parler de la vascularisation, de l'hypertrophie et du ramollissement de ces produits morbides *sous l'influence de la gestation*. Vous le savez, il est généralement admis de nos jours que la grossesse a pour effet ordinaire de provoquer ces diverses modifications dans les corps fibreux de la matrice. Dernièrement, MM. Depaul, Tarnier et Forget reproduisaient ici même cette opinion en l'appuyant de leur autorité. Moi-même, dans plusieurs publications, j'ai adopté cette croyance. Mais, je dois le dire, depuis lors plusieurs observations personnelles et l'examen plus sévère des fondements de la doctrine ont sensiblement modifié mes idées sur ce point. Loin de considérer ces faits comme incontestables, et surtout comme constituant des phénomènes *communs* de la grossesse, j'estime au contraire que leur réalité aurait besoin encore d'un complément de démonstration et que leur prétendue *fréquence*, en tout cas, n'est rien moins que scientifiquement établie. Afin d'éviter toute confusion, je le répète, j'entends parler ici de ces phénomènes en tant que dépendants de la gestation et provoqués par elle.

Sans doute, en considérant combien la vitalité de l'utérus s'accroît pendant la grossesse, combien ses vaisseaux, ses fibres et tous ses éléments s'hypertrophient sous cette influence, il est naturel de penser que les fibrômes de cet organe, dont la constitution anatomique ressemble tant à la sienne, participent plus ou moins à ce mouvement nutritif et subissent, dès lors, des changements analogues dans leur tissu. C'est là, il faut en convenir, une présomption des plus fortes en faveur de la doctrine que je discute, et qui n'a pas peu contribué à l'accréditer. Mais, Messieurs, de simples présomptions, si fortes soient-elles, ne peuvent évidemment, dans l'espèce, légitimer une affirmation. Il faut, pour cela, plus que des raisons *à priori*; il faut des faits, et des faits significatifs. Voyons donc quelle est la valeur de ceux qui ont été produits en faveur de la cause.

Mais auparavant, permettez-moi encore de faire remarquer que, si les circonstances de siége et de structure des fibrômes utérins portent à penser que la grossesse exerce sur eux une réelle influence, il est d'autres particularités de ces tumeurs qui tendent, au contraire, à éloigner de cette idée; telles sont: 1° l'existence d'une couche celluleuse périphérique qui isole, en quelque sorte, le néoplasme du tissu environnant; 2° l'absence constante de *vrai* pédicule et de lien vasculaire artériel propres à établir, entre la tumeur et l'organe, une certaine continuité. Aussi, dans ces conditions, le fibrôme semble-t-il avoir une vie propre, beaucoup plus indépendante et individuelle que celle de la matrice elle-même. Celle-ci, en effet, se trouve presque toujours profondément influencée par la présence du corps fibreux, tandis que ce dernier ne paraît l'être que fort rarement par les modifications utérines dues à la grossesse. C'est du moins ce que j'espère démontrer dans le cours de cette discussion.

La grossesse provoque-t-elle réellement, dans les fibrômes utérins, un grand accroissement des vaisseaux sanguins, une augmentation rapide de volume et un ramollissement très-notable de tissu? Et, si cette influence de la gestation existe, constitue-t-elle un fait ordinaire ou, au contraire, un fait exceptionnel? Pour le docteur Ashwel qui, l'un des premiers, a écrit sur ce sujet (*Gaz. méd. de Paris*, 1837), la solution de ces questions ne serait pas douteuse. « Les tumeurs, dit-il, se ramollissent vers les derniers mois de la gestation, l'accroissement de leur vascularité conduit *nécessairement* à l'inflammation; une suppuration de mauvais caractère se déclare et la mort arrive après l'accouchement. C'est là, je crois, ajoute-t-il, l'histoire pathologique abrégée de ces sortes de tumeurs. » Mais pour appuyer cette manière de voir, quelles sont les preuves invoquées par l'auteur anglais? Quelques faits, la plupart écourtés et d'une signification, à mon avis, fort douteuse. Ainsi, pour ne parler que des deux plus explicites, on trouve dans l'un, à l'autopsie, « deux ou trois tubercules d'une *dureté cartilagineuse;* deux autres, du volume d'une grosse noix, sont enveloppés d'un kyste et ramollis dans leur intérieur. » Dans l'autre observation, on lit: « Le tissu de la tumeur était *peu vascularisé;* à sa face postérieure, elle était ramollie et fissurée, son intérieur offrait de la matière purulente de mauvaise nature. » Voilà donc, au sujet de la vascularisation, une simple et unique mention, et encore s'agit-il d'une mention restrictive plutôt que confirmative; relativement à l'augmentation de volume, il n'existe nulle indication; et, sur le fait du ramollissement, deux autopsies seulement semblent à peu près probantes. Toutefois, si l'on veut bien remarquer que, dans l'une, des *tubercules d'une dureté cartilagineuse* coexistaient avec des tubercules ramollis, et d'autre part que, dans les deux observations, aucun examen tendant à constater l'état des tumeurs avant la grossesse ne paraît avoir été pratiqué, on sera nécessairement conduit à restreindre la valeur de ces deux autopsies au sujet de la part réelle qui revient à la gestation dans l'altération des tumeurs.

On sait, en effet, que les fibrômes de la matrice peuvent se vasculariser, s'accroître rapidement et se ramollir en dehors de tout état de grossesse. Ces modifications de leur tissu constituent même un fait assez ordinaire dans leur évolution naturelle. Dès lors, comment affirmer, le plus souvent, que les altérations trouvées à l'autopsie dépendent de la gestation, surtout si les tumeurs sont de date ancienne ou si, dans leur voisinage, on en trouve d'autres qui offrent une dureté cartilagineuse? Comment comprendre que la grossesse exerce une action si puissante sur les unes sans modifier la marche des autres?

Qu'on lise l'observation de M. Huguier (*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1857, p. 94), celle du docteur Barnetche, dont nous a parlé M. Forget, celle de M. Blot, publiée dans la thèse d'agrégation de M. Tarnier, etc., et l'on se convaincra aisément que la suppuration ou le ramollissement central des tumeurs peut aussi bien être rapporté à l'évolution naturelle des fibrômes qu'à l'influence particulière de la grossesse. Quant à la tumeur molle et fluctuante, dont Cazeaux a entretenu la Société à la suite de la communication de M. Huguier (*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1857), elle ne peut être ici mise en cause, puisqu'il s'agissait non point d'un corps fibreux, mais bien d'une véritable hypertrophie du tissu utérin. Il importe, d'ailleurs, dans cette question, de tenir un grand compte du temps qui, parfois, s'est écoulé entre l'accouchement et la mort de la femme; car si la grossesse, en elle-même, n'exerce sur la marche des fibrômes qu'une influence douteuse, il peut n'en être pas de même des contusions produites dans le cours du travail, de même que des opérations nécessitées par l'extraction du fœtus et des accidents inflammatoires qui, trop souvent alors, se manifestent dans le temps des couches.

En ce qui concerne l'accroissement rapide des tumeurs, même incertitude que pour le fait de leur ramollissement. On a cité des cas, il est vrai, dans lesquels des fibrômes de petit volume avaient sensiblement grossi dans le cours de la gestation. Mais comment a-t-on pu apprécier les vraies dimensions de ces tumeurs? Évidemment, ce n'est que par le toucher vagino-rectal ou par le palper abdominal. Or, avec le premier moyen, qui ne comprend que le développement progressif de la matrice, son poids croissant et les pressions qu'elle exerce sur les viscères voisins ne puissent rendre la tumeur plus explorable, plus accessible au doigt et, par conséquent, plus volumineuse en apparence qu'elle ne semblait l'être en l'absence de ces conditions? Lorsqu'on explore les fibrômes à travers la paroi abdominale, semblable illusion peut aussi se produire. Sur la fin de la grossesse, en effet, il arrive que la pression excentrique de l'œuf expulse, en quelque sorte, de la paroi utérine, les tumeurs qui y sont incluses. Celles-ci, dès lors, devenant plus superficielles, plus extérieures, si je puis ainsi dire, paraissent plus volumineuses qu'elles n'étaient auparavant, bien qu'elles n'aient pas changé de dimensions. Il arrive même que des fibrômes méconnus jusque là révèlent ainsi leur existence. Cette pression excentrique de l'œuf et ses effets sur le déplacement des corps fibreux sont si réels que, dans un cas (voir *Gaz. des Hôp.*, 1864, p. 210), nous constatâmes, M. Depaul et moi, chez une femme prête d'accoucher, une large plaque dure qui occupait une grande partie de la paroi antérieure de la matrice. Cette espèce de gâteau aplati, qui dissimulait, pour ainsi dire, l'œuf derrière lui, était constitué par un gros corps fibreux que nous trouvâmes parfaitement sphérique après l'accouchement, c'est-à-dire quand la cavité utérine fut évacuée. La forme aplatie qu'il offrait sur la fin de la grossesse était due aux deux pressions en sens inverse de l'œuf et de la paroi abdominale antérieure.

Chez madame C..., dont j'ai donné l'histoire, les petites tumeurs qui occupent le corps de la matrice et qui, pendant la gestation, paraissaient grosses comme des amandes, se reconnaissaient à peine, quelques jours après l'accouchement, sous la forme de légères inégalités à la surface de l'utérus. Or, pour moi, je n'hésite pas à penser que ce changement est bien plutôt le résultat d'une réintégration des tumeurs dans l'épaisseur de la paroi utérine, que celui d'une atrophie consécutive à la gestation.

Quant au premier fait que nous a sommairement relaté M. Forget dans sa communication, il me semble démontrer aussi que la grossesse n'a eu, sur le développement du fibrôme, qu'une influence très-faible ou nulle. En effet, notre collègue nous apprend qu'une dame affectée d'une tumeur volumineuse de l'utérus devint successivement trois fois enceinte, conduisit à terme ses trois grossesses et n'eut de laborieux que le dernier accouchement. Pour que les choses se soient ainsi passées, il faut bien que l'accroissement de volume de la tumeur se soit opéré avec lenteur. Car, bien que M. Forget n'ait pas indiqué le laps de temps pendant lequel ces trois grossesses suivirent leur cours, ce n'est pas exagérer en le supposant d'au moins trois années. Si donc la tumeur a grossi dans cet intervalle, il n'y a rien là que de très-conforme à l'évolution habituelle des fibrômes, et je ne puis voir dans ce cas un exemple décisif de l'action de la grossesse sur la célérité de développement de ces sortes de tumeurs.

Que si, maintenant, nous opposons à ces faits douteux le grand nombre de ceux dans lesquels la grossesse paraît n'avoir exercé aucune action sur l'évolution des fibrômes; si, par exemple, nous rappelons le cas de M. Faliu, présenté dernièrement à la Société par M. Depaul, de même que celui dont je viens de donner la relation; si nous invoquons les faits de même genre qui se trouvent publiés dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1862, p. 61, et 1864, p. 197, un autre présenté, en mars dernier, à la Société anatomique par M. Lelong, etc., et tous ceux dans lesquels, à côté de corps fibreux plus ou moins altérés, on a rencontré de ces mêmes tumeurs à l'état de dureté cartilagineuse, nous serons évidemment portés à conclure:

1° Que la *réalité* des modifications imprimées à certains fibrômes utérins par la gestation, quoique très-vraisemblable, manque cependant encore d'une rigoureuse démonstration;

2° Que l'influence dont il s'agit étant supposée incontestable, on ne saurait du moins la considérer jusqu'ici que comme un fait purement exceptionnel.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

—

Programme d'un concours pour l'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires à Paris.

I. — CONDITIONS D'ADMISSION.

Le concours qui doit s'ouvrir, en exécution du présent programme, aura lieu:

A Strasbourg, le 7 décembre 1868,

A Montpellier, le 15 du même mois,

Et à Paris, le 21 du même mois,

A moins que le petit nombre de candidats ne motive leur concentration à Paris.

Les conditions d'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale du Val-de-Grâce ont été ainsi déterminées par l'article 2 du décret du 13 novembre 1852:

1° Être Français;

2° Être docteur en médecine de l'une des trois facultés de l'Empire (les élèves qui ont subi les cinq examens pour le doctorat seront admis à concourir s'ils s'engagent à produire le diplôme de docteur avant le 15 janvier 1869; ils ne seront commissionnés en qualité de stagiaire qu'après avoir satisfait à cette condition);

3° Être exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire;

4° N'avoir pas dépassé l'âge de 28 ans à l'époque de l'ouverture du concours (cette limite d'âge est absolue, et nul ne pourra être admis à la dépasser que dans la proportion de services militaires antérieurs pouvant être compris dans la liquidation d'une pension de retraite);

5° Avoir satisfait à des épreuves déterminées par le Ministre de la Guerre;

6° Souscrire un engagement d'honneur de se vouer pendant cinq années au moins au service de santé militaire.

Les candidats auront à requérir leur inscription sur une liste qui sera ouverte à cet effet dans les bureaux de MM. les intendants des 1re, 6e et 10e divisions militaires, à dater du 1er septembre prochain. La clôture de cette liste aura lieu à Strasbourg et à Montpellier quinze jours avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours dans chacune de ces localités, et à Paris, le 19 décembre.

Les candidats des concours de Strasbourg et de Montpellier, reconnus admissibles, recevront pour se rendre à Paris l'indemnité de route attribuée au grade de médecin sous-aide.

II. — FORMALITÉS PRÉLIMINAIRES.

En exécution des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire :

1° Son acte de naissance dûment légalisé;

2° Le diplôme de docteur en médecine ou le certificat de réception au cinquième examen (cette pièce pourra n'être produite que le jour même de l'ouverture des épreuves);

3° Un certificat délivré par un médecin militaire ayant au moins le grade de major, et constatant qu'il est apte au service militaire; cette aptitude pourra d'ailleurs être vérifiée par le jury d'examen;

4° L'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué en temps utile aux épreuves de concours;

5° Pour les candidats comptant des services militaires, les pièces constatants ces services.

L'entrée à l'École du Val-de-Grâce des candidats admis aura lieu du 1er au 15 janvier 1869.

III. — NATURE DES ÉPREUVES.

1° Une composition sur une question de pathologie et de thérapeutique médicales;

2° Une épreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie pratiques.

3° Une épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

Ces épreuves auront lieu devant un jury composé d'un inspecteur du service de santé militaire, qui le présidera, et de deux professeurs à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires désignés par le Ministre.

Le classement général de tous les candidats a lieu à Paris.

IV. — MODE D'EXÉCUTION DES ÉPREUVES.

Il est accordé quatre heures pour rédiger la composition écrite, sans livres ni notes, sous la surveillance d'un membre du jury ; la question est la même pour tous les candidats.

Pour traiter la question orale d'anatomie des régions, il est accordé quinze minutes de réflexion.

Au commencement de la séance, chaque candidat tire sa question, qui est numérotée par le président, dans l'ordre que le sort a fixé pour son audition; elle lui est remise dans le cabinet de réflexion quinze minutes avant l'épreuve.

La durée de l'épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages, est fixée à vingt minutes, dont cinq à huit, au gré du candidat, pour l'épreuve.

V. — STAGE A L'ÉCOLE IMPÉRIALE DU VAL-DE-GRACE.

La durée de ce stage ne peut dépasser une année et peut être abrégée si les besoins du service l'exigent. Pendant leur séjour à l'École, les docteurs admis sont exercés à l'examen des malades, aux prescriptions d'après le régime et le formulaire des hôpitaux militaires, aux opérations, aux pansements, aux analyses de chimie usuelles dans l'armée, aux expertises d'hygiène et de médecine légale militaire, à la connaissance et à l'application des lois et règlements qui concernent le service de santé militaire.

Ils sont soumis aux obligations de la discipline militaire et reçoivent, pendant leur séjour à l'École, les appointements de l'ancien grade de chirurgien sous-aide, augmentés du supplément de Paris, soit 2,623 francs par an.

Ils ont droit, en outre, à une indemnité de première mise d'habillement fixée à 500 francs, et payable : 250 francs au moment de leur admission à l'École, et après avoir souscrit l'engagement dont il est question ci-dessus, et 250 francs après qu'ils ont satisfait aux examens de sortie.

Au terme de leur temps de stage, ils obtiennent, sous la réserve de ces examens de sortie, le brevet du grade de médecin aide-major de deuxième classe, et ils jouissent, à partir de ce moment, des privilèges inhérents à la position d'officier. Après deux ans de grade, ils passent de droit aides-major de première classe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— La Commission internationale pour la prophylaxie des maladies vénériennes, nommée au dernier congrès de Paris, va tenir sa première séance.

La réunion aura lieu le 31 juillet, à Paris, sous la présidence de M. le professeur Bouillaud.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 89. — JEUDI 30 JUILLET 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 30 JUILLET 1868. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois... 8 fr. 50 c.
Six mois... 16 —
Un an... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 29 juillet 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les brèves indications que nous avons données lundi dernier sur l'état de la santé publique, ont été confirmées par les détails qu'ont fournis à l'Académie de médecine MM. Jules Guérin, Tardieu, Robinet, Husson.

La fréquence des diarrhées et des accidents cholériformes, signalée par M. Guérin, n'a nullement été mise en doute.

Leur peu de gravité actuelle a été prouvée par le chiffre très-faible de la mortalité, soit générale, soit due à cette cause spéciale.

Dans le mois dernier, seulement vingt-sept morts de diarrhée, y compris les vieillards et les enfants; depuis le commencement de la saison chaude, une vingtaine seulement de décès cholériques : tels sont les chiffres officiels.

Quant aux autres genres de maladies, leur effacement relatif est rendu évident par ce fait que le nombre absolu des décès est très-inférieur à la moyenne.

On commence enfin à entrevoir comme probablement assez prochaine la clôture de la discussion sur la tuberculose.

Personne, sans doute, n'aura la pensée de prendre la parole après M. Bouillaud, à moins que le sujet ne soit revivifié par de nouvelles expériences.

M. Bouillaud a résumé le débat comme aurait pu le faire un rapporteur; et dans la seconde partie de son discours, il est revenu sur la première suffisamment pour atténuer des affirmations qui auraient pu nécessiter une réponse.

Il a reconnu que les Allemands, s'ils attribuaient une cause inflammatoire à la pneumonie caséeuse, n'avaient pas prétendu qu'il en fût ainsi des granulations semi-transparentes, lesquelles sont pour eux les vrais tubercules.

Il a reconnu que l'irritation n'avait jamais été conçue par l'école physiologique, comme la conçoit maintenant l'école allemande. Mais il a ajouté que, sur ce point, il s'était depuis longtemps séparé de l'école physiologique; qu'il avait restreint le rôle étiologique de l'inflammation à un certain groupe de maladies, et signalé en dehors d'elle des causes virulentes, infectieuses, une irritation sécrétoire, etc. (Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que l'irritation, telle que l'a comprise M. Virchow, diffère pour le moins autant de cette irritation sécrétoire que de l'inflammation elle-même.).

En ce qui touche le fond du débat, M. Bouillaud, comme beaucoup d'autres, émet des doutes sur la nature des produits de l'inoculation; il ne regarde pas la tuberculose comme spécifique et contagieuse, dans le sens propre de ces mots; mais, comme M. Jules Guérin, il croit que les tubercules ramollis et communiquant avec l'air, que les cavernes donnent naissance à des matières infectieuses.

Étant chargé par l'Institut de faire un rapport sur les travaux de M. Villemin, il s'est imposé une réserve qui ne lui a pas permis de donner un grand développemeni à ces conclusions. Mais pour les attaquer, en ce moment, il faudrait pouvoir invoquer des expériences qui soient nouvelles par quelque point.

La séance a été très-longue et très-chargée. Malgré la chaleur tropicale, elle s'est prolongée plus de deux heures et demie.

M. Chauveau a répondu à M. Colin dans une note dont nous reproduisons aujourd'hui les conclusions. M. Colin, faute de temps, n'a pu obtenir la parole pour riposter de suite; mais il est probable que nous ne perdrons rien pour avoir attendu. Les deux jouteurs qui sont aux prises sont l'un et l'autre redoutables; ils ont le goût et l'habitude de la méthode expérimentale; ils ne présenteront pas, en guise d'arguments, de simples fleurs de rhétorique, mais des expériences bien exécutées dont la science puisse tirer profit.

Dr Victor Revillout.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

DES ÉPILEPTIQUES.

Mœurs et habitudes. — Etat mental. — Actes criminels. — Capacité civile.

D'après les dernières statistiques, on compte en France trente-huit mille épileptiques. Ce chiffre déjà si élevé est loin d'être l'expression exacte de la vérité, car un grand nombre de familles cherchent à enfouir dans un douloureux silence l'infirmité de l'un des leurs. La science, la justice et l'administration ayant chaque jour des rapports avec des épileptiques, il y a lieu de rechercher de quelle manière l'épilepsie modifie les tendances antérieures et les qualités intellectuelles et affectives des malades. La relation la plus directe existe, en effet, entre les dispositions du corps et celles de l'esprit. La santé laisse librement s'épanouir les facultés de l'âme : la maladie les contriste et les dénature.

Le caractère propre à chaque individu est une résultante morale de son organisation. L'excitabilité morose est l'inévitable suite des affections chroniques, et l'état moral a des signes symptomatologiques qui traduisent presque à coup sûr la nature habituelle de la souffrance. Nul ne confondra, par exemple, la misanthropie de l'homme qui porte une lésion des voies urinaires ou l'irascibilité bourrue du goutteux, avec la triste préoccupation du gastralgique ou l'inconstante mobilité du phthisique. Il y a là des nuances.

L'épilepsie, de son côté, modifie à ce point les tendances antérieures et les qualités intellectuelles et affectives des malades, qu'elle finit par les ramener à une expression générale, et qu'elle leur imprime un cachet commun et des plus reconnaissables. Ainsi, en dehors de toute crise convulsive, les épileptiques sont égoïstes, méfiants, ombrageux, irritables et emportés. Il suffit quelquefois d'un regard ou d'un geste pour leur causer l'impression la plus fâcheuse et enflammer leur colère. Soupçonneux, querelleurs, difficiles à vivre et n'aimant personne, ils se plaignent à tort, se disputent, sèment la discorde et se font haïr. Leurs mouvements impétueux n'excluent ni la pusillanimité ni la poltronnerie, et l'intimidation rétablit d'ordinaire le silence et le bon ordre.

Dans le caractère des épileptiques, tout est contradiction. Rien ne saurait égaler la fréquence, la rapidité et l'excessive mobilité des contrastes. Ces mêmes hommes, dont l'humeur acariâtre, méchante et rebelle avait tout à l'heure fixé votre attention, les voici maintenant prévoyants, soumis, polis, flatteurs, obséquieux et rampants; ils vous entourent, vous prennent les mains, se mettent entièrement à votre discrétion et vous font mille protestations. Ils profitent du tendre abandon avec lequel ils affectent de se livrer à vous, pour approcher leur figure très-près, prendre un air mystérieux, vous parler à l'oreille et vous confier quelque important secret. L'entretien intime aboutit à une dénonciation calomnieuse contre un infirmier, ou à la sollicitation pateline d'un peu de vin ou de tabac.

La versatilité des manifestations psychiques dans l'épilepsie est telle que le matin, à la visite, un malade affable, gai, démonstratif, enthousiaste, se sera applaudi de ses actions, aura vanté les ressources de son esprit et les qualités de son cœur, aura fait le loquace et exubérant éloge de sa femme, de ses enfants et de ses amis, et se sera à ce point illusionné sur son état, qu'il aura complaisamment énuméré une foule de projets, auxquels il donnera suite aussitôt après sa rentrée dans la société; quelques heures après, si vous avez occasion de le revoir, ce même homme est tristement accroupi dans un coin : il pleure et est plongé dans le plus réel désespoir. Approchez-vous de lui, témoignez lui de l'intérêt, et, après avoir jeté sur vous un regard dans lequel se lisent la douleur et la honte, il vous parle des terribles conséquences de sa maladie, de l'éloignement forcé dans lequel il est sans doute condamné à vivre jusqu'à sa mort, du désir immense qu'il aurait de se guérir, et de l'amertume dont son existence est abreuvée! *Torpent, abjecti animo, mœsti, hominum aspectum et consuetudinem vitantes*, a dit Arétée.

Entre ces états si différents, si diamétralement opposés, on constate souvent une sorte de situation mixte : les malades sont calmes, modestes, réservés et pleins de bon vouloir; leur voix est douce, leurs paroles sont empreintes de bienveillance et de bonté. Ils ont, d'après M. Delasiauve, « comme le vague instinct de leur impuissance et comme le sentiment de leur infirmité. » Ils sont timides et circonspects. Par leur douceur, ils appellent en quelque sorte la pitié, et, par leurs officieux services, ils s'ingénient à conquérir la sympathie. Des sentiments de ferveur religieuse se font jour et s'élèvent jusqu'à l'exaltation; mais la plupart du temps, des habitudes solitaires invétérées s'inscrivent en faux contre ces pratiques toutes de circonstance, contre ces croyances enfantées par un cerveau d'une indescriptible fragilité. Quelques jours, quelques semaines peuvent se passer ainsi, mais le retour des crises convulsives rappelle bientôt le cercle fantasque des idées confuses et des allures bizarres.

Dans les établissements hospitaliers, on accepte souvent des épileptiques comme infirmiers. C'est un très-mauvais choix que l'on fait là. Aujourd'hui laborieux, dociles, conciliants, exacts, honnêtes, propres et dévoués, ils seront demain paresseux, arrogants, taquins, négligents, voleurs, sales et violents. L'imprévu a trop de prise sur eux pour qu'on puisse leur confier avec quelque sécurité la moindre occupation dans l'intérieur d'un hôpital ou d'un asile.

A Bicêtre, les épileptiques fréquentent peu les aliénés. Ils ont plutôt une sorte d'attraction pour ceux qui partagent leur malheur. Bien qu'ils se disputent, se froissent à propos de rien ou se battent entre eux, ils se prêtent assez volontiers une mutuelle assistance en cas d'ébats convulsifs. Ils se font même juges du degré d'intensité de l'attaque qu'a éprouvée leur camarade, et le lendemain, ils en rendent fidèlement compte au médecin.

La lésion des sentiments affectifs est en général très-marquée chez les épileptiques; ils ont ce qu'on appelle vulgairement *le cœur sec*. M. Hausalter a rapporté dans sa thèse inaugurale l'observation d'un malade dont les tendances religieuses étaient des plus manifestes, et qui lança un jour, presque sans motifs, un violent coup de pied dans les parties génitales d'un de ses compagnons. Cet acte de brutalité ayant fini par amener la mort, on mit le malade en présence du cadavre de sa victime, dans l'espoir que ce spectacle l'impressionnerait vivement et lui ferait tempérer ultérieurement sa violence; mais il fut impossible de surprendre chez lui la plus légère trace d'émotion et de lui arracher une parole de repentir. Le trouble et l'égarement que les plus grands coupables décèlent en pareille circonstance sont un hommage à la conscience humaine; ils accusent celui qui les a ressentis, loin d'atténuer son crime. Mais lorsqu'une névrose écrasante a rompu le fil conducteur de l'intelligence, enchaîné la volonté et voilé les sentiments affectifs, la société n'a point à punir cet être, comparable à une machine qui a frappé et tué : elle doit seulement déplorer une aussi immense infortune et faire en sorte de parer désormais à la possibilité d'une dangereuse récidive.

Après avoir fait passer sous vos yeux cette esquisse générale, cette sorte d'épreuve de photographie morale des épileptiques, je dois rechercher quelles sont les conséquences de la névrose sur l'état mental.

Tout épileptique n'est point un aliéné. Seulement, chez un grand nombre d'individus atteints de la maladie que Celse appelait *morbus sacer*, l'harmonie des sentiments moraux se rompt, le caractère des affections se pervertit et l'ordre des sensations se trouble. La folie est pressentie, mais elle n'est point nécessairement acquise.

Des hommes extrêmement distingués, en effet, de très-grands génies mêmes, malgré les accidents caractérisques qui ont chagriné leur existence, n'ont jamais commis aucun acte pouvant faire soupçonner qu'ils ne jouissaient pas de leur libre arbitre. Quelques exemples nous prouveront, au besoin, jusqu'à quel degré d'élévation et de gloire il en est qui sont parvenus. Au dire de Plutarque, Jules César fut épileptique et éprouva sa première attaque à Cordoue. Pétrarque mourut subitement dans une crise nerveuse. Newton, sujet à des vertiges, succomba dans la démence sénile, « cette calamité du dernier âge », selon Arétée. Si l'on s'en rapporte aux paroles d'un auteur dont Bayle et M. Moreau (de Tours) ont invoqué l'autorité, Mahomet était atteint d'épilepsie : « *se oborta ex metu vertigine collabi et humi procumbere ; hac autem ratione convicialem morbum quo vexabatur callide excusabat* ». Pierre-le-Grand fut affecté d'accidents épileptiques; le fils qu'il tenait de l'amour de Catherine fut épileptique, et l'un de ses petits-fils, Paul Ier, eut des hallucinations. Molière, enfin, entrait quelquefois en convulsions, « ce qui l'empêchait de travailler pendant quinze jours », disent ses biographes.

Ne nous préoccupons donc point de cette classe d'individus, pour qui l'état convulsif est compatible avec l'intégrité de l'esprit : le théâtre des affaires humaines est ouvert à leur libre activité, ils s'y meuvent et nous les coudoyons tous les jours.

Qu'il nous suffise de savoir qu'ils forment une très-faible minorité.

Restent deux autres catégories d'épileptiques : les premiers, *à la suite des crises*, éprouvent des lacunes dans la trame du raisonnement; leur esprit ne jette qu'une fausse et décevante clarté, et leur volonté se traîne dans une douloureuse impuissance. A ces moments-là, ils sont dangereux pour la société et dangereux pour eux-mêmes, mais ils vivent néanmoins de la vie commune et remplissent, au besoin, des fonctions élevées. Leur égarement passager est sans conséquences juridiques. Ce n'est pas à eux que la loi des Douze-Tables avait enlevé la gestion de leurs biens, mais leur avenir n'en est pas moins sombre, puisque Arétée a pu dire : « *Rationem usquè eo morbus conturbat ac dejicit, ut prorsus denique infatuentur* ». Êtres mixtes, ils ont en quelque sorte un pied dans le camp de la folie et l'autre dans celui de la raison.

On demanda un jour à d'Aguesseau ce que c'était qu'un insensé, dans le sens de la jurisprudence et de la médecine légale. « C'est celui, répondit l'illustre chancelier en s'appuyant sur l'autorité de Cicéron, qui, dans la société civile, ne peut pas s'élever à la médiocrité des devoirs généraux. » Cette définition est presque applicable à la classe d'épileptiques dont nous parlons, à cela près cependant que s'ils jouissent des aptitudes qui nous sont communes à tous, ils sont destinés, à un moment donné, à les perdre une à une. Après s'être élevés à la médiocrité qu'a indiquée d'Aguesseau, ils auront — la plupart — l'humiliation de fléchir sous l'oppression mentale.

Quant aux épileptiques de la seconde catégorie, vous les avez vus tout à l'heure aux prises avec la fragilité, l'imprévu, la soudaineté et le contraste; mais ce que je n'ai pas dit encore, c'est que quelques-uns d'entre eux restaient camisolés ou enfermés dans des cellules et que rien n'égalait la fureur de leurs emportements. Ces malheureux malades causent dans les asiles de justes terreurs, et quand le meurtre d'un médecin ou d'un infirmier vient à jeter l'épouvante dans un établissement, on n'a pas à chercher longtemps l'assassin! Véritables possédés du démon, ils crient, hurlent et brisent; une rage aveugle les pousse à se frapper la tête contre les murs et à se livrer aux plus graves violences sur quiconque se présente à eux.

Dans la pratique de votre art une circonstance pourra vous rendre parfois très-obscur le diagnostic de l'épilepsie. Certains malades, en effet, n'ont jamais que des accès nocturnes. A tout prendre, ce sont encore les privilégiés! Ils ne se doutent pas le plus souvent de la signification réelle de la céphalalgie, de la myriade de pétéchies presque imperceptibles imprimées sur le front, de quelques taches ecchymotiques du blanc de l'œil, de l'émission involontaire du liquide excrémentitiel, des éraillures et morsures de la langue, et des autres symptômes moins accusés qui les surprennent si désagréablement à leur réveil. Ne vous y trompez pas : ces malades peuvent tout à coup devenir dangereux.

Au sortir de ces crises méconnues, la chaîne des idées se renoue péniblement, la volonté cherche à ressaisir le commandement, et l'activité fait des efforts pour se relever. Dans cet état intermédiaire, le pouvoir moral est vacillant; il ne réagit qu'avec timidité et est sujet à déférer à la première impulsion maladive, suicide ou criminelle, qui peut jaillir soudainement.

Vous parlerai-je du vertige épileptique? Malgré sa durée éphémère, sa presque instantanéité, le vertige conduit tout aussi rapidement que l'attaque classique à des manifestations psychiques anormales, à l'accomplissement d'actes insolites, répréhensibles ou dommageables. Après une série d'accidents, le vertigineux peut brusquement parcourir tous les tons de la gamme délirante, depuis l'irascibilité capricieuse et l'excitation turbulente, jusqu'à l'incohérence et la fureur.

Je viens d'avoir dans mon service, à Bicêtre, plusieurs vertigineux ayant accompli des crimes. Ma patience n'a jamais été poussée à bout par leurs obséquiosités, leurs mensonges, leurs récriminations ou leurs injures, et j'ai toujours accueilli avec intérêt leur grande infortune. Aussi, avais-je presque fini par me rendre maître de ces natures ingrates.

Tels sont les épileptiques. Et maintenant, dans quelle mesure peuvent-ils être responsables?

De la réunion sans suture des tendons d'un petit diamètre.

Par le docteur Em. Bessières.

Lorsqu'un tendon est entièrement coupé, faut-il en opérer la réunion à l'aide d'une suture?

Oui, si ce tendon est volumineux; non, s'il est d'un petit diamètre.

Plusieurs fois j'ai été appelé à constater des sections des extenseurs des doigts, et j'ai toujours été assez heureux pour rappeler les mouvements sans opérer de sutures.

Dernièrement encore j'ai vu un cas remarquable de section de l'extenseur du medius, suivie de guérison complète au bout de trois semaines de traitement.

Voici le fait et le traitement que j'emploie en pareil cas :

Un jeune homme d'une vingtaine d'années travaillait dans un bois à faire de l'écorce. Un coup de serpe mal dirigé vient s'abattre sur la partie moyenne du dos de la main gauche, au niveau du troisième métacarpien, un peu au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Plaie béante de 0,02 centimètres de largeur, section complète de la gaine et du tendon, l'incision se constate jusque sur le métacarpien, le médius tombe dans la paume de la main, l'extension est intacte pour les autres doigts.

Sans perdre mon temps à rechercher le bout supérieur du tendon, qui était fortement retiré en haut, je me contente de fermer la plaie à l'aide d'un point de suture qui n'embrasse que la peau, et, séance tenante, je fais faire deux attelles courbes sur le plat; l'une palmaire, assez large pour soutenir toute la main, l'autre dorsale, d'une largeur de deux travers de doigt.

Je porte la main du blessé dans une extension un peu forcée, ce qui est facile à cet âge, je place sa face palmaire sur la face *concave* de l'attelle palmaire et je fixe à l'aide de quelques tours de bande; puis, sur la face dorsale de la main, j'applique la face *convexe* de l'attelle dorsale, je maintiens le médius contre cette attelle en le portant dans une extension encore un peu plus forcée que celle des autres doigts et je le fixe dans cette position à l'aide d'une bandelette de diachylon. Sur la plaie, je me contente de placer un gâteau de charpie que l'on imbibe d'eau froide toutes les heures.

Trois jours après, j'enlève mon point de suture, les lèvres de la plaie sont adhérentes. Pas de suppuration. J'applique de nouveau mon appareil, et le laisse encore dix-huit jours à demeure en ayant soin de maintenir le membre élevé.

Ce temps écoulé, je rends toute liberté à la main; la flexion est un peu raide, mais l'extension du médius se fait parfaitement.

Aujourd'hui, six semaines après l'accident, le blessé a repris son travail avec autant de facilité qu'autrefois. Je n'ai pas, par ce moyen, la prétention de mettre en contact les deux bouts du tendon, mais par le repos et une position convenable, je diminue l'écartement qui les sépare et je facilite l'épanchement des liquides plastiques qui s'organisent par la suite et se lient assez intimement aux deux bouts du tendon pour faire corps avec eux.

On évite ainsi l'exfoliation du tendon et l'inflammation de la gaîne, accidents qui ont eu lieu trop souvent à la suite du pénible travail qu'entraîne la suture des tendons.

Lithotome double d'Amussat.

Le lithotome double d'Amussat a été employé dernièrement pour pratiquer l'opération de la taille chez un malade qui portait une pierre énorme (9 centimdtres de longueur, sur 6 de largeur et 5 d'épaisseur. L'opération a réussi.

Ce lithotome est simple, commode. Voici la description que la « Clinique » en a donnée, en rendant compte de la séance du 11 septembre 1828 à l'Académie de médecine.

« M. Amussat a mis sous les yeux de la section un nouveau lithotome double, qui, par sa séduisante simplicité, suivant l'expression de l'un de nos collaborateurs, paraît l'emporter sur celui de Franco, être préférable à celui de Fleurant et n'avoir pas les inconvénients de celui de M. Dupuytren.

« Ce lithotome n'est autre chose que des ciseaux courbés sur le plat, dont les deux lames qui se croisent sont fixées avec une vis. Ouvertes, elles coupent en dehors; fermées, chacun de leurs bords tranchants est protégé par le dos arrondi de la lame correspondante, et elles sont ainsi inoffensives. L'une d'elles, plus longue que l'autre, est boutonnée. Sur sa branche se trouvent une échelle de gradation et un curseur mû par une vis de pression, qui sert à indiquer le degré d'écartement des lames. Un ressort est fixé en dedans des branches par une vis, et se dirige obliquement de l'une à l'autre. En pressant les deux branches dans le même sens sur le ressort, les deux lames s'écartent et présentent en dehors leurs bords tranchants. L'extrémité des deux branches est munie d'un crochet qui peut servir, au besoin, de suspenseur de la vessie dans la taille hypogastrique. »

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 28 juillet 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

I. — M. le Secrétaire annuel donne lecture d'une lettre par laquelle M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce informe l'Académie de médecine qu'il a fait rayer de la liste des récompenses accordées en 1866 aux vaccinateurs le nom de la dame *Julien*, sage-femme à Murat (Tarn), attendu que cette dame a été récemment condamnée à deux années d'emprisonnement pour complicité d'infanticide.

II. — M. le Ministre de l'Agriculture, du Commerce et des Travaux publics transmet :

1° Les rapports du service des épidemies pour les départements de l'Isère, de l'Aude et des Pyrénées-Orientales (Commission des épidémies);

2° Un rapport de M. le docteur Lapeyre sur le service médical des eaux minérales d'Avène (Hérault) (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Bauchet (de Lyon) qui rappelle les rapports qu'il a adressés à l'administration en 1865, 1866 et 1867, sur les épidémies diverses qui ont regné dans sa circonscription dans le cours de ces trois années (Commission des épidémies);

2° Un rapport de M. le docteur Martel sur les épidémies de variole qui ont sévi à Monistral-d'Allier en mars 1868 (Commission des épidémies).

M. le Secrétaire annuel rappelle que la solennité d'inauguration de la statue de *Laënnec*, dans la ville de Quimper, est fixée au 15 août prochain. Une délégation composée de MM. Andral, Bouillaud, de Kergaradu, Louis, Béclard, Barth et Royer, représentera l'Académie à cette véritable fête médicale. MM. Devilliers, Piorry et Rufy ont offert de se joindre à la députation.

M. Béclard exprime l'espoir que d'autres membres de la compagnie imiteront cet exemple.

M. Robinet présente une note de M. Magnès Lahens sur le vin toni-nutritif au quinquina et au cacao. Ces deux substances étant chimiquement incompatibles, on ne peut les réunir dans une même formule en leur laissant leurs propriétés thérapeutiques.

M. Béclard offre en hommage au nom de M. le docteur Fauvel, médecin de l'Hôtel-Dieu, un volume intitulé : *Le choléra, étiologie et prophilaxie.*

Il fait ressortir l'importance de cet ouvrage qui renferme l'exposé des travaux de la conférence sanitaire internationale de Constantinople, et n'hésite pas à attribuer aux résolutions prises par cette conférence et aux précautions inspirées par son influence, l'absence complète de choléra parmi les pèlerins qui se sont cette année réunis à la Mecque.

M. Guérin. Je ferai remarquer à ce sujet que la Commission du choléra est en mesure de faire son rapport. Il serait bon qu'elle le fît de suite. Il ne faut pas attendre que la santé publique soit plus altérée par la chaleur; je suis de ceux qui croient que le choléra peut naître en dehors de toute importation, et je sais qu'il y a déjà eu à Paris des diarrhées nombreuses.

M. Tardieu. Je tiens à établir de suite que la santé publique n'a pas souffert, comme on pourrait le croire, de l'épreuve que nous traversons. Dans le courant du mois dernier il est mort en tout 27 personnes de diarrhées, et sur ces 27, il y avait 8 enfants et quelques vieillards. Ce chiffre est très-peu élevé et n'indique rien d'épidémique.

M. Guérin. Je tenais à constater que le rapport est prêt et peut se lire. Je dois dire aussi que si, à Paris, les diarrhées cholériformes sont jusqu'ici légères, elles sont nombreuses. A Londres, la mortalité a doublé par la diarrhée et les affections cholériformes. Je tiens aussi à dire que je ne suis pas d'avis de cacher la vérité sur ces questions, comme les hommes d'administration aiment à le faire.

M. Béhier La diarrhée actuelle ne ressemble en rien au choléra.

M. Robinet. La mortalité est au minimum. Il a eu même un jour durant la semaine dernière où l'on n'a pas eu à constater un seul décès dans deux arrondissements, ce qui est très-rare.

M. Husson. Chaque année, à Paris, durant la saison chaude, en dehors de toute cause épidémique, il y a au moins de trente à quarante décès par le choléra dans les hôpitaux. Or, cette année, nous sommes bien à moitié de la saison chaude, et le chiffre des décès cholériques ne dépasse pas vingt. On voit qu'il est parfaitement normal.

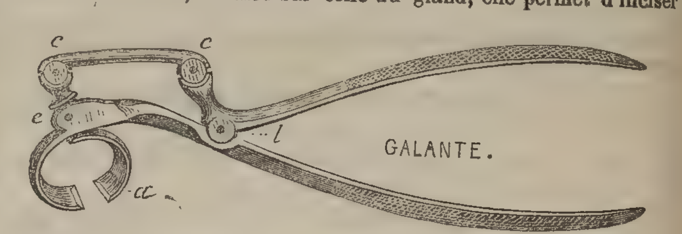
M. Chauffard présente, au nom de M. le docteur Bucquoy, professeur agrégé à la Faculté de médecine, un exemplaire des leçons cliniques qu'il a faites à l'Hôtel-Dieu sur la chorée rhumatismale et sur la nécrose alvéolaire produite par le phosphore.

M. Tardieu offre en hommage la troisième édition des *Études médio-légales sur l'avortement.*

M. Ricord met sous les yeux de l'Académie une pince pour l'opération du phimosis, fabriquée par Galante, sur les indications de M. Bailly, élève des hôpitaux.

Cette pince, modification de celle de M. Ricord, en diffère cependant par plusieurs points importants.

1° Par sa forme, moulée sur celle du gland, elle permet d'inciser



le prépuce en haut sur le dos de la verge et en bas près du frein.

2° Par la présence d'une série d'ouvertures régulièrement distribuées sur les mors et destinées au passage des fils à suture.

3° Par l'adjonction de deux vis qui perment le rapprochement parallèle de deux mors.

Le manuel opératoire est entièrement calqué sur celui de M. Ricord.

M. le Secrétaire annuel dépose sur le bureau un pli cacheté remis par M. Colin.

NOTE

Sur le principe actif des virus.

M. Chauveau (de Lyon), membre correspondant, adresse une note en réponse à celle de M. Colin, sur le même sujet.

Voici les conclusions de cette note.

1° La couche liquide supérieure des diffusions vaccinales est dépourvue d'activité virulente, de l'aveu de M. Colin lui-même.

2° Ce défaut d'activité ne tient pas à l'absence ou au peu d'abondance des substances albumineuses du vaccin, car ces substances existent dans le liquide superficiel en plus grande quantité que dans des dilutions étendues pourvues cependant de l'activité virulente.

3° Il ne tient pas davantage à l'altération des éléments virulents au contact de l'eau, l'expérience démontrant que ce contact prolongé même au delà de quarante-huit heures, temps moyen employé pour les diffusions, ne modifie pas l'activité du vaccin et des autres virus qui ont été l'objet de mes recherches.

4° On ne peut démontrer que la diffusion soit, en fait, un moyen absolument certain de faire passer toutes les substances solubles du vaccin dans la couche superficielle de l'eau versée à la surface de cette humeur.

Cette objection, prévue et développée par moi avant tout autre, ne permet pas de faire reposer sur la méthode de diffusion seule la démonstration de l'inactivité du sérum des tumeurs virulentes. C'est pourquoi j'ai eu recours à une dernière méthode, celle des dilutions graduelles, dont l'idée m'a été suggérée par les expériences de Spallanzani, de M. Quatrefages et d'autres, sur le liquide spermatique; mais je n'ai pas à m'occuper de cette dernière méthode, l'auteur des critiques actuelles ayant passé à côté sans paraître en soupçonner l'existence.

COMMUNICATION

sur l'Ovariotomie.

M. Kœberlé communique à l'Académie le compte rendu des opérations pratiquées par lui depuis 1862 jusqu'en 1868.

Voici le résumé de ce travail.

La gravité de l'ovariotomie est proportionnelle aux complications qu'elle présente. Les mauvais résultats qu'on a obtenus antérieurement doivent surtout être imputés, indépendamment des procédés opératoires, aux errements de la médecine contemporaine, qui éloigne en général les pauvres malades de l'opération, jusqu'à ce que l'affection soit compliquée et que le cas soit devenu à peu près inopérable.

Pour qu'une statistique d'opérations d'ovariotomie soit satisfaisante, elle doit donner les résultats suivants :

Les cas sans adhérences doivent fournir 90 à 95 guérisons pour 100.

Les cas avec des adhérences légères doivent guérir 70 à 80 fois pour 100.

Quant aux cas graves, compliqués, avec des adhérences très-vasculaires, la mortalité est très-variable. On doit s'estimer très-heureux d'obtenir 30 à 50 guérisons pour 100, surtout si l'on ne repousse pas systématiquement les cas qui présentent peu de chances de guérison et si on n'adopte pas la pratique des incisions exploratrices et des opérations laissées inachevées. Dans ces conditions, on doit obtenir au moins 40 à 60 guérisons pour 100.

Tableau I. Mes opérations ont donné les résultats suivants :

Cas sans adhérences......	20;	guérisons	17,	morts	3	— 1/7
Cas avec adhérences légères	16;	—	13	—	3	— 1/5
Cas avec adhérences graves	33;	—	15	—	18	— 1/2
	69;	guérisons	45,	morts	24	

Aucune opération n'est restée inachevée. Les tumeurs ont été constamment extirpées, nonobstant les plus graves difficultés.

En analysant comparativement le tableau de la deuxième centaine d'opérations de M. Wells, de Londres, on trouve :

Cas sans adhérences......	38;	guérisons	31,	morts	7	— 1/6
Cas avec adhérences légères	40;	—	30	—	10	— 1/5
Cas avec adhérences graves	22;	—	11	—	11	— 1/2
	100;	guérisons	72,	morts	28	

Il y a eu de plus 6 opérations inachevées par suite d'adhérences graves dont il n'est pas tenu compte dans ce tableau.

T. II. La gravité de l'opération a été proportionnelle à la perte de sang.

Sur 18 cas où la perte de sang n'a pas dépassé 50 grammes, 1 seule opérée a succombé.

De 50 à 1000 grammes, la mortalité a été sensiblement la même. Sur 43 cas, il y a eu 16 morts, soit environ 37 p. 100.

De 1000 à 2000 grammes, sur 6 cas, il y a eu 5 morts.

Dans 2 cas où la perte de sang a dépassé 2000 grammes, il y a eu 2 morts.

T. III. La mortalité de l'ovariotomie a été très-exactement proportionnelle à la durée de l'opération.

Dans 9 cas où l'opération n'a pas duré plus d'une demi-heure, il n'y a pas eu d'insuccès.

Dans 28 cas où l'opération a duré depuis une demi-heure jusqu'à une heure, un quart des opérées a succombé.

Lorsque l'opération a duré de une heure à une heure et demie, la mortalité a été du tiers.

Lorsque l'opération s'est prolongée pendant deux heures, la mortalité a été de près des deux tiers.

Dans 5 cas où l'ovariotomie a duré deux heures et au-delà, toutes les opérées ont succombé.

T. IV. Les causes de mort ont été les suivantes : scepticémie, dans 7 cas; péritonite, dans 5 cas; péritonite et septicémie, dans 6 cas; étranglement interne, 1 cas; tympanite intestinale, 1 cas; entérite, 1 cas.

T. V. La mort est survenue durant le premier jour de l'opération, dans 1 cas (22e heure); 5 fois, le 2e jour; 7 fois, le 3e jour; 4 fois, le 4e jour; 1 fois, le 6e jour; 3 fois, le 7e jour; 2 fois, le 8e jour; et 1 fois, 1 mois après l'opération.

T. VI. Dans 13 cas, les deux ovaires ont été enlevés simultanément, et dans deux de ces cas la matrice a été extirpée en même temps que les ovaires : il y a eu 7 guérisons et 6 morts.

T. VII. L'âge des malades opérées est compris entre 17 et 72 ans. Les malades âgées de 30 à 35 ans ont guéri en plus grande proportion. Au-dessus de 50 ans, la mortalité a été très-considérable, de 5 sur 7 cas.

T. VIII. Les adhérences à la paroi abdominale, à l'épiploon et à l'intestin ont été rencontrées dans un nombre un peu plus grand de guérisons que de morts. Les adhérences au bassin, surtout celles qui siégent à la matrice, ont donné lieu à une mortalité plus considérable; il en a été de même pour les adhérences au foie et au mésentère.

T. IX. Lorsque les malades n'ont pas été ponctionnées, la mortalité a été du tiers; lorsqu'elles ont été ponctionnées 1 fois, la mortalité a été du quart; toutes les malades, au nombre de 6, qui ont été ponctionnées 2 fois, ont guéri; les autres malades, qui ont été ponctionnées de 3 à 8 fois, ont succombé dans une forte proportion. Dans 3 cas où l'on avait fait des injections iodées, 1 seule opérée a guéri.

T. X La mortalité a été proportionnelle à la longueur de l'incision. Au-dessus de 35 centimètres, sur 3 cas, il y a eu, au contraire, 2 guérisons.

T. XI. La mortalité a été proportionnelle au poids des tumeurs.

De 1 à 5 kilogrammes, sur 8 cas, toutes les opérées ont guéri.

De 5 à 20 kilogrammes, sur 51 cas, il y a eu 35 guérisons ou les deux tiers.

T. XII. Les vomissements chloroformiques n'ont pas eu d'influence sur les cas sans adhérences; mais elles ont eu une influence marquée sur la mortalité des opérations graves.

T. XIII. Mes ovariotomies, depuis le 2 juin 1862 jusqu'au 1er juin 1868, se sont réparties ainsi :

La 1re année, sur	6 cas,	il y a eu	1 mort.	
2e	—	4	—	2
3e	—	8	—	2
4e	—	9	—	4
5e	—	19	—	9
6e	—	23	—	6

Les résultats relatifs aux cas graves se sont beaucoup améliorés dans le cours de l'année 1867-68. Sur 11 cas graves, j'ai eu 6 guérisons, tandis que les deux années précédentes, sur 12 cas graves, je n'avais obtenu que 2 guérisons. L'amélioration des résultats dans les derniers temps tient aux perfectionnements que l'ovariotomie a subis dans le procédé opératoire, perfectionnements auxquels j'ai concouru pour une très-grande part.

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE.

M. Bouillaud. Je reviens sur la première partie de mon discours pour dire à M. Colin qu'il a commis une étrange méprise en attribuant à Laënnec la supposition d'une origine irritative pour les tubercules; telle n'a jamais été l'opinion de Laënnec.

J'ai aussi à faire une petite remarque sur la doctrine des Allemands en ce qui concerne le rôle de l'irritation. Il est certain qu'ils séparent les tubercules de la pneumonie caséeuse et qu'ils reconnaissent seulement celle-ci comme inflammatoire; mais en France les granulations et la matière caséeuse ont toujours été regardées comme deux périodes d'une même maladie; ainsi les granulations, les tubercules à la période de ramollissement, constituent ce que les Allemands nomment pneumonie casécuse, et ils n'ont rien de bien établi en ce qui concerne les granulations.

Je rends justice à leurs recherches. Depuis l'époque où M. Donné fut mon premier chef de clinique, je me suis toujours occupé de micrographie, bien que je n'en aie pas fait une étude spéciale; ne croyez donc pas que j'en parle comme revenant d'un autre monde. Je lis les ouvrages étrangers qu'on nous traduit lorsqu'ils paraissent; mais, je dois le dire, je suis profondément chagrin lorsque je vois ces ouvrages et que je les compare à des livres français qui n'ont jamais été lus.

Il n'y a aucune espèce de suite et d'esprit pratique dans l'ouvrage de Virchow. En en lisant le titre : *Pathologie cellulaire*, on croirait qu'il s'agit de pathologie du tissu cellulaire; mais nullement; il est question d'une *pathologie de la cellule*, encore à l'état embryonnaire, on peut le dire. Je ne suis pas un contempteur du temps présent; mais je ne veux pas que l'on méprise trop le temps passé.

Aujourd'hui le mot d'irritation est beaucoup plus vague, surtout dans le langage des Allemands, qu'il ne l'était du temps de l'école physiologique. La chose est vraie; mais j'ai combattu en 1823 et en 1826 le sens trop restreint que cette école donnait à ce mot, et je montrais qu'il existait d'autres causes de maladie. Dans mon *Traité des fièvres* j'ai fait ressortir le rôle de la septicité, de la fermentation putride, etc. Et le ramollissement rouge inflammatoire du cerveau, ne l'avons-nous pas distingué du ramollissement blanc? Dans ma *Nosographie*, il y a douze pages de maladies dont l'étiologie est diverse; je ne voyais donc pas partout l'irritation.

En France aussi, comme on le fait maintenant en Allemagne, on a isolé l'irritation de l'inflammation. La première diffère autant de l'autre qu'une augmentation simple de calorique ou d'électricité diffère d'un changement chimique qui modifie la nature et détruit. Dupuytren ne confondait pas les irritations sécrétoires avec l'inflammation qui produit du pus. Une irritation sécrétoire, c'est celle qui produit la sueur, comme on en éprouve en ce moment. Il est vrai que l'irritation peut souvent mener à l'inflammation, mais la distinction était faite.

Je vous affirme qu'à part les noms et les choses ajoutées, vous trouverez chez nous tout ce qui existe en Allemagne. La France est toujours la grande nation par excellence au point de vue scientifique comme à tout autre. J'en arrive au travail de M. Villemin, dont je dois parler avec réserve, car, dans une autre Académie, je suis chargé de faire un rapport à son sujet.

M. Villemin a cité des auteurs qui avaient paru près de croire à la contagion de la phthisie; il a cité surtout Laënnec et M. Andral. M. Andral a parlé de cette question dans une note de la troisième édition (posthume) du grand ouvrage de Laënnec. « Il me paraît, dit-il, qu'un contact habituel avec les phthisiques n'est pas tout à fait sain. » Quant à Laënnec, il ne croyait pas à la contagion de la phthisie. Il rapportait qu'il s'était blessé en faisant l'autopsie d'un phthisique et n'en avait éprouvé aucun accident dans les vingt ans qui ont suivi cette inoculation. Il n'avait jamais vu la cohabitation avec les phthisiques, dans les masures de Basse-Bretagne, produire la phthisie, et il regardait comme un préjugé populaire la crainte de cette contagion.

En 1839, M. Jules Fournet repousse aussi la contagion, mais il admet l'infection possible. M. Guérin a repris cette idée en comparant le tubercule cru à une plaie sous-cutanée, et le tubercule ouvert, la caverne, à une plaie suppurante. Cette opinion est très-juste. La caverne, les excavations ulcéreuses peuvent agir par infection, non par contagion.

Cette manière de voir, que j'adopte, rentre dans une loi plus générale.

Un simple phlegmon peut avoir pour résultat un traumatisme qui infecte l'économie; il en est de même de la fièvre typhoïde, dont les ulcérations constituent un traumatisme interne; de même du traumatisme puerpéral. Quelle que soit la cause de la fièvre typhoïde, de la fièvre puerpérale, etc., ces maladies peuvent ainsi produire une infection septique et deutéropathique. Le malade infecte les autres et s'infecte lui-même.

Un enfant, exposé au froid, prend une angine, une laryngite inflammatoire, des fausses membranes se produisent; elles constituent dès lors un foyer d'infection comme corps étranger décomposable.

Il s'agissait d'une inflammation très-légitime, et il se fait un travail de décomposition qui infecte l'individu. Le malade respire cette infection avec l'air qui passe sur les fausses membranes.

A ce sujet, M. Colin s'est servi du mot de spécificité qui est à double entente. Il n'admet pas que le tubercule soit spécifique par virulence; mais il a grande tendance à trouver une spécificité incomplète, « ébauchée, » dit-il. Je crois qu'il veut dire que le tubercule est quelque chose de spéciale. Il n'y a pas de doute pour la granulation; mais je suis certain qu'il ne va pas jusqu'à admettre une spécificité dans la transmission et les produits.

M. Colin. Si, si.

M. Bouillaud. S'il ne l'admet pas, nous sommes d'accord sur le fond des choses.

M. Villemin a fait une grande dépense d'esprit et de talent pour échafauder son ouvrage. Je conviens que ce qui vient d'être dit des foyers d'infection nous avait préparé à l'idée de la contagion; mais de l'infection à la contagion par virus, il y a la distance des deux pôles, du ciel à la terre. M. Villemin a procédé d'abord par comparaison, par voie d'analogie.

Il a trouvé des ressemblances entre la tuberculose et la morve, la rougeole, la variole, la syphilis; entre quoi n'en trouve-t-on pas? Puis il a fait des expériences sur les animaux : lapins, cochons d'Inde. Ce sont des espèces bien distantes de l'espèce humaine.

Par l'inoculation de matière considérée comme tuberculeuse, on a produit quelque chose qui ressemble à du tubercule. Mais est-ce bien du tubercule?

Souvent il existe des lésions semblables qui sont de natures très-différentes. Avec la pommade émétisée, on peut produire des pustules dont l'aspect soit très-analogue à celui des pustules vaccinales ou varioliques; mais si on veut les inoculer, on ne produit rien.

Une autre objection aux expériences de M. Villemin, c'est que d'autres expérimentateurs ne sont pas d'accord avec lui sur l'interprétation des résultats obtenus par eux. Ainsi M. Colin ne croit pas que la tuberculose est une maladie virulente.

Le temps où nous sommes me rappelle cette grande époque où je commençais à porter le titre de docteur; de 1822 jusqu'en 1830, il s'est fait une révolution que M. Ricord a nommé le 89 de la science. Nous étudions alors la septicité, la virulence, les maladies des vaisseaux rouges et blancs, les suppurations, les métastases. Tout le monde s'en préoccupait. On n'était pas bien d'accord sur le mécanisme physiologique; on ne l'est pas encore, et c'est pourquoi j'accepte les faits extrêmes.

Plusieurs de nos maîtres n'acceptèrent pas toujours les résultats de nos travaux. M. Laugier vient de me rappeler que Dupuytren regardait comme tuberculeux ce que nous regardons comme le résultat de l'inflammation des vaisseaux blancs. En effet, la matière tuberculeuse ressemble à une certaine espèce de pus, non pas sans doute au pus phlegmoneux de bonne nature, mais à ce qu'on a nommé le pus tuberculeux.

Je conclus :

1° Il n'existe dans l'espèce humaine aucun cas de tuberculisation pulmonaire, ou de *tuberculose* autre, produite par voie d'inoculation *virulente*.

2° Dans la période de la tuberculisation ou de la tuberculose, où se sont formés des pus ou autres produits septiques dont les foyers sont en communication avec l'air ambiant, cette affection, à l'instar de tant d'autres où se forment des foyers du même genre, devient indirectement une cause d'infection septique.

3° Les accidents et, en particulier, les dépôts, soit réellement tuberculeux, soit d'apparence tuberculeuse, peuvent être ralliés à ceux, depuis longtemps connus, qui se produisent à la suite des traumatismes, soit extérieurs, soit intérieurs.

4° Le virus tuberculeux est une hypothèse qui ne repose, du moins jusqu'ici, sur aucune expérience ou observation exacte et rigoureuse.

5° M. Villemin, et M. Colin plus encore, pour leurs expériences, ont bien mérité de la science.

COMMUNICATION.

Fractures des membres inférieurs.

M. Shrimpton, médecin de l'hôpital Galignani, lit un travail sur un nouvel appareil à suspension pour le traitement des fractures et des maladies affectant les membres inférieurs. Cet appareil a été imaginé par M. le professeur Smith, de l'Université du Maryland. Il a été perfectionné par M. le docteur Shrimpton. Il se compose surtout d'un tuteur destiné à être placé sur la partie antérieure du membre fracturé. Le membre est soutenu par des tours de bandes qui ont leur point d'appui sur ce tuteur, suspendu lui-même à l'aide d'une petite corde.

Ce tuteur est formé de deux fils de fer et doit avoir toujours plus de longueur que la jambe entière sur laquelle on doit l'appliquer pour qu'il puisse être adapté aux courbures du membre, au pli de l'aine et remonter par-dessus le bas-ventre. Ces deux fils de fer sont fixés parallèlement, à 6 centimètres d'écartement l'un de l'autre, au moyen de deux branches transversales solidement soudées; ils portent deux autres branches coulantes auxquelles s'agrafent les crochets de la petite corde à suspension.

Voici en quels termes l'auteur résume les avantages de ce système :

1° L'extension et la contre-extension se font de soi et épargnent ainsi tous ces douloureux tiraillements qui ne servent qu'à irriter et faire contracter les muscles davantage.

2° Les extrémités de la fracture sont maintenues parfaitement en rapport, malgré la liberté de se mouvoir laissée au malade.

3° Le malade se trouve affranchi de cette pénible contrainte et de cette appréhension continuelle de la douleur, que le moindre ébranlement peut lui occasionner, inséparables de l'emploi de tout autre appareil.

4° L'emploi provisoire des petites sangles à boucles, en attendant l'application du bandage définitif, facilite par l'absence de toute constriction la résolution de l'engorgement du membre.

5° Le malade peut se soulever à son aise toutes les fois que cela est nécessaire.

6° Toute facilité est acquise pour laisser à découvert les parties du membre qui auraient besoin de pansement.

7° Enfin, on peut, avec l'appareil à suspension du docteur Smith, transporter commodément les malades sans la moindre douleur et sans le moindre inconvénient pour les fractures, non-seulement d'un lit à un autre et d'une chambre à une autre, mais encore à de très-grandes distances, quand ce déplacement est nécessaire.

La séance est levée à cinq heures et demie.

FACULTÉ DE MÉDECINE.

Commission de surveillance des musées.

Voici le dispositif d'un arrêté que M. le ministre de l'instruction publique a pris sur ce sujet le 13 courant :

Art. 1er. Il est institué, près la Faculté de médecine de Paris, une commission de surveillance des musées d'anatomie normale et patho-

logique, ainsi que la collection des instruments et appareils de chirurgie. Cette commission est composée du professeur d'anatomie, du professeur d'anatomie pathologique, du professeur d'opérations et appareils, et du chef des travaux anatomiques.

Toutes les questions relatives à la classification des objets, à l'amélioration, à l'entretien et au renouvellement des collections, seront soumises à l'examen de cette commission.

Art. 2. La commission se réunira mensuellement, sous la présidence du doyen. Les procès-verbaux de chaque séance seront soumis au Ministre par voie hiérarchique.

Art. 3. Le doyen, par l'intermédiaire du vice-recteur de l'Académie de Paris, adressera au Ministre les feuilles de présence des prosecteurs et aides d'anatomie, dont la tenue est prescrite par l'article 10 du règlement du 4 août 1859.

Art. 4. Sous les ordres du chef des travaux anatomiques, les chefs des pavillons distribueront les sujets de dissection aux élèves, de la manière qui paraîtra la plus propre à favoriser les progrès des études et à utiliser les sujets.

Art. 5. Les élèves seront chargés de la préparation de pièces anatomiques qui devront être conservées à l'aide de substances préservatrices. Ces préparations serviront à l'instruction pratique dans le cas où les sujets de dissection viendraient à manquer.

Art. 6. Sont et demeurent confirmées les dispositions du règlement du 3 août 1859 qui ne sont pas contraires au présent arrêté.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

152. Jolivet (Abel). Essai sur les accidents déterminés par l'altération des nerfs récurrents.

153. Quillard (Victor). De l'État de la pupille dans les maladies. Études de pathogénie et de sémiologie.

154. Gaye (Henri). De l'application graduelle et progressive des appareils inamovibles au silicate de potasse.

155. Bouchard (Jacques). Des Fractures de la rotule compliquées d'ouverture de l'articulation tibio-fémorale et de leur traitement.

156. Divet (Léon). Du Cancer du poumon.

157. Bertelot (Henri). Essai sur les Asiles d'aliénés.

158. Loubrieu (Georges). Étude sur les causes de la surdi-mutité basée sur les documents fournis par les recensements de 1851-1856-1861-1866 et sur cinq cents observations de surdi-mutité.

159. Petit (Joseph). Essai sur l'histoire du collodion et son emploi en médecine et en chirurgie.

160. Livermore (Frank). Des Complications nerveuses du rhumatisme articulaire aigu.

161. Tostivint (Marie). Essai sur les résections coxo-fémorales dans les cas de caxalgie.

162. Byasson. Essai sur la relation qui existe à l'état physiologique entre l'activité cérébrale et la composition des urines.

163. Léonardy (Émile). Étude sur le rhumatisme spinal.

164. Girondeau (Adrien). De la Circulation cérébrale intime dans ses rapports avec le sommeil.

165. Lacruz (Francisco). Quelques considérations sur le sulfate de quinine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du 16 juillet 1868, M. le docteur Boureau a été nommé médecin-adjoint de l'hospice Saint-Lazare.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur A.-A. Pillon, ancien interne des hôpitaux, chirurgien-aide-major de la garde nationale de Paris, décédé à l'âge de trente-sept ans.

— La Société médico-psychologique met au concours la question suivante (*Prix Aubanel*) : « Des aliénés dangereux et des mesures à prendre à leur égard. — Y a-t-il des aliénés non dangereux ? En cas d'affirmative, quelles dispositions nouvelles faut-il leur appliquer? »

Ce prix sera de la valeur de 800 faancs.

Les mémoires devront être adressés, avant le 31 décembre 1869, à M. le docteur Loiseau, secrétaire général de la Société.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de chirurgie, par le Dr FANO, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Ouvrage accompagné d'un grand nombre de figures dans le texte. Tome Ier; 1re partie : Pathologie générale chirurgicale; maladies des divers tissus et des divers organes; fractures. 1 vol. in-8° de 463 pages. Prix : 6 fr. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Pratique journalière de la chirurgie, par M. ADOLPHE RICHARD, chirurgien de l'hôpital Beaujon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Un beau volume grand in-8° de 703 pages, avec 215 figures originales intercalées dans le texte. Prix : 15 fr. — Paris, 1868. Germer-Baillière.

Études physiologiques et médicales sur quelques lois de l'organisme, avec application à la médecine légale, par le Dr J.-F. LARCHER, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8° avec figures intercalées dans le texte. Prix : 4 fr. — Paris, 1868. P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Ramollissements cérébraux. Infarctus.

Les nouvelles données histologiques et l'emploi de la méthode expérimentale ont complétement transformé l'histoire de certaines maladies, parmi lesquelles il faut citer en première ligne les maladies cérébrales.

On regarde aujourd'hui comme excessivement rares les encéphalites primitives ; et la plupart des ramollissements, blancs ou rouges, sont attribués à quelque obstruction vasculaire.

Ils rentrent ainsi dans l'étude des embolies et des thromboses, étude qui a reçu une impulsion si vive des travaux de Virchow ; et au nombre des documents qui peuvent servir à leur histoire, à côté des travaux spéciaux de MM. Proust (1), Poumeau (2), Prévost et Cottard (3), Larcher (4), Hayem (5), on peut citer la thèse de M. Lefeuvre (6) sur les anfractus viscéraux, le mémoire de M. Feltz sur les embolies (7), le rapport présenté sur le même sujet par M. le docteur Vergely à la Société de médecine de Bordeaux (8), le mémoire couronné par cette Société, publié en partie par l'*Union médicale* de la Gironde, etc.

Tous ces ouvrages, qui sont sous nos yeux, et plusieurs autres qui, plus ou moins directement, se rapportent au même sujet, ne remontent pas à plus de deux ans. C'est dire combien cette question est maintenant à l'ordre du jour.

Nous ne pouvons songer à en faire l'historique dans un article de journal, qui doit être court ; et pour n'être pas incompréhensible, nous devons nous borner aujourd'hui à un exposé très-succinct, sans discussion, sans indication bibliographique, recommandant surtout les mémoires de M. Hayem et de MM. Prévost et Cottard, comme devant être consultés avec fruit.

Lorsqu'on produit des embolies artificielles dans les artères du cerveau, en injectant de petits corps étrangers dans les carotides par exemple, si le courant sanguin se trouve interrompu sur un trop grand nombre de points, l'animal meurt très-vite, parfois comme foudroyé. C'est ce qui arrive le plus souvent quand on injecte des poudres très-fines, qui puissent pénétrer très-loin, comme la poudre de lycopode.

Il faut donc, quand on veut étudier les lésions qui surviennent au bout d'un certain temps à la suite des embolies, injecter des corps un peu gros, qui se distribuent moins régulièrement dans les divisions vasculaires. Si l'on a pris cette précaution, l'animal ne meurt pas de suite ; mais il est atteint de phénomènes paralytiques plus ou moins marqués ; et généralement après quelques heures, pendant lesquelles il conserve son intelligence, il tombe dans le coma et meurt par asphyxie, comme les apoplectiques.

A l'autopsie, on trouve un ramollissement de toutes les parties de l'encéphale dont les artères étaient oblitérées ; cette altération de tissu et l'obstruction des vaisseaux sanguins marchent de front : selon que l'embolie atteint un plus ou moins grand nombre de branches, le ramollissement qui en résulte est plus ou moins étendu.

Ce ramollissement peut être blanc ; mais aussi peut-il être rouge ; et les expérimentateurs ne sont pas d'accord sur la question de savoir s'il doit commencer par être rouge avant de devenir blanc, ou par être blanc avant de devenir rouge, ou enfin si une cause inconnue peut faire varier sa coloration dès le début.

Il semble d'abord extraordinaire qu'une embolie puisse produire un ramollissement rouge, car la couleur rouge tient en pareil cas à une sorte de congestion, à une hyperdémie, à une dilatation des vaisseaux par le sang ; or l'idée d'oblitération artérielle et celle de congestion, d'hyperhémie, semblent contradictoires. Pourtant il est prouvé que, dans certains cas, il en est ainsi.

Le problème se présente plus simple dans la rate que dans le cerveau. Dans la rate, chaque département vasculaire est bien isolé : une seule branche artérielle a sous sa dépendance tout un lobule, et elle ne possède aucune anastomose qui la mette en rapport par ses extrémités avec une branche voisine. Or, dans la rate, les embolies expérimentales s'accompagnent de congestion.

On a donné le nom d'infarctus au résultat des embolies dans les viscères. Les infarctus de la rate, observés, soit durant la vie, quand la paroi abdominale a été ouverte, soit après la mort, sur l'animal auquel on avait injecté dans les artères des matières pulvérulentes, ces infarctus sont d'un rouge foncé ; ils font saillie sur les parties saines ; et quand on ouvre les veines qui en sortent, elles laissent écouler une grande quantité de sang.

Un habile physiologiste, M. Moreau, a eu l'idée de lier l'artère splénique elle-même : la rate s'est hyperhémiée d'une manière considérable.

Ainsi, l'on ne doit plus admettre que l'anémie est une conséquence forcée de l'interruption du courant sanguin dans les artères. Par un mécanisme dont on donne plusieurs explications qui sont loin d'être claires et qui diffèrent les unes des autres, le sang peut, en refluant des veines, venir remplir et dilater les capillaires et même les vaisseaux d'un certain volume.

Mais ce sang ne circule plus : il est stagnant et perd bientôt ses propriétés vivifiantes ; d'ailleurs, il n'est pas oxigéné : c'est un sang veineux, incapable d'entretenir la vie dans les tissus.

Aussi la mort moléculaire des tissus, ce qu'on a nommé « la nécrobiose », survient-elle dans les infarctus et ramollissements rouges, comme dans les infarctus et ramollissements blancs.

Qu'est-ce donc que cette nécrobiose et en quoi diffère-t-elle de la gangrène proprement dite?

Ici nous nous trouvons encore sur un terrain qui a été surtout étudié par l'école allemande.

Les tissus atteints de nécrobiose ne prennent pas d'odeur, ne *pourrissent* pas, comme des tissus frappés de gangrène.

Ainsi qu'il arrive pour certains cadavres, soustraits au contact de l'air dans des conditions déterminées, ils subissent progressivement une transformation graisseuse. On ne doit pas prendre au pied de la lettre cette comparaison grossière, et chercher dans l'*adipocire* le produit de la nécrobiose ; mais il est bon de se rappeler que dans les membres, et en général dans les parties extérieures du corps, l'embolie a pour résultat, au lieu de nécrobiose, une gangrène proprement dite.

Faut-il donc attribuer à l'absence d'air atmosphérique, l'absence de gangrène dans le cerveau ou dans la rate? On l'a prétendu ; mais M. Lefeuvre a trouvé dans la rate d'une malade, au centre d'infarctus, des parties isolées et qui, bien que n'ayant aucune odeur, étaient noires et mortifiées comme dans la gangrène. Or la différence la plus importante qui sépare la nécrobiose de la gangrène, ce n'est pas l'odeur de cette dernière, c'est l'irritation éliminatrice qui se produit autour d'elle, et l'isole jusqu'au moment où elle est expulsée.

Dans la nécrobiose, il peut se faire que les tissus, transformés en graisse, soient complétement absorbés, molécule par molécule ; les tissus voisins les envahissent, pour ainsi dire, à mesure

(1) Des différentes formes du ramollissement du cerveau. Thèse de concours pour l'agrégation. Paris, 1866.

(2) Du rôle de l'inflammation dans le ramollissement cérébral. Thèses de Paris, 1866.

(3) Études physiologiques et pathologiques sur le ramollissement cérébral. Paris, 1866. Delahaye.

(4) Pathologie de la protubérance annulaire. Deuxième tirage, revu et augmenté. Paris, 1868. P. Asselin.

(5) Études sur les diverses formes d'encéphalite. Paris, 1868. A. Delahaye.

(6) Études physiologiques et pathologiques sur les infarctus viscéraux. Paris, 1867. A. Delahaye.

(7) Étude clinique et expérimentale sur les embolies capillaires. Strasbourg, 1868. Derivaux.

(8) Étude critique sur l'embolie. Rapport fait à la Société impériale de médecine. Bordeaux, 1868.

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de la menstruation.

SES RAPPORTS AVEC L'OVULATION, LA FÉCONDATION, L'HYGIÈNE DE LA PUBERTÉ ET DE L'AGE CRITIQUE, SON ROLE DANS LES DIFFÉRENTES MALADIES, SES TROUBLES ET LEUR TRAITEMENT.

Par A. RACIBORSKI,

Docteur en médecine, ancien chef de clinique et lauréat de la Faculté de médecine de Paris, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, membre de plusieurs sociétés savantes, chevalier de la Légion d'honneur, etc. (1).

Un traité de la menstruation, fondé sur les données modernes de la physiologie, était une des nécessités de l'époque. M. Raciborski, à qui l'on devait déjà tant d'intéressants travaux sur l'ovulation, sur le rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique et sur les différentes maladies des femmes, était, en quelque sorte, naturellement désigné pour nous donner un traité d'*emménologie* complet.

La physiologie, l'hygiène, la pathologie comme la thérapeutique peuvent chacune faire de nombreux emprunts à l'important ouvrage dont nous parlons et que nous signalons à l'attention de tous.

L'auteur commence par donner une description détaillée des modifications anatomiques et physiologiques qui caractérisent l'ovulation spontanée chez les mammifères et qui correspondent chez la femme, aux époques des règles : notions qui, généralement, il faut bien l'avouer, étaient encore fort incomplètes ou fort obscures. Tous les éléments de cette importante question sont exposés dans le livre de M. Raciborski d'une manière magistrale ; la chromo-lithographie en rend, d'ailleurs, la lecture attrayante, car chaque phase de l'ovulation étant fidèlement reproduite sur des planches coloriées, rien n'échappe à l'attention et tout est facile à comprendre.

L'auteur prouve ainsi, à n'en pas douter, que les ovules arrivent périodiquement à maturité, condition indispensable pour que la fécondation soit possible. Tous les ovules non utilisés pour la reproduction de l'espèce sont ensuite expulsés par la déhiscence spontanée des vésicules de De Graaf, ce qui est accompagné d'hémorrhagie dans les cavités intra-vésiculaires, des trompes et de l'utérus ; celle-ci est plus particulière à l'espèce humaine.

A propos de la première éruption des règles, l'auteur donne un tableau synoptique d'après des notes prises sur 25,590 femmes nées dans les diverses parties du globe situées entre 18° et 68° de latitude et entre 25° et 0° de température moyenne. Il ressort de ces recherches, dont la plus grande partie a été provoquée par l'auteur, que la latitude géographique ou la température du pays et la position sociale jouent le principal rôle parmi les causes extérieures capables d'influer sur l'époque de la puberté.

Mais à côté de cela, il y a une condition interne tenant aux individus, que l'auteur désigne sous le nom de *sens génital*, dont il donne les caractères anatomiques, qui domine toutes les autres influences et en modifie les effets suivant qu'ils lui sont favorables ou opposés. Cette interprétation rend compte, d'une façon fort satisfaisante, de faits en apparence contradictoires, et nous ne saurions trop recommander ce chapitre aux méditations des lecteurs.

La prédominance presque constante à l'époque de la ménopause de l'anémie et de cet état que l'auteur appelle *pléthore nerveuse*, par opposition à la *pléthore sanguine*, qui est généralement invoquée comme cause des souffrances de cette période de la vie, se trouve parfaitement établie et mérite d'être prise en sérieuse considération. Il est impossible que les praticiens ne s'aperçoivent pas de suite que, la plupart du temps, il sera avantageux de remplacer les évacuations sanguines, considérées à tort comme devant suppléer à l'ancien flux menstruel, par le régime tonique, l'hydrothérapie, les voyages, les distractions, etc. Le conseil donné par l'auteur aux femmes du monde de *savoir s'arrêter à temps* sur le chemin de leurs émotions habituelles et de savoir diriger de bonne heure l'activité de leur esprit vers des œuvres de bienfaisance où d'autres succès plus durables et plus méritoires les attendent ; ce conseil, dis-je, est non-seulement moral, mais riche en conséquences salutaires. Nous pourrions en dire autant de toute la partie de cet important travail où l'auteur traite de l'hygiène de la puberté et de l'âge critique. Non-seulement les médecins y trouveront plus d'un enseignement précieux, mais toutes les mères de famille la liront avec plaisir et avantage autant dans leur propre intérêt que dans celui de leurs filles.

Les deux dernières parties consacrées aux questions de pathologie générale, aux troubles de la menstruation et à leur traitement, couronnent dignement cet ouvrage. Les troubles de la menstruation sont divisés en cinq groupes : *rétention du flux menstruel par causes mécaniques* ; *dysménorrhée*, *aménorrhée*, *ménorrhagie* et *ataxie menstruelle*. A propos de la rétention, l'auteur discute avec talent la question du reflux du sang de la cavité utérine dans la cavité péritonéale, qui a été considéré depuis quelque temps comme un fait pathologique d'une certaine importance. La question de l'exfoliation de la membrane interne de l'utérus est discutée dans un paragraphe spécial à côté de la dysménorrhée : le chapitre destiné à la ménorrhagie fournit à l'auteur l'occasion de traiter de ces épanchements de sang subits du bassin, décrits dans ces derniers temps sous le nom d'*hématocèles rétro-utérines*, *péri-utérines* ou *pelviennes*, et de faire ressortir la gravité relative des règles survenant dans certaines fièvres éruptives, et le danger de leur suppression brusque par les refroidissements.

Au lieu de cette thérapeutique banale où tout est hasardé et confus, dont on retrouve encore des traces dans les publications modernes, M. Raciborski cherche à déduire, autant que possible, les indications thérapeutiques dans les troubles de la menstruation des données anatomiques et physiologiques, d'une connaissance approfondie des affections des organes sexuels et des rapports qui existent entre les troubles de la menstruation et les différents états morbides de l'économie. C'est ainsi que l'auteur a été amené à employer avec avantage le bromure de potassium et les bains tièdes, non-seulement dans l'intervalle des époques, mais même pendant les règles chez les dysménorrhéiques. C'est de la même manière qu'il a eu l'heureuse idée de recourir aux préparations de noix vomique et d'arsenic dans diffé-

(1) Paris, chez J.-B. Baillière et fils, un grand in-8° de 631 pages et deux planches doubles chromo-lithographiées d'après nature.

qu'ils disparaissent, le vide est comblé par des éléments semblables à ceux d'une cicatrice; et ce genre d'action « ce processus » est bien différent du processus éliminateur. On pourrait donc considérer comme gangréneux les bourbillons noirs, isolés, que M. Lefeuvre a trouvés dans une rate; et dès lors l'absence d'air atmosphérique ne pourrait suffire pour expliquer complétement pourquoi la nécrobiose remplace la gangrène dans le cerveau, etc.

Les signes microscopiques des ramollissements provoqués se rapportent tous à cet envahissement des tissus par la graisse. Les tubes nerveux sont dissociés et comme brisés; la myéline se résout en gouttelettes; les globules sanguins se rassemblent par places; les granulations graisseuses forment une sorte de gaîne autour des vaisseaux; elles peuvent même envahir leurs parois, comme elles envahissent tous les éléments de la substance nerveuse et de la névroglie. En très-peu de jours il se forme des *corpuscules de Gluge*, ou *corps granuleux*, que l'on considère actuellement comme formés par l'accolement de ces granulations graisseuses.

Voilà ce qu'on trouve au microscope dans les ramollissements encéphaliques qu'on produit chez les animaux par embolie expérimentale.

Chez les hommes morts de ramollissements cérébraux, on trouve généralement les mêmes choses; et là ne finit pas l'analogie, car plus d'une fois, chez ces derniers, on a découvert le caillot obturateur qui avait amené l'infarctus.

Ce caillot peut dépendre d'une embolie : il peut s'être formé dans un autre point du système circulatoire et être venu dans les artères cérébrales avec le sang. Mais, bien entendu, il peut aussi s'être formé sur place par thrombose.

On a nommé « inopexie » une altération spéciale du sang qui le dispose à se coaguler mécaniquement, pour ainsi dire, dans le système circulatoire, et qui se produit sous l'influence de certaines maladies le plus souvent chroniques, ou de certaines diathèses.

Les coagulations passives auront les mêmes résultats que la thrombose par inflammation des parois artérielles (si tant est que l'on doive admettre, malgré M. Wirchow, cette dernière affection).

D'après ce que nous venons de voir, il est démontré que l'obstruction des artères de l'encéphale est une cause puissante de ramollissement du cerveau.

Est-ce la seule cause? On ne peut encore l'affirmer, et MM. Prévost et Cottard font à ce sujet de sages réserves.

Seulement, il paraît que la couleur du ramollissement n'est plus un moyen de diagnostic : le ramollissement rouge le plus hypérémique peut résulter d'une embolie, si les choses se passent dans le cerveau comme dans la rate; et alors, à ce point de vue, il ne reste rien des doctrines qui dominaient il y a quarante ans.

Calculs urinaires. hydronéphrose ancienne.

Dernièrement, nous avons assisté à une leçon clinique, que M. le professeur Gosselin a faite à propos d'un malade, mort le jour même de son entrée dans le service.

Il s'agissait d'un homme d'une soixantaine d'années, qui paraissait avoir plus que son âge. Il était déjà presque à l'agonie, lorsqu'il a été transporté à l'hôpital; et comme il était évident qu'on ne pourrait rien faire pour le sauver, bien qu'il répondît pertinemment aux questions qu'on lui adressait, on ne les a pas poussées bien loin, car il semblait très-fatigué de cet interrogatoire.

On a appris seulement qu'il avait souffert de la vessie; depuis combien de temps? de quelle manière? on ne l'a pas su. Les causes de la mort restaient inconnues.

Voici quelles lésions on a trouvées à l'autopsie.

D'abord, la vessie contenait trois pierres, plates, un peu allongées, comme de petits galets. La plus grosse, dont le diamètre avait à peu près de 3 à 4 centimètres, offrait une surface grisâtre; la plus petite était rouge, comme le sont les calculs d'acide urique; la troisième tenait le milieu pour la couleur comme pour la taille.

La prostate renfermait aussi des calculs, au nombre de deux. Ils étaient rouges l'un et l'autre, et semblaient formés d'acide urique. L'un était libre dans la partie prostatique de l'urèthre; l'autre, un peu plus gros qu'une noisette, rappelant la forme d'un coin, mais irrégulier, s'enfonçait dans une cavité creusée au dépens des lobes de la prostate et surtout du lobe moyen, où il était comme enchatonné. C'était bien là un calcul urinaire, semblable aux autres. Un calcul vraiment prostatique, se rattachant au mucus prostatique, n'aurait pas pu être aussi gros, aussi dur, et surtout il n'aurait pas été de couleur rouge. Les calculs prostatiques sont généralement très-petits, et comme pulvérulents.

Ainsi les voies urinaires de cet homme contenaient en tout cinq calculs.

Pourrait-on croire que la mort avait résulté de l'irritation occasionnée dans la vessie par ces calculs? Non, la muqueuse vésicale était relativement intacte; elle ne présentait pas l'état inflammatoire, les ulcérations et les altérations profondes qu'on y trouve dans certains cas. Il fallait donc chercher plus haut.

Les uretères étaient dilatés, surtout vers leur extrémité supérieure, dans laquelle on aurait pu introduire le pouce. Les reins étaient volumineux : en les ouvrant, on les trouva creusés de larges poches constituées par une dilatation énorme des calices et des bassinets. La substance glandulaire était très-atrophiée : elle avait presque disparu dans certaines parties, et dans d'autres, elle se distinguait à peine, par son aspect, de la substance corticale.

On avait donc affaire à cet état morbide que Rayer avait appelé « hydronéphrose. »

Mais l'hydronéphrose résulte d'une obstruction des uretères. C'est l'urine qui dilate ainsi ses voies excrétoires, lorsqu'elle ne trouve plus un libre passage vers la vessie. Or, chez ce malade, les uretères n'étaient nullement obturés, comme on s'en est assuré à l'aide d'un stylet. Il est probable que les calculs, retrouvés soit dans la vessie, soit dans la prostate, s'étaient d'abord formés dans les reins, qu'ils avaient glissé lentement le long des uretères obstrués par eux, puis étaient tombés dans la vessie à une époque plus ou moins reculée.

Ce n'était donc pas une hydronéphrose *à l'état aigu*, pour ainsi dire, qui avait fini par briser les forces de cet homme, mais une ancienne hydronéphrose dont la cause avait disparu; et c'est en cela que cette autopsie est digne de remarque. Il a dû se faire quelque chose d'analogue à l'empoisonnement urémique, après la destruction de la plus grande partie de chacun des reins.

Pourtant, l'agonie et la mort sont survenues sans cette éclampsie ou ce coma, qui sont les deux formes habituelles de l'intoxication urémique.

Il est regrettable qu'on n'ait pas pu obtenir des renseignements circonstanciés sur ce malade.

Dr Victor Revillout.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

Sur les fractures traumatiques du larynx et leur traitement,

Par M. le docteur Fredet (de Clermont-Ferrand),

ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique, etc.

Il nous a été donné d'observer, il y a quelques semaines, une triple fracture du cartilage cricoïde, produite par la pression digitale, et dont nous publions plus loin l'observation. A l'occasion de ce fait, nous nous sommes livré à quelques recherches bibliographiques, et nous n'avons pas été peu étonné de constater une absence absolue de documents sur les fractures du larynx dans la plupart des ouvrages français de chirurgie, dans les traités de chirurgie pratique de Ravaton et Sue, de Richerand; de Desault, d'Heister; dans Boyer; le dictionnaire en 30 volumes; le dictionnaire de Fabre; dans les traités de pathologie chirurgicale de S. Cooper; de Vidal de Cassis; de Nélaton; dans le Compendium de MM. Denonvilliers et de Gosselin. Il y est bien question des plaies, des blessures, des brûlures du larynx, mais les fractures sont entièrement passées sous silence. L'on doit cependant accepter Malgaigne, qui dans son *Traité des fractures et luxation*, leur a consacré un chapitre à part (1), et Follin (2) qui, dans son livre de pathologie externe a écrit quelques lignes à peine sur les fractures du cartilage thyroïde. Espérons que dans les deux nouveaux dictionnaires qui s'éditent concurremment, cet oubli sera réparé, et que l'on mettra en lumière ce genre de lésions qui, jusqu'à ce jour, a été si peu étudié.

Les traités de médecine légale, bien que nous fournissant quelques exemples de fractures des cartilages du larynx, ne nous sont pas d'un grand secours pour leur étude, à cause de la pauvreté et du peu de détails de leurs renseignements.

En 1859, cependant, M. Cavasse (3) fait paraître une monographie sur les fractures des cartilages du larynx.

C'est un cas de fracture du larynx, observé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Laugier, dont il était alors l'interne, qui donna l'idée à M. Cavasse de faire des recherches à ce sujet. Il publia dans sa thèse inaugurale cette observation avec des expériences très-intéressantes qu'il pratiqua sur le cadavre et dont nous parlerons plus loin. Au début de son travail, M. Cavasse se plaint avec raison de l'oubli où on a laissé cette partie de la pathologie chirurgicale et il engage vivement les médecins à publier les observations qu'ils pourront recueillir à ce sujet.

Nous sommes heureux de répondre à son désir, en relatant le fait suivant que nous devons à l'obligeance de notre honorable confrère et excellent ami, M. le docteur Gagnon.

Triple fracture du cartilage cricoïde, produite par la pression des doigts. Mort subite survenue dans un mouvement brusque du blessé.

Le 5 avril dernier, dans une querelle, le sieur L..., âgé de 30 ans, fut saisi à la gorge par un de ses adversaires, fort et vigoureux, qui, après l'avoir terrassé, lui tint pendant quelques instants la main appuyée sur la partie antérieure du cou. Voyant que L... ne se relevait pas, qu'il se débattait sans pouvoir prononcer une parole, que son visage était injecté, les spectateurs de la lutte transportèrent le blessé à son domicile, situé à quelques kilomètres du lieu du combat.

Le 6 avril, M. le docteur Gagnon fut appelé près du malade et constata les phénomènes suivants :

(1) Malgaigne, *Traité des fractures et luxations*, t. I.
(2) Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. I, 2e partie, p. 830.
(3) Cavasse, *Essai sur les fractures traumatiques des cartilages du larynx* (Paris, 1859).

---

rentes variétés de ménorrhagies. C'est ainsi encore qu'au lieu de perdre un temps précieux en efforts inutiles pour rappeler le sang vers la matrice dans des cas de *règles déviées*, l'auteur, se fondant sur la véritable nature de cet état pathologique, pour lui sorte d'*ataxie menstruelle*, conseille d'insister plutôt sur le régime tonique, sur l'emploi des anti-spasmodiques, des préparations arsenicales, de l'hydrothérapie, etc., etc.

Telle est l'analyse succincte du *Traité de la Menstruation*, de M. le docteur Raciborski. Le livre conçu dans cet esprit est d'avance destiné, nous n'en doutons pas, à un grand et légitime succès. Nous n'en disons pas davantage, n'ayant d'autre intention que d'en signaler les principaux points de vue. Certes, il nous eût été facile d'adresser à l'auteur d'autres éloges, mais nous n'aurions pas voulu faire supposer un seul instant que les liens d'affection qui nous unissent à l'auteur eussent été pour quelque chose dans l'appréciation loyale et sincère que nous donnons de son important ouvrage.

Dr Demouy.

Aphorismes sur les maladies vénériennes suivis d'un formulaire raisonné des médicaments employés dans le traitement de ces maladies,

Par le Dr E. Langlebert (1).

Le virus au tribunal de l'Académie et dans la presse,

Par M. le Dr Auzias-Turenne (2).

Les aphorismes sur les maladies vénériennes! C'est un titre à la fois heureux et juste, qui dit tout ce qu'il veut dire et pas plus qu'il ne veut dire; et c'est déjà beaucoup. Résumer dans un petit volume de 200 pages environ tout ce qui, en matière de maladies vénériennes, est établi, démontré et mis hors de toute contestation, tout ce qu'il est, nous ne disons pas utile, mais indispensable au praticien de connaître et de se rappeler en presence des éventualités journalières de la pratique, tel est le but que s'est proposé l'auteur, et c'est ce qu'il a très-heureusement accompli à notre avis sous cette forme de propositions courtes, précises, toujours claires, et qui ont, comme tout ce qui est bien écrit, le mérite de se graver facilement dans la mémoire. Comme tout est court et précis dans ce petit livre, nous pouvons citer ici presque en entier sa préface, qui montrera dans quel esprit il a été écrit :

« La syphiliographie a été de nos jours longuement agitée. Pour un instant même on put croire que cette branche importante de la médecine allait se perdre dans un chaos d'hypothèses et d'opinions contradictoires. Mais du choc des idées a jailli la lumière, et l'on peut dire aujourd'hui que sur la plupart des points qui naguère encore étaient en litige, la science est faite.

« La non identité de la blennorrhagie et de la syphilis, la contagiosité des accidents secondaires ne sont plus en question. Et si quelques dissentiments, plus apparents que réels, touchant l'étiologie du chancre simple et du chancre infectant, nous divisent encore en théorie, du moins sommes-nous tous d'accord dans la pratique, c'est-à-dire en ce qui regarde le diagnostic et le traitement de ces deux variétés de l'ulcère primitif.

« Le moment m'a donc paru propice pour réunir et condenser, sous une forme brève, amie de la mémoire, les faits généraux et les principes de la science des maladies vénériennes, faits et principes qu'une pratique déjà longue nous a permis de soumettre au contrôle de l'observation clinique, seul juge en cette matière..... »

Le livre de M. Langlebert est divisé en quatorze sections, dont cinq sont consacrées à la blennorrhagie et neuf à la syphilis. Un formulaire spécial très-bien fait et des notes et observations justificatives très-instructives complètent l'ouvrage. Dans le millier d'aphorismes qu'il renferme et que nous avons parcourus avec satisfaction, nous ne répondrions pas qu'il n'y en eût de ci de là quelques-uns que put tenir pour suspecte une science quelque peu austère. Mais on est habitué à passer tant de licenses aux syphiliographes.

M. Langlebert est trop connu de nos lecteurs par ses précédents ouvrages et par son enseignement, pour que nous ayons besoin d'insister beaucoup ici sur le mérite très-réel de ce petit livre, en tête duquel il a pu en toute sincérité inscrire cette épigraphe : *Quæ Scripsi, vidi.*

— Du livre de M. Langlebert à celui de M. Auzias-Turenne, nous ne sortons pas du même sujet, seulement il est plus étendu et la matière en est plus variée. Est-ce bien un livre en réalité? Oui et non. Non, si on considère la manière dont il est composé, de feuilles détachées, d'articles épars inspirés par l'actualité, à l'avenant d'une polémique ou d'une discussion académique, et jettés ça et là dans la presse, aujourd'hui dans un journal, demain dans un autre, — car M. Auzias-Turenne, qui est un savant, comme on le sait, et très-savant même sur les sujets qu'il traite dans cet ouvrage, et en surcroît le plus curieux et le plus insatiable chercheur en matière de virus, est aussi à l'occasion un journaliste. Oui, c'est un livre, si au milieu de cette diversité et de ce bariolage apparent, on sait saisir l'unité de vues et de doctrine qui relie et rattache en réalité entre eux tous ces fragments détachés. Mais M. Auzias a beaucoup mieux exprimé lui-même le caractère de son œuvre dans ces premiers mots de sa préface : « Rien de plus médité, rien de moins prémédité que ce livre. Solidement réfléchi, improvisé dans la forme, il constitue un tout et exprime une doctrine. »

Maintenant, lecteurs, que vous savez à quel genre d'ouvrage vous ayez affaire, que ceux d'entre vous — et ils sont nombreux — qui s'intéressent à toutes les questions que peut soulever l'histoire des virus et de leurs évolutions, la syphilis, la variole, la vaccine, la rage, la pustule maligne, etc., lisent les divers chapitres de cet ouvrage, et ils y trouveront certainement une suffisante rémunération du temps qu'ils y auront consacré. Mais, nous dira-t-on, où se trouve ce livre? Rien ne l'indique sur la couverture. Nous en concluons qu'il doit se trouver chez tous les libraires.

Dr B...

(1) 1 vol. in-12. Paris, 1868. Chez Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine.
(2) 1 vol. in-8°, Paris, 1868.

L... était en proie à une dyspnée extrême; la face était cyanosée. Sur les parties latérales du cou, au niveau du bord interne du muscle sterno-mastoïdien, à sa partie moyenne, en un point correspondant à la portion inférieure du larynx, il existait des ecchymoses légères, plus prononcées du côté droit. La partie antérieure du cou, jusque sur la région pré-sternale, le tissu cellulaire sous-cutané, étaient infiltrés d'air, une légère pression exercée avec les doigts sur cette partie faisait percevoir la crépitation de l'emphysème. On ne sentait pas de craquements, ni le choc caractéristique de deux surfaces fracturées.

On prescrivit des applications répétées de sangsues. Sous l'influence de l'émission sanguine, le gonflement de cette région avait à peu près complétement disparu; la respiration était moins gênée; le malade, qui depuis l'accident n'avait pu articuler aucun son, commençait, à la visite du 7 avril au soir, à se faire comprendre. Il était dès lors permis de concevoir quelques espérances sur l'issue de l'affection et de différer l'opération de la trachéotomie à laquelle on avait d'abord songé, et que nous nous tenions prêt toutefois à pratiquer au premier signal de danger, lorsque dans la nuit du 7 au 8 avril, le malade, après avoir satisfait un besoin, en voulant remonter sur son lit, mourut subitement.

L'autopsie est pratiquée, le 10 avril, à l'Hôtel-Dieu de Clermont.

En disséquant la région sus et sous-hyoïdienne, on ne constate aucun épanchement de sang. Le corps thyroïde est normal; mais le muscle thyro-hyoïdien du côté droit est infiltré de sang. Le larynx est enlevé par une double section: l'une pratiquée à la base de la langue, l'autre comprenant une portion de la trachée-artère. Après une dissection minutieuse, on constate une triple fracture du cartilage cricoïde. — La première, et la plus considérable, siége en arrière et sur la partie moyenne du cartilage; elle est verticale, à bords tellement nets, qu'on croirait qu'elle a été faite par un instrument tranchant; elle occupe toute l'étendue du cartilage et rejoint la section faite avec des ciseaux à la partie postérieure de la trachée (1).

Les deux autres fractures existent à droite et à gauche, en avant et sur les parties latérales du cartilage; elles sont obliques de haut en bas et d'avant en arrière, avec dépression en avant de chaque côté produite par le chevauchement du fragment postérieur.

Le cartilage aryténoïde gauche offre une luxation incomplète; il est sur un plan plus antérieur que le bord postérieur du cartilage cricoïde; le muscle aryténoïdien transverse est infiltré d'une sérosité sanguinolente, où l'on trouve même un peu de pus.

L'examen de la surface interne du larynx permet de constater un œdème très-considérable de la glotte, des ligaments aryténo-épiglottiques, des cordes vocales, de l'épiglotte.

Le ventricule gauche du larynx est complétement effacé, et toute la muqueuse laryngienne est fortement injectée.

A l'ouverture de la poitrine, les poumons offrent une coloration violacée et de nombreuses ecchymoses sous-pleurales. La crépitation de la partie inférieure des poumons est peu sensible. Des incisions pratiquées dans le parenchyme pulmonaire laissent écouler une grande quantité de sang très-noir.

Au cœur, aucune lésion: les cavités sont vides de sang.

Le foie est très-hypertrophié et fortement congestionné: écoulement considérable de sang noir à la coupe.

La mort, survenue brusquement chez L..., paraît être le résultat d'un déplacement subit d'un fragment du cartilage cricoïde et de l'aryténoïde correspondant, qui, dans le mouvement fait par le malade, a chevauché sur l'autre, et en mettant tout à coup obstacle au libre passage de l'air atmosphérique, a déterminé la mort par asphyxie.

Dans la première observation consignée dans la thèse de M. Cavasse et recueillie par lui, il s'agit de fractures multiples des cartilages du larynx produites par une chute dans un escalier. Comme dans le fait que nous venons de rapporter, il signale chez son malade tous les phénomènes de l'asphyxie: face cyanosée, respiration stercoreuse et sifflante, aphonie complète, et enfin mort subite vingt-six heures après l'accident. On trouva, à l'autopsie, une fracture verticale du cartilage thyroïde, qui était ossifié; une fracture verticale et dentelée sur le côté droit du cartilage cricoïde; une fracture de la corne supérieure droite du thyroïde et de l'hyoïde; une luxation de l'aryténoïde droit, enfin une déchirure de la muqueuse dans une étendue de 3 millimètres, par où s'était produit l'emphysème.

Dans un autre cas observé par M. Maisonneuve à la Pitié, le larynx fut écrasé par la roue d'une voiture pesante, qui passa en travers de la région antérieure du cou. Le malade présenta les mêmes symptômes que précédemment, et l'asphyxie devenant imminente, M. Maisonneuve pratiqua la trachéotomie, qui ne put être terminée qu'avec grande difficulté; mais dès que l'opération fut achevée, le malade put respirer à l'aise, et huit jours après, le cou était dégonflé. On essaya de retirer la canule, mais la portion supérieure du larynx étant rétrécie et livrant un passage insuffisant à l'air, on dut la replacer. M. Maisonneuve essaya longtemps, soit par l'ouverture trachéale, soit par l'ouverture supérieure du larynx, de dilater le rétrécissement, mais il dut y renoncer, et le malade quitta l'hôpital avec sa canule, qu'il retirait ou remettait lui-même à volonté. L'aphonie persista.

Dans un autre fait observé à *Pensylvania hospital*, et publié dans *The Lancet* et *Gaz. méd.*, 1838, il est question d'un homme de 43 ans qui reçoit à la gorge un violent coup d'un morceau de charbon. Il y eut immédiatement chute sur le sol, aphonie, asphyxie imminente; on constata l'existence d'ecchymoses dans la région du cou; les cartilages du larynx étaient mobiles et crépitants. On applique des sangsues à diverses reprises. Au bout de quatre jours, il y avait de l'amélioration, et vingt-six jours après l'accident, on obtint une guérison complète. La déglutition et la phonation s'exécutaient librement, cependant la voix resta voilée.

Marjolin (*Cours de pathologie chirurgicale*, p. 396), parle de deux femmes qui, étant à l'hôpital, se prirent de querelle; l'une d'elles saisit son antagoniste à la gorge et la serra tellement qu'elle lui brisa le cartilage thyroïde de haut en bas. La fracture fut facile à constater et n'amena aucun des symptômes graves dont nous avons parlé plus haut. « Du silence, du régime, une petite saignée, et la guérison fut parfaite. »

(1) Voir la pièce présentée à la Société impériale de chirurgie par M. le professeur Verneuil.

A côté de ce fait bénin dans la forme et le résultat, qu'il nous soit permis de citer deux observations, l'une de M. Martin Damourette, l'autre de Plonek, où la mort fut instantanée.

Voici l'observation de M. Martin Damourette:

« Une vieille dame, riche et avare, maltraitait souvent sa jeune servante. Un jour, cette fille poussée à bout prit sa maîtresse à la gorge et la jeta à terre. Effrayée de cette chute, elle lâcha prise immédiatement. La vieille dame était morte. A l'autopsie, on trouva une fracture du cartilage thyroïde, produite par la pression des doigts. Cette lésion fait conclure, par le rapporteur, à la présence d'un complice. L'amant de la jeune fille fut soupçonné, incriminé, et ne dut son salut qu'à un alibi bien prouvé. La domestique seule était coupable, seule elle avait produit la fracture du cartilage thyroïde (1). »

Dans le cas cité par Plonek, cette fracture fut causée par un choc direct; le cou porta sur le bord d'un seau, dans une chute. La mort fut instantanée. (Monteggia, *Instituzioni chirurgiche*, tome IV, p. 99.)

Malgaigne reproduit une observation de M. Ladot (*Annales et bulletins de la Société médicale de Gand*; *Gaz. med.* 1839), où il s'agit d'un homme de 37 ans, chez lequel on nota une ossification très-avancée du cartilage thyroïde. Il y avait au cou des contusions et des écorchures produites par la pression des doigts; une fracture du cartilage thyroïde en forme d'S, longue de 16 millimètres, s'étendant du bord du cartilage jusqu'à sa partie inférieure, et depuis l'angle saillant formé par ses parties droite et gauche jusqu'à l'union des deux tiers postérieurs de la partie droite avec son tiers antérieur.

— M. Rounet, de la Faculté de Montpellier, fut appelé comme expert, en 1843, pour examiner le cadavre d'une jeune fille que l'on supposait avoir été assassinée. Il constata une fracture du cartilage thyroïde et du cricoïde, qui formait un angle rentrant au lieu de figurer un anneau. Les conclusions du rapport furent que la jeune fille avait été étranglée.

Nous ferons observer que la pression digitale paraît amener plutôt la fracture du cartilage thyroïde que du cricoïde. La lésion de ce dernier cartilage se trouve surtout chez les pendus, comme nous l'apprennent les observations de Valsalva et de Morgagni (*De sedibus et causis morborum*), de Weiss et de Cozauvieilh (*Du suicide et de l'aliénation mentale.* Paris 1840).

Enfin, nous devons à l'obligeance de M. le professeur Imbert-Gombeyre la traduction d'un passage de l'ouvrage anglais de Georges Gibb (*On diseases of the throat, epiglottis and Windpipe.* Londres, 1860-1868, tome XII, p. 182), dont nous donnons l'analyse succincte.

Gibb, passant en revue les affections de l'appareil laryngien, dit qu'il n'y a guère que la fracture du cartillage thyroïde qui soit connue. Dans un cas qu'il observa lui-même, les deux fragments laissaient entendre une faible crépitation. La fracture paraissait être longitudinale. Il n'y avait ni douleur, ni difficulté d'avaler, ni sensibilité, ni inflammation; mais la voix était rauque et enrouée, et parfois très-voilée ou basse. La soudure des fragments se fit au bout de quelques semaines.

Un enfant avait une double fracture, continue Gibb; l'une avait séparé le cartilage aryténoïde du cricoïde, l'autre traversait le cartilage thyroïde à l'insection des ligaments glottiques. La mort eut lieu par asphyxie due à un œdème sus-glottique.

Chez une jeune fille de neuf ans qui était tombée sur un morceau de fer tranchant, un côté du thyroïde était brisé et dépassait l'autre. Hémorrhagie considérable suivie de convulsions; toux avec sang écumeux. L'asphyxie nécessita la laryngotomie. Comme les cartilages étaient trop petits, on enleva un morceau large de 3 lignes de la portion antérieure du thyroïde, et l'on put, au moyen d'une pince à polypes, soulever la portion luxée. L'ouverture fut maintenue pendant quatorze jours. Guérison au bout de six semaines sans aucune suite.

— Enfin un homme de 27 ans tombe d'un échafaudage haut de cinquante pieds. Dyspnée violente, emphysème à la partie inférieure du cou, qui s'étend bientôt au thorax et aux extrémités supérieures; langue tuméfiée et saillante à travers les dents. Mort le troisième jour avec accidents cérébraux.

Autopsie. — Poumons sains; côté droit du cartilage cricoïde brisé en deux endroits. Une portion longue de trois lignes était séparée du reste. L'angle supérieur de ce fragment avait traversé la muqueuse, et c'est par ce trou, gros comme une lentille, que l'air pénétrait dans le tissu cellulaire; taches ecchymotiques sur les cordes vocales.

(*Sera continué.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 5 juin 1868. — Présidence de M. CHAUSIT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. CHAUSIT annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne du docteur Loir. Cet honorable membre avait, l'année dernière, demandé à changer son titre de membre honoraire contre celui de membre titulaire, et depuis cette époque, il assistait assidûment à nos séances; ses travaux antérieurs, son caractère d'une parfaite honorabilité l'avaient fait aimer de tous ceux qui l'approchaient, et la Société de médecine de Paris sentira toute la perte qu'elle a faite.

M. Gallard, à propos du vaginisme, question qui a été discutée dans une des précédentes séances, présente quelques remarques bibliographiques.

Dans une *Revue de thérapeutique* que le docteur T. Gallard a publiée le 26 novembre 1861, dans l'*Union médicale*, il est dit, à propos de la contracture du vagin: « Cet état pathologique, qui a été pour la première fois décrit par M. Huguier, en 1834 (*Dissert.*, etc.), et que M. Pinel-Grandchamp avait observé après lui (voy. Dupuytren, *Leçons orales*, 2e édit., t. IV, 1839), vient d'attirer l'attention de M. Debout..., etc. »

A la même époque, M. Putegnat en publiait six nouveaux cas dans le *Journal de médecine de Bruxelles* (voir, à ce sujet: *Union médicale* du 18 janvier 1862, *Revue de thérapeutique*, par T. Gallard).

Enfin, en 1867 (*Analyse bibliographique*), il lit à la Société l'observation suivante, trouvée dans la thèse inaugurale de M. Huguier, intitulée: *Dissertation sur quelques points d'anatomie, de physiologie et de pathologie* (année 1834), à la page 44.

« Le 2 juin 1831, entra à l'hôpital la nommée M. U. S..., âgée de 25 ans, couturière, rue du Faubourg-Saint-Martin, 63.

« Cette jeune femme, d'un tempérament nerveux et sanguin, fort vive et très-impressionnable, s'était livrée avec excès aux plaisirs conjugaux depuis à peu près dix-huit mois.

« Trois mois après son entrée dans l'établissement, elle avait commencé à éprouver de temps en temps de la chaleur, de la douleur; l'introduction du pénis était pénible. . . . . La chaleur, la rougeur devinrent plus fortes, ainsi que le sentiment de constriction.....

« Puis la copulation devient impossible, et alors, si, au milieu de l'orgasme vénérien, elle était portée à permettre une introduction, les souffrances les plus fortes succédaient aux plus vives émotions. Un mouvement brusque, convulsif, accompagné de plusieurs cris aigus l'éloignait de la source de ses plaisirs.....

« Enfin ses souffrances s'accrurent tellement, que l'idée seule de la copulation lui était insupportable; elle se décide à entrer à l'hôpital.

« Pour toutes lésions locales, les caroncules étaient volumineuses, et l'orifice vaginal était rétréci au point de permettre à peine l'introduction du doigt auriculaire.

« Le vagin était sain, et immédiatement au-dessus de la constriction, il avait son diamètre naturel.

« Le traitement consista en bains, etc., et rien ne réussit. Alors l'opération de Royer fut faite comme pour l'opération de fissure à l'anus: incision bilatérale du vagin, mèches enduites de cérat opiacé. Au bout de deux mois, guérison complète et coït non douloureux. »

M. PERRIN. L'affection décrite par M. Huguier, à la suite d'un rapprochement ingénieux de sa part, sous la dénomination de *Contraction spasmodique du sphincter vaginal*, et depuis, par M. Marion Sims, sous celui de *Vaginisme*, a été, de tout temps, connue des praticiens. Lisfranc et Tanchon l'ont étudiée tout au long, et notamment ce dernier sous le nom de *Névroses de la vulve.* L'hypéresthésie vulvaire est, en effet, dans l'affection qui nous occupe, la caractéristique dominante, et c'est à tort, selon nous, qu'on s'appuie aujourd'hui pour la désigner autrement, d'un autre symptôme, la contracture du sphincter vaginal qui, le plus souvent, n'est que consécutif, et même fait défaut quelquefois.

M. le docteur MERCIER lit, à l'appui de sa candidature, un mémoire intitulé: *Calcul dur et volumineux. — Lithotritie impossible. — Taille hypogastrique. — Conséquence peu étudiée du travail de cicatrisation. — Guérison* (Perrin, Dolbeau et Forget, rapporteurs).

M. le docteur DUROZIER lit un rapport sur les *Bulletins de la Société médicale d'émulation de Paris pour l'année* 1867 (tome II, fasc. nº 1, sera publié).

M. DUCHENNE (de Boulogne). Parmi les employés qui viennent réclamer de l'Administration municipale un certificat d'incapacité de travail et qui ont été adressés par M. le Préfet à la Société de médecine de Paris pour être examinés par sa commission, se trouvait, dans la séance du 5 juillet, un sujet offrant un grand intérêt clinique.

M. Duchenne (de Boulogne) est invité à l'examiner en présence de la Société, et à exposer, sur ce cas, quelques considérations pathologiques.

Le sujet dont il est question est âgé d'environ 40 ans: il est atteint d'atrophie musculaire graisseuse progressive depuis environ quatre ans. Le début de sa maladie s'est annoncé, dit-il, par un affaiblissement du mouvement d'élévation du membre supérieur droit, qui a augmenté progressivement, s'est étendu au même mouvement du côté opposé, puis au mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras, et enfin de flexion du pied sur la jambe, successivement de chaque côté. En même temps, il s'est aperçu que certaines parties de ses membres supérieurs et de son corps s'amaigrissaient. Cependant il n'a jamais éprouvé de douleurs, et sa santé générale n'a jamais été dérangée depuis l'apparition de sa maladie. Personne, dans sa famille, n'a été atteint d'une affection semblable à la sienne. Enfin, sa maladie s'est déclarée sans cause connue, sans excès de travail musculaire.

M. Duchenne (de Boulogne) constate, par l'exploration physiologique que, chez cet individu, les mouvements d'un grand nombre de muscles moteurs des membres supérieurs sont abolis ou affaiblis en totalité ou partiellement. Ce sont principalement, en les rangeant suivant leur degré de lésion: le grand dentelé droit, le tiers inférieur du deltoïde du même côté, les trapèzes, les chomboïdes, les grands dorsaux, et, à un plus haut degré, le deltoïde droit, les biceps, les brachiaux, les longs supinateurs, le tiers antérieur du deltoïde gauche et le grand dentelé de ce même côté; enfin, avec membres inférieurs, les jambiers antérieurs. Il fait remarquer que ces muscles sont atrophiés proportionnellement à la lésion de leur contractilité volontaire, ce qui offre à la vue des reliefs contrastant avec des dépressions des masses musculaires, dépressions qui sont la caractéristique de l'atrophie musculaire graisseuse progressive.

Voici, en résumé, les considérations dont M. Duchenne (de Boulogne) a fait suivre l'examen de ce malade:

C'est un cas type d'atrophie musculaire graisseuse progressive de l'adulte, caractérisée:

1° Par l'atrophie successive, partielle, irrégulière d'un grand nombre des muscles du tronc, des membres supérieurs et de quelques muscles des membres inférieurs;

2° Par l'affaiblissement ou l'abolition de la contractilité volontaire de ces muscles, proportionnellement à leur atrophie;

3° Enfin, par l'absence complète de toutes douleurs concomitantes, de toutes contractions ou contractions reflexes, et de toute paralysie des muscles non atteints dans leur texture.

M. Duchenne (de Boulogne) expose, à cette occasion, quelques considérations sur le diagnostic différentiel de l'espèce morbide offerte par ce sujet, et de la paralysie, qu'il a décrite sous le nom de paralysie générale spinale, caractérisée par la paralysie en masse et progressive des membres, avec douleurs, contractures, atrophie et dégé-

(1) Cavasse, *Loc. cit.*

nération graisseuse des muscles, paralysie qu'il croit se rapprocher de quelques faits cliniques parfaitement observés par M. Charcot, dans lesquels ce pathologiste éminent a constaté l'existence d'une sclérose des cordons latéraux, et dans lesquels doit exister en même temps une lésion morbide quelconque des centres nerveux trophiques.

Ce malade représente la variété d'atrophie musculaire graisseuse progressive appelée, par M. Duchenne : *forme thoracique*, forme la plus grave, suivant lui, parce qu'elle menace plus prochainement que l'autre variété, qui débute par les muscles moteurs de la main, les muscles de la respiration. Ces muscles ne sont cependant pas encore atteints chez ce malade.

Ce qui ajoute à la gravité du pronostic de ce cas, au point de vue de la généralisation de la maladie, ce qui annonce, en d'autres termes, une *diathèse profonde*, c'est que la maladie s'est déclarée sans la cause occasionnelle habituelle : l'abus des forces musculaires.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel : A. Charrier.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

166. Guérin (Édouard). Essai sur l'Ulcère de Cochinchine, de son identité avec certains autres ulcères exotiques et indigènes. Essai de classification de ces ulcères.

167. Méplain (F.). Du Café. Étude de thérapeutique physiologique.

168. Delolm de Lalaubie (Henry). De la Vivisection.

169. Moris (Eugène). Essai sur l'emploi thérapeutique du phosphore.

170. Nettement (Henri). De la Pustule maligne.

171. Plicque (Edwards). Étude sur le mécanisme des mouvements intra-oculaires, et théorie de l'accommodation.

172. Deprais (A.). Considérations sur les fractures de l'os iliaque.

173. Jacquet (Ernest). Essai sur les sympathies.

174. Faure-Favier (Mathéus). De l'Action thérapeutique de l'alcool.

175. Masse (Edme). De l'Enchondrôme de la région parotidienne et de son traitement.

176. Piriou (Alex.). Des Obstacles autres que les hernies au cours des matières dans l'intestin grêle, et des moyens d'y remédier.

177. Mesnage (Edmond). Des Insertions vicieuses du placenta et des hémorrhagies qui en résultent.

178. Jablonski (Jean). Étude sur l'Innervation.

179. Pernet (Henry). De l'Acupressure comme moyen hémostatique et des avantages qu'elle représente au point de vue de la cicatrisation des plaies.

180. Berton (Arsène). De la Rupture de l'utérus pendant la grossesse, le travail de l'accouchement et les suites de couches.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour deux places de chefs de cliniques vient de se terminer par la nomination de MM. Bouchard et Audhoui. MM. Chagot et Goureau ont été nommés suppléants.

Si nous sommes bien informés, la Faculté admettra désormais tous les docteurs à ce genre de concours.

— On dit que, cette année, les concours pour les prix ont été très-faibles à l'École pratique, et qu'il n'y aura pas de lauréat.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études sur les diverses formes d'encéphalites, *Anatomie et physiologie pathologiques*, par le Dr Hayem, interne, lauréat des hôpitaux de Paris, etc. 1 vol. in-8° de 204 pages et 2 planches. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Mélanges de chirurgie. Notes cliniques recueillies à l'Hôtel-Dieu de Valenciennes, précédées d'une notice historique, par le Dr Lejeal, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, etc. 1 vol. in-8°. Prix : 5 fr. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Dictionnaire de la langue française, contenant la nomenclature, la grammaire, la signification des mots, la partie historique de l'étymologie, par E. Littré (19e livraison, NOI-PAC), in-4°. Prix : 3 fr. 50 c. — Paris, 1868. L. Hachette et Ce.

De l'allaitement maternel, étudié aux points de vue de la mère, de l'enfant, de la famille et de la société, par le Dr R. Chassinat, médecin à Hyères (Var), lauréat de la Faculté de médecine de Paris (prix Montyon, médaille d'or). Ouvrage qui a obtenu une mention honorable au concours ouvert par la Société protectrice de l'enfance de Paris en 1867. 1 vol. in-18 jésus. Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1868. J.-B. Baillière et fils.

Du diagnostic des maladies des yeux par la chromatoscopie rétinienne, précédé d'une étude sur les lois physiques et physiologiques des couleurs, par X. Galezowski, docteur en médecine de la Faculté de Paris. 1 vol. in-8° de 268 pages, avec 31 figures, une échelle chromatique comprenant 44 teintes et 5 échelles typographiques tirées en noir et en couleur. Prix : 7 francs. — Paris, 1868. J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 91. — MARDI 4 AOUT 1868. 41e ANNÉE. MARDI 4 AOUT 1868. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 3 août 1868.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX.

Académie des sciences. — On sait que M. Onimus, élève de M. Robin, avait cru prouver la génération spontanée des leucocytes aux dépens d'un blastème. Il avait constaté au bout d'un certain temps la présence de leucocytes à l'intérieur de poches membraneuses placées dans des plaies suppurantes après avoir été remplies d'un liquide présumé vivant : sérosité des vésicatoires, etc. Il croyait renverser ainsi l'axiome de M. Virchow : « Toute cellule naît d'une cellule. »

M. Lortet avait enlevé toute importance à ces premiers faits, en montrant qu'on trouve également des leucocytes dans les poches membraneuses placées dans les mêmes conditions et remplies cette fois d'un liquide certainement sans vie : par exemple d'eau distillée. Il avait conclu que les leucocytes ne prennent pas naissance dans ces liquides, mais y pénètrent à travers les membranes par une sorte de mouvement amiboïde.

Aujourd'hui, M. Onimus revient à la charge, apportant une nouvelle série d'expériences; mais si l'on prend ces expériences, en elles-mêmes, pour ce qu'elles valent, elles prouvent contre lui, à ce qu'il nous semble.

Le grand argument de M. Onimus consiste à dire que les membranes à travers lesquelles pénétreraient les leucocytes, suivant M. Lortet, laissent d'abord passer les liquides chargés de substances albuminoïdes, que l'on considère comme des blastèmes. Ainsi, l'eau distillée elle-même, ayant reçu par endosmose une certaine quantité d'un blastème, pourrait désormais être regardée comme vivante, et rien n'empêcherait de lui attribuer la naissance de leucocytes.

Ceci peut être une objection, mais non pas une preuve contre M. Lortet. La preuve, les faits nouveaux rapportés par M. Onimus la fournissent-ils? Tant s'en faut.

Il eût été certain que les leucocytes n'avaient point pénétré à travers les membranes, si on les eût rencontrés dans un blastème quelconque préalablement enfermé dans une poche absolument imperméable et sans pores et maintenu dans les conditions de température, etc., qu'il peut trouver au fond d'une plaie; mais il n'en est rien.

« Si, au lieu d'une membrane endosmotique, dit M. Onimus, on emploie, comme nous l'avons fait dans nos expériences, une membrane de caoutchouc plus mince que de la baudruche ou des vessies natatoires, on ne trouve jamais de leucocytes quelque soit le liquide employé. »

On pouvait aussi essayer de rendre une membrane imperméable aux leucocytes en l'imbibant d'huile. L'expérience a également été faite, et en voici les résultats :

« En imbibant la baudruche ou la trame des vessies natatoires avec de l'huile, afin d'empêcher ou du moins de diminuer les phénomènes d'endosmose, on ne trouve jamais de leucocytes dans le liquide qu'on y enferme, tels que *la sérosité de vésicatoire*, de l'albumine d'œuf pure, de l'eau gélatineuse ou de l'eau pure. Des ampoules renfermant les mêmes liquides, mais dont les parois ne sont point imbibées d'huile, et placées dans les mêmes plaies, renferment des leucocytes en grand nombre. »

Ainsi, il serait établi que la porosité et la pénétrabilité facile des membranes enveloppantes sont des conditions indispensables pour qu'on obtienne des leucocytes. On aura beau maintenir un soi-disant blastème au fond d'une plaie, il ne fera pas naître des leucocytes, s'il est contenu dans une poche imperméable.

Ce serait tellement contraire à la doctrine des blastèmes, que j'ai vraiment peur d'avoir mal compris la note de M. Onimus. Aussi n'insisterai-je pas sur les consequences qu'il faudrait déduire de cette stérilité des prétendus blastèmes lors qu'on les maintient bien isolés.

A côté des faits de cet ordre, qui seraient probants, M. Onimus en rapporte d'autres, qui demandent confirmation, car ils cadrent mal avec les premiers.

En enfermant divers liquides dans des sacs formés de parchemin artificiel, c'est-à-dire de papier Joseph rendu compact et résistant par une opération chimique, il a trouvé que la sérosité de vésicatoire y donnait seule naissance à des leucocytes.

La chose serait bien établie, qu'on ne voit pas très-nettement quelles conséquences légitimes on en pourrait déduire.

S'il semble contraire aux théories de M. Lortet que les leucocytes ne pénètrent pas en pareil cas dans l'eau distillée, par exemple, il semble également contraire à celles de M. Onimus que les éléments solubles d'un blastème, après y avoir pénétré à travers les pores de ce parchemin, n'y constituent pas, comme lorsqu'il s'agit d'une poche en baudruche, un vrai blastème capable d'engendrer des leucocytes. L'épaisseur des parois ne doit rien y changer, si ces parois sont perméables; tout au plus dirait-on que la finesse des pores du parchemin artificiel et l'égalité de leur diamètre, en régularisant le sens du courant osmotique, peut, si l'exosmose domine, rendre difficile la pénétration des liquides extérieurs, comme des leucocytes. Mais il faudrait d'abord prouver qu'il ne s'est glissé aucune cause d'erreur dans ces expériences, et que la sérosité de vésicatoire, dont on s'est servi pour les faire, ne contenait primitivement aucun élément figuré.

Comme ceux qui attribuent aux leucocytes des mouvements amiboïdes leurs reconnaissent en même temps une certaine impressionnabilité aux agents extérieurs et une sorte de répulsion pour certains milieux, ils admettraient probablement sans peine les résultats suivants :

« Dans la seconde série d'expériences, nous avons introduit sous la peau des animaux des liquides enfermés dans de la baudruche ou dans des vessies natatoires et sans action nuisible sur le mouvement des leucocytes, mais qui ne se prêtent pas aux échanges endosmo-exosmotiques, tels que l'huile, du jaune d'œuf, de la bile, de l'amidon cuit. Dans l'huile, on ne trouve aucun élément anatomique; dans le jaune d'œuf, on retrouve les cellules du jaune, mais pas de leucocytes ; dans la bile, on voit des gouttelettes de graisse, des cellules épithéliales, mais pas de leucocytes; il en est de même pour l'amidon cuit, où ne l'on trouve qu'une quantité innombrable de vibrions et les grains de l'amidon.

« L'acide arsénieux, mélangé aux liquides renfermés dans les ampoules, empêche également la naissance des leucocytes ; mais nous ne voulons point insister sur ce fait, car on peut admettre que l'acide arsénieux tue les leucocytes. D'ailleurs, en employant une quantité assez considérable d'acide arsénieux, on ne trouve pas de leucocytes même dans les liquides qui imprègnent la plaie,

« En ajoutant de l'alcool à de l'eau albumineuse ou à de l'eau distillée, on ne trouve pas non plus de leucocytes dans l'intérieur de l'ampoule, tandis qu'ils sont en très-grand nombre sur la paroi externe de l'ampoule.

« Enfin, si l'on renferme dans de la baudruche ou dans des vessies natatoires de l'albumine altérée ou de la diastase végétale, on ne trouve jamais de leucocytes, mais un grand nombre de vibrions et de bactéries.

Cette discussion est très-importante, puisqu'elle touche aux bases mêmes de la physiologie et de la pathologie.

Aussi ne voulons-nous pas être accusé d'avoir mal exposé le sens de la note dont nous parlons, et reproduisons-nous textuellement, sans observations et sans critiques, les conclusions de notre distingué et ingénieux confrère, M. Onimus.

« Nous voyons donc, par ces expériences, que les liquides, facilement modifiables dans leur composition immédiate par les phénomènes d'endosmose et d'exosmose, reçoivent des tissus de l'animal, dans l'épaisseur desquels est plongée la vésicule, des principes qui les transforment en un blastème normal, à l'aide et aux dépens duquel naissent des éléments anatomiques. Lorsque la membrane, tout en restant endosmotique, est plus épaisse, cette genèse à encore lieu pour les liquides normaux albumineux, mais non pour ceux dont la fibrine s'est coagulée. Cette genèse est impossible lorsque la membrane cesse d'être endosmotique. Elle est impossible également lorsque, sans modifier la nature de l'enveloppe, on y renferme des liquides ne se prêtant pas à des échanges endosmo-exosmotiques, et qui n'empêchent en aucune façon l'apparition de leucocytes à l'extérieur de l'ampoule. Enfin, il n'apparaît aucun élément anatomique lorsque les liquides normaux sont altérés à mesure qu'a lieu leur pénétration dans l'intérieur d'une membrane endosmotique.»

Hôpitaux. — Nous avons peu à ajouter aux renseignements donnés la semaine dernière au sujet de la santé publique. Des rhumatismes articulaires toujours nombreux, quelques diarrhées cholériformes, un très-petit nombre de cas de choléra très-disséminés et bénins, beaucoup de diarrhées simples, quelques ictères se rattachant pour la plupart à des hépatites catarrhales, des fièvres typhoïdes plutôt légères et rares, tels sont les traits saillants de la constitution médicale actuelle.

A la Pitié, dernièrement tous les malades qui occupaient une rangée de lits dans le service de M. le professeur Broca ont été pris de diarrhée le même jour. Cette petite épidémie s'est terminée en quelques heures, ayant eu des effets funestes pour un seul malade.

—Les affections chroniques abondent, et parmi elles, les affections des femmes; à la Pitié, MM. Bermutz et Gallard s'en occupent d'une manière toute spéciale.

M. Gallard a dans son service deux femmes atteintes de kystes de l'ovaire, dont l'une doit être opérée prochainement; le kyste est très-gros, multiloculaire; mais il ne paraît point y avoir d'adhérences profondes, de l'avis même de M. Kœberlé, qui a examiné cette malade. Quant à l'autre, elle est trop débile, et ce cas est trop compliqué pour que l'on puisse songer à une intervention chirurgicale.

—Nous avons parlé précédemment des ceintures abdominales que M. Guéneau de Mussy fait porter aux femmes atteintes de tumeurs fibreuses de l'utérus. Ces ceintures ont surtout pour but d'immobiliser ces tumeurs; elles sont rembourrées sur les côtés, plus ou moins, suivant le besoin, de telle manière que le corps fibreux soit soutenu à droite et à gauche comme en avant. Par ce moyen simple, M. Guéneau de Mussy arrive à rendre plus tolérable l'existence de ces pauvres femmes; elles peuvent marcher sans souffrir et sont moins sujettes aux hémorragies.

Dans les affections utérines, principalement chez les femmes qui ont les parois abdominales distendues par des grossesses utérines, M. Gallard recommande souvent l'emploi des ceintures hypogastriques, mais confectionnées autrement que celles qu'on trouve d'ordinaire chez les bandagistes. Sauf dans des cas exceptionnels, M. Gallard n'est pas partisan des ceintures à pelotes et à ressort. Il les fait faire en tissu élastique et en coutil; et il tient essentiellement à ce qu'elles restent *hypogastriques*, non *abdominales* : à ce qu'elles ne remontent pas jusqu'au-dessous de l'ombilic comme celles qui servent aux femmes enceintes.

La ceinture qu'il conseille doit avoir pour effet de soutenir le ventre et non de le comprimer. Elle ne doit pas dépasser en hauteur les deux tiers de la distance qui sépare l'ombilic du pubis, au-dessus de l'arcade duquel elle doit se mouler exactement. En arrière, elle doit être plus exacte encore et prendre son point d'appui au moyen d'une simple boucle serrée au niveau de l'articulation sacro-vertébrale. Elle doit présenter deux encochures au niveau des épines iliaques antérieures et supérieures, pour pouvoir contourner le bassin sous forme de plis. Une ceinture ainsi faite doit pouvoir se tenir en place sans qu'il soit nécessaire d'y adapter de sous-cuisses; et il n'y a pas besoin d'y ajouter ni pelote ni tampon pour qu'elle exerce une pression suffisante sur l'hypogastre, qu'elle fixe et qu'elle soutient. Elle est surtout utile dans les cas où l'utérus est lourd, volumineux et endolori, et où les parois abdominales sont relâchées; car elle agit alors, en suppléant à ce relâchement des parois abdominales, pour immobiliser l'utérus, et contribuer ainsi à rendre la marche plus facile.

Ce n'est donc qu'un simple adjuvant, mais un adjuvant puissant qu'il faut bien se garder de négliger quand on entreprend un traitement aussi long que celui de la métrite chronique; traitement qui doit être poursuivi pendant des mois et quelquefois même pendant des années.

— Avant de terminer, signalons une malade à voir dans le service de M. Béhier. C'est une femme atteinte d'un anévrysme de l'aorte, avec développement excessif des vaisseaux et surtout de la carotide droite, laquelle est allongée et recourbée sur elle-même.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL NECKER. — M. WOILLEZ.

Des abcès du poumon dans la pneumonie.

(Leçon clinique faite le 11 mai, recueillie par M. Georges Bouchard, interne du service.)

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer deux malades atteints de pneumonie avec abcès pulmonaires. Comme il est

assez rare d'en rencontrer des exemples, je saisis l'occasion qui m'est offerte de vous entretenir de cette intéressante affection.

La pneumonie offre, comme vous le savez, trois degrés successifs de développement :

1° La période dite d'engouement inflammatoire, qui ne diffère pas pour moi de la congestion;

2° En second lieu, l'hépatisation rouge, qui résulte de l'exsudat interstitiel inflammatoire du tissu pulmonaire;

3° L'hépatisation grise, qui consiste dans la suppuration interstitielle de la partie hépatisée.

C'est dans ce troisième degré qu'il peut arriver que la suppuration, au lieu d'être simplement interstitielle, se collecte en outre en un ou plusieurs foyers bien distincts. On a alors les *abcès du poumon*.

Il vaudrait mieux, à mon avis, donner à cette troisième période le nom d'*hépatisation suppurée*, comprenant les deux conditions dont nous venons de parler : la suppuration interstitielle et les abcès.

Dans leur pratique, les observateurs ont rarement rencontré des abcès vrais du poumon. Cependant, ils ne sont pas aussi rares qu'on l'a pensé, et si l'on a souvent méconnu leur existence, c'est qu'on les a confondus, soit avec des cavernes tuberculeuses, soit avec des pleurésies enkystées partielles, limitées par des adhérences.

Aujourd'hui, l'anatomie pathologique me semble avoir suffisamment élucidé cette question des abcès du poumon, quoiqu'on éprouve une sorte de répugnance à croire à un abcès à l'examen des malades, et qu'on penche plutôt à admettre des tubercules suppurés même en l'absence d'antécédents pouvant se rattacher à cette affection.

Comment reconnaître, au lit du malade, la présence d'abcès du poumon? Cette question, intéressante à traiter, est souvent difficile à résoudre, parce que l'on peut avoir affaire à trois ordres de faits bien différents :

1° *A des abcès latents ;*

2° *A des abcès douteux ;*

3° *A des abcès plus ou moins certains.*

D'abord, comme exemple de *fait latent* justifiant parfaitement la dénomination d'*hépatisation suppurante* que j'ai donnée au troisième degré de la pneumonie, je vous rappellerai le malade qui vient de mourir au n° 15 de la salle Saint-Luc.

C'était un boulanger de bonne constitution, âgé de 48 ans, qui fut admis à Necker le 5 mai, et qui était mort le 7 au matin.

Cet homme avait eu trois pneumonies, en 1846, 1863 et 1867. Il avait eu de plus une bronchite à l'âge de 18 ans. Il était malade depuis trois jours à son entrée; mais pendant les trois jours qui avaient précédé le début de la maladie, il se trouvait déjà un peu souffrant, il avait un malaise général, des étourdissements, de l'anorexie.

Au début, étant en sueur, il a éprouvé un refroidissement qui a été suivi aussitôt d'une fièvre avec frissons et douleur au côté gauche de la poitrine, oppression, toux. Il se mit au lit, qu'il garda jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Le 5 mai, jour de l'admission, il tousse et est très-oppressé; de plus il a de la fièvre; le pouls est petit et précipité. Le point de côté persiste, il expectore une assez grande quantité de crachats visqueux, demi-transparents, jaunâtres et aérés.

A la percussion en avant, son normal des deux côtés, respiration ronflante partout, mais plus marquée à gauche. En arrière, matité dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche; souffle dans la même étendue, du même côté, avec respiration ronflante au sommet. Bronchophonie.

Le lendemain, 6 mai, même état que le jour précédent. (*Sol. gom. suc. — Julep avec poudre d'ipéca 2 grammes, et tis. diac. 15 gr.*, à prendre par cuillerées à bouche d'heure en heure. — *Bouillons.*)

Il ne semblait pas y avoir chez le malade de danger imminent, quoique la pneumonie fût très-étendue, et l'on pouvait penser que la maladie se terminerait aussi favorablement que les pneumonies des années précédentes.

Le soir du même jour, le malade était aussi calme que le matin et demandait des aliments. Mais la nuit, vers neuf heures du soir, la respiration s'embarrassa, il y eut de l'agitation et du délire jusqu'au matin sept heures, époque à laquelle il mourut après 48 heures à peine de séjour à l'hôpital, et au cinquième jour de la maladie.

A l'autopsie, nous avons trouvé les poumons très-volumineux; le gauche mesurait en hauteur 30 centimètres environ, et le droit, 26 centimètres. Ils étaient adhérents dans presque toute leur étendue, ce qui était dû sans doute aux pneumonies anciennes.

Le poumon droit était simplement congestionné. Le poumon gauche était dur, résistant, hépatisé. Incisé du haut en bas, il laisse échapper un flot de pus provenant à la fois du tissu pulmonaire et d'un foyer purulent. Le tissu pulmonaire présentait une hépatisation grise dans toute son étendue, excepté au sommet dans un petit espace. Un fragment de ce poumon, projeté dans l'eau, gagna le fond du vase. La coupe était d'un gris jaunâtre sale, pointillé de matière noire. Cette coupe était baignée de pus, sans air, et outre cette infiltration générale, on observait à la partie moyenne deux abcès à parois irrégulières déchiquetées sans fausse membrane; l'un de ces deux abcès, en forme de V renversé, mesurait environ 4 centimètres d'étendue.

La cavité de ces abcès, examinée avec soin, avait des parois déchiquetées et n'offrait aucun orifice bronchique dans leur intérieur, ce qui explique l'absence complète de crachats purulents pendant la vie.

Il est évident que nous avions affaire, dans ce cas, à une pneumonie terminée rapidement par suppuration, rapidité qui explique l'absence de fausse membrane sur les parois des abcès.

Il est étonnant qu'un abcès se soit formé avec une rapidité aussi grande, chez un homme aussi bien portant antérieurement que l'était notre malade. Son affection n'avait duré en tout que cinq jours.

La nature et la gravité de la lésion expliquent facilement la mort; l'absorption probable du pus n'était peut-être pas étrangère aux accidents cérébraux survenus dans la nuit qui a précédé la mort.

Il faut encore que je vous signale une autre cause anatomique de terminaison fatale : la thrombose intra-cardiaque que vous avez pu constater à l'autopsie. En effet, le cœur, peu volumineux, flasque, et dont la séreuse offrait une plaque blanchâtre peu saillante sur le ventricule droit, présentait dans l'intérieur de ce ventricule un caillot organisé, fortement intriqué entre les colonnes charnues. Ce coagulum s'étendait dans l'artère pulmonaire et de là dans quelques-unes de ses ramifications dans le poumon droit. A l'union du caillot ventriculaire avec le caillot de l'artère pulmonaire, le creux sacciforme des valvules de l'artère s'était moulé en saillies. Il n'y avait que du sang noir, demi-liquide, dans les ramifications de la branche artérielle du poumon gauche.

Il existait en outre un caillot peu volumineux à l'origine de l'aorte. Toutes les valvules du cœur étaient saines. Cerveau congestionné. Rien à noter dans les autres organes.

Voilà donc un exemple d'abcès pulmonaires latents survenu dans le cours d'une pneumonie rapide, et dont il était impossible même de soupçonner l'existence pendant la vie.

Voyons maintenant dans quelles conditions ces abcès peuvent être soupçonnés ou reconnus au lit du malade. Je puis justement vous rappeler deux malades que j'ai observés, et qui présentaient, l'un des signes d'un abcès douteux, l'autre les phénomènes suffisants pour faire diagnostiquer un abcès pulmonaire.

Rappelez-vous le n° 7 de Saint-Luc, qui est resté près d'un mois à l'hôpital, du 10 mars au 7 avril, époque à laquelle il est mort, et chez lequel j'avais cru reconnaître dans le cœur de la maladie l'existence d'un abcès pulmonaire. C'était là un cas douteux. Voici du reste le résumé de mon observation.

Homme de 34 ans, frappeur sur métaux. Il n'avait jamais fait aucune maladie grave. A son entrée, on constate tous les signes de pneumonie gauche. Le malade est cyanosé, son pouls fréquent à 136 par minute.

La maladie résista au traitement par la saignée, l'alcool (qui dut être abandonné), par l'ipécacuanha à doses fractionnées, à l'emploi des ventouses et des vésicatoires. Cependant, il y avait eu une amélioration deux jours après son admission, mais le 17 mars, treizième jour de la maladie et septième après l'entrée à l'hôpital, le malade tomba dans un abattement profond. En même temps, l'expectoration consista en quelques crachats franchement purulents, et de plus, depuis la veille, on avait observé quelques râles sous-crépitants sous la clavicule gauche, et un bruit de pot fêlé à la percussion existait dans la même région. Nous dûmes penser tout d'abord qu'il s'était formé un abcès à ce niveau; mais les jours suivants, tous les signes diminuèrent, ce qui fit rejeter la pensée de la formation d'un abcès.

Quelque temps après, le malade, après s'être affaibli graduellement, offrit une saillie en dedans du mamelon gauche, avec douleur vive à la percussion qui révéla une matité circonscrite du même niveau. Je trouvais là les signes d'une pleurésie enkystée, en me demandant si le pus des crachats précédemment observés ne provenaient pas de la plèvre.

Le malade mourut le 7 avril, au trente-troisième jour de sa pneumonie, et la nécropsie montra l'existence d'une pleurésie purulente enkystée, s'étendant depuis la troisième côte gauche jusqu'à la partie inférieure du thorax. Il y avait environ 200 grammes de pus et aucune communication avec les bronches. Les crachats purulents observés pendant la vie venaient par conséquent d'une autre source.

Le poumon correspondant était compacte au niveau de son tiers moyen. Son tissu dans cette partie, étant incisé, montrait une teinte d'un rouge brunâtre, sans granulations; ce tissu pulmonaire projeté dans l'eau surnageait, de plus, il était peu friable, quoique non crépitant. Par la pression, on faisait sourdre quelques points jaunes, qui n'étaient autres que du pus. Les bronches étaient dilatées dans cette même partie du poumon, et leur muqueuse, comme c'est l'ordinaire en pareils cas, étaient manifestement enflammée; c'était dans ces bronches dilatées qu'était la source des crachats purulents dont il a été plusieurs fois question.

Ce fait est très-instructif en ce que l'expectoration purulente et les râles sous la clavicule gauche donnaient la présomption d'un abcès du poumon qui, en réalité, n'existait pas. De plus, il existait une pleurésie purulente enkystée, lésion assez rare avec les signes qui me l'ont fait reconnaître. Si cette collection purulente se fût ouverte dans les bronches avant d'être constatée, elle aurait pu simuler parfaitement un abcès pulmonaire. Enfin cette observation démontre que l'apparition de crachats purulents dans le cours de la pneumonie peut être due à la dilatation des bronches ou à la bronchite qui en est la conséquence.

Pour compléter cette étude clinique, je vais vous rappeler un malade que j'ai observé, en 1866, à l'hôpital Cochin, et chez lequel existaient des signes réels d'abcès du poumon. Il fut admis le 20 février 1866, cinq jours après sa maladie, et succomba le 5 mars.

C'était un employé comptable, âgé de 25 ans, d'une constitution robuste, mais altérée par les maladies depuis l'âge de 22 ans. Jusque-là, il avait toujours été très-bien portant.

Il était parti pour Vera-Cruz à l'âge de 21 ans, et, un an après, il avait eu une dyssenterie grave qui avait duré pendant trois mois. Pendant les deux mois qui suivirent, il se trouva bien, mais ensuite il eut une rechute qui dura six mois. Il se produisit au sacrum une escharre, à laquelle succéda une plaie fistuleuse qui persistait depuis deux ans, lors de son entrée à Cochin. Il toussait depuis deux ans sans autre phénomène, lorsque le 15 février débuta sa dernière maladie. Ce début fut caractérisé par de la céphalalgie et des frissons.

Le lendemain 16, la fièvre était intense, et il s'y joignait une douleur sous-mammaire droite, de l'oppression, de la toux, et le soir il survint une forte diarrhée (vingt selles environ pendant la nuit). La diarrhée persista jusqu'à son entrée, au sixième jour de la maladie.

Vu le lendemain, 21 février, il présentait encore de la fièvre; le pouls était à 92, développé, la peau sèche et chaude, la soif vive. Il y avait en même temps perte absolue d'appétit avec une forte diarrhée. La douleur sous-mammaire droite, persistante, se propageait jusqu'à l'épaule correspondante, la dyspnée était très-prononcée, à 60 par minute; la toux assez fréquente et l'expectoration composée de crachats visqueux, safranés, mais aérés.

A l'exploration de la poitrine, il existait en avant, à droite, un peu d'obscurité du son de percussion, et une submatité plus prononcée à la partie moyenne en arrière, avec râles humides, souffle tubaire et bronchophonie dans ces mêmes points.

Il y avait évidemment là une pneumonie droite caractérisée par de la fièvre, par la douleur thoracique, la submatité, le souffle, les râles et la bronchophonie. Du côté gauche, la respiration n'était pas naturelle, elle y était partout puérile ou exagérée, l'expiration prolongée, et une sonorité tympanique se constatait vers la base. C'étaient là des signes de congestion concomitantes évidents, comme le démontra la mobilité des signes les jours suivants.

Il fut prescrit : *limonade* et *gomme sucrée ; — vomitif* (poudre d'ipéca, 1 gr. 50 et émétique, 0 gr. 05); *julep diacodé; — 8 ventouse scarif ; — diète.*

Le lendemain 22, abattement; pouls descendu à 84, moins de chaleur; respiration à 48; douleur moindre après l'application des ventouses. Mêmes signes locaux. Il existe quelques râles sibilants du côté gauche. (Julep avec kermès, 25 centigr., et sirop diacode.)

Le 23, des vomissements très-fréquents ont forcé de suspendre l'usage du kermes. Agitation; même état du pouls et de la respiration; crachats très-aérés, quelques-uns seulement couleur sucre d'orge.

A droite, sous la clavicule, percussion douloureuse donnant un bruit de pot fêlé, et gros râles humides, sensibles à l'auscultation et à l'application de la main. Au-dessous, respiration embarrassée, quelques râles sonores et expiration prolongée sans aucun souffle. En arrière, du même côté, son tympanique dans la fosse sus-épineuse et souffle intense à la partie moyenne du poumon.

Du côté gauche, mêmes signes de congestion pulmonaire.

Pour abréger, je vous rappellerai, que les jours suivants, il y eut toujours de la fièvre, du délire; une dypsnée prononcée; de temps à autre de la diarrhée, des vomissements. La langue devient sèche, fendillée. Bientôt les râles sous claviculaires, se transforment en gargouillement et il s'y joint un souffle intense, que l'on constate également en arrière. Le tympanisme de la fosse sus-épineuse droite, qui existait précédemment, fait place à une matité du sommet, tandis qu'en avant, il n'y a pas de matité absolue. Enfin, il survient des gros râles des deux côtés. Les crachats deviennent franchement purulents, le 27, (troisième jour), et sont en même temps striés de sang. Cet état s'aggrave encore d'un gonflement très-douloureux de la parotide droite, puis de la parotide gauche, sans fluctuation appréciable.

Malgré l'application de ventouses sèches ou scarifiées, l'application de vésicatoires, etc., le malade succomba le 5 mars.

A l'autopsie, nous n'avons pas trouvé de lésions intra-crâniennes. Les deux parotides présentaient un état inflammatoire manifeste avec suppuration interstitielle.

Dans le thorax, il existait un abcès du médiastin en avant du péricarde, et une pleurésie purulente partielle, circonscrite par des adhérences en avant et en haut, à droite, et sans aucune communication avec les bronches. Le lobe supérieur du poumon droit était hépatisé, et sa coupe avait l'aspect d'une hépatisation qui participait à la fois de la forme rouge et de la grise, et qui semblait indiquer le passage de l'une à l'autre; par la pression, on n'en faisait pas sourdre de liquide purulent. Mais ce sommet offrait, en outre, une lésion rare et remarquable : c'était un abcès pouvant contenir un œuf de poule et avoisinant la plèvre en arrière ; une fausse membrane molle en tapissait l'intérieur, et des détritus suppurés en occupaient le centre; enfin plusieurs bronches y débouchaient. Deux autres petits abcès se remarquaient encore sous la plèvre. Les deux autres lobes étaient crépitants à la pression. Les bronches de ce poumon étaient très-injectées au niveau de leur muqueuse qui n'était pas ramollie.

Le poumon gauche était volumineux et congestionné.

Le cœur et le péricarde étaient sains, sans caillots notables dans les ventricules ou les gros vaisseaux qui en partent.

Dans l'abdomen, signes d'entéro-colite dans l'iléon et le cœcum, foie et reins simplement congestionnés, vésicule biliaire distendue par la bile.

Il n'y avait de tubercules nulle part.

En résumé, voilà une maladie d'une durée de vingt jours environ qui survient chez un homme robuste, mais dont la constitution a été altérée par une dyssenterie grave répétée deux fois, et chez lequel nous avons trouvé après la mort, comme lésions pulmonaires, une pneumonie du sommet du poumon droit avec un foyer purulent.

Il ne s'agissait pas ici d'un foyer gangréneux, mais d'un véritable abcès; car, ni pendant la vie ni après la mort, on ne constatait l'odeur caractéristique de la gangrène. C'était d'ailleurs du véritable pus, de bonne nature, que contenait cette excavation anormale.

(Sera continué.)

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

Sur les fractures traumatiques du larynx et leur traitement,

Par M. le docteur FREDET (de Clermont-Ferrand) (1),

ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique, etc.

Dans toutes les observations précitées, nous avons vu que les fractures des cartilages du larynx étaient produites, soit par des corps contondants (morceau de charbon, chute sur le bord d'un seau, d'un escalier), soit par la pression digitale, soit enfin par la constriction de la corde chez les pendus.

A ce propos, qu'il me soit permis de donner l'opinion de Casper sur les causes et l'époque de ces fractures. Ce savant allemand (2) émet cette opinion qu'il y a toute probabilité pour que les fractures du larynx chez un cadavre soient produites pendant la vie et non après la mort, si les faits n'indiquent pas qu'une force extrêmement violente ait été employée. « Nous n'avons pas réussi, dit-il, à briser le larynx ni l'os hyoïde d'un cadavre d'adulte, même en employant la force la plus grande, force qui aurait certainement suffi pour amener une fracture sur le vivant. Je n'hésiterais pas dans un cas où la putréfaction a effacé les signes de réaction vitale, à admettre que les fractures de l'os hyoïde et du larynx n'ont pas été produites après la mort. »

Nous ne pouvions que nous incliner devant l'opinion d'un homme aussi considérable et d'un savant aussi consciencieux que Casper, et notre étonnement dut diminuer en nous rappelant les expériences que Malgaigne pratiquait sur le cadavre, lorsqu'il travaillait à son *Traité des fractures et luxations.* Il en est du larynx comme des os longs des membres qui offrent une résistance bien plus grande après la mort que pendant la vie. Les coups les mieux portés avec des instruments très-pesants ne produisent souvent pas de fracture, et cette résistance qu'offre le tissu osseux à se laisser briser après la mort, tient sans doute à l'absence de l'action musculaire.

Si nous analysons les expériences de M. Cavasse, nous voyons que dans une première série d'épreuves, il a essayé de fracturer le larynx en frappant la partie antérieure du cou avec un corps contondant (morceau de bois, coup de poing, talon de botte). Le cartilage thyroïde s'est toujours brisé plus facilement que le cricoïde, et chaque fois que le cricoïde était lésé, le thyroïde l'était aussi, sans que la réciproque fût vraie. Continuant ses expériences et saisissant le larynx entre le pouce d'un côté et les quatre doigts de l'autre, il pressait fortement contre la colonne vertébrale. La fracture se produisait quelquefois en laissant entendre un craquement quand le cartilage était ossifié. Comme dans la première série d'épreuves, la thyroïde se brisait plus facilement que le cricoïde, presque toujours en dehors de la ligne médiane et olliquement d'avant en arrière; mais les désordres qui accompagnaient ces fractures dans les tissus voisins étaient beaucoup moins considérables que ceux produits par les corps contondants.

Enfin, dans les cas de pendaison, de suspension du cadavre, la fracture se produit rarement; encore faut-il que le nœud de la corde qui suspend le cadavre soit placé derrière la nuque et que la pression s'exerce d'avant en arrière contre la colonne vertébrale. Casper, tout en pratiquant des expériences analogues pour constater la déchirure des tuniques interne et moyenne des carotides chez les pendus, n'a trouvé que deux fois seulement la fracture des cartilages laryngiens.

Des causes diverses peuvent donc amener la fracture de la charpente cartilagineuse du larynx; mais est-il nécessaire que la force employée soit considérable? Nous ne le pensons pas, si nous nous en rapportons aux quelques observations que nous avons citées, surtout si les cartilages sont en voie d'ossification, ce qui n'est pas toujours un effet de l'âge, puisque M. Cruveilhier l'a observée chez des adultes de trente ans, indépendamment de toute maladie.

Les symptômes de ces fractures ayant été décrits dans les observations précitées, le diagnostic ne présentant généralement pas de difficultés, nous ne nous y arrêterons pas pour insister davantage sur le pronostic de ce genre de lésions et sur le traitement.

La gravité de ces fractures paraît être dans un rapport direct avec l'intensité des symptômes du début, et la conduite que le chirurgien devra tenir semble dépendre pour nous de l'aspect plus ou moins graves des premiers accidents. Dans les faits que nous avons pu recueillir, il est évident que lorsque la mort n'est pas instantanée comme dans les faits de Planck et de Martin-Damourette, la fracture se présente tantôt avec un cortége de symptômes effrayants, tantôt avec une physionomie toute débonnaire. Aussi, dans ce dernier cas, l'expectation, le repos et le silence absolus suffiront-ils comme dans les faits rapportés par Gibb, Piedagnel et Marjolin.

Mais il n'en est plus de même quand les accidents de l'asphyxie sont imminents, lorsque le malade présente dès le début des signes de dyspnée et de suffocation, quand la voix est éteinte, qu'un gonflement de la région du col joint à de l'emphysème vient ajouter à la gravité de son état. Nous croyons alors que la temporisation est fatale et que l'on doit immédiatement pratiquer la trachéotomie.

Que voyons-nous en effet dans les observations que nous rapportons ici et où le malade a survécu quelque temps? Sur six cas de fractures graves, nous avons à enregistrer trois morts et trois guérisons. Sur les trois cas de mort (obs. de Gibb, de Cavasse et la nôtre), les malades ont succombé brusquement, l'un trois jours, l'autre vingt-six heures, le dernier quarante-huit heures après l'accident, alors même que l'on pouvait espérer, d'après la rémission des symptômes, une guérison probable. Sur les trois guérisons, sauf celle citée par Gibb et où le traitement consista en applications de sangsues, les deux autres furent obtenues grâce à la trachétomie pratiquée à temps.

En présence d'un tel résultat, nous pensons que dans les fractures graves du larynx, dans la généralité des cas, tout retard est nuisible, et que l'opération doit être pratiquée dès le début. Et, chaque fois que l'on se trouvera en présence de symptômes aussi graves que ceux que nous venons d'énumérer, il faudra avoir présent à l'esprit que le malade peut mourir subitement et au moment où l'on y pense le moins, dans un mouvement brusque, par exemple, et que l'on a tout avantage à ouvrir la trachée.

Sans doute, l'opération pourra être quelquefois d'une difficulté considérable, comme dans le cas de M. Maisonneuve, où le larynx aplati, écrasé, n'offrait plus aucun des points de repère qui servent de guide à l'opérateur, où les parties molles, tuméfiées, ramollies en une masse rougeâtre, confondues ensemble, formaient une couche épaisse au-devant du conduit aérien; mais les obstacles ne seront pas toujours aussi grands, et avec de la patience et de l'habileté on pourra en triompher.

Peut-être serait-ce le cas d'introduire par la bouche et de laisser à demeure dans le larynx une sonde de gomme de gros calibre, comme le proposait le docteur Reybard dans le croup, ou un tube métallique, comme M. Loiseau (de Montmartre), destiné à écarter les fragments et à laisser arriver en même temps l'air dans la poitrine, ou enfin de pratiquer le tubage du larynx proposé par M. Bouchut dans la diphthérie laryngée? Ce procédé, quoique ingénieux, serait-il facilement exécutable?... On n'ignore pas qu'à l'époque où la question du tubage du larynx était soumise à l'appréciation de l'Académie de médecine, Trousseau, dans un rapport sur un mémoire de M. Bouchut, relatif au tubage de la glotte, affirmait que l'opération du tubage n'était pas aussi simple à faire que l'avançait son auteur; qu'à l'hôpital des Enfants, les mêmes internes qui plusieurs fois avaient fait le cathétérisme du larynx, n'avaient pu parvenir à exécuter l'opération du tubage sur le cadavre, et que M. Guersant lui-même, dont tout le monde connaît l'habileté, n'avait pu y parvenir dans une tentative faite sur le sujet.

Pour nous résumer, au point de vue du traitement, nous classerons les fractures du larynx en deux catégories : les fractures simples et les fractures compliquées.

I. *Les fractures simples* où, comme dans les observations de Marjolin, de Gibb, de Piedagnel, l'affection a été si légère que les malades y ont à peine pris garde et où le silence et le repos suffiront pour amener un heureux résultat.

II. *Les fractures compliquées*, et parmi celles-ci :

A. Les fractures pouvant amener subitement ou très-rapidement la mort, et où la thérapeutique est superflue.

B. Les fractures s'accompagnant de suffocation, de dyspnée, de cyanose, de convulsions, d'aphonie plus ou moins complète, de déformation et de gonflement du cou, d'emphysème, etc.... fractures, où la mort subite par déplacement de fragments par œdème sus-glottique, peut survenir d'un moment à l'autre, et où nous pensons que le chirurgien, malgré la diminution dans l'intensité des symptômes, doit agir sur le champ et pratiquer ou le cathétérisme du larynx ou mieux la trachéotomie.

Nous avons trop peu d'autorité scientifique pour vouloir poser une règle générale à ce sujet, mais nous croyons fermement, d'après l'examen des faits, qu'une intervention active est non-seulement avantageuse, mais nécessaire, et qu'elle aurait pu, comme elle pourra dans l'avenir, sauver nos malade d'une fin aussi triste qu'inattendue.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.
(2) Casper, *Médecine légale*, t. II, p. 184.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Voici le discours par lequel M. Devergie a résumé les premiers travaux de cette Société, qui date à peine de quelques mois.

Messieurs,

Aux termes de l'article 13 de ses statuts, la Société de médecine légale doit suspendre ses séances pendant deux mois de l'année.

Avant de nous séparer, je suis heureux et presque fier en votre nom de mettre sous vos yeux l'ensemble des travaux importants que les membres de la Société ont accomplis dans le court espace de temps qui s'est écoulé depuis nos réunions (cinq mois).

C'est le 10 février 1868 que vous avez posé les bases de vos statuts, et ce n'est qu'à la séance du 9 mars que vos travaux ont été commencés pour être poursuivis jusqu'à ce jour (13 juillet); mais ils ont été assez nombreux pour nécessiter une séance extraordinaire de quinzaine qui a eu lieu le 22 juin.

En voici l'énumération :

Et d'abord, un travail considérable de M. Legrand du Saulle, travail entièrement neuf, faisant connaître la *sanité de l'esprit* qui accompagne l'individu jusqu'à une époque plus ou moins rapprochée de la mort, *suivant les maladies auxquelles il succombe.* Ce mémoire a trait à l'article 901 du Code civil : il tend à porter la lumière dans l'esprit des magistrats dont on invoque si souvent le jugement pour la validité des testaments.

En second lieu, un rapport de M. le professeur agrégé Tarnier, sur un infanticide dit par omission, rapport provoqué par M. le docteur Bertherand, d'Alger, en présence d'opinions différentes émises par les experts appelés en justice. Vous avez apprécié avec quelle indépendance, quel ordre, quelle lucidité et surtout avec quelle science et quel sentiment pratique cette consultation médico-légale a été faite. Aussi n'avez-vous eu aucune objection à formuler; vous êtes restés sous le charme de cette lecture, en donnant à ce travail, déjà soumis à la commission permanente, l'approbation la plus complète. La Cour d'assises d'Alger a pris cet avis motivé pour base de son jugement et a appliqué à l'accusée les peines auxquelles devaient conduire les conclusions du rapport.

Un des membres de la Société, M. Léon, avocat, avait à défendre une femme accusée d'avoir tué son mari. Cette femme avait accompli son crime en commun avec son fils du premier lit, et de manière à faire croire à un suicide par submersion (Cour d'assises de Versailles).

M. Léon désirait être éclairé, mais il invoquait l'assistance de la commission permanente à trop court délai. Invité à poser des questions, celles-ci ont été résolues d'une manière nette et précise par M. Édouard Cruveilhier, chirurgien des hôpitaux, qui a rempli cette mission avec empressement et en basant ses appréciations des blessures observées sur les plus saines données des connaissances chirurgicales et de l'expérience.

On se souvient de l'impression pénible qu'avait produit dans le public, et particulièrement dans le monde médical, le jugement rendu par la Cour d'assises du Gers dans une affaire de Condom (empoisonnement par le phosphore sur un enfant de treize ans; sa mère, accusée et acquittée malgré les preuves chimiques du poison données par MM. Tardieu et Roussin). M. le docteur Dubarry, de Condom, qui, dans un rapport tout à fait au niveau de la science, avait soupçonné et dénoncé cet empoisonnement, a cru devoir en appeler à la Société de médecine légale. Celle-ci, tout en respectant la décision du jury qui ne résout pas la question d'empoisonnement, mais seulement celle de la culpabilité ou de la non-culpabilité des accusés, a accepté cette affaire qui implique une question de science et surtout d'avenir en présence des empoisonnements de plus en plus fréquents par le phosphore. La question dont elle s'est occupée est celle de savoir *si, pour donner la preuve de l'existence de phosphore dans les organes, il faut nécessairement obtenir le poison en substance, ou s'il suffit de démontrer la présence des produits oxygénés en lesquels il peut se transformer dans l'estomac.*

Un rapport fait par M. Mialhe, au nom d'une commission composée de MM. Chevalier et Vernois et lui, est en ce moment l'objet de discussions qui susciteront probablement de nouveaux travaux de la part des chimistes et toxicologistes de la Société, de manière à fournir les éléments d'une solution positive à cette question si importante. Déjà M. Gallard a donné communication d'un fait analogue qu'il a observé dans son service à l'hôpital de la Pitié; M. Roucher, pharmacien en chef du Gros-Caillou, a fait l'analyse des organes et s'est livré à un nouveau mode de dosage qui peut concourir à élucider la question.

M. Van Kerckhoven, médecin à Anvers, s'est adressé à la Société afin d'être éclairé sur la cause d'une péricardite qui avait déterminé en cinq jours la mort d'un jeune homme de 17 ans, et qui s'était développée après une lutte de cet individu contre trois ouvriers charpentiers qui voulaient l'attacher à un poteau, pour n'avoir pas consenti à leur payer à boire. M. le professeur Béhier a traité la question en prenant pour base l'examen approfondi des causes capables de développer la péricardite. Il est impossible de faire preuve d'une érudition plus étendue. Chiffrant tous les faits inscrits dans la science; appréciant à leur juste valeur les causes de la péricardite signalées par les auteurs; faisant bon marché de toutes ces causes banales que l'on met plus ou moins en relief, M. le professeur Béhier démontre dans son rapport, par une série de faits, que, dans l'espèce, il est impossible de faire la part de la lutte.

La Société a remercié M. le professeur Béhier de s'être livré, à l'occasion de ce sujet, à des recherches aussi nombreuses, et d'avoir fait un travail vraiment scientifique qui restera dans nos annales comme une œuvre à consulter dans des cas analogues.

Le docteur Van Kerckhoven, d'Anvers, en remerciant la Société du concours qu'elle avait bien voulu lui prêter, lui a fait connaître que le rapport de M. Béhier constituait un des documents les plus importants de l'instruction qui se fait en ce moment.

Le docteur Durieux, de Riberac (Dordogne), ayant été mis en présence d'un fait judiciaire qui laissait beaucoup de doutes dans son esprit, a consulté la Société dans les circonstances suivantes :

Un homme est trouvé mort dans son lit et couché sur le dos, les deux mains ramenées sur le ventre. Il a à gauche auprès de lui un pistolet déchargé, la crosse est en bas, le canon en haut. Une balle a traversé le crâne de part en part, d'une tempe à l'autre, et le projectile a perforé le cerveau en intéressant les corps striés. Cet homme a-t-il pu accomplir dans ces conditions un suicide, ou sa mort a-t-elle été le résultat d'un homicide.

M. Paul Heurteloup, chirurgien des hôpitaux, envisageant la question sous toutes ses faces, démontre par l'appréciation de la blessure et des conditions dans lesquelles la personne décédée a été trouvée, que leur ensemble ne saurait être expliqué dans l'hypothèse d'un suicide.

Invoquant à l'appui de son opinion toutes les données de l'obser-

vateur sur les plaies d'armes à feu, citant les faits plus ou moins analogues qui se trouvent consignés dans la science, il s'en empare pour étayer sa manière de voir et il transforme un simple avis demandé en une consultation médico-légale d'un ordre vraiment scientifique.

Ce rapport, préalablement soumis à la Commission permanente et approuvé par elle dans toute sa teneur, a été l'objet d'une discussion sérieuse dans le sein de la Société. C'est après cette nouvelle discussion que la Société en a adopté les conclusions à la presque unanimité.

Après vous avoir rappelé d'une manière sommaire les travaux accomplis jusqu'à présent, il me reste à examiner ceux qui sont en cours d'exécution :

1° La question suivante, dont la solution nous a été demandée par la *Gazette des hôpitaux* :

Dans quelles conditions un médecin est-il tenu de révéler un crime à la justice? Dans quelles circonstances est-il tenu d'en garder le secret?

M. Hémar, substitut du procureur général à la Cour impériale de Paris, a bien voulu se charger de traiter ce sujet.

2° MM. Legrand du Saulle et Boys de Loury s'occupent d'une question soulevée par M. le docteur Bertherand (d'Alger) : Les filles mères ne seraient-elles pas placées dans des conditions délirantes lorsque, après leur accouchement, elles cherchent à cacher ou à détruire leur enfant?

3° Un travail de M. Chaudé sur le rôle de l'expert en justice;

4° Un mémoire de M. le docteur Géry sur les fœtus et les enfants morts-nés;

5° Enfin un autre travail de M. Roucher, pharmacien en chef du Gros-Caillou, sur les conséquences de l'emploi que font les femmes arabes du sulfure d'arsenic comme agent épilatoire (accidents d'empoisonnement qui peuvent en résulter).

En présence de travaux d'une importance réelle, il nous est permis de dire que la Société vient de prendre rang parmi les sociétés les plus laborieuses et les plus utiles; elle a réalisé son programme.

Non-seulement les médecins de la France, mais encore ceux de l'étranger ont fait appel à ses lumières. Nul doute que son concours ne prenne plus d'extension encore.

L'indépendance dont nous faisons preuve donnera, soyez-en sûrs, une grande notoriété à nos appréciations.

Mais il y a plus : la discussion des affaires judiciaires qui nous sont soumises donne à notre Société nouvelle un cachet particulier; elle la rapproche de l'enseignement, car la Société devient, par rapport à la médecine légale pratique, ce que la clinique médicale est à la pratique de la médecine. C'est à notre Société que se formeront les jeunes médecins qui désirent être appelés par les tribunaux : c'est là seulement qu'ils apprendront le sens pratique qu'il faut savoir donner aux faits.

Messieurs, si la Société suspend ses séances pendant deux mois, la Commission permanente n'arrête pas ses travaux, et il y a lieu de croire qu'elle pourra rendre des services durant nos vacances.

Les *Annales d'hygiène et de médecine légale* nous ont ouvert leur porte pour la publication officielle de nos actes. L'espace qui nous a été trimestriellement réservé était trop étroit pour contenir tous ceux qui pouvaient être publiés; ils trouveront leur place dans le numéro d'octobre prochain.

Et maintenant, Messieurs, félicitons-nous de la création d'une œuvre qui est appelée à rendre de véritables services à nos confrères.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

Rappel des prescriptions du règlement du 7 septembre 1846, sur les examens de fin d'année dans les Écoles de médecine.

M. le Ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux Recteurs la circulaire suivante :

Monsieur le recteur, à l'occasion de demandes formées par les étudiants, en vue d'obtenir l'autorisation de prendre des inscriptions rétroactives, j'ai eu lieu de constater que, dans plusieurs Facultés ou Écoles de médecine, les examens de fin d'année étaient subis à toute époque.

Permettez-moi d'appeler votre attention sur ce fait, qui est en opposition formelle avec les prescriptions du règlement du 7 septembre 1846. Les examens de fin d'année doivent avoir lieu du 15 juillet au 1er août. Les élèves refusés sont ajournés au mois de novembre suivant et ne reçoivent l'inscription afférente à ce trimestre qu'autant qu'ils ont subi avec succès une nouvelle épreuve. L'élève refusé au mois de novembre est ajourné à la fin de l'année scolaire, et ne peut prendre aucune inscription pendant tout le cours de cette année, à moins d'une autorisation spéciale du ministre accordant un nouveau délai pour l'examen. L'élève qui ne se présente pas au mois d'août ne peut subir l'examen en novembre qu'en justifiant d'un empêchement légitime, dûment constaté par le chef de l'établissement auquel il appartient; quant à l'élève qui ne se présenterait ni au mois d'août ni au mois de novembre, il doit être ajourné à la fin de l'année scolaire et ne peut prendre aucune inscription.

Telles sont, monsieur le recteur, les règles dont il convient de ne pas s'écarter si l'on veut maintenir l'ordre dans les études. Il est évident, toutefois, que les élèves de troisième année qui passent d'une école préparatoire dans une faculté, et qui sont obligés de subir de nouveau l'examen de fin d'année, doivent être admis à recommencer cette épreuve dès qu'ils arrivent à la faculté.

Je vous prie de vouloir bien communiquer ces instructions aux facultés ou écoles préparatoires de médecine situées dans votre ressort, et de tenir la main à ce que, à l'avenir, l'abus que j'ai signalé ne se renouvelle plus.

Recevez, etc.

Le Ministre de l'Instruction publique, V. Duruy.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8.
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 5 août 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été cette fois occupée surtout par diverses communications.

Une discussion incidente s'est seulement engagée sur la nature des diarrhées actuelles et les effets funestes des boissons glacées. L'à-propos était singulier. M. Ricord avait fait mettre à la disposition des membres de l'Académie et de la presse médicale, des rafraîchissements parmi lesquels figuraient des carafes d'eau frappée. Aussi le très-aimable et très-spirituel président a-t-il cru bon de protester qu'il n'avait aucune intention funeste.

M. Davaine a parlé de la pustule maligne, à propos de lettres qu'il avait reçues de M. Raimbert, de Châteaudun.

M. le docteur Gallard continue à préparer sa candidature par des mémoires sur l'hygiène.

M. Abeille a présenté avec commentaires une observation rédigée si longuement qu'il est impossible de la reproduire, ce qui nous empêche de faire aucune remarque critique.

Enfin nous avons lu la note suivante, sur un point de pratique qui nous semble important. Le moyen que nous indiquons, tout accessoire qu'il puisse être, permet d'entreprendre des cures auxquelles on renoncerait peut-être sans lui.

DE L'ÉLECTRICITÉ
employée comme anesthésique local après les cautérisations intra-utérines.

J'ai souvent fait usage de l'électricité dans le traitement des maladies des femmes, et j'ai trouvé qu'elle pouvait remplir des indications assez nombreuses. Je vais brièvement signaler aujourd'hui une de ces indications.

Pour guérir la métrite chronique, un des moyens les plus efficaces est sans contredit la cautérisation de la cavité utérine, soit avec le crayon de nitrate d'argent abandonné dans cette cavité, comme l'a conseillé M. Courty (1), soit, comme je le fais plus souvent, avec le crayon de sulfate de cuivre.

Longtemps avant la publication du livre de M. Courty, il y a sept ans, chez une dame que je traitais pour une métrite chronique avec hypertrophie considérable du col utérin, je fus conduit par un même accident à instituer la même méthode que le professeur de Montpellier.

Un crayon de pierre infernale que j'avais porté profondément dans la cavité de l'utérus, s'y brisa; et ne pouvant l'en retirer, je dus me borner à faire placer la malade dans un bain fortement salé.

A partir de ce jour, la métrite s'amenda progressivement; en même temps, résultat presque inespéré, le col utérin s'amollit et diminua de volume.

Mais les douleurs avaient été atroces. Elles ne s'étaient pas manifestées dans le moment même, mais seulement après quelques minutes de séjour du crayon dans l'utérus. Elles avaient eu un caractère particulièrement crampoïde, répondant jusque dans les lombes et paraissant causées en très-grande partie par des contractions irrégulières des fibres utérines.

Quelque temps après, je songeais à recommencer une opération qui avait si bien réussi; et je me demandais comment diminuer cette crampe utérine, lorsque l'idée me vint d'employer le courant électrique induit, afin de généraliser les contractions et de faire disparaître les spasmes fibrillaires toujours si douloureux.

Cette donnée pouvait être fausse; mais l'expérience réussit.

Chez la même dame, un second crayon de pierre infernale fut abandonné dans la cavité de l'utérus; puis je portai sur le col un tampon de charpie imbibé d'eau fortement salée, corps très-bon conducteur. Une tige de cuivre, garnie d'un manchon de caoutchouc et terminée par une olive métallique, me servit à mettre ce tampon en communication avec l'un des deux fils de mon appareil électrique; tandis que l'autre conducteur était placé sur la région hypogastrique.

Je fis passer ainsi pendant près de trois quarts d'heure un courant très-faible, et, durant tout ce temps la douleur fut insignifiante; à peine s'accentua-t-elle un peu, après mon départ, mais sans devenir le moins du monde comparable à ce qu'elle avait été la première fois. Quand aux résultats curatifs, ils furent excellents.

Je commençai dès lors à étudier l'influence du courant induit comme anesthésique de l'utérus.

La sensibilité de cet organe varie beaucoup suivant les personnes.

Elle est plus développée à la surface interne qu'à la surface externe du col utérin.

La douleur ne se manifeste presque jamais dès le premier moment, lorsqu'on cautérise la cavité soit du corps, soit seulement du col. Alors même qu'on a retiré le crayon dont on s'est servi, nitrate d'argent ou sulfate de cuivre, la douleur apparaît après un intervalle qui peut varier de quelques minutes à une demi-heure; puis, pendant un temps également variable, elle s'accentue, pour décroître ensuite. Elle devient très-vive chez quelques femmes; mais chez la plupart elle est très-supportable, et chez quelques-unes à peu près nulle, bien que le contact du sel métallique ait été prolongé pendant un certain temps.

Il faut bien connaître ces différences individuelles pour se rendre compte de l'influence que l'électricité peut avoir sur ce genre de douleurs.

Il faut en outre se mettre en garde contre une autre cause d'erreur. Chez quelques femmes, la sensibilité très-grande de l'utérus tient à une sorte de névralgie qui peut cesser pendant le traitement et être remplacée par l'état contraire; comme on voit souvent, chez les hystériques, l'anesthésie et l'hypéresthésie alterner sur les mêmes points.

Aussi n'oserais-je pas formuler une conclusion, si mes observations n'étaient pas très-nombreuses et si je n'y avais apporté la plus grande attention.

Le courant électrique m'a paru toujours diminuer très-notablement, souvent annuler les douleurs utérines, lorsqu'il a été employé sitôt après la cautérisation, et prolongé suffisamment.

Il n'est pas nécessaire que ce courant soit fort.

A l'état normal, le passage d'un courant faible à travers l'utérus ou même la muqueuse vaginale, ne donne aucune sensation. Le conducteur introduit dans le vagin ne cause donc aucune impression désagréable à la malade; c'est tout au plus si celle-ci a conscience de la contraction lente et progressive du conduit vagino-vulvaire, produite par l'électricité.

Quant à la surface abdominale, elle est sensible à l'électricité, mais beaucoup moins que les mains par exemple, excepté lorsqu'elle est le siége de névralgies ou d'hypéresthésie.

Lorsqu'on presse fortement le tampon conducteur au niveau des régions ovariennes, on constate souvent une hypéresthésie profonde dans une de ces régions, habituellement à gauche.

Voilà ce qu'on observe en dehors de toute cautérisation. Immédiatement après une cautérisation, il en est encore de même.

Mais plusieurs fois il m'est arrivé d'être obligé d'attendre un certain temps avant de faire passer le courant électrique. Par suite d'un accident quelconque, mon appareil ne marchait pas lorsque je voulais m'en servir.

En pareil cas, lorsque déjà la femme souffrait, lorsque la cautérisation avait été un peu profonde, et surtout si j'avais laissé le crayon dans la cavité du col ou du corps, l'utérus devenait sensible, parfois même très sensible au passage du courant; certaines femmes m'ont accusé alors une sensation comme de brûlure.

Dans de telles circonstances, l'effet anesthésique du courant induit était moins marquée; et d'ailleurs, quand cette douleur nouvelle était vivement accusée par la malade, je n'insistais pas.

En résumé, l'électricité, très-puissante pour prévenir, au moins dans une certaine mesure, les douleurs vives que peuvent causer les cautérisations intra-utérines, est moins efficace contre elles lorsqu'elles ont déjà paru.

Il faut donc, autant que possible, que l'électrisation suive presque immédiatement la cautérisation : la durée et l'intensité de celle-là devant dépendre de la nature et de l'étendue de celle-ci.

Il me resterait à examiner si l'électricité, en calmant les douleurs, peut contribuer à prévenir ces accidents péri-utérins, dont il faut toujours prévoir les dangers lorsqu'on agit un peu vivement sur l'utérus, et principalement sur la muqueuse intra-utérine.

L'examen un peu approfondi de cette question me conduirait hors des limites que je dois donner à cette note.

Bien entendu, si l'on découvre quelque noyau inflammatoire dans les annexes de l'utérus, quelque empâtement au fond des culs-de-sacs du vagin, il faut s'abstenir absolument de toute cautérisation intra-utérine, suivie ou non d'électrisation, jusqu'à ce qu'on ait fait disparaître cet empâtement ou cette tumeur. On ne saurait avoir trop de prudence et de patience lorsqu'on s'occupe de gynécologie.

Mais lorsque rien ne fait soupçonner une souffrance actuelle des annexes ou du péritoine, d'après les résultats de mon observation, je crois que l'électricité a pu contribuer à rendre innocente la cautérisation d'utérus atteints de métrites parenchymateuses.

Dr Victor Revillout.

(1) Je ne prétends pas résoudre incidemment en faveur de M. Courty une question de priorité pour une méthode que je mets sous son nom uniquement parce qu'il l'a préconisée dans son ouvrage. Avant lui peut-être MM. Guéneau de Mussy, Richet et d'autres sans doute, en sont venus, comme moi plus tard, isolément, accidentellement, à laisser des morceaux de nitrate d'argent dans la cavité de l'utérus ou au moins du col.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

DES ÉPILEPTIQUES.

Mœurs et habitudes. — Etat mental. — Actes criminels. — Capacité civile (1).

Me voici maintenant arrivé à l'examen de l'une des plus grandes difficultés diagnostiques et médico-légales que puisse soulever l'épilepsie. Certains malades, par exemple, au lieu d'être précipités à terre par une attaque aussi prompte que la foudre, traversent une sorte de période d'incubation : leur accès *ne sort pas*. Dominés alors par un travail morbide latent et sans perdre d'abord les apparences de la raison, ils sont préoccupés, distraits, mécontents, anxieux, irritables; ils ne tiennent pas en place, sortent et rentrent, maugréent ou s'emportent; ils ont la face injectée, l'œil animé, la respiration rapide, le geste exagéré et l'allure générale singulièrement inquiète. L'appétit est diminué, la soif est vive et le sommeil se trouble. Que l'accès d'épilepsie survienne au bout de douze, de vingt-quatre ou de trente-six heures, et tous ces malaises disparaissent. La détente est opérée. La crise nerveuse a été dans ce cas le dénouement nécessaire et relativement heureux de la scène d'angoisses vagues et d'oscillations morbides que je signale.

S'il arrive, au contraire, que l'attaque convulsive tarde à se produire ou ne se produise pas, vous pouvez vous attendre à tout. Les malades s'agitent, parlent avec exaltation et ne dorment plus ou sont poursuivis par des rêves sinistres. Ils ont des illusions des sens et de véritables hallucinations : ils croient, par exemple, avoir sous les yeux le spectacle du sang versé autour d'eux, et on les voit s'éloigner avec horreur, se retirer dans un coin où la tranquillité les fuira encore, ou bien s'échapper, errer à l'aventure, s'égarer dans les rues, gagner sans but la campagne voisine ou se perdre dans les bois. Arrivés à cette périlleuse apogée du délire épileptique, les malades ont des impulsions terribles, et, s'ils ne tournent pas leur fureur contre eux-mêmes, c'est le premier venu qu'ils vont attaquer; malheur à lui!

L'an dernier, Philibert V..., âgé de dix-huit ans, a assassiné de la sorte, à cinq heures du matin, un ouvrier qui puisait de l'eau au coin de la rue Princesse. Depuis huit jours, il était triste et préoccupé; il avait abandonné sa place de commis de magasin, paraissait très-troublé et ne dormait plus. La veille de l'événement, il avait eu des impulsions bizarres, de la pesanteur de tête, une grande mobilité d'allures, et on l'avait vu passer sans transition de la douceur la plus enfantine à l'emportement le plus forcené. Il était allé à l'Exposition, y avait vu des Evangiles, avait reçu des révélations d'en haut, avait appris que le monde allait finir et que les morts devaient bientôt ressusciter; puis, rentré chez lui, il s'était violemment disputé avec sa mère, avait lu pendant la nuit des brochures protestantes, et, dès le point du jour, il s'était machinalement armé d'un grand couteau de cuisine, s'était sauvé, avait couru

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 30 juillet dernier.

dans les rues en poussant des cris et ne s'était arrêté qu'après avoir égorgé un honnête père de famille qu'il venait de voir pour la première fois!

Philibert V... fut envoyé le surlendemain dans mon service, à Bicêtre. Il n'a pas eu d'attaques d'épilepsie; il s'est montré intelligent, doux et affectueux, mais il n'a jamais proféré une seule parole de regret et de repentir, au sujet de l'assassinat de la rue Princesse. J'ai essayé de lui arracher des larmes, je me suis attendri et je me suis ingénié à lui communiquer mon émotion, mais je n'ai pu constater que l'indifférence et l'impassibilité.

J'ai insisté alors sur la mansuétude des hommes qui lui faisaient grâce de la vie, j'ai voulu le pénétrer de reconnaissance envers nos institutions et nos lois, j'ai évoqué en un mot le spectre de l'échafaud, mais je ne suis parvenu qu'à provoquer un fin sourire d'ironie!... Philibert V..., je le répète, n'est point tombé d'épilepsie, mais il était certainement épileptique (1).

Laissez-moi vous rappeler, à cette occasion, les paroles que Trousseau a fait entendre, il y a cinq ou six ans, du haut de la tribune académique : « Si un individu, a-t-il dit, a commis un meurtre sans but, sans motif possible, sans profit pour lui ni pour personne, sans préméditation, sans passion, au vu et au su de tous, par conséquent en dehors de toutes les conditions où les meurtres se commettent, j'ai le droit d'affirmer devant le magistrat que l'impulsion au crime a été *presque certainement* le résultat du choc épileptique; je dis : presque certainement si je n'ai pas vu l'attaque; mais si j'ai vu, si des témoins ont vu le grand accès ou le vertige comitial précéder immédiatement l'acte incriminé, j'affirme alors d'une manière absolue que le prévenu a été poussé au crime par une force à laquelle il n'a pu résister : ce qui l'absout aux termes de l'article 64 du Code pénal. »

Trousseau est allé un peu trop loin, mais le fait qu'il a signalé à l'Académie de médecine est souvent vrai. Les crimes sans motifs impressionnent les magistrats, déroutent les enquêtes et mettent parfois à une dure épreuve la perspicacité des médecins-légistes. Dans ces conditions, il faut bien le dire, le vertige épileptique, l'attaque épileptique, l'épilepsie larvée, l'impulsion épileptique et la fureur instantanée d'origine épileptique passent fréquemment inaperçus ou sont méconnus.

Pénétrons maintenant, si vous le voulez, dans l'intérieur des familles et voyons ce qui s'y passe.

De grossiers préjugés courent le monde et sont tous les jours acceptés par des gens sérieux avec la plus impardonnable légèreté. Les parents ne s'inquiètent que médiocrement, par exemple, d'accès épileptiques survenant chez la jeune fille impubère, l'établissement régulier de la menstruation devant, dans leur opinion, avoir pour résultat forcé de les faire disparaître. Le médecin de la famille, dont l'embarras est extrême, encourage trop souvent ces trompeuses espérances. L'époque si désirée arrive, et les accidents continuent. Le mariage se présente alors comme un port assuré contre la névrose, et voici que la grande institution qui, d'après nos lois, domine la morale tout entière, devient une arme de la thérapeutique! L'hymen est célébré, et néanmoins les crises sont plus fortes et plus rapprochées. Le cœur ne se ferme pas encore à l'espoir, et le premier enfant issu de cette triste union apparaît comme l'ancre dernière du salut. L'illusion n'est pas de longue durée. *Neque ætate procedente mitiores fiunt*, a dit le médecin de Cappadoce.

L'influence des rapports sexuels sur la marche de l'épilepsie est fâcheux. Sennert a défini le spasme vénérien, *epilepsia brevis*, et l'on s'explique assez bien comment, d'une part, l'ébranlement cérébral produit par le coït, et, de l'autre, l'épuisement nerveux qui succède à cet acte, peuvent vivement surexciter la susceptibilité et appeler en quelque sorte l'invasion du mal. Sauvages a connu un homme dans la force de l'âge qui ne pouvait avoir de relations avec sa femme sans être pris de convulsions, et Zimmermann signale un fait analogue chez un jeune homme adonné à la masturbation. J'ai reçu, quant à moi, des confidences bien caractéristiques sur ce sujet!

Fernel, médecin de Catherine de Médicis, a écrit quelque part : « *Parentibus liberi succedunt, non minus morborum, quam possessionum, hæredes.* » De même qu'il existe des familles en proie à la fascination maladive de la mort, dont le suicide se charge d'éclaircir les rangs, de même la transmission de l'épilepsie par la voie générative est un fait acquis à la science. L'état actuel de nos connaissances permet de fixer approximativement la proportion au douzième des cas; or, puisque l'on compte trente-huit mille épileptiques en France, il devient très-probable que trois mille de ces malades, et même un peu plus, ont eu le malheur d'avoir eu des parents atteints du *mal caduc*, selon l'expression de Paracelse. Mais je me hâte d'ajouter que si les enfants issus d'un tel mariage sont loin d'être nécessairement soumis à des accidents convulsifs, ils sont fréquemment affligés de redoutables diathèses dont les stigmates vont s'inscrire sur la constitution et miner sourdement le jeu régulier de quelque appareil; heureux encore si, sourds-muets, imbéciles ou idiots, ils ne sont pas relégués, véritables orphelins de la pensée, aux derniers confins de la race humaine!

Si donc, grâce au silence de la loi française, l'épileptique peut se marier, en bonne conscience, il ne le doit pas. Il y a d'ailleurs danger pour lui et danger pour sa descendance.

L'indissolubilité du lien conjugal ressort tellement de tous les articles de la législation en vigueur, qu'aucune demande en nullité de mariage basée sur l'épilepsie ne saurait être introduite.

L'épilepsie n'est pas admise non plus comme un motif suffisant de séparation de corps. Plus l'un des époux est affligé et plus il doit trouver chez son conjoint de sollicitude et d'assistance. C'est là le vœu de la loi, et c'est là aussi le cri de la conscience. L'homme qui abandonne sa femme parce qu'elle est défigurée par une horrible brûlure, atteinte d'un cancer du sein ou de l'utérus, ou affectée des plus repoussants désordres physiques, n'est en somme qu'un misérable; et s'il prélève sur le produit de son travail la somme nécessaire à l'entretien matériel de l'existence de sa compagne éloignée, il se soustrait à l'action de la loi, cela est vrai, mais l'opinion publique est impitoyable, et elle lui reprochera sans cesse sa lâcheté. On ne heurte pas impunément les convenances sociales et il faut bien que l'égoïsme reçoive son châtiment.

Arrivons enfin à la question de responsabilité. Zacchias a établi en principe que les actes commis avant ou après l'attaque doivent être annulés comme n'étant pas contractés par un individu sain d'esprit, et que, sans le moindre doute, cette incapacité mentale dure trois jours après l'attaque. Cette assertion, dit-il, est fondée sur le raisonnement, sur l'expérience et sur les autorités (1). Beaucoup de médecins, ainsi que je l'ai déjà établi, reculant avec une libéralité enthousiaste les limites de l'irresponsabilité, ont voulu exonérer complétement l'épileptique des rigueurs de la loi pénale. On s'explique très-bien cette tendance de la part des praticiens qui n'observent les malades qu'après leur internement dans les établissements d'aliénés; mais il n'en est plus tout à fait de même lorsqu'il s'agit de statuer sur le sort d'un individu qui est resté dans la société, qui a toujours vécu de la vie commune et qui a même été assez habile pour pouvoir dissimuler sa triste névrose. Les considérations médico-légales dans lesquelles je suis longuement entré, à l'occasion de la responsabilité proportionnelle, trouvent ici une saisissante application et je ne veux que vous y renvoyer (2).

Quant aux épileptiques aliénés et dangereux dont j'ai parlé, il n'est pas besoin de dire qu'ils sont protégés par la clémence pénale.

Un épileptique étant donné, le médecin légiste doit procéder absolument comme s'il avait sous les yeux un cas d'affection mentale, et juger d'après l'ensemble des symptômes et non d'après un seul : il faut qu'il retrouve en quelque sorte, dans le fait qu'il est chargé d'examiner, le tableau général de la maladie.

Mon savant collègue, M. le docteur Jules Falret, dans un excellent mémoire sur l'*État mental des épileptiques* (3), a discuté la question qui nous occupe avec le grand sens pratique qui lui est habituel. Suivant lui, l'expert qui veut doser la somme d'intelligence et de liberté morale d'un épileptique, doit puiser à trois sources différentes :

1° Il s'appuiera sur les caractères et la marche des accès de délire, dans leurs rapports avec les accidents physiques de l'épilepsie. Ainsi, il constatera que le délire s'est produit sous forme d'accès survenus sans convulsions et sans vertiges, ou bien en rapport direct avec ces symptômes physiques; que ces accès ont été relativement courts; qu'ils ont eu une invasion et une cessation rapides; enfin, qu'ils se sont reproduits à intervalles plus ou moins rapprochés dans la vie antérieure du malade ou bien dans la prison.

2° Il se fondera sur les *caractères physiques et moraux des accès*, qui consistent principalement dans le vague et l'obtusion des idées, la production d'impulsions violentes et instantanées, le besoin de marcher sans but, de frapper ou de briser sans motifs, et la confusion extrême des souvenirs après la disparition du délire.

3° Enfin il se basera sur les caractères des actes eux-mêmes accomplis pendant ces accès, caractères que l'on peut résumer en disant que ces actes sont violents, automatiques, instantanés et non motivés.

M. Jules Falret a parfaitement raison. C'est en s'appuyant sur cette triple base clinique que le médecin légiste arrivera à se méfier du groupe problématique des folies transitoires, des folies instantanées et des folies des actes, et qu'il fera nettement ressortir les signes fixes et définis à l'avance du délire épileptique, si longtemps méconnu. Le temps des théories spéculatives et des hypothèses psychologiques est passé, et il faut déclarer la guerre à tout ce qui ne repose pas sur la froide observation des faits. La médecine légale est la fille de la clinique.

Il n'est peut-être pas de question plus difficile à résoudre que celle de la capacité civile des épileptiques. Ces malades, en effet, observés dans les armistices de leur cruelle névrose, achètent, donnent, vendent, signent des baux, font des contrats, concluent des marchés ou dressent leurs dernières volontés. Or, ces actes sont-ils valables? Un certain abbé Gattus, peu de temps après une série d'attaques épileptiques, souscrivit une obligation onéreuse : Zacchias fut consulté, et il conclut à l'annulation de l'acte. Mais ce précédent doit-il être imité?

En thèse générale, les officiers ministériels, lorsqu'ils traitent sciemment des affaires avec un épileptique, ne devraient accepter sa signature qu'autant que l'intelligence leur semble à l'abri de toute atteinte. Dans le doute, leur devoir est de soumettre leurs scrupules au procureur impérial ou à un médecin compétent.

Dans mon opinion, on doit le plus habituellement regarder comme valables tous les actes qui émanent des épileptiques en dehors de leurs crises nerveuses et de leurs accès d'égarement mental. Comment priverait-on de leurs droits civils, comment mettrait-on hors la loi les trente-huit mille malades que la France renferme et dont l'intelligence n'est pour la plupart que passagèrement lésée à des intervalles indéterminés? De grands embarras peuvent surgir sans doute dans l'application de ce principe général, mais tout dépend de l'examen du fait particulier, et la justice, éclairée par la science, saura prendre une décision conforme à la plus loyale équité.

Après cette trop rapide excursion dans le domaine si peu connu encore de la médecine légale de l'épilepsie, laissez-moi résumer ma manière de voir dans la série de propositions qui va suivre :

1° L'attaque d'épilepsie et le vertige épileptique retentissent d'une façon déterminée et facile à reconnaître sur les facultés intellectuelles, morales et affectives;

2° Le caractère et les habitudes des malades, fertiles en anomalies étranges, présentent des contrastes très-saisissables et se distinguent par l'imprévu et la soudaineté des impulsions;

3° Tout épileptique, sans être un aliéné, est volontiers un candidat à la folie;

4° L'influence du mariage sur la marche de l'épilepsie est fâcheuse, et la maladie peut, d'autre part, se transmettre par la voie générative;

5° Le crime non justifiable, commis sous l'empire évident d'une crise épileptique, entraîne l'irresponsabilité absolue;

6° Le malade, qui a bien manifestement commis un attentat en dehors de l'attaque nerveuse, est partiellement responsable; mais il a droit, d'après l'examen de son état mental, à une pénalité sensiblement atténuée et en quelque sorte proportionnelle au degré de résistance morale qui a pu être opposé;

7° Lorsque le crime a été froidement calculé et qu'il porte avec lui son explication, l'auteur est responsable, surtout si les accès d'épilepsie sont rares et s'ils n'ont point encore compromis le libre jeu de l'entendement;

8° Lorsqu'un crime tout à fait *inexplicable* et en complet désaccord avec les antécédents d'un prévenu, qui n'est réputé ni épileptique ni aliéné, vient à être accompli avec une instantanéité insolite, il y a lieu de se demander et l'on doit rechercher s'il n'existerait pas des accès nocturnes et méconnus d'épilepsie;

9° Le médecin-expert chargé de discerner l'état mental d'un épileptique, doit s'appuyer sur les caractères et la marche des accès du délire, sur les caractères physiques et moraux des accès et sur les caractères des actes eux-mêmes accomplis pendant ces accès;

10° Les actes civils qui émanent des épileptiques et qui ont été consentis en dehors de toute crise nerveuse, de tout accès d'égarement mental, doivent le plus habituellement être regardés comme valables.

KYSTE HYDATIQUE DU MUSCLE PSOAS-ILIAQUE.

Difficulté du diagnostic. — Opération. — Guérison par les injections iodées répétées.

Par le Dr Cailleux

d'Ansauvillers-en-Chaussée (Oise).

Mademoiselle Louise G..., âgée de 32 ans, cuisinière à Paris, revient chez ses parents à Ansauvillers, le 8 août 1867, pour se faire soigner d'une tumeur du ventre, qui s'irradiait jusque dans la partie interne de la cuisse gauche.

Lorsque je fus appelé auprès de mademoiselle Louise G..., le 9 août 1867, voici ce que j'ai observé et les renseignements que j'ai obtenus :

La malade a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 15 ans; à partir de ce moment, elle a commencé à sentir une grosseur qui se développait dans l'hypocondre gauche. « Cette grosseur, dit-elle, me rendait ce côté très-sensible, ce qui faisait que je ne pouvais rien souffrir sur le ventre. »

Réglée à l'âge de 15 ans, à peu près à l'époque de l'envahissement de la tumeur, elle eut toujours ses menstrues très-irrégulières jusqu'à l'âge de 32 ans. De 15 à 18 ans, mademoiselle Louise G... vit que sa tumeur n'augmentait pas sensiblement, mais à dater de ce moment la tumeur se développa sans discontinuer jusqu'à l'âge de 31 ans. Ce n'est que dans les trois derniers mois qu'elle envahit la partie interne de la cuisse.

État actuel. — Aspect cachectique, amaigrissement notable, face bronzée, traits excavés. La coloration bronzée se trouve par plaques qui occupent le front, le pourtour des yeux, les joues et le menton. La malade n'a eu aucun trouble de la digestion, elle n'a jamais toussé; du reste, l'exploration de la poitrine ne révèle aucune lésion de ses organes. Nous arrivons à l'examen du ventre et nous trouvons que la tumeur abdominale est dure, légèrement fluctuante, et qu'elle envahit tout l'hypocondre gauche et une partie de l'hypocondre droit, remonte dans la région épigastrique et descend jusque dans la partie interne de la cuisse après avoir subi une sorte d'étranglement par l'arcade de Fallope. La malade avait été déjà examinée par plusieurs médecins et chirurgiens de Paris, entre autres par un célèbre profes-

(1) Ce malade était fils d'un aliéné. Il a été transféré, au bout de quelques mois, dans l'asile départemental qui, depuis dix-sept ans, abritait la folie de son père. J'ignore ce qu'il est devenu.

(1) *Quæst. medic. legal.* lib. 13, cons. 17.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1865, p. 149 et 157.
(3) *Archives générales de médecine*, 1861.

seur de clinique chirurgicale, qui avait porté ce diagnostic : « Abcès par congestion tenant à une lésion des vertèbres ou des os du bassin. » Nul n'avait pensé à un kyste hydatique du muscle psoas-iliaque. Comme je sentais dans la tumeur de la cuisse une fluctuation peu marquée et profonde, je me décidai à faire une ponction, bien persuadé aussi que j'avais affaire à un abcès par congestion. Après avoir recherché et senti les battements de l'artère fémorale, je fis la ponction en dedans de cette artère; je m'attendais à un jet de pus, il ne sortit absolument rien; mais en retirant la canule de mon trois-quart, je remarquai que plusieurs débris d'hydatides en avaient bouché l'entrée; alors je résolus de faire une ouverture plus grande et je pratiquai une incision de 6 centimètres à l'endroit où j'avais enfoncé mon trois-quart, c'est-à-dire en dedans de l'artère fémorale, à 4 centimètres au-dessous du pli de l'aine; je disséquai successivement la peau et le tissu cellulaire, et, me servant du bout du doigt pour ne pas m'exposer à blesser l'artère fémorale, je disséquai toujours et je laissai en dehors le muscle couturier, en dedans le premier adducteur et le droit interne, et après avoir fait la ligature de deux artères musculaires, je tombai sur la poche kystique, qui était située dans le plan musculaire profond, dans la gaîne du psoas, c'est-à-dire entre le triceps fémoral et les adducteurs. Après avoir largement ouvert la tumeur avec mon bistouri, j'en vis sortir en grande abondance des débris d'hydatides, puis un flot de liquide mêlé à des acéphalocystes de tout volume (depuis le volume de l'œuf de poule jusqu'au volume du pois). J'évalue à 8 litres la quantité de liquide mêlé aux acéphalocystes que j'ai retiré de tout le kyste. J'introduisis le doigt dans la poche kystique, je passai sous l'arcade crurale en suivant la gaîne du psoas-iliaque, et j'entrai dans la poche kystique abdominale : la membrane qui tapissait les parois du kyste était rugueuse et donnait au toucher la sensation de grains de sable. Je fis plusieurs injections d'eau tiède dans la poche, et à chaque fois j'en faisais sortir des acéphalocystes de différent volume. Lorsque je jugeai la poche kystique bien vidée et bien nettoyée, je fis une injection avec la solution suivante :

Eau distillée.................	200 grammes.
Teinture d'iode............	40 —
Iodure de potassium..........	8 —

et j'introduisis une mèche volumineuse enduite de cérat dans l'ouverture pratiquée; je prescrivis la diète et la tisane de tilleul.

Le lendemain matin, 11 août, je trouvai le ventre sensible, très-douloureux à la pression, la langue saburrale et le pouls à 95 pulsations. La nuit n'avait pas été mauvaise.

12 août. — Le ventre est toujours très-douloureux, il est ballonné. Difficulté de la *miction*. Je prescrivis un léger laxatif, deux lavements émollients, des cataplasmes sur le ventre et la tisane de tilleul.

13 août. — La malade ne peut plus uriner; elle est sondée deux fois. Ventre balonné et douloureux, facies pâle et affaissé, traits tirés, peau sèche, pouls à 120 pulsations, diarrhée. En un mot, je constatai tous les symptômes d'une péritonite partielle des plus graves.

Traitement *ut suprà*.

14 août. — Même état; le ventre est toujours tendu, ballonné, rend un son tympanique et paraît toujours très-sensible à la pression; respiration courte et fréquente, pouls à 120 pulsations.

Tisane de tilleul, cataplasmes arrosés de 5 à 6 gouttes de laudanum.

15 août. — L'état de la malade s'améliore un peu, mais le ballonnement du ventre existe toujours; le pouls est encore à 110 pulsations. La malade n'urine pas, elle est sondée quatre fois. L'urine a une odeur pénétrante, ammoniacale.

16 août. — La diarrhée a cessé, le ventre est moins douloureux, le pouls est meilleur (95 pulsations). Il s'écoule en abondance par la plaie un liquide purulent, mêlé à des débris d'acéphalocystes.

Limonade, bouillon de veau; pour le soir, une pilule d'extrait thébaïque de 3 centigrammes.

17 août. — La malade est plus gaie, quoique l'inflammation abdominale soit encore bien violente; elle ne peut encore uriner sans la sonde, et elle a des douleurs atroces en expulsant les dernières gouttes d'urine.

Je fis plusieurs injections d'eau tiède dans la poche kystique, et à chaque lavage je fis sortir des débris d'encéphalocystes.

Traitement *ut suprà*.

Du 18 août au 8 septembre, les symptômes de la péritonite disparaissent peu à peu, la malade va de mieux en mieux, mais elle ne peut pas encore uriner. Chaque jour elle est sondée par sa sœur, qui la soigne avec un dévouement sans bornes.

10 septembre. — La malade demande à manger; elle est très-affaiblie par une suppuration très-abondante. Bouillon de bœuf, vin de quinquina.

Pour tarir la suppuration, je résolus de faire une seconde injection iodée, en tout semblable à la première. L'injection fut faite, et le lendemain la malade avait le pouls plus fréquent; mais deux jours après, je n'ai observé aucun des symptômes que nous avons vu suivre la première injection iodée. La suppuration ne cessant pas, je fus obligé de répéter mes injections iodées les 17, 20 et 29 octobre; je fis la dernière le 17 novembre. Je dois ajouter que très-souvent aussi je faisais des injections d'eau vineuse.

La malade se trouve mieux, mais son rétablissement est long et difficile; elle mange bien; les selles sont régulières, et, depuis le 29 novembre, elle urine facilement.

Le 2 décembre la suppuration disparaît, les lèvres de la plaie sont adhérentes, et l'on ne sent plus qu'un léger empâtement dans la région iliaque gauche.

Aujourd'hui la malade ne porte aucune trace de sa tumeur abdominale; elle jouit d'une excellente santé, et ses menstrues, qui avaient été très-irrégulières pendant le développement de la tumeur, sont maintenant régulières.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 4 août 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture, du Commerce et des Travaux publics transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Dourif (de Clermont-Ferrand) sur une épidémie de suette miliaire.

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1867, dans les départements de l'Ardèche et du Tarn (Comm. des épidémies).

3° Un rapport de M. le docteur Audoüy sur le service médical des eaux minérales de Challes (Savoie) (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Boffatini, membre associé à Florence, accompagnant l'envoi de plusieurs mémoires qu'il a publiés sur des sujets de physiologie et de pathologie.

2° L'état des vaccinations pratiquées, en 1868, par M. le docteur G. Mory, de Courpière (Comm. de vaccine).

3° Deux plis cachetés adressés, l'un par M. le docteur de Castro, d'Alexandrie (Égypte), l'autre par M. Alliot, médecin à Jouy-sur-Morin (acceptés).

M. Béclard présente, au nom de M. Bouillaud, un exemplaire de la *Nosographie médicale*, ouvrage qui manquait à la bibliothèque de l'Académie.

M. Husson revient sur les chiffres qu'il a donnés à la dernière séance. On constate annuellement, pendant l'été, quarante cas de choléra en moyenne, mais non quarante décès par le choléra.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA ET LA DIARRHÉE.

M. Guérin. A propos du procès-verbal, je tiens à appeler de nouveau l'attention sur les caractères de la diarrhée actuelle. J'ai dit qu'elle était contagieuse, que c'était là son caractère dominant; or, justement, je trouve ce matin, dans un journal de médecine, l'énonciation d'un fait qui confirme cette donnée. Il y est dit que, dans le service de M. le professeur Broca, à la Pitié, tous les malades d'une rangée furent pris de diarrhée le même jour, et que l'un d'eux en éprouva des effets funestes. Ainsi on aurait constaté, dans ce service, la même chose que l'on constate fréquemment dans les familles, dont tous les membres sont pris en même temps des mêmes accidents diarrhéiques.

M. Béhier. Je ne voulais pas revenir sur les incidents de la dernière séance et sur un échange de paroles qui n'a pas été autre chose qu'une conversation; mais puisque M. Jules Guérin nous y ramène, j'y reviens. Je n'ai pas été étonné de voir M. Guérin développer ses idées dans un premier-Paris de la *Gazette médicale*, je m'y attendais; l'Académie ne suffit pas à M. Guérin, il lui faut encore le journal; mais ce qui m'a étonné, c'est de voir qu'il n'avait pas compris un mot de ce que j'avais dit à propos du choléra.

Je voyais M. Guérin réclamer comme une actualité le rapport sur le choléra, en même temps qu'il parlait des diarrhées régnantes. J'ai dit : « Laissez ces diarrhées à leur place; ne les rapprochez pas du choléra, qui ne leur ressemble en aucune manière; n'inquiétez pas inutilement les populations. » Il y a loin de là à ce que m'attribue M. Guérin.

M. Guérin soutient que la diarrhée est contagieuse, et il donne pour preuve un fait qui s'est passé dans le service de M. Broca. Mais si la diarrhée était contagieuse, ce ne serait pas seulement les malades de toute une rangée, mais les malades de toute une salle qui auraient été affectés. Il s'est passé ici ce qui se passe dans une famille dont tous les membres sont soumis en même temps aux mêmes conditions antihygiéniques. Ils ont la même diarrhée parce qu'ils ont mangé les mêmes melons, les mêmes fruits, bu la même eau glacée, commis les mêmes excès.

Dans cet article dont je parle, M. Guérin a donné lui-même les caractères qui ne permettent pas de confondre les diarrhées actuelles avec la diarrhée prémonitoire du choléra; elle est plus bilieuse, a-t-il dit, plus odorante. C'est parfaitement vrai.

M. Guérin m'a accusé d'être partisan de l'exportation exclusive du choléra; mais je ne sais, en vérité, sur quoi il a fondé son dire. Rien n'est moins exact; au contraire, je ne suis pas partisan de cette théorie. Je n'en ai pas parlé, du reste, je vous ai dit seulement : « Nous avons des diarrhées qui sont causées surtout par des influences saisonnières, telles que verre d'eau glacée, etc. ; il ne faut pas leur chercher d'autres causes. »

Moi-même, j'ai bien eu le choléra l'année dernière pour avoir bu un verre d'eau glacée.

M. Guérin. Je n'ai pas rangé M. Béhier parmi les fauteurs de la doctrine qui attribue toujours une origine exotique au choléra. Il m'a paru qu'il attribuait les diarrhées actuelles aux seules influences saisonnières et je l'ai dit; me suis-je trompé? M. Béhier pense-t-il, comme moi, qu'il faille ajouter quelque chose aux influences saisonnières dans l'étiologie des diarrhées actuelles? ou, comme il m'a paru l'affirmer encore tout à l'heure, que ces influences agissent seules? En effet, toute la question est là.

Eh bien! j'affirme, pour ma part, que les influences saisonnières ne sont pas seules à être en jeu. Nous sommes en présence d'un grand fait, et si l'avenir confirmait la supposition que j'ai émise, si le choléra venait à paraître, il y aura là une grande démonstration scientifique. Il serait certain que le choléra n'est pas seulement contagieux et susceptible d'être importé, ce qui est incontestable; mais qu'en outre il est capable de naître dans tous les pays.

On ne peut expliquer par des causes banales les diarrhées qui affectent simultanément tous les membres d'une même famille, lorsque, comme je l'ai vu souvent, cette famille n'a fait aucun excès, n'a pas mangé de melons ni de fruits, n'a pas bu d'eau glacée. Il faut bien alors chercher une autre explication et admettre que la diarrhée est contagieuse.

Quant au fait de M. Broca, je désirerais vivement en avoir des détails de la bouche de ce professeur. Je suis persuadé que la diarrhée n'a pas affecté seulement les malades qui occupaient une rangée de lits, mais d'autres malades dans la même salle.

M. Béhier. J'ai protesté contre une opinion que m'attribuait M. Guérin et qui n'est pas mienne. Je le répète, je n'avais pas abordé cette question de l'importation nécessaire du choléra. A la dernière séance, j'ai pris la parole dans un but unique. Le rapprochement que M. Jules Guérin avait fait des diarrhées actuelles, et du rapport sur le choléra, était de nature à inquiéter le public, qui, en effet, s'en est ému. J'ai tenu à dire qu'il ne s'agit pas de choléra, que le choléra n'est pas à nos portes. Quant à la question scientifique pure, nous savons tous qu'elle est intéressante.

M. Guérin. Dans la dernière séance, je n'ai pas eu d'autre but que celui-ci : M. Béclard nous avait présenté, avec de grands éloges, un ouvrage qui renferme, sur le choléra, une doctrine affirmative et selon moi erronée. J'ai dit que l'occasion était très-favorable pour présenter et discuter le rapport où cette maladie est étudiée au point de vue de la science et de la prophylaxie.

M. Chevalier. On a nié que le choléra puisse résulter d'un abus de glace et d'eau glacée; je mettrai sous les yeux de l'Académie un ancien rapport qui le prouve.

M. Ricord. Je tiens à établir que je n'ai pas eu d'intention perverse en faisant apporter ici de l'eau glacée.

M. Broca. Je vais raconter des faits qui se sont passés dans mon service. Il y a trois semaines environ, pendant les très-grandes chaleurs, mais sans que l'Administration eût fait distribuer dans les salles des melons ou de l'eau glacée, on me dit un matin qu'un des malades de mon service avait été pris d'une diarrhée cholériforme et que tous les autres, ou à peu près, avaient eu la diarrhée. En entrant, je les trouvai très-excités, persuadés que le tisanier avait mis quelque substance malfaisante dans la tisane. On le croyait d'autant mieux, que ce tisanier avait reçu, peu de temps avant, quelques reproches sur la qualité de la tisane préparée par lui et que, le matin, il avait dit : « Cette fois, vous la trouverez bonne. » Cependant, trois individus qui avaient bu abondamment de cette tisane n'en avaient pas été purgés; mais tous les autres, soit de la même salle, soit de deux petites salles de chacune cinq lits, qui se trouvent aux extrémités, avaient eu une diarrhée violente. On fit comparaître le tisanier, on ouvrit une enquête, on analysa les matières contenues dans les intestins de l'homme qui était mort, et nulle part on ne découvrit trace d'émétique, seule substance qu'on aurait pu mettre à dose purgative dans la tisane, sans lui donner de goût insolite.

Cet homme, qui est mort de diarrhée, était entré pour un coup de pied qu'il avait reçu dans la région périnéale, et à la suite duquel il n'avait pas pu uriner le premier jour. Nous l'avons sondé sans difficulté et il allait assez bien; il avait demandé à se lever, il s'était même levé et s'était promené dans la salle. Le soir, vers sept heures, il fut pris de diarrhée, bientôt après de vomissements; il n'eut pas de crampes, mais des fourmillements dans les membres. Le lendemain à la visite, je le trouvai froid, cyanosé; il mourut dans l'après-midi, vingt heures après les premiers accidents. A l'autopsie, nous trouvâmes la vessie distendue par l'urine, bien que nous eussions constaté sa vacuité peu d'heures avant la mort. La lésion de l'urèthre était fort peu grave, il n'existait pas d'épanchement d'urine. Évidemment cet homme était mort exclusivement de ce que je nommai : *accidents cholériformes*, ne sachant pas alors qu'il existât des cas de choléra à Paris; aujourd'hui je dirais : *choléra sporadique*. Il y avait un peu de psorentérie dans le tiers inférieur de l'intestin grêle. Les matières fécales recueillies se coagulèrent en masse. Depuis lors j'ai vu plusieurs cas analogues, mais qui ne se terminèrent pas par la mort. Mon cocher, entre autres, eut des accidents tout à fait semblables.

M. Guérin. Ce malade a-t-il été pris avant les autres?

M. Broca. Non : plusieurs autres eurent de la diarrhée avant lui. On me demande dans quel état se trouvait le sang : il était poisseux comme dans le choléra; mais ceci ne prouve rien, car il est de même chez ceux qui sont morts de diarrhée.

COMMUNICATION

Nouvelles recherches sur la constitution et le diagnostic de la pustule maligne.

M. Davaine, après avoir exposé quel est l'état actuel de cette question, lit à l'Académie plusieurs extraits de lettres qui lui ont été adressées par M. le docteur Raimbert (de Chateaudun). Ce médecin a examiné plusieurs pustules malignes ou prétendues telles, et il a posé sur chacune un diagnostic que l'examen microscopique pratiqué par M. Davaine sur ces mêmes pustules desséchées a justifié pleinement.

Les deux premières pustules étaient constituées en partie par des *exsudats* fibrineux interposés aux cellules épithéliales et qui renfermaient des bactéridies en nombre considérable.

La troisième pustule, qui avait été très-altérée et dont l'aspect avait été tout à fait changé par l'application des remèdes, renfermait aussi des bactéridies, mais en nombre relativement petit. M. Davaine s'en est assuré en dissolvant les tissus par la potasse caustique et par l'acide sulfurique concentré. Les réactifs, en mettant les bactéridies en liberté, les faisaient reconnaître d'une manière non douteuse; car on sait que les bactéridies ont pour caractère d'être inaltérables par l'acide sulfurique et par la potasse caustique. Du reste, cette pustule n'offrait pas de corpuscules purulents; elle était en partie constituée par des *exsudats* fibrineux, ainsi que les deux pustules précédemment examinées.

La quatrième, enfin, renfermait de nombreux corpuscules de pus, comme l'a vu M. Raimbert, et pas de dépôts fibrineux. Un examen long et minutieux avec la potasse et l'acide sulfurique n'a permis d'y reconnaître aucune bactéridie, ni rien qui y ressemblât. Ce n'était donc point une pustule charbonneuse, et l'examen microscopique est venu justifier les incertitudes du diagnostic médical.

LECTURE

I

La gymnastique et les exercices corporels dans les lycées.

M. Gallard, médecin de la Pitié, lit sous ce titre un mémoire dont voici les conclusions ,

En résumé, si j'avais à tracer le programme des exercices corporels auxquels il convient de soumettre les jeunes gens dans les lycées, je le formulerais ainsi :

1° Éviter de faire de la gymnastique une étude ennuyeuse et fatigante, sans but ni intérêt pour l'élève. Limiter les exercices gymnastiques proprement dits aux assouplissements et aux diverses variétés du saut horizontal, en s'abstenant des exercices du portique, du trapèze et de la voltige, dont de trop fréquents accidents ont montré les dangers;

2° Remplacer l'exercice factice des leçons du gymnase par l'exer-

cice libre, naturel, qui se prend dans les divers jeux comme les barres, la paume, le ballon, etc. La meilleure manière d'intéresser les élèves à ces jeux est d'exiger que les maîtres y prennent part avec eux;

3° Compléter ces exercices naturels par de longues promenades faites deux fois par semaine ou une fois au moins, si la seconde promenade est remplacée par une sortie chez les parents;

4° Bannir du chapitre des punitions la privation de récréation, comme on en a déjà banni la privation de nourriture, et par suite des mêmes considérations d'hygiène;

5° Introduire dans les établissements scolaires l'exercice militaire et le maniement du fusil pour les enfants âgés de 14 ans au moins.

6° Y ajouter la natation et l'équitation toutes les fois que cela sera possible.

II

Antagonisme de l'opium et de la belladone.

M. ABEILLE lit une observation intitulée : « Empoisonnement sur un enfant de six ans et demi par 5 centigrammes de sulfate d'atropine dans 5 grammes d'eau. Guérison par injection sous-cutanée de 35 centigrammes d'hydro-chlorate de morphine. » (Commissaires : MM. Boudet et Gubler.)

III

De l'électricité employée comme anesthésique local après les cautérisations intra-utérines.

M. VICTOR REVILLOUT lit sur ce sujet une note. (Voir au premier-Paris.)

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

181. Saison (Amand). Du Bromure de potassium et de son antagonisme avec la strychnine.

182. Roussel (Edmond). De la grande ciguë et de quelques-unes de ses préparations.

183. Homéry (Julien). Des Hydropisies scarlatineuses.

184. Roulin (Émile). De la coïncidence de l'emphysème pulmonaire et de la phthisie pulmonaire.

185. Castro y Para (Federico). De la Leucocythémie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'*Union médicale* annonce qu'à l'hôpital du Midi et à celui de Lourcine, un nouveau service de médecine remplacera un des deux services de chirurgie. Déjà, il y a quelques années, un service de médecine a remplacé un des services chirurgicaux à la Maternité. Ainsi, il existe une tendance de plus en plus marquée à faire rentrer dans le cadre de la médecine proprement dite les affections qu'on trouve décrites dans les traités de pathologie externe. Ce ne sont pas des chirurgiens, mais bien des médecins qui s'occupent surtout des dermatoses; les affections syphilitiques et celles qui surviennent à la suite des accouchements ne tiennent pas moins à la constitution et ne sont pas plus extérieures.

— M. le docteur Seguret vient d'être nommé médecin adjoint des hôpitaux de Rodez, et M. le docteur Bonnefous, chirurgien adjoint des mêmes établissements.

— Un concours pour deux places de médecin et deux places de chirurgien adjoints des hospices civils de Toulouse, aura lieu le 8 décembre 1868. Pour être admis au concours, les candidats doivent s'inscrire au secrétariat de l'Hôtel-Dieu avant le 5 décembre prochain et produire l'acte de naissance, un certificat de bonne vie et mœurs et le diplôme de docteur en médecine.

— M. le docteur Calès, ancien représentant du peuple à l'Assemblée nationale, est décédé à l'âge de 70 ans à Villefranche-Lauragais (Haute-Garonne). Cet honorable praticien jouissait d'une grande réputation dans sa ville natale et dans tout l'arrondissement où il avait acquis l'estime générale.

—La Société de climatologie algérienne vient de décider qu'un *Congrès anthropo-géologique* aurait lieu à Alger, du 28 septembre prochain au 12 octobre.

— M. le maire de la commune d'Anor, arrondissement d'Avesnes, département du Nord, nous prie d'annoncer que cette commune, comptant 3,500 habitants, a besoin en ce moment d'un docteur en médecine, pour remplacer M. le docteur Mochez, qui vient de mourir. Entre autres avantages, la commune assure une rente annuelle de 300 francs. Pour tous renseignements, s'adresser à M. Chansinius, maire d'Anor.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des kystes séreux et acéphalocystiques de la rate, historique de la splénotomie, suivi de quelques réflexions sur les conséquences de cette opération, par le Dr L. MAGDELAIN, ex-interne en médecine et chirurgie des hôpitaux de Paris. Une brochure in-8° de 63 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1868. Germer-Baillière.

Annuaire des Eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrotérapie (1868). In-18 de 300 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1868. F. Savy.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 93. — SAMEDI 8 AOUT 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 8 AOUT 1868. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Dercostite suraiguë. — Nécrose. — Fracture spontanée. — Guérison.

Pendant notre séjour à Strasbourg, nous avons observé un cas intéressant au sujet duquel nous venons de recevoir de nouveaux détails.

Il s'agit d'un enfant de 12 ans qui était entré à l'hôpital pour une suppuration profonde de la cuisse qui fut dans le principe attribuée à un phlegmon du tissu cellulaire. On ouvrit le foyer au point où l'on percevait la fluctuation la plus manifeste : vers la partie inférieure et interne; mais la suppuration ne tarissait pas.

Un jour on constata une fracture qui s'était faite d'elle-même, sans que le petit malade eût quitté son lit.

Sur ces entrefaites, M. Sédillot reprit son service, et il trouva ce pauvre enfant dans une situation déplorable. Le pus qui s'écoulait de la plaie était mêlé de bulles gazeuses et très-odorant. La fièvre hectique et l'aspect général faisaient craindre une issue funeste.

On élargit la plaie et l'on porta le doigt dans le foyer de cette fracture qui s'était produite spontanément : on arriva sur un os dénudé et nécrosé sans doute sur une assez grande longueur.

Que fallait-il faire?

Un instant on songea à amputer la cuisse, pour couper court plus vite à une suppuration fétide qui empoisonnait le malade.

Mais au moment de pratiquer cette amputation, M. Sédillot tenta d'ébranler le sequestre, et il y parvint.

Dès lors, les choses se passèrent le mieux du monde. Le fragment d'os nécrosé comprenait toute l'épaisseur de la diaphyse sur une longueur de 11 centimètres. La cuisse dut se raccourcir à peu près d'autant; mais un travail de consolidation commença bientôt, et maintenant il est terminé.

La suppuration, à laquelle de longues incisions donnèrent une libre issue, se modifia rapidement. Des injections à l'acide phénique firent disparaître toute mauvaise odeur, la fièvre cessa, l'appétit revint, l'enfant reprit beaucoup d'embonpoint; et la guérison serait complète s'il ne restait encore quelques trajets fistuleux entretenus sans doute par quelques restes de séquestres, noyés dans le cal, lequel est maintenant très-solide.

Je donne aujourd'hui, sans commentaires, cette très-brève indication d'un fait curieux à plus d'un titre. La périostite suraiguë qui a dû amener la nécrose de toute l'épaisseur de la diaphyse, la fracture spontanée qui en est résultée, le cal solide qui s'est produit dans le foyer de cette fracture, après l'extraction du séquestre, enfin la guérison rapide dans des circonstances si défavorables, sont certainement dignes d'être notés.

Quelques temps avant, un fait semblable, terminé de même, s'était produit chez un autre enfant dans le même hôpital; et le 2 mai 1868, M. Joseph Bell, professeur de chirurgie à Edimbourg, a publié, dans le « British medical Journal », une observation presque identique.

Ces observations sont très-rares. M. Joseph Bell en signale seulement deux autres, l'une contenue dans le livre de Wodmann, *De Necrosi ossium*, la seconde insérée par le docteur Handyside dans le « London et Edimbourg Journal », décembre 1844.

Enfin deux fois l'amputation de la cuisse a été pratiquée dans de pareilles circonstances : 1° par le docteur Knox d'Edimbourg (Edimburgh medical Journal, 1822); 2° par le docteur Kerr d'Aberdeen (même journal, 1834).

De l'encéphalite.

Nous avons vu, samedi dernier, que l'emploi de la méthode expérimentale avait permis de rattacher à l'obstruction des vaisseaux sanguins une partie au moins des lésions que l'on rattachait autrefois à l'encéphalite.

Les embolies et les thromboses des artères cérébrales amènent des ramollissements qui peuvent être rouges, et qui pourtant sont *nécrobiotiques*, non inflammatoires.

Cette idée une fois admise, il s'agissait de tracer le cadre de la véritable encéphalite. On ne pouvait pas supposer que le cerveau échappât toujours au processus inflammatoire; il fallait bien déterminer les caractères des lésions que l'inflammation pouvait y produire.

Un interne très-distingué des hôpitaux de Paris, élève de la grande école anatomo-pathologique de la Salpêtrière, M. Hayem, vient de prendre l'encéphalite pour sujet de sa thèse.

Les observations ne sont point encore assez nombreuses pour que cette étude soit pleinement satisfaisante; mais elle mérite l'attention, comme une application savante et judicieuse des doctrines de M. Virchow aux maladies de l'encéphale.

Le tissu conjonctif joue un rôle important dans la pathologie cellulaire. Nous avons déjà dit ce que M. Virchow entend par tissu conjonctif : quelques cellules unies par une substance intermédiaire le constituent.

Les cellules peuvent avoir les formes les plus diverses, et la substance intermédiaire peut varier infiniment dans sa composition. Le cartilage et ce qu'on nommait autrefois « tissu cellulaire » appartiennent également au groupe des tissus conjonctifs, et ne renferment pas d'autres éléments.

Les organes plus compliqués, les nerfs périphériques, les muscles, les viscères, etc., contiennent des éléments spéciaux, mais entre eux, autour d'eux, le tissu conjonctif existe encore.

Ce qu'on appelle généralement inflammation, l'intéresse d'abord et surtout.

Les éléments spécifiques des organes doivent sans doute être susceptibles d'être altérés primitivement; mais ces altérations sont mal connues, et il ne paraît pas probable qu'elles rappellent, dans leur mode de formation, l'ancienne formule : *chaleur, rougeur, tumeur, douleur*.

Il est donc possible d'admettre ce que M. Virchow appelle des « inflammations parenchymateuses », c'est-à-dire qui, dès le principe, porteraient dans le muscle sur la fibrille élémentaire, dans le nerf sur le tube nerveux, dans les viscères sur leurs cellules spécifiques.

Mais cette réserve une fois posée, dans l'application on rapporte au tissu conjonctif ce qui a été décrit comme myosite, névrite, hépatite, etc.

Pour que l'encéphalite ne fît pas exception, il a fallu d'abord établir la présence d'un tissu conjonctif dans les centres nerveux.

Plusieurs micrographes croient encore que la substance cérébrale se compose exclusivement d'éléments nerveux, qui se touchent sans intermédiaire.

M. Virchow a cherché et décrit, sous le nom de « névroglie », un tissu conjonctif dont les éléments s'interposent entre les éléments nerveux dans le cerveau et dans la moelle.

Ce tissu n'est pas très-distinct, comme on peut le voir d'après ce passage de M. Virchow : « En examinant avec soin, on découvre sur les pièces fraîches des corps mous et cellulaires, possédant un contenu finiment granulé, et des noyaux volumineux et granulés avec nucléoles : ces productions sont arrondies ou lenticulaires, et se trouvent en quantité assez notable entre les éléments nerveux. En certains points, il a été impossible jusqu'à présent d'établir une limite bien nette entre les deux tissus nerveux et conjonctif : à la surface du cerveau et du cervelet, par exemple, entre les granules que j'ai décrits plus haut et qui sont reliés aux gros ganglions, et entre les noyaux du tissu conjonctif. Dès qu'on a détruit les rapports des parties, il est difficile de les distinguer, et pour reconnaître les éléments, il faut les voir dans leur disposition naturelle. »

La névroglie ne se présente pas partout sous le même aspect. Ainsi, suivant M. Virchow, « à la surface des ventricules cérébraux, on trouve ordinairement des cellules fusiformes parallèles à la surface et ressemblant à celles qu'on trouve dans les autres espèces de tissu conjonctif; le volume des cellules peut augmenter dans certaines conditions, et quand on en a fait une coupe oblique, on les voit se présenter sous forme d'éléments étoilés. »

FEUILLETON

Les nouveaux laboratoires.

M. le Ministre de l'Instruction publique vient d'adresser à l'Empereur un long rapport sur l'organisation des études pratiques et des hautes études.

Nous en reproduisons les passages qui se rapportent à l'institution de laboratoires d'enseignement et de recherches.

LABORATOIRES D'ENSEIGNEMENT DANS LES FACULTÉS DES SCIENCES.

La science, en effet, est bien un corps de doctrines qu'on peut apprendre dans la salle des cours, mais elle est aussi un instrument qu'il faut manier, et, pour savoir l'employer, il ne suffit pas d'en entendre parler, on doit s'exercer à en faire usage.

Pour les établissements dont l'enseignement mène directement à une profession, tels que les facultés de médecines et les écoles supérieures de pharmacie, les exercices pratiques : dissections, analyses chimiques, manipulations cliniques, etc., sont une partie essentielle du cours normal des travaux scolaires. Quelque soit le nombre des élèves, l'État leur doit, à tous, ces moyens d'études. Il n'en est pas de même dans nos facultés des sciences et dans nos grands établissements scientifiques. Chacune de nos chaires de chimie, de physique et d'histoire naturelle possède bien un *laboratoire d'enseignement* où se préparent les expériences nécessaires à la leçon du professeur; mais ces laboratoires, qu'une augmentation de crédit obtenue au budget de 1869 permettra d'accroître et de pourvoir des appareils nécessaires, sont aujourd'hui fermés aux étudiants et doivent leur être ouverts. Ils ne le seront pas assurément aux trois ou quatre cents auditeurs de certains cours, dont la plupart ne viennent que pour entendre la leçon, mais à ceux qui se seront fait inscrire pour la licence, ou qui, à la suite d'un examen subi par-devant une des commissions dont il sera parlé plus loin, auront été admis comme candidats à l'*école pratique des hautes études*.

DES LABORATOIRES DE RECHERCHES

Les *laboratoires d'enseignement* ainsi constitués seront la pépinière où les directeurs des *laboratoires de recherches*, que je propose à Votre Majesté d'instituer, viendront choisir leurs auxiliaires.

Le savant n'a pas seulement besoin d'un lieu où il puisse travailler et d'appareils qui sont les instruments nécessaires de son travail, il lui faut encore des auxiliaires qui l'assistent dans ses investigations.

Un vrai laboratoire scientifique se compose donc de deux éléments :

Les instruments et les appareils les plus perfectionnés;

Les collaborateurs les plus intelligents.

Avec de l'argent on aura les premiers : c'est l'objet du décret sur les *laboratoires d'enseignement et de recherches*, et le Corps législatif vient de s'associer à la pensée du Gouvernement en votant, pour 1868 et 1869, les crédits nécessaires, avec une bonne organisation on aura les seconds.

Le laboratoire de recherches établi de cette manière ne sera pas utile au maître seul; il le sera bien plus encore aux élèves, et par conséquent, il assurera les progrès futurs de la science. Alors on verra des étudiants, pourvus déjà de connaissances théoriques étendues, initiés dans les *laboratoires d'enseignement* aux premières manœuvres des instruments, aux manipulations élémentaires et aux exercices que j'appellerai classiques, se grouper en petit nombre autour d'un maître éminent, s'inspirer de son exemple, s'exercer sous ses yeux à l'art d'observer et aux méthodes d'expérimentation. Associés à ses études, ils ne laisseront perdre aucune de ces pensées, l'aideront à aller jusqu'au bout de ses découvertes, et peut-être commenceront à en faire avec lui. Ainsi en est-il arrivé déjà dans les trois ou quatre *laboratoires de recherches* que nous possédons. C'est avec des institutions de ce genre que l'Allemagne a trouvé le moyen d'arriver à ce large développement des sciences expérimentales que nous étudions avec une sympathie inquiète.

Souvent le même savant sera tout à la fois le professeur de qui relèvera le *laboratoire d'enseignement* et le directeur du *laboratoire de recherches*, tout comme les deux laboratoires pourront exister dans le même local. On ne voit à cette confusion que des avantages pour la science et une économie pour les bâtiments.

En votant le nouveau crédit pour les *laboratoires de recherches*, le conseil d'État avait demandé que ces laboratoires, dont la dépense allait être à la charge de l'État, devinssent l'objet d'un règlement particulier; le projet de décret soumis à Votre Majesté répond à ce désir.

Des hommes considérables, les secrétaires perpétuels de l'Académie des sciences, les chefs de nos grands établissements scientifiques et des professeurs de haut enseignement, formeront un conseil qui éclairera le ministre sur la création et le développement de ces laboratoires, sur les savants qui en devront avoir la direction, sur les ressources qui pourront leur être affectées.

Personne ne songe à demander l'abrogation de la loi sur le cumul, mais le conseil d'État a accueilli avec faveur la pensée d'encourager la séparation des chaires et des fonctions, en assurant un traitement suffisant à ceux de nos savants qui consacreraient à un seul enseignement toutes les forces de leur intelligence. La création des *laboratoires de recherches* permettra d'entrer dans cette voie par l'attribution d'une rémunération particulière aux savants qui en recevraient la di-

Mais c'est surtout dans la substance grise que la névroglie est difficile à reconnaître, car ses cellules peuvent être confondues avec des cellules nerveuses, et la substance intermédiaire qui les unit, transparente, molle, fragile, ne peut être bien distinguée qu'à la suite de préparations assez délicates.

M. Hayem a dû commencer son Mémoire par une description de la névroglie, car dans les formes d'encéphalite dont il s'occupe, il n'en est point qui soit étrangère à ce tissu. « Jusqu'à présent, dit-il, les altérations irritatives des éléments nerveux eux-mêmes ont échappé presque complétement aux observateurs. » Restnient donc les altérations irritatives de ce tissu interstitiel, la névroglie.

Le cadre de ces altérations se trouvait tracé à l'avance dans l'histoire pathologique du tissu conjonctif :

1° Le tissu conjonctif, quand il est irrité très-fortement, produit du pus. Il y aura donc une *encéphalite suppurative*.

Dans ses expériences sur les animaux, M. Hayem a vu le pus se former rapidement autour des substances irritantes qu'il introduisait dans l'intérieur d'un lobe cérébral. On se souvient que les cellules du tissu conjonctif, suivant M. Virchow, prolifèrent d'abord, puis se transforment, pour constituer des globules purulents.

2° Si l'irritation est moins vive, cette transformation finale ne s'accomplit pas: les cellules conjonctives prolifèrent encore, elles se multiplient et se gonflent, elles changent d'aspect plutôt que de nature, et ce processus n'aboutit pas à la fonte des tissus.

Ici l'on retrouve la *rougeur* et la *tuméfaction*, probablement aussi la *chaleur* : cet ensemble symptomatique qui caractérisait l'inflammation d'après les anciens.

La tuméfaction tient en partie à la multiplication et au gonflement des éléments cellulaires, en partie à l'appel des liquides que M. Virchow considère comme résultant de cette surexcitation des cellules. Cet appel des liquides a lieu en même temps dans les interstices vasculaires et dans les vaisseaux. Les vaisseaux eux-mêmes se multiplient, leurs parois se gonflent, s'épaississent par une prolifération très-évidente de leurs éléments conjonctifs. Quant à la rougeur et à la chaleur, elles résultent nécessairement de l'abondance du sang dans ces vaisseaux grossis et multipliés.

Cette seconde espèce d'irritation inflammatoire, M. Hayem l'a trouvée dans le cerveau; et il décrit une *encéphalite subaiguë ou hyperplasique*.

Affection très-rare, quand elle n'est pas consécutive, quand elle ne dépend ni d'un traumatisme, ni d'une lésion soit de la boîte crânienne, soit des méninges, soit du cerveau lui-même en cas de tumeur, etc., cette encéphalite se distingue par la rougeur et la tuméfaction, parfois l'aspect gélatineux du tissu cérébral, qui, sur une coupe, fait saillie à ce niveau.

Bien entendu l'irritation peut devenir plus vive à un moment donné : les globules purulents paraissent, et cette forme rentre alors dans la précédente, dans *l'encéphalite suppurative*.

3° Enfin dans le tissu conjonctif, il peut exister un autre genre d'irritation, beaucoup plus faible, qui provoque la multiplication des éléments de ce tissu, sans changer leur nature et leur constitution, si ce n'est qu'ils prennent un développement plus complet, deviennent plus forts et plus adultes pour ainsi dire.

Alors le tissu interstitiel étouffe le tissu nerveux, non pas rapidement et violemment comme dans les formes précédentes, mais lentement et progressivement.

Si la myéline se résoud en granulations ou disparaît, c'est qu'elle est comprimée par les nouveaux éléments conjonctifs.

On ne sait pas bien encore si les cylindres d'axe persistent invisibles au milieu des tissus ou sont résorbés à leur tour; mais on sait bien que les fonctions nerveuses sont profondément troublées d'abord, puis abolies.

Ici on peut n'observer ni rougeur, ni chaleur, ni tuméfaction. Les vaisseaux ne sont pas toujours très-développés: si parfois ils paraissent énormes et nombreux, d'autrefoie, au contraire, ils sont plus petits et plus rares que de coutume.

Le tissu conjonctif, disions-nous, en s'hypertrophiant, devient plus fort; il devient plus tenace, plus consistant, plus dur. Aussi a-t-on nommé sclérose, c'est-à-dire *endurcissement, induration*, cette lésion des centres nerveux.

M. Charcot a fait, cette année, de très-belles leçons sur la *sclérose en plaques*, affection qu'on avait confondue pendant longtemps avec la paralysie agitante, et dont il a bien déterminé, conjointement avec M. Vulpian, la physionomie symptômatique; mais il ne l'a point rattachée à l'encéphalite, et c'est pourquoi M. Hayem n'affirme rien, en en faisant provisoirement une troisième forme sous le nom d'*encéphalite sclérosique*.

Ce nom a peut-être l'inconvénient de rappeler trop vivement à l'esprit l'idée ancienne et l'idée française de l'inflammation, alors qu'il s'agit d'une irritation comprise à la manière allemande, ce qui est essentiellement différent.

Nous ne sommes pas encore assez éloignés de l'époque où régnait Broussais, pour que les terminaisons en *ite* n'amènent pas de grandes confusions lorsqu'on les motive sur cette irritation multiforme à laquelle l'école de M. Virchow attribue également les tumeurs malignes, les néoplasies de tous les genres, les hypertrophies simples, les hypersécrétions, et dans une certaine mesure l'accomplissement des fonctions normales.

Nous ne cherchons pas à résumer le mémoire de M. Hayem; mais seulement à indiquer, pour ceux qui ont terminé leurs études sous l'influence d'autres systèmes, quelles profondes modifications la doctrine de M. Virchow a fait subir au classement des maladies.

Si cette doctrine est destinée à céder un jour la place à quelque autre, elle aura du moins imprimé une énergique impulsion aux travaux d'une génération médicale qui ne manque pas de talent ni de zèle.

Des faits nouveaux ont été remarqués, étudiés, classés, sinon compris. On ne peut plus les enfermer dans les vieux cadres. Il est évident que la science élargit ses bases, et que désormais les vues d'ensemble devront être plus compréhensives.

Dr Victor Revillout.

OBSERVATION DE CONGESTION PULMONAIRE

Développée sous l'influence d'une lésion des nerfs vaso-moteurs de l'appareil pulmonaire

Par M. le Dr Fournier,

Ex-interne lauréat des hôpitaux, médecin de l'hôpital d'Angoulême.

Le 22 juillet 1867, je suis mandé au Pontouvre, près Angoulême, auprès de madame X...

Cette dame, d'une constitution essentiellement névrophatique, est sujette à des douleurs névralgiques du côté des principaux plexus de l'économie; sous l'influence des moindres causes, elle est prise tantôt d'une migraine, d'une pleurodynie, d'une gastro-entéralgie. Grande, brune, elle présente néanmoins les signes d'un état anémique habituel, décoloration des muqueuses, léger souffle à la base du cœur.

Le 20 juillet au soir, après s'être promenée assez tard sur le bord d'une rivière qui longe sa propriété, elle s'est sentie saisie par le froid et s'est mise au lit, se plaignant de frissons et de quelques douleurs de tête.

Le 21, les douleurs n'ont fait qu'augmenter, elles ont pris le caractère lancinant, et, le 22, à ma première visite, je constatais un léger mouvement fébrile de l'embarras saburral, du côté des premières voies, et tous les signes d'une névralgie de la cinquième paire, avec larmoiement, rougeur de la face et des yeux.

Traitements. — Limonade purgative au citrate de magnésie, et, toutes les deux heures, une pilule avec cinq centigrammes de sulfate de quinine et un centigramme d'extrait de belladone.

Les accidents ont été en s'améliorant, sous l'influence de ce traitement, jusqu'au 24.

Le 25, à ma visite du matin, je trouve la malade bien débarrassée des douleurs de la face, mais accusant du côté gauche un point de côté lancinant des plus intense. La peau est chaude, le pouls fréquent et la dypsnée très-prononcée. La malade a une toux sèche, très-fatiguante, et qui, dans la nuit, a produit une insomnie complète.

A la percussion et à l'auscultation, je constate un peu de matité et un souffle assez intense dans la fosse sous-épineuse gauche. En présence de ces symptômes, je crois avoir affaire à une pneumonie au début, et je prescris l'application d'un large vésicatoire sur la région où les signes stétoscopiques me révèlent l'engorgement pulmonaire; mais quel n'est pas mon étonnement, dès le lendemain 26, de constater une diminution considérable des signes fournis par l'auscultation et la percussion, et le surlendemain, 27, d'en constater la disparition complète.

Évidemment, il n'y a eu là qu'une congestion pulmonaire, dont nous allons tout à l'heure essayer de déterminer la nature.

Après la disparition des phénomènes pulmonaires, la malade a souffert de douleurs gastralgiques et entéralgiques et son rétablissement n'a été complet qu'au bout d'une quinzaine.

Réflexions. — En résumé, il s'agit d'une malade prise d'une névralgie faciale avec douleurs oculaires, larmoiement et congestion de la conjonctive, et chez laquelle cette affection cède bientôt pour être remplacée par une manifestation pulmonaire qui est bien évidemment de nature congestive. En effet, si les signes stétoscopiques démontrent bien qu'il s'est fait là un engorgement du parenchyme pulmonaire qui a pu faire craindre à un commencement de pneumonie, la rapidité avec laquelle les accidents ont disparu démontre bien qu'il s'agissait d'une simple fluxion congestive.

Mais quelle est la nature de cette congestion? C'est là un problème dont les expériences de M. Claude Bernard vont nous fournir les éléments de solution. En effet, cet éminent physiologiste a démontré que dans toutes les régions de l'économie, les mouvements des vaisseaux étaient sous la dépendance exclusive de filets nerveux spéciaux appartenant au grand sympathique et auxquels il donne le nom de nerfs vaso-moteurs.

Dans un mémoire publié en 1863 dans les Archives de médecine, M. le docteur Caïn est parti de ces données physiologiques pour rattacher un grand nombre des phénomènes congestifs, tels que la rougeur des yeux et de la face dans les névralgies de la cinquième paire, etc., à une lésion des nerfs appartenant au système vaso-moteur. C'est là un exemple des applications heureuses de la physiologie à la pathologie, et une démonstration de la précision à laquelle on peut arriver en médecine, quand on s'appuie sur une connaissance exacte des phénomènes de la vie.

Je rapprocherai chez ma malade les phénomènes congestifs pulmonaires qui ont accompagné la névralgie des nerfs intercostaux des phénomènes congestifs oculaires qui se sont développés en même temps que la névralgie faciale. De même que la fluxion oculaire dans ce dernier cas peut être rattachée à une lésion du filet sympathique vaso-moteur dépendant du ganglion ophthalmique; de même la fluxion pulmonaire, dans le premier, peut être rationnellement considérée comme dépendant des filets vaso-moteurs du plexus pulmonaire.

L'observation intéressante que je viens de citer peut donc être intitulée : Congestion pulmonaire dépendant d'une lésion des nerfs vaso-moteurs, et, jusqu'à présent, je n'ai trouvé aucun fait analogue signalé par les auteurs.

---

rection et donnerait ainsi à un nouveau service plus de temps qu'ils n'en donnent à leurs leçons réglementaires.

La condition essentielle de ces laboratoires sera, pour les savants qui en seront chargés, l'entière liberté de diriger leurs travaux et les études de leurs élèves, en dehors de tout programme officiel, dans la voie qu'ils jugeront la plus profitable à la science.

Les deux ordres de laboratoires dont il vient d'être parlé répondront, pour le service public, à deux besoins très-distincts : la *diffusion* et le *progrès* de la science, et pour les étudiants, à des aptitudes très-différentes, puisque les uns n'ont besoin que de l'*esprit de compréhension* qui fait saisir et s'approprier les connaissances enseignées, tandis que d'autres, animés de l'*esprit de recherche et d'invention*, feront peut-être avancer la science, si l'on met à leur disposition les instruments indispensables aux investigations scientifiques.

Leçons sur la cataracte, professées à l'hôpital Saint-Louis.

Par Em. Foucher (1).

(Recueillies et publiées par MM. Bousseau et Vaslin, internes des hôpitaux).

Foucher avait confié à deux de ses élèves, MM. Bousseau et Vaslin, le soin de publier les leçons qu'il avait faites à l'hôpital Saint-Louis, mais la mort est venue le surprendre avant qu'il ait pu voir son désir réalisé. Cette mort, aussi imprévue que douloureuse, a été une perte pour la science, car, disait M. le professeur Verneuil dans un éloquent discours plein de pieux souvenirs pour la mémoire de son ami, « s'il n'a pas laissé un lourd bagage scientifique, il n'en faut pas conclure que son œuvre était terminée; il était de ceux qui germent et éclosent tard, mais qui ne s'arrêtent point en chemin. »

Foucher occupait, depuis peu d'années, la chaire de clinique ophthalmologique laissée vacante par la mort de Follin, et, par ses connaissances sur ce point de la pathologie et sa bonne traduction de Warton-Jones, il montrait qu'on peut mener de front l'exercice complet de la chirurgie générale et la connaissance approfondie d'une branche circonscrite.

La nouvelle étude sur la cataracte continuait l'œuvre si dignement commencée, mais, il faut le dire, si rapidement achevée. Ces leçons ne sont pas, à proprement parler, une exposition originale et, du reste, le sujet en lui-même n'implique pas une idée neuve, mais le lecteur y puisera de profonds enseignements cliniques, y trouvera l'exposé des moyens de recherche pour établir sainement le diagnostic, et la discussion de tous les modes de traitement.

L'ouvrage est divisé en douze leçons dont la plupart ont été revues par le professeur et les autres écrites sur ses notes, mais avec la plus scrupuleuse exactitude.

Qu'est-ce qu'une cataracte? Cette question semble superflue, mais n'est pas inutile quand on songe à la confusion qui a régné longtemps dans la science. Foucher la définit : une opacité de l'appareil cristallinien, en repoussant l'idée de Velpeau, pour qui la cataracte était une opacité contre nature d'un des milieux transparents de l'œil que traversent les rayons lumineux pour arriver à la rétine.

La séméiologie de la cataracte est longuement étudiée, et l'auteur insiste avec raison sur les signes objectifs perçus par le chirurgien et qui, seuls, ont toute la valeur dans le diagnostic. En effet, on doit toujours les avoir en vue et en faire un usage continuel pour éviter une erreur nuisible au malade. Il y a, il est vrai, de ces cas si simples que le diagnostic n'a besoin que d'un contrôle très-restreint, mais il ne faut pas faire, d'une exception, une loi générale.

Ces procédés chirurgicaux relatifs à l'exploration directe de l'œil sont peu nombreux, et nous croyons, vu leur importance, utile d'en préciser les principaux caractères.

Foucher recommande de dilater la pupille avec des mydriatiques, afin de fournir un plus vaste champ à l'observation parce que, sous l'influence d'un vif rayon lumineux, la pupille peut se rétrécir et être ainsi un obstacle par son petit diamètre.

Le plus ancien de ces moyens d'exploration est celui de Sanson, ou procédé des vinages, que nous ne faisons que signaler; il est négligé aujourd'hui, depuis l'invention de l'ophthalmoscope, et rend, du reste, des services très-contestés dans ce cas particulier.

Puis vient l'examen direct, qui consiste à éclairer le globe oculaire, et dont l'utilité est très-grande parce qu'elle fait ressortir les parties de l'œil situées avant le cristallin. On emploie ordinairement la loupe de Brücke, qui permet ainsi de reconnaître les taches cornéennes, les altérations de consistance, de couleur ou de structure de la chambre antérieure et de l'iris.

Avec l'éclairage latéral, c'est-à-dire la pénétration dans l'œil de rayons lumineux qui arrivent par les côtés, on a une notion nette de couleur et de profondeur; enfin, comme dernier moyen de contrôle, le chirurgien doit employer l'ophthalmoscope. On sait que, normalement, le champ pupillaire est d'un rouge uniforme, teinte produite par les vaisseaux de la choroïde, qui apparaissent par transparence du milieu; s'il survient une opacité sur le cristallin, on aura une tache noire très-nette.

Ces différents procédés permettront ainsi de reconnaître une cataracte, et il est facile de comprendre que l'aspect, la forme, le volume, différeront suivant la variété. Nous n'avons pas à insister sur ces diverses modifications : leur étude serait longue et ennuyeuse, et l'on peut en saisir les points capitaux par la lecture de l'ouvrage. Ajoutons

(1) Un volume in-8° de 280 pages. — Victor Masson. Paris, 1868.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 19 juin 1868. — Présidence de M. Chausit.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. Perrin prend la parole.

Je viens aujourd'hui apporter devant la Société, comme j'en avais pris l'engagement, les preuves de l'assertion émise par nous dans la dernière séance, à savoir : que l'affection décrite pour la première fois, en 1834, par M. Huguier sous le nom de *contracture du sphincter vaginal*, et depuis, par M. Marion Sims, sous celui, aussi affreux que possible, de *vaginisme*, n'est rien moins que nouvelle.

Voici, en effet, ce que dit Vidal (de Cassis) dans la deuxième édition de son *Traité de pathologie externe*, publiée en 1846, t. V, p. 574 : «.... Les lésions vitales de la vulve sont peut-être celles qui ont été le moins étudiées. Déjà, en 1832, j'ai aperçu à cet endroit une lacune de la science, et pendant que je dirigeais, par intérim, à l'hôpital du Midi (1) un service, j'entrepris des recherches sur ces lésions, recherches que je continuai quand je fus chargé d'un service à Lourcine, hôpital spécialement destiné au traitement des maladies des femmes. Le peu que je pus apprendre dans ces deux services a été inséré dans les journaux ou répandu dans mon livre. Je vois avec une vraie satisfaction que des collègues de mérite ont pu estimer assez ces recherches pour se les approprier en partie et en faire le point de départ d'autres travaux. Cela est dit seulement pour prévenir le reproche de plagiat qu'on pourrait m'adresser, si quelques idées que je vais émettre ne portaient pas le nom des chirurgiens que j'ai voulu désigner. »

Or, les chirurgiens auxquels faisait allusion Vidal (de Cassis) étaient précisément Tanchon et Lisfranc, dont nous avons rappelé nous-même, de mémoire un peu confuse, les travaux sur ce sujet. Le premier de ces auteurs, qui a publié dans le numéro du 14 juillet 1842 de la *Gazette des hôpitaux*, un mémoire sur les *névroses de la vulve* n'a pas, il faut le regretter, donné aux travaux de Lisfranc, antérieurs aux siens, la juste part qu'ils méritaient. Il s'est borné, en effet, à dire que Lisfranc, *dans ses cliniques*, s'était occupé de la question. Or, il faut bien qu'on sache que le célèbre chirurgien de la Pitié, dans le 2e vol., p. 162, de sa *Clinique chirurgicale* parue en 1841, a consacré un chapitre tout entier à cette étude. Ce chapitre est intitulé : *De l'excès de sensibilité des organes génitaux de la femme.* On peut dire que le travail de M. Tanchon n'est, en réalité, qu'une fade répétition des idées qui s'y trouvent exposées. Nous croyons devoir, à l'appui de notre affirmation, qui pourrait paraître excessive à quelques-uns d'entre vous, citer quelques-uns des passages consignés dans le chapitre dont il s'agit.

« La sensibilité des organes génitaux de la femme est quelquefois telle, que les soins ordinaires de propreté sont pénibles à supporter, si l'on n'use pas beaucoup de précautions en les mettant en usage. Le toucher pratiqué pour explorer le vagin et l'utérus est insupportable, et détermine souvent une irritation nerveuse qui peut produire un état convulsif. La femme a, pour le coït lui-même, une grande répugnance, et quoique le sentiment du devoir et la crainte de perdre l'affection de son mari la dominent, elle s'en éloigne d'abord autant que le lui permettent les circonstances, et puis enfin, il devient si irritant, si agaçant, si douloureux, qu'elle le refuse et le rejette avec une sorte d'effroi : refus terrible qui, presque toujours, entraîne après lui les événements les plus funestes à l'union conjugale. Je n'exagère rien ici, car on m'a raconté des scènes déplorables; j'en ai quelquefois été le témoin. »

Si, d'après Lisfranc, la sensibilité des organes génitaux de la femme coïncide quelquefois avec l'intégrité la plus complète de ces organes, le plus souvent elle dépend de causes locales appréciables. Cette singulière affection, ajoute-t-il, agit quelquefois sympathiquement sur la vessie, de manière à avoir pu quelquefois donner le change au médecin sur une maladie de ce dernier organe, qui n'existait pas réellement.

Quand au traitement, rien n'y manque, et toutes les indications y sont posées de main de maître. Ainsi, lorsque l'affection est symptomatique d'une lésion locale, le traitement devra varier avec la cause qui l'a fait naître. Si, au contraire, elle dépend de l'idiosynchrasie du sujet, et qu'il n'y ait d'ailleurs *dans la vulve* aucune trace de maladie, il y aura lieu de recourir, selon les cas, aux saignées, aux émollients, aux narcotiques, aux bains, aux irrigations d'eau froide, etc.... Puis, une fois que la sensibilité vulvaire commencera à s'amender, et même sans cela, on accoutumera les surfaces au contact des corps étrangers, *comme on le fait pour l'urèthre*. Dans ce but, on se sert de mèches ou de canules enduites de cérat dont, à moins de contre-indication, on augmente graduellement le volume. A l'appui de ce mode de traitement, Lisfranc cite l'observation suivante :

« Une dame était affectée d'excès de sensibilité des organes génitaux : soumis au plus scrupuleux examen, ils paraissaient entièrement sains. La malade ne pouvait pas supporter les approches de son mari, et déjà la guerre était dans le ménage. Les moyens ordinaires généraux et locaux ayant peu amendé la maladie, j'introduisis dans le vagin une petite canule en gomme élastique : elle n'y séjourna que dix minutes; elle excita beaucoup de sensibilité; le lendemain, cette exaltation fut moindre; presque nulle le troisième jour, elle permit de faire séjourner l'instrument une demi-heure : ainsi, peu à peu, il demeura plus longtemps en place; j'en augmentai le volume, et il finit par n'occasionner même aucune incommodité; la malade s'accoutuma ensuite bientôt à remplir ses devoirs conjugaux. » . . . . . .

. . . .

..... Enfin l'affection morbide résiste-t-elle? On doit recourir, termine Lisfranc, en dernier ressort, à la cautérisation de l'orifice inférieur du vagin et de presque toute l'étendue de la vulve; on met en usage le nitrate d'argent fondu qui agit là, comme dans le *Zona*, c'est-à-dire en modifiant la vitalité des tissus. Dans un cas rebelle, Lisfranc a dû pratiquer, à huit jours d'intervalle, quatre cautérisations semblables, et dans un autre, une seule. Les deux malades ont guéri.

A part la variété spasmodique de l'affection qui s'y trouve à peine indiquée, il ne manque, on le voit, absolument rien à l'exposé qui précède. Aussi est-il véritablement regrettable que les travaux du chirurgien de la Pitié, de même que ceux de Tanchon, aient été passés complétement sous silence par ceux qui, depuis, ont repris l'étude du même sujet. Si le hasard eût donné à Lisfranc l'occasion d'avoir connaissance des deux observations de M. Huguier, perdues malheureusement dans une thèse dont le titre ne permettait guère d'y soupçonner leur présence (1), il est probable que ce chapitre si intéressant de sa clinique chirurgicale n'aurait point été si étrangement oublié, et qu'il aurait probablement comblé lui-même la lacune qu'on est en droit d'y signaler. Mais il n'eût probablement pas accordé au spasme du sphincter vaginal l'importance évidemment exagérée qu'on lui reconnaît aujourd'hui. Le rapprochement établi pour la première fois par M. Huguier entre cette singulière névrose et la fissure à l'anus, est peut-être en réalité plus ingénieux que fondé.

En tout cas, nous persistons à croire que la modification morbide du constricteur du vagin n'est, le plus souvent, que consécutive, que l'hypéresthésie vulvaire, au contraire, et surtout au début, constitue le plus ordinairement, à elle seule, toute la maladie, et que c'est à tort qu'on a substitué aux dénominations anciennes sous lesquelles Vidal (de Cassis), Lisfranc et Tanchon ont décrit cette affection, une appellation en partie inexacte et d'autant plus fâcheuse, que ceux qui l'ont proposée ont cru, sans doute, avoir découvert une maladie nouvelle, puisqu'ils ont laissé dans un oubli injuste et profond des recherches analogues sur le même sujet, appartenant à des hommes dont nous nous sommes fait un devoir de rappeler devant vous les noms estimés.

M. Lagneau. La dénomination de vaginisme employée par MM. Marion Sims, Murray (2) et beaucoup d'autres observateurs (3) a peut-être l'inconvénient de moins bien indiquer le genre d'affection que les dénominations d'hypéresthésie vulvaire préférée par M. Briquet, et de contracture spasmodique du sphincter ou contricteur vaginal employé par M. Debout (4); toutefois, quoique le spasme de ce constricteur soit ordinairement la conséquence de l'hypéresthésie de la muqueuse, il faut remarquer que certaines hypéresthésies partielles de la vulve ne déterminent pas toujours de spasmes du *constrictor cunni*. Deux fois, j'ai eu l'occasion d'observer des femmes ayant une sensibilité extrême du méat urinaire, rendant tout contact, voire même celui du linge, extrêmement douloureux. L'une avait environ 20 ans, mais l'autre avait une quarantaine d'années. Chez cette dernière principalement, cette hypéresthésie, qui ne s'accompagnait d'aucun spasme du constricteur vaginal, avait pour siége et point de départ de l'irradiation douloureuse, le renflement, bourrelet ou corpuscule vasculaire et épithélial, qui normalement existe sur le bord inférieur ou postérieur du méat urinaire. Ce bourrelet vasculaire, hypertrophié et enflammé, constituait une sorte de petite excroissance d'une sensibilité extrême.

Diverses sortes d'excroissances, végétations, polypes ont souvent été observés dans la région uréthrale chez la femme (1). A propos d'une communication de notre collègue M. Caudmont sur cette variété de végétations sessiles de l'orifice de l'urèthre de la femme (2), j'ai déjà insisté sur l'extrême sensibilité que présente parfois cette petite lésion (3). Plus récemment, M. Raciborski me paraît avoir étudié avec soin ces petites tumeurs douloureuses de la partie antérieure du canal urinaire de la femme (4).

M. Tissier lit un mémoire sur un cas d'éclampsie, à l'appui de sa candidature.

(Renvoyé à une commission dont M. Charrier est rapporteur.)

M. Martin lit un travail relatif à la dernière épidémie de variole.

M. Briquet. Je demande la parole à propos des applications mercurielles sur le visage des variolés. Je ne vois aucun rapport entre l'emploi de l'emplâtre de Vigo et la mort de la malade. On meurt dans ces cas de la maladie et non pas de l'emplâtre, c'est une coïncidence et non un effet.

J'ai fait beaucoup de fois l'application du masque avec l'emplâtre de Vigo; j'ai cessé parce qu'il est très-difficile de le bien maintenir, et je me suis servi, pendant plus de vingt ans, des onctions mercurielles. Je n'ai jamais eu aucun accident, tout au plus un peu d'hydarpisie.

M. Briquet termine en disant qu'il a étendu plus loin qu'au visage les onctions mercurielles, mais qu'il ne conseille pas cette application à laquelle il a renoncé lui-même.

M. Géry fils s'étonne des craintes de notre collègue à propos des onctions mercurielles, et ne voit également qu'une pure coïncidence entre la mort de la malade et l'application du masque. Il a eu lui-même un assez grand nombre de fois l'occasion d'employer la méthode préconisée par M. Briquet, et jamais il n'a vu survenir le moindre accident; mais, moins heureux que M. Briquet, il n'a pas vu souvent un superbe résultat de toutes ces applications. Les malades avaient été soulagés, mais restaient marqués.

M. Simonnot préconise l'emploi des onctions mercurielles, dont il a observé les meilleurs résultats dans une épidémie de variole qu'il a eu à traverser. Il a employé comparativement la piqûre des boutons, le masque avec le diachylon, avec l'emplâtre de Vigo, la glycérine, les onctions mercurielles. Le masque, de quelque nature qu'il soit, est d'une application exacte, difficile, et est excessivement pénible pour les malades, surtout dans les pays chauds, où observait alors M. Simonnot. De tous les moyens employés, le meilleur pour lui est l'onguent mercuriel appliqué de manière à en avoir toujours une couche fraîche sur le visage. Dans ces cas, M. Simonnot a toujours vu ses malades ne pas être grêlés si on a institué le traitement depuis le début du bouton, et non pas deux ou trois jours après son apparition.

(1) A cette époque, il y avait des femmes malades à l'hôpital du Midi.

(1) Dissertation sur quelques points d'anatomie, de physiologie et de pathologie. — Thèse, 23 août 1834.

(2) *The Lancet*, 25 décembre 1866, et *Gazette hebdomadaire de méd. et chirurg.*, 8 février 1867, p. 94.

(3) *Gazette des Hôpitaux*, 27 juillet 1867, p. 349.

(4) *Mémoires de thérapeutique appliquée*, p. 66-82, janvier 1862.

(1) Thore : *Gazette médicale de Paris*, 1860, nº 9. — Beaupoil, *Soc. de chirurgie*, 12 décembre 1860; *Gaz. hebd. de méd. et chirurg.*, 14 décembre 1860, p. 812, etc., etc.

(2) Compte rendu des travaux de la Société des Sciences médicales de Paris pendant l'année 1861, par le docteur Alix, 1863, p. 5-6. — Observation de M. Caudmont, qui rappelle les recherches histologiques de M. Verneuil.

(3) *Loco cit.*, p. 7.

(4) Description d'un état pathologique encore peu connu de la partie antérieure de l'urèthre chez la femme. — *Bulletins de l'Académie de médecine*, t. XXXI, p. 850, 1865-66, séance du 10 juillet 1866.

---

seulement que Foucher admet trois variétés de cataracte : capsulaire, lenticulaire et capsule lenticulaire; il repousse la théorie de Malgaigne qui, se fondant sur un grand nombre d'autopsies de cristallins atteints de cataracte sans lésion de la capsule, soutenait que celle-ci était toujours intacte, et que son opacité était exceptionnelle.

Pour le diagnostic, l'auteur suit la même marche, c'est-à-dire prend toujours pour guide la clinique, et recherche de cette manière, par les signes que présentent le cristallin et les parties voisines, par l'âge et l'état de santé du sujet, à quelle variété de cataracte on a affaire, si celle-ci est simple ou compliquée; toutes questions qui ont une grande valeur pour le traitement. Si le fond de l'œil est sain, le malade doit avoir la sensation des phosphènes, que tout le monde connaît, et si un individu n'est atteint uniquement que d'une cataracte, il doit distinguer le jour des ténèbres, et, à 12 ou 15 pieds, reconnaître une lumière.

Nous arrivons maintenant au traitement et aux cinq procédés chirurgicaux qui ont été mis en vigueur et préconisés pour le traitement de la cataracte; ces cinq procédés sont : l'extraction, la discision, le broiement, l'abaissement, et enfin la succion. Ils ont tous une valeur intrinsèque, et leur supériorité varie suivant les cas dans lesquels on les emploie; le mode opératoire diffère aussi suivant leur nature. Mais les questions les plus importantes que le chirurgien ait à se poser quand il voit un malade atteint de cataracte sont les deux suivantes : est-elle opérable, et l'opération étant déclarée nécessaire, à laquelle faut-il avoir recours?

S'il y a une atrophie du globe oculaire, une hydrophthalmie, une opacité de la cornée, un décollement et une dégénérescence de la rétine ou une affection grave de l'économie, il faut s'abstenir de toute opération : ce serait compromettre la vie du malade sans avoir la moindre chance de succès.

Foucher conseille d'opérer un seul œil cataracté quand l'autre est sain, et ne redoute pas les terribles complications que certains auteurs ont signalées, telles que l'ophthalmie sympathique, l'asténopie, etc.; il veut, de plus, que l'on n'opère que quand les troubles de la vue sont tels que l'individu ne peut se livrer à ses travaux habituels, et surtout se conduire seul.

L'âge du malade ne doit pas être pris en considération, et si la sensibilité rétinienne est conservée, il faut opérer. Je pourrais citer, à l'appui de cette assertion, l'opinion de quelques chirurgiens, et j'ai vu à Bicêtre, dans le service de M. Tillaux, un vieillard de 80 ans qui, après l'opération, voyait assez pour se conduire et même pour lire quand, avant, il distinguait seulement le jour de la nuit.

Dans les cas de cataracte double, il faut opérer un seul œil à la fois; faire les deux extractions du cristallin ensemble serait exposer l'œil à des inflammations toujours graves. Enfin, pour terminer les indications, disons qu'il ne faut recourir au chloroforme que chez les enfants, dans les cas d'indocilité, s'il y a spasme des muscles de l'œil survenu pendant l'opération, et, dans certains cas de ramollissement du corps vitré.

Quant au mode opératoire, l'auteur ne formule pas de loi générale, et suivant l'état des parties voisines, suivant aussi la variété de cataracte, on devra avoir recours à tel ou tel procédé. Il y a cependant de ces méthodes qui sont généralement indiquées, telles que la kératotomie supérieure dans les cas simples, la discision pour les cataractes congénitales et molles. Enfin, il insiste sur une méthode nouvelle dont il n'a pas, par lui-même, fait grand usage, mais dont il a remarqué la supériorité par les résultats qu'ont obtenus d'autres chirurgiens. C'est la méthode à lambeau modifiée de Graefe à laquelle il faudra avoir recours chaque fois que l'on aura à redouter une complication du côté de l'œil.

Telle est l'œuvre posthume de Foucher. On y trouve des points plus développés que dans les livres classiques, notamment l'exploration de l'œil et les indications thérapeutiques; aussi cet ouvrage peut-il être considéré comme le résumé le plus complet de ce qui a été écrit sur la cataracte. MM. Bousseau et Vaslin, en nous livrant ces leçons, ont rendu hommage à la mémoire de leur maître, et le public médical ne pourra qu'applaudir à leur généreuse initiative.

G. Calmette.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Ame. *Démonstration de sa réalité*, déduite de l'étude des effets du chloroforme et du curare sur l'économie animale, par M. Ramon de la Sagra, membre correspondant de l'Institut, etc. 1 vol. in-18 de 225. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1868. Germer-Baillière.

De la paralysie musculaire pseudo-hypertrophique ou *Paralysie myo-sclérosique*, par le Dr Duchenne (de Boulogne). 1 vol. in-8º avec 2 planches lithographiées et 36 figures intercalées dans le texte. Prix : 3 fr. — Paris, 1868. P. Asselin.

Hygiène de l'enfance. — *De l'alimentation des nouveau-nes*, par M. Emile Allix, docteur en médecine des Facultés de Paris et de Bruxelles. Brochure in-18 de 36 pages. Prix : 1 fr. — Paris, 1868. Germer-Baillière.

De l'exercice de la médecine en province au XIXe siècle. Études de mœurs, ligne de conduite professionnelle, habitants des campagnes et des petites villes, médecins et pharmaciens des petites localités, par le docteur L. Hamon, de Fresnay-sur-Sarthe, membre de plusieurs sociétés savantes, nationales et étrangères. In-8º de 103 pages très-compactes. Prix : 2 fr. — Paris, 1868. Coccoz.

Il n'a jamais vu aucun accident survenir et n'a jamais, du reste, dépassé les limites du visage.

M. Duroziez, à propos d'une autre partie du mémoire de M. Martin, dit qu'il croit à l'antagonisme de la variole et de la fièvre typhoïde.

M. de Ranse. Il s'agit de s'entendre sur le mot *antagonisme*; on n'a jamais deux maladies à la fois. On ne peut pas dire qu'il y ait antagonisme entre la variole et la fièvre typhoïde.

M. Martin a voulu seulement parler de l'antagonisme entre les constitutions médicales.

M. Géry père. On voit assez souvent la variole et la vaccine marcher ensemble. J'ai observé le fait suivant, il y a bien longtemps déjà :

Dans une famille que je soignais, au déclin de la variole dont était atteint leur frère aîné âgé de 14 à 15 ans, les deux cadets, jumeaux de 12 à 14 ans, furent vaccinés en même temps. Je vis ces enfants le cinquième jour et trouvai presque également développées les pustules vaccinales et varioliques. Les pustules vaccinales, cependant, s'étaient montrées les premières et eurent sans doute une certaine influence sur l'éruption variolique, sinon sur la quantité des pustules qui furent nombreuses, au moins sur leur intensité d'action; car, à la suite de la dessication des pustules, il ne resta pas de cicatrices; celles des boutons vaccinaux restèrent, au contraire, très-apparentes. Les deux autres enfants, fille et garçon de 8 et 10 ans, vaccinés huit jours plus tard, eurent, comme les deux précédents, chacun six beaux boutons de vaccine et furent exempts de l'épidémie.

M. de Ranse. Notre confrère admet sans doute l'antagonisme entre la variole et la vaccine? La variole est toujours modifiée par la vaccine.

La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr A. Charrier.

Décret relatif aux laboratoires d'enseignement et à la création de laboratoires de recherches.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présent et à venir, salut :

Sur la proposition de notre ministre de l'instruction publique ;

Le conseil impérial de l'instruction publique entendu,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. Les *laboratoires d'enseignement* affectés aux chaires des établissements scientifiques dépendant du ministère de l'instruction publique sont ouverts, pour les manipulations et les expériences classiques, aux candidats à la licence, aux élèves de l'école pratique des hautes études et aux aspirants à ladite école.

Si, à raison de l'insuffisance des locaux, toutes les demandes ne peuvent être accueillies, le professeur, à la suite d'un examen, classe les candidats, et les admissions ont lieu dans l'ordre de mérite.

Les élèves de l'école pratique des hautes études sont admis de droit dans les laboratoires d'enseignement.

Art. 2. Des *laboratoires de recherches*, destinés à faciliter les progrès de la science, peuvent être institués, après avis du conseil supérieur de l'école pratique des hautes études, à titre permanent ou temporaire, auprès des établissements scientifiques dépendant du ministère de l'instruction publique, au moyen du crédit spécial porté à cet effet au budget de l'État.

Le ministre, après avis ou sur la proposition du conseil supérieur, peut allouer une indemnité annuelle au directeur d'un laboratoire de recherches.

Art. 3. Le directeur propose à l'agrément du ministre les collaborateurs qu'il croit utile de s'adjoindre et les élèves qu'il reçoit dans son laboratoire.

Art. 4. Le ministre, après avis ou sur la proposition du conseil supérieur, peut allouer des indemnités annuelles aux savants qui auraient institué des laboratoires de recherches indépendants des établissements publics.

Art. 5. Le ministre peut, après avoir pris l'avis du conseil supérieur, accorder des indemnités aux élèves des laboratoires de recherches appartenant à l'État ou aux élèves des laboratoires libres qui s'en seront rendus dignes par leur travail.

Art. 6. Le ministre de l'instruction publique détermine annuellement les ressources affectées à chacun des laboratoires de recherches pour les dépenses du personnel et du matériel.

Art. 7. Notre ministre de l'instruction publique est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Plombières, le 31 juillet 1868.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le ministre de l'instruction publique,

V. Duruy.

La séance solennelle de la Faculté de médecine aura lieu le vendredi 14 août à une heure de l'après-midi.

M. le professeur Richet prononcera l'éloge de Jobert de Lamballe

Mort réelle et Mort apparente, par le docteur Félix Gannal. 1 vol. grand in-8°, 1868, 266 pages. . . . . 6 fr.

Histoire des embaumements et de la préparation des pièces d'anatomie normale, d'anatomie pathologique et d'histoire naturelle, par J.-N. Gannal. 2e édition. 1 vol. in-8°. 1841. . . 5 fr.

Ces ouvrages se trouvent à la librairie A. Coccoz, *rue de l'École-de-Médecine*, 30 *et* 32.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 94. — MARDI 11 AOUT 1868. 41e ANNÉE. MARDI 11 AOUT 1868. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 10 août 1868.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX.

Académie des sciences. — Faut-il attribuer la rapide disparition d'une tumeur liquide, par exemple d'une hydrocèle, à une décomposition chimique produite par l'électricité ? M. Scoutetten vient de démontrer qu'il n'en est rien.

Avec une pile de Bunsen composée de deux éléments de moyenne grandeur, il faudrait à peu près 23 heures pour décomposer 100 grammes d'eau, et les gaz qui résulteraient de cette décomposition occuperaient un espace de 186 litres 16 centilitres environ.

Or, avec cette même pile on peut faire disparaître, en moins d'une demi-heure, 100 grammes de liquide contenus dans une hydrocèle, et la quantité de gaz qui se produit durant l'opération, s'il s'en produit, est tout à fait insignifiante.

Il ne s'agit donc pas ici d'une décomposition chimique; et l'hypothèse d'une *action de transport* ne serait pas plus satisfaisante.

En effet, une action de transport électrique commence par une électrolyse; ce sont les molécules, déjà décomposées, électrolysées, qui passent d'une cellule dans une autre.

Si donc l'électrolyse est lente, l'action de transport, qui la suit, est nécessairement aussi lente, et ne peut rendre compte en aucune manière de la disparition, en un temps très-court, d'une hydrocèle contenant 100 grammes d'eau.

« Il ne nous reste plus, dit M. Scoutetten, pour expliquer le phénomène qui nous occupe, que la *résorption* opérée par les vaisseaux de la tumeur qui contient le liquide morbide et qui est parcourue par un courant électrique. En effet, notre corps étant un laboratoire de chimie, en activité incessante, et toute action chimique étant accompagnée d'un dégagement d'électricité, il en résulte que l'état pathologique commence dans un organe, lorsqu'il éprouve un ralentissement fonctionnel; si vous stimulez l'organe par l'excitation électrique, la fonction se ranime et l'harmonie se rétablit; si vous dépassez momentanément la stimulation normale, la surexcitation double l'activité fonctionnelle, elle l'augmente même dans des proportions inattendues. C'est ainsi que nous obtenons les résultats signalés; ils nous indiquent que nous devons effacer désormais les mots *méthode électrolytique*, pour les remplacer par *résorption électrique*, expressions qui répondent réellement aux faits qu'elles doivent désigner.

« Ces recherches nous révèlent en outre les moyens que nous possédons pour ranimer des organes languissants, faire disparaître des liquides accumulés dans des cavités naturelles ou des poches accidentelles, pourvu qu'il n'y existe ni inflammation aiguë, ni fausses membranes. La résorption électrique, bien appliquée, donne fréquemment des résultats heureux; de nombreuses expériences me l'ont démontré; elle doit aussi offrir un jour de nouvelles ressources à la thérapeutique médicale. »

Sociétés médicales anglaises. — Dans une des dernières réunions de l'association des médecins du Bengale, M. le docteur Fayrer a rendu compte d'opérations pratiquées par lui dans le but de guérir radicalement les hernies inguinales.

La méthode de M. Fayrer est une modification de celle de M. Syme. Voici en quoi elle consiste :

On se sert du doigt indicateur de la main gauche, préalablement huilé, pour refouler la peau du scrotum dans le canal inguinal aussi profondément que possible; puis, prenant un fil très-solide dont les deux chefs soient fixés sur une cheville de bois, plus ou moins grosse suivant les dimensions de l'anneau, on fait pénétrer ces deux bouts de fil jusqu'au dehors de la paroi abdominale, à l'aide d'un porte-aiguille glissé le long du doigt qui refoule le scrotum. Pour compléter une suture enchevillée, il ne reste plus qu'à attirer la cheville de bois au fond du canal inguinal, et à fixer les chefs de fil, extérieurement, sur une seconde cheville qui prenne son point d'appui sur la paroi abdominale.

Au bout de trois ou quatre jours commence un travail de suppuration autour des points de suture. On les coupe alors, on retire la cheville interne, on applique un bandage et on maintient le malade au lit pendant un mois ou six semaines.

M. Fayrer annonce les résultats suivants :

En 1862, 15 opérations, 10 guérisons, 1 amélioration, 4 insuccès.

En 1863, 8 opérations, 5 guérisons, 2 améliorations, 1 insuccès.

En 1864, 8 opérations, 6 guérisons, 2 améliorations.

En 1865, 14 opérations, 10 guérisons, 3 améliorations, 1 insuccès.

En 1866, 7 opérations, 5 guérisons, 2 insuccès.

En 1867, 15 opérations, 10 guérisons, 1 amélioration, 3 insuccès, 1 mort d'érysipèle.

Total : sur 67 opérations, 46 guérisons complètes, 9 améliorations permettant la pose d'un bandage sur des hernies qu'on ne pouvait maintenir réduites auparavant, 11 insuccès, 1 mort.

N'oublions pas que M. Fayrer exerce au Bengale, dans un hôpital où l'on reçoit principalement des Hindous.

Les conditions de climat et de race influent beaucoup sur les résultats des opérations chirurgicales.

— Voici la recette d'un liniment préconisé en Angleterre pour calmer les douleurs du cancer ulcéré.

Prenez une demi-livre de feuilles fraîches de stramonium et deux livres de lard. Broyez les feuilles avec le lard, et exposez le tout à une douce chaleur jusqu'à ce que les feuilles deviennent friables, alors passez avec expression à travers un linge. On emploie ce liniment en guise de cérat. Ce mode de pansement est surtout usité à l'hôpital de Middlesex.

Hôpitaux. — L'état sanitaire est toujours à peu près le même. Bien que la température ait un peu varié, le nombre des diarrhées ne diminue pas, et quelques-unes ont un caractère cholériforme.

— A l'hôpital de la Pitié, M. Behier vient de faire une expérience thérapeutique qui malheureusement n'a pas réussi. Il s'agissait de remédier à un état d'anémie progressive qui menaçait de mettre en danger la vie d'un malade. On ne trouvait pas de cause organique pour cette anémie; les ganglions n'étaient pas gonflés; le sang ne contenait pas une quantité exagérée de leucocytes; tout faisait croire que l'on avait affaire à une anémie essentielle, comme chez un autre malade mort dans des conditions semblables, et dont les organes furent trouvés parfaitement sains à l'autopsie.

Puisque cet homme ne faisait pas de sang, l'idée vint à M. Béhier de lui en introduire dans les veines; sur sa demande, la tranfusion fut pratiquée par M. Richet, et on y revint quatre fois dans un intervalle de quelques jours. On fit entrer ainsi, en tout, près de mille grammes de sang étranger dans le système circulatoire de ce malade.

Il y eut d'abord un mieux apparent. Après la seconde injection de sang, les couleurs étaient revenues dans une certaine proportion, et les veines étaient moins vides. Mais ce mieux ne se soutint pas; et le malade mourut peu d'heures après la quatrième transfusion. On ne put découvrir ni la cause de la mort, ni la cause de l'anémie. Tous les organes parurent sains, sauf peut-être le foie, qui sembla légèrement granuleux et qu'on réserva pour l'examiner au microscope.

Rien de notable n'est donc venu contredire le diagnostic d'anémie essentielle : chez ce malade, comme chez l'autre, la vie s'est éteinte par épuisement.

Pourquoi la transfusion, qui réussit si bien après les grandes hémorrhagies, n'a-t-elle pas même retardé l'issue fatale chez cet homme? On se le demande, quand on se rappelle les expériences de Brown Sequard, ramenant momentanément la vie par des injections de sang dans une tête de chien séparée du tronc.

On peut dire que si le sang oxigéné porte en lui-même ses qualités de stimulus, il faut encore, pour qu'il agisse sur les tissus, que ces derniers soient stimulables. C'est le cas pour la tête de chien qu'on vient de séparer du tronc en pleine vigueur.

Mais un organisme qui a perdu progressivement la faculté de se faire du sang peut avoir en même temps perdu celle d'être animé par le sang qu'on lui prête.

Alors les globules rouges, n'étant pas renouvelés, disparaissent vite dans les vaisseaux, comme ils le feraient partout ailleurs; les globules blancs résistent davantage; et l'on peut expliquer ainsi la proportion plus forte de leucocytes dans le sang de ce homme, à la suite des transfusions.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL NECKER. — M. WOILLEZ.

Des abcès du poumon dans la pneumonie (1).

(Leçon clinique recueillie par M. Georges Bouchard, interne du service.)

Ces abcès ont été signalés par les auteurs; mais quelques-uns doutent de leur existence, je vous ai dit pourquoi. On doit, sans doute, admettre la rareté des faits de ce genre, mais ils sont très-réels.

Chomel et Sertier, Graves, Stokes, Grisolle, Trousseau et d'autres ont discuté cette question intéressante, et j'aurai, chemin faisant, à vous rappeler leurs travaux.

Chez le malade de l'hôpital Cochin, quels étaient les signes de l'abcès pulmonaire pendant la vie? le gargouillement à l'auscultation survenu dans le cours de la pneumonie, et les crachats, de jaunes, demi-transparents et aérés, devenant en même temps purulents et non aérés : tels sont les deux signes qui devaient faire soupçonner l'existence de l'abcès. En effet, ces signes révélaient nécessairement ou une *vomique tuberculeuse*, ou une *vomique pleurale* ou un *véritable* abcès dans le tissu pulmonaire. Or, il s'agissait ici d'une maladie aiguë qui éloignait l'idée d'une tuberculisation avec caverne. Il n'y avait pas non plus de vomique pleurale; car, dans ce cas, il y a une expectoration de pus abondante et subite au moment où se fait la communication pleuro-bronchique, ce qui n'a pas eu lieu ici. Il restait donc, par voie d'exclusion, à admettre l'existence d'un abcès. Mais en présence du fait, aujourd'hui si bien établi, que l'auscultation peut faire percevoir les signes d'une escavation pulmonaire là où elle manque complétement, je n'ai pas diagnostiqué l'abcès pendant la vie.

Il est à remarquer que ni Chomel, ni Graves ni Grisolle ne croient à la possibilité de reconnaître cette lésion pendant la vie. C'est du reste le cas du n° 15 de Saint-Luc dont je vous ai parlé précédemment.

Dans Graves, les faits sont d'une insuffisance étonnante. Il a confondu les abcès pulmonaires avec des abcès pleuraux guéris, dans les faits qu'il considère comme des exemples de guérison d'abcès du poumon.

Trousseau, qui croyait à la possibilité du diagnostic de ces abcès, établit avec raison la distinction de l'abcès pleural et de l'abcès pulmonaire. Il a cherché, en dehors des signes de percussion et d'auscultation, les données du diagnostic. Il signale d'abord l'existence d'une pneumonie aiguë, dans le cours de laquelle on constate comme signes d'abcès du poumon : le *changement des crachats*, qui se composent dès lors de pus mélangé de sang, leur abondance en même temps plus grande, et leur apparition pas plus tard que le vingtième ou vingt-cinquième jour. Les abcès pleuraux diffèrent des précédents en ce qu'ils surviennent après le quarantième jour.

Ces données sont très-importantes, et applicables au malade de Cochin. Il était, en effet, atteint d'une pneumonie manifeste, et les crachats ont changé de nature en devenant purulents le douzième jour. Ce fait confirme donc l'opinion de Trousseau; seulement il n'y a pas eu dans ce cas l'abondance des crachats, qui me paraît devoir s'appliquer de preférence aux vomiques pleurales. De plus, de ce changement des crachats dans la pneumonie, on ne saurait s'empêcher de rapprocher l'existence du gargouillement et de la respiration caverneuse qui peuvent se manifester en même temps.

Ces règles sont sans doute très-utiles à être connues du praticien. Mais n'oublions pas que lorsqu'il s'agit d'une maladie grave et obscure, dont plusieurs observateurs de grand mérite ont considéré le diagnostic comme impossible, il est toujours difficile de la reconnaître. Il faut dans des cas semblables *penser* à la possibilité de son existence; car cela suffit quelquefois pour faire arriver au diagnostic vrai. Combien certains accidents chroniques, par exemple, d'abord très-obscurs, sont facilement reconnus dès que l'on songe à la syphilis?

Quant à moi, je devais plutôt incliner, chez le malade de Cochin, vers l'idée d'une caverne tuberculeuse que vers la supposition d'un abcès; car du début de la maladie aiguë, de la toux existait déjà depuis deux mois, et vers la fin, il est survenu chez le malade des râles, non-seulement sous la clavicule du côté où l'abcès s'était formé, mais dans les deux régions sous-claviculaires à la fois.

Quant au bruit de pot fêlé, ne croyez pas qu'il soit un signe pathognomonique d'excavation pulmonaire, comme le croyait Laënnec. Vous avez pu en observer quatre autres exemples, cette

(1) Fin. — Voir le numéro du 4 août.

année, dans la salle Saint-Luc, chez des malades atteints de pneumonie sans abcès. Il y a deux ans, j'ai rapporté deux autres faits de la même maladie, dans lesquels le bruit de pot fêlé avait été parfaitement constaté pendant la vie, et dans lesquels à l'autopsie je n'ai trouvé ni abcès ni cavité pulmonaire accidentelle. Ce signe ne doit donc pas être considéré comme concluant pour l'existence d'un abcès dans le cours d'une pneumonie. Cependant, M. Bouillaud, dans sa *Clinique médicale* (t. II), rapporte un fait d'abcès pulmonaire, suite de pneumonie, avec « quasi-tintement de pot fêlé ». Mais en réalité c'est un signe de peu de valeur.

Il est intéressant de rechercher pourquoi la pneumonie existe tantôt sans abcès et tantôt avec abcès. Pourquoi, en d'autres termes, la *pneumonie suppurée* est-elle habituellement caractérisée par une simple infiltration du pus dans le tissu pulmonaire, et dans d'autres cas par du pus réuni en foyer?

Accusera-t-on la violence de l'inflammation dans les cas d'abcès? C'est une explication inadmissible, parce qu'elle est contredite tous les jours par les faits observés.

Grisolle et Trousseau me paraissent avoir bien indiqué les conditions prédisposant au développement des abcès pneumoniques.

Pour Grisolle, la prédisposition de l'organisme consiste pour la majorité des faits dans une débilitation profonde antérieure à la pneumonie.

Pour Trousseau, les abcès se produisent quand il y a une diathèse purulente.

Il y a des exceptions à cette double règle; car notre malade du n° 15 de Saint-Luc ne présentait ni l'une ni l'autre de ces deux conditions. Il en était tout autrement de celui de l'hôpital Cochin, lequel réunissait les deux conditions en même temps.

D'abord, il était profondément débilité lorsque débuta sa pneumonie. A son entrée à l'hôpital, il nous dit que sa santé avait toujours été mauvaise depuis quatre années; il avait en effet été atteint, au début de ces quatre ans, d'une dyssenterie grave des pays chauds, qui avait duré près d'une année, avec deux mois seulement d'intervalle de guérison apparente après les trois premiers mois de maladie. Les signes d'entéro-colite trouvés à l'autopsie expliquent l'état habituel peu satisfaisant de sa santé lorsque la pneumonie se déclara. Outre cette débilitation générale, il présentait la condition prédisposante indiquée par Trousseau : la diathèse purulente. Cette diathèse fut démontrée à l'autopsie par l'abcès du médiastin, par la pleurésie purulente, par les parotides suppurées et par l'abcès pulmonaire. Mais, pendant la vie, l'existence de cette diathèse n'a pu être établie, puisque les glandes parotides, seuls organes suppurés qu'on pût explorer pendant la vie, ne présentaient pas de fluctuation sensible. Cette vérification *post mortem* n'a donc pu servir ici qu'à vérifier l'opinion de Trousseau, sans avoir d'autre valeur pratique chez notre malade. Dans l'état puerpéral, où toute inflammation tend à s'uppurer, on a un antécédent, l'accouchement récent, qui éclaire le praticien.

En consultant les faits connus d'abcès pulmonaires, on est frappé du siége fréquent de la lésion au sommet des poumons. Cependant, notre n° 15 de la salle Saint-Luc est une exception à ce que nous venons de dire. De là la dissidence, facile à comprendre, sur la nature tuberculeuse attribuée par certains auteurs à ces abcès. Il est évident que l'existence de la pneumonie et l'absence de tubercules dans les poumons établissent anatomiquement que ces abcès ne sont pas des cavernes tuberculeuses.

Quand on ne tient pas compte de l'ensemble des données diagnostiques, il est clair que le diagnostic de la lésion locale ne va pas au delà de l'existence de l'excavation, et encore j'ai rappelé la difficulté qu'il y a à se prononcer sur les signes de l'excavation. D'un autre côté, ces signes n'existent pas toujours, car il y a quelquefois des abcès clos, sans communcation avec les bronches et qui ne fournissent aucun signe stéthoscopique. M. Grisolle a cité des faits de ce genre, et notre malade du n° 15 de la salle Saint-Luc, nous a offert à l'autopsie deux abcès de cette espèce, il en est de même des deux petits abcès sous-pleuraux que l'on a trouvés chez le malade de l'hôpital Cochin.

Vous voyez quelles difficultés d'induction soulèvent ces observations.

Il y a une donnée diagnostique qui semble au premier abord devoir éclairer cette intéressante question pratique, c'est l'examen microscopique des crachats. Graves espère que cet examen pourra suffire au diagnostic, en démontrant dans le pus des éléments anatomiques du poumon. Jaccoud, dans son commentaire, tranche négativement la question. Il cite Guterbock qui a fait des recherches considérables sur les caractères microscopiques des produits de l'expectoration, et qui n'est pas parvenu à distinguer le pus des tubercules suppurés du pus des abcès. D'après Andrew Clark et Brown, il existe quelquefois dans les crachats des phthisiques des trabécules élastiques qui constituent la trame des cellules aériennes. Ces trabécules se rencontreraient-ils dans tous les cas d'abcès pneumoniques, que leur importance serait bien amoindrie par leur présence dans les crachats de la phthisie. Jaccoud fait remarquer avec raison que ce signe microscopique ne pourrait être utilisé que dans le cas de phthisie rapide incertaine.

Si l'abcès du poumon dans la pneumonie vient à être diagnostiqué malgré les difficultés que je vous ai exposés, on peut redouter des complications graves : la rupture de l'abcès dans le péricarde ou dans la plèvre. Deux de mes malades, celui de l'hôpital Necker (salle Saint-Luc, n° 7) et celui de l'hôpital Cochin avaient une pleurésie purulente. Chez celui de Cochin, la pleurésie n'était pas due à une perforation de l'abcès, puisqu'il était intact à l'autopsie. Il en était de même de notre malade de Necker. Il y a encore d'autres complications qui ont été signalées par les auteurs; mais il s'agissait, dans les faits qu'ils ont cité, de pleurésies purulentes prises pour des abcès pulmonaires.

Ces faits sont très-instructifs au point de vue du pronostic; car ils prouvent qu'il faut toujours se tenir sur ses gardes dans une pneumonie, et réserver son pronostic dans les cas mêmes où la maladie est peu grave en apparence.

Ces abcès peuvent-ils guérir? On l'a nié en disant qu'il s'agissait de cavernes tuberculeuses guéries, lorsque l'on constatait des cavités cicatrisées dans leur intérieur.

Pour ma part, j'ai rencontré deux cas de guérison d'abcès pulmonaire, qui n'étaient certainement pas dus à une fonte tuberculeuse, quoiqu'il existât dans le voisinage quelques rares petits tubercules.

Pourquoi, d'ailleurs, ne croirait-on pas à la guérison de l'abcès par la formation d'une fausse membrane intérieure? Cette fausse membrane se rencontre en formation dans toutes les cavités accidentelles du poumon : dans les cavernes tuberculeuses; dans les abcès gangréneux et même quelquefois dans les abcès dits hypostatiques, comme j'en ai des exemples. Stokes a rapporté un exemple de guérison d'abcès pulmonaire qui me paraît incontestable. Un de ceux que j'ai rencontrés est très-probant : une cavité cicatrisée du sommet d'un poumon était en effet remplie de tissu conjonctif lâche et traversé par des bronches intactes qui avaient résisté à la suppuration.

Ainsi la guérison est possible.

On doit en conclure que le traitement peut avoir son utilité si on reconnaît l'existence de l'abcès pulmonaire. Je crois que les toniques et les astringents, le tamin notamment et un régime substantiel pourraient favoriser la cicatrisation, à moins que la pneumonie, développée dans des conditions de débilitation générale et avec une gravité démontrée par le développement même de l'abcès, ne soit elle-même au-dessus des ressources de l'art.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 29 juillet 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

RAPPORT.

M. Sée donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Giraud-Teulon, sur l'accommodation de l'œil. Le mémoire et le rapport sont renvoyés aux archives.

ÉLECTION.

La Société nomme une Commission chargée d'étudier la question du congé annuel. Après plusieurs tours de scrutin, sont nommés à la majorité absolue :

MM. Guérin, Broca, Trélat, Legouest, Verneuil.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. Verneuil présente une pièce pathologique provenant d'un malade âgé de 5 à 6 ans, atteint de décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur, pour lequel il pratiqua l'amputation de la cuisse.

DISCUSSION.

Sur les corps fibreux de l'utérus comme obstacle à l'accouchement.

M. Depaul. Dans une de vos dernières séances, M. Guéniot vous a communiqué une très-intéressante observation relative à un fibrôme utérin saillant du côté de la cavité péritonéale, en grande partie engagé dans l'excavation pelvienne, et qui, par son volume, avait fait craindre les plus graves complications pour le moment de l'accouchement. Vous n'avez pas oublié comment les efforts naturels suffirent à dissiper des craintes pourtant bien légitimes, et comment la malade accoucha, sans grande difficulté, d'un enfant vivant et parfaitement viable.

Je viens aujourd'hui vous demander la permission de vous soumettre une observation qui a la plus grande analogie avec la précédente, et qui a eu une terminaison non moins heureuse.

L'étude et l'interprétation de ces deux faits, leur comparaison avec quelques autres que possède la science, ou avec ceux que j'ai pu déjà recueillir dans ma pratique, me permettront, j'espère, d'apporter quelque lumière dans une question d'obstétrique encore obscure et qui est digne, sous tous les rapports, de fixer l'attention des chirurgiens.

Voici d'abord cette observation :

Fibrômes utérins péritonéaux multiples, compliquant une première grossesse, l'un d'eux obstruant presque complétement l'excavation. — Accouchement spontané et heureux pour la mère et pour l'enfant. —

Madame L..., femme d'un peintre distingué, âgée de 36 ans, mariée depuis six ans environ, avait toujours eu une excellente santé, et à part quelques irritations intestinales, on pouvait la considérer comme une femme forte et robuste.

Sa mère avait eu huit grossesses, dont trois doubles. Quant à elle, elle fut réglée à l'âge de 13 ans sans aucune difficulté, et depuis cette époque la menstruation suivit une marche régulière. L'écoulement sanguin ne durait que trois ou quatre jours chaque mois et était peu abondant. ne donnait d'ailleurs lieu à aucune douleur abdominale ou utérine.

Les cinq premières années de son mariage se passèrent sans qu'elle devînt enceinte. Je dois dire cependant que cela dépendait probablement, non pas d'un état utérin qui aurait rendu la conception difficile, mais bien de dispositions particulières prises par le mari, qui préférait se réserver pour plus tard les douceurs de la paternité. Je me suis cru autorisé à commettre cette petite indiscrétion pour qu'on ne se livrât pas à des interprétations erronées.

La dernière apparition des règles avait eu lieu le 30 août 1867. Déjà vers la fin du mois de septembre elle éprouvait du malaise et des besoins fréquents d'uriner, surtout la nuit. Dans le milieu du mois d'octobre, des troubles dans les fonctions digestives commencèrent à se manifester. Dégoût pour les aliments, dyspepsie, etc. A la fin de ce mois, un vomissement eut lieu le matin à jeun. Au commencement de novembre, madame L... étant alors à la campagne (en Bourgogne), reconnut qu'elle avait une tumeur dans le ventre. Un médecin de la localité fut consulté et ne lui cacha pas que le cas lui paraissait très-embarrassant. Toutefois il émit l'opinion qu'il y avait probablement une grossesse compliquée d'une maladie.

De retour à Paris, elle demanda, le 25 novembre, les conseils de M. le docteur Lorain, qui était depuis longtemps le médecin et l'ami de la famille. Celui-ci reconnut la présence de tumeurs fibreuses dans l'abdomen et le bassin, et il conseilla d'aller consulter M. Nélaton, qui, de son côté, constata les tumeurs et soupçonna la grossesse, sans toutefois pouvoir en obtenir la preuve certaine. Aussi il recommanda de ne rien faire pour le moment et d'attendre qu'on fût fixé sous ce dernier rapport.

Du 12 au 14 janvier, madame L... sentit les premiers mouvements de son enfant, et le 25 février M. Lorain entendit très-nettement les battements du cœur fœtal. Le doute n'étant plus possible et notre confrère comprenant toute la gravité de la situation, voulut bien réclamer mes conseils.

Le 14 mars de cette année, il accompagna madame L... chez moi, et tous deux me donnèrent les renseignements que je viens de relater. J'ai déjà dit que la dernière époque des règles remontait au 30 août 1867; mais j'appris en outre qu'il y avait des raisons toutes particulières pour admettre que la conception avait eu lieu le 8 septembre. Je pus donc établir qu'au moment de mon premier examen la grossesse était arrivée à six mois et une semaine.

Il me fut d'abord facile de m'assurer de sa réalité. Une ligne brun foncé, s'élargissant au niveau de l'ombilic, existait sur le trajet de ligne blanche. Le ventre, sur lequel je reviendrai bientôt, était notablement développé, mais avait une forme insolite. Les seins, fermes et volumineux, offraient des aréoles et des mamelons colorés en brun foncé. Les tubercules papillaires étaient plus gros que d'habitude. Enfin, pour épargner des détails inutiles, je dirai que par l'auscultation j'entendis les battements du cœur fœtal un peu au-dessous de l'ombilic et le bruit de souffle utérin dans la région latérale gauche.

A la simple inspection, la conformation de l'abdomen offrait quelque chose d'inaccoutumé. En avant et un peu à gauche, à deux doigts de l'ombilic, on voyait se dessiner une bosselure arrondie que la palpation me montra bientôt être mobile et que je pus alternativement incliner à droite et à gauche en la faisant glisser entre l'utérus et les parois abdominales. Cette bosselure, assez régulièrement arrondie, avait le volume d'une mandarine et tenait par un pédicule à gauche de la paroi antérieure de la matrice. Sa consistance assez ferme donnait la sensation des corps fibreux ordinaires. Dans une région un peu plus élevée et à peu près sur la ligne médiane, je découvris un autre fibrôme ayant environ la grosseur de l'extrémité du pouce, arrondi à son sommet, faisant une saillie d'à peu près 2 centimètres, plus dur que le précédent, enchâssé par une large base dans le tissu utérin et complétement immobile. Entre ces deux tumeurs et dans toute la région latérale gauche, les parois de la matrice présentaient leur souplesse ordinaire. Mais à droite et en bas, au-dessus de la branche horizontale du pubis de ce côté, je sentis, s'élevant jusqu'à deux doigts de l'ombilic, une masse épaisse s'étendant vers la fosse iliaque droite et tenant à la partie correspondante de l'utérus, dont elle était manifestement une émanation. On ne pouvait lui communiquer aucun mouvement spécial, et elle ne subissait d'autres déplacements que ceux qu'on imprimait à l'utérus tout entier. Il était évident qu'il tenait au tissu utérin par une large base. Sa consistance, ferme, l'était cependant un peu moins que celle des deux fibrômes précédemment décrits. Tout indiquait d'ailleurs que cette masse plongeait dans la cavité pulvienne avec une partie du tégument inférieur de la matrice.

Le toucher vaginal me permit de constater en effet que les deux tiers de l'excavation étaient occupés par une prolongation de cette tumeur qui, par sa partie inférieure, descendait presque jusqu'à la branche ischio-pubienne droite, en rapport par sa surface externe avec la région latérale droite du bassin et empiétant même un peu en arrière sur le côté opposé. Comme elle était un peu plus épaisse à sa partie supérieure, il en résultait que l'obstruction du bassin allait en augmentant de bas en haut. Cette portion pelvienne de la tumeur me parut un peu plus souple que la partie qui dépassait le pubis. Elle était complétement immobile, et les efforts que je fis pour la soulever restèrent infructueux. Le col de la matrice, très-élevé, fut difficilement atteint. Il était fortement rejeté à gauche et en arrière et comme accolé à la paroi correspondante du bassin. Peu long et déjà ramolli, il semblait sortir de la masse fibreuse avec laquelle il était très-intimement uni par toute sa région gauche. Aucune partie fœtale n'était accessible.

Arrivé à ce point de mon examen, je me crus suffisamment renseigné pour établir mon diagnostic. Il était évident que j'avais sous les yeux une femme grosse d'un peu plus de six mois avec un utérus à la surface externe duquel proéminaient plusieurs corps fibreux. J'ai à peine besoin de dire que toutes mes préoccupations se portèrent sur celui que j'ai décrit en dernier lieu et qui obstruait déjà le bassin dans de si grandes proportions. Je n'eus pas de grands efforts à faire pour communiquer mes inquiétudes à M. Lorain, qui avait déjà compris toute la gravité de la situation.

A partir de ce moment, il fut décidé que je prendrais la direction de la malade, et comme j'étais très-désireux d'étudier avec grand soin ce fait intéressant, je demandai à la voir tous les quinze jours. C'est ce qui eut lieu, en effet, à partir du 14 mars. Madame L..., qui comprenait très-bien sa position exceptionnelle, vint régulièrement chez moi, et à chacune de ses visites je recommençais un examen complet. Il devint très-évident que les trois fibrômes s'accroissaient dans une proportion notable et que celui qui s'engageait dans le bassin

y occupait une place de plus en plus grande. Chaque fois je trouvais un peu diminué l'espace qui existait à gauche et en arrière, et le col devenait plus difficile à atteindre. Je pus noter en même temps que la consistance de la masse pelvienne diminuait. Pareille modification se produisait pour la tumeur pédiculée. La petite tumeur à base large resta beaucoup plus dure.

Après deux mois d'observation, ne voyant aucune modification favorable se manifester qui permît d'espérer une terminaison heureuse, je résolus, dans l'intérêt de la malade et aussi pour mettre ma responsabilité à couvert, de provoquer une consultation. La famille m'ayant laissé toute latitude, je priai MM. Nélaton, Lorain, Tarnier et Guéniot de vouloir bien se joindre à moi, et le 20 mai nous nous rendîmes chez madame L...

Après avoir exposé à mes confrères ce que j'avais constaté à ma première visite, qui remontait alors à deux mois et une semaine, après leur avoir fait part de mes observations nouvelles dans mes examens successifs, chacun d'eux se livra à une investigation longue et minutieuse, de laquelle il résulta une opinion unanime au point de vue de l'état anatomique, qui fut la confirmation de ce que j'ai précédemment indiqué sous ce rapport.

Tous mes confrères furent frappés de la place considérable que le fibrôme inférieur occupait dans la cavité pelvienne ; ils constatèrent son immobilité, l'élévation du col et son refoulement à gauche et en arrière. Quant aux deux autres tumeurs, on les examina; mais elles étaient trop élevées au-dessus du détroit abdominal pour faire craindre quelques difficultés au point de vue des phénomènes mécaniques de la parturition.

Une longue discussion s'engagea ensuite sur les éventualités possibles et sur ce que je pourrais être appelé à faire au moment de l'accouchement. Je ne crois pas nécessaire de reproduire ici les différentes opinions qui furent émises. Je me contente de dire que tout le monde fut d'accord sur les résolutions suivantes : 1° Laisser la grossesse arriver à son terme ; 2° faire une large part, au moment de l'accouchement, aux efforts naturels; 3° les aider par tous les moyens possibles, pour désobstruer le bassin ; 4° Se tenir prêt pour l'opération césarienne, dans le cas où la tumeur ne se déplacerait pas.

Les consultants étant nombreux et chacun ayant cru devoir examiner avec détail, notre réunion, qui dura longtemps, fut un peu fatiguante pour madame L... A partir de ce moment, elle éprouva de temps en temps quelques petites douleurs dans la région utérine ; mais, pendant sept à huit jours, elles restèrent assez faibles et assez éloignées, et elle ne crut pas devoir me prévenir.

Le 28 mai, à deux heures et demie du matin, des contractions utérines plus rapprochées et plus douloureuses se déclarèrent. Ne se reproduisant d'abord que tous les quarts d'heure, elles se rapprochèrent insensiblement et ne furent bientôt plus séparées que par des intervalles de quatre à cinq minutes.

A huit heures et demie du matin, les membranes s'ouvrirent spontanément, et il s'écoula une assez grande quantité de liquide amniotique. On partit alors pour me prévenir, et comme je n'étais pas chez moi, on courut successivement chez MM. Lorain, Guéniot et Tarnier, et c'est ce dernier qu'on put enfin rencontrer. Il était environ dix heures et demie quand il arriva : le toucher lui permit de constater qu'un pied avait franchi l'orifice et était profondément engagé dans le vagin. Il reconnut en outre que la tumeur s'était sensiblement déplacée et qu'elle laissait à gauche du bassin un espace plus considérable.

J'arrivai moi-même trois quarts d'heure après et je pris la direction de l'accouchement. Le pied droit, ayant une teinte violacée, petit et appartenant évidemment à un enfant d'un volume moyen, se voyait entre les grandes lèvres. Le cœur fœtal battait régulièrement. Les contractions utérines revenaient toutes les trois ou quatre minutes et étaient énergiques. Le doigt introduit dans le vagin trouva l'orifice encore élevé et traversé par le membre inférieur, dont le pied se voyait à l'extérieur. L'autre membre était resté fléchi et le second pied était encore au niveau du détroit supérieur. Le cordon ombilical ne faisait pas procidence ; quant à l'orifice, il était déjà notablement dilaté. Le diamètre de son ouverture me parut être d'environ 4 à 5 centimètres; mais ce qui me frappa surtout, ce furent les modifications importantes qui s'étaient produites dans les rapports de la tumeur avec l'excavation pelvienne. Celle-ci qui, naguère, était obstruée dans plus des trois quarts de son étendue à la région supérieure, me parut débarrassée du fibrôme dans plus de la moitié de sa capacité, et c'est naturellement du côté gauche que la place s'était faite.

Ce résultat n'était pas dû à l'aplatissement de la tumeur, mais celle-ci avait évidemment exécuté un mouvement ascensionnel, et on la trouvait beaucoup plus volumineuse à droite de l'abdomen. Je compris que la malade était sauvée et que j'allais voir se compléter, par les seuls efforts naturels, ce qui était déjà si largement commencé. Je n'ai pas besoin de dire avec quel intérêt je suivis les différentes phases de ce travail. Je vis se produire une dilatation de plus en plus grande. La tumeur remonta progressivement vers l'abdomen, et bientôt ce qui restait encore dans la partie supérieure de l'excavation devint assez mobile pour qu'il me fût facile de l'en éloigner complétement avec le doigt.

Vers midi et quart, la dilatation était à peu près complète, et l'extrémité pelvienne un peu plus engagée. Voulant augmenter l'énergie des contractions utérines qui s'affaiblissaient depuis quelque temps, je fis prendre 2 grammes de seigle ergoté en quatre doses. L'action du médicament ne tarda pas à se faire sentir, et je plaçai alors la malade en travers, sur le bord d'un lit suffisamment élevé pour être en mesure de seconder le passage de l'enfant. Au moment d'une contraction, le doigt indicateur de la main droite me servit à remonter au-dessus du détroit supérieur ce qui restait encore de la tumeur, et au même instant, saisissant avec la main gauche le membre inférieur déjà sorti, j'engageai définitivement le pelvis jusqu'au détroit inférieur. Après avoir veillé à la sortie des hanches et m'être assuré de l'état du cordon, je dus intervenir pour le dégagement des bras, qui s'étaient relevés. La manœuvre ne fut pas longue, mais de plus grandes difficultés m'attendaient pour l'extraction de la tête. J'avais eu soin de diriger l'occiput en avant, et cependant, pour l'entraîner, il me fallut porter deux doigts de la main gauche sur la nuque, introduire deux doigts de la main droite dans la bouche et tirer assez fort pendant plusieurs minutes. Je dois dire, toutefois, que la difficulté ne dépendit pas de la tumeur, mais bien du plancher du bassin, qui était épais et résistant.

Le cordon fut coupé et lié immédiatement. L'enfant était pâle, anémique et dans un état de mort apparente aussi complet que possible. Ses membres étaient flasques; il ne fit aucune inspiration, et l'examen du cœur ne me permit pas de constater la plus légère pulsation. Je le portai sur une table, et là, après avoir débarrassé la bouche de mucosités abondantes et avoir sans succès, pendant quelques minutes, employé les moyens ordinaires, j'eus recours à l'insufflation pulmonaire. Le premier résultat obtenu fut de faire battre le cœur, et bientôt se produisirent quelques petites inspirations spontanées. Après vingt ou vingt-cinq minutes de soins, l'enfant était complétement ranimé et poussait des cris rassurants.

Je revins alors à la mère, et trouvant le placenta dans le vagin, j'en fis l'extraction à l'aide de quelques tractions sur le cordon. Il ne s'écoula qu'une très-petite quantité de sang, moins que chez la plupart des femmes. L'état général était excellent, le pouls parfaitement calme, et madame L... fut remise dans son lit, très-heureuse d'en être quitte à si bon compte. Avant de m'en aller, je voulus savoir ce qu'étaient devenues les tumeurs, et je fis un examen par le ventre et par le vagin : l'excavation était complétement débarrassée. Le col seul, épais et peu long, en occupait le centre et était très-élevé.

A travers les parois abdominales, on sentait une grosse masse inégale dépassant de quatre travers de doigt la cicatrice ombilicale et s'étendant d'une fosse iliaque à l'autre. A droite, on distinguait le fibrôme inférieur, formant une grande partie de la tumeur et remontant jusqu'au dessus de l'ombilic.

Plus à gauche que pendant la grossesse, la tumeur fibreuse pédiculée et plus mobile; au milieu et à peu près au niveau de l'ombilic, le petit fibrôme à base large, toujours plus dur que les deux autres.

Les deux premiers jours se passèrent dans un état parfait. Lochies sanguines très-modérées, sans caillots et sans fétidité. Elle urine sans difficulté. Les nuits sont excellentes; pouls à 80. Pour boisson, infusion de fleurs de tilleul et du sirop de cerises étendu d'eau. Comme aliments, du bouillon et des potages.

Le 31 mai, même état général excellent. Il survient seulement de violentes tranchées utérines qui sont combattues avec avantage par des onctions sur l'abdomen avec une pommade belladonée et l'administration de petits lavements laudanisés. Poul à 80 ; même régime.

1er juin. — Les coliques sont revenues pendant la nuit et ont été très-violentes. L'état général est d'ailleurs toujours satisfaisant. On revient à l'usage de la pommade belladonée et des lavements laudanisés, et le calme ne tarde pas à reparaître.

2 juin. — Déjà, depuis la veille, la montée du lait a commencé à se faire. Je trouve les seins fermes et un peu sensibles au toucher; le pouls bat toujours 80 fois par minute. Madame L... se plaint de nouveau de tranchées, qui sont encore calmées par les mêmes moyens. Les lochies sont encore sanguinolentes, mais en petite quantité. Le col, très-élevé, se trouve dans la direction de l'axe du détroit supérieur; la tumeur ne s'est pas réengagée. Le fond de la matrice s'élève de trois doigts au-dessus de l'ombilic.

Le 3 juin, madame L... est purgée avec 30 grammes d'huile de ricin et du bouillon aux herbes. Plusieurs garde-robes sont obtenues et l'état est toujours excellent.

Le 4 et le 5 juin, rien de particulier à noter. On donne quelques aliments solides qui sont très-bien supportés.

Le 6 juin, le fond de l'utérus s'est encore abaissé : il ne dépasse plus que de deux doigts la cicatrice ombilicale. Le fibrôme inférieur diminue un peu de volume; il en est de même de celui qui est pédiculé et toujours mobile. Depuis quelques jours, on le trouve presque constamment au-dessous de la région épigastrique, à peu près sur la ligne médiane.

Le 7 juin, le fond de l'utérus ne dépasse plus que d'un doigt l'ombilic. Il est vrai que le segment inférieur, moins volumineux, est un peu descendu dans l'excavation, entraînant le fibrôme qui remplit à peu près la moitié de la région supérieure de cette cavité. Il s'écoule toujours un peu de sang.

A partir de ce moment, j'ai vu madame L... presque tous les jours et je l'ai complétement examinée un grand nombre de fois. Pour ne pas augmenter les proportions de cette observation, déjà très-longue, je me contenterai de résumer très-brièvement les principales remarques que j'ai faites et surtout celles qui se rapportent au retrait de l'utérus et des tumeurs.

La masse totale représentée par l'utérus et les fibrômes qui en constituent maintenant la plus grande partie, s'élève encore, jusque vers le 15 juin, un peu au-dessus de l'ombilic. Dès cette époque, elle diminue insensiblement chaque jour, et il est facile de reconnaître que c'est aux dépens du tissu utérin que la diminution s'opère. Le corps fibreux pédiculé, qui était resté pendant plusieurs jours au-dessus de l'ombilic, se porte petit à petit à gauche et se cache de plus en plus dans la fosse iliaque de ce côté. Le corps fibreux principal entoure la partie inférieure de l'utérus dans plus de la moitié de sa circonférence. La partie inférieure reste définitivement engagée dans l'excavation, tandis que, par la partie supérieure, il continue à s'élever à plusieurs travers de doigt au-dessus du pubis. Quant au petit fibrôme, il occupe toujours la partie médiane; il paraît se détacher du fond de la matrice et reste longtemps voisin de l'ombilic. Un écoulement sanguin très-peu abondant dès le début a continué, en diminuant, mais presque sans interruption, pendant quatre semaines. Durant tout ce temps, j'ai tenu madame L... couchée dans son lit, et c'est seulement lorsqu'elle n'a plus rien perdu que je l'ai autorisée d'abord à se placer sur un canapé, puis à faire quelques pas dans sa chambre et enfin bientôt à reprendre sa vie ordinaire. Je dois dire que tout cela a pu être fait sans aucun inconvénient; j'ai pris la précaution de lui faire porter une ceinture élastique pour soutenir la région inférieure du ventre, et je continuai à la voir de temps en temps pour étudier jusqu'à la fin ce qui se passera du côté des tumeurs.

Ma dernière visite est du 9 juillet, et voici ce que j'ai noté :

Le fond de l'utérus est à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Ce qui me démontre que c'est bien lui que je touche, c'est que je retrouve implanté, sur sa partie la plus élevée, le petit fibrôme immobile dont j'ai déjà si souvent parlé. Le fibrôme du côté droit s'élève encore presque aussi haut que le fond de la matrice. Par en bas, il plonge toujours dans l'excavation dont il remplit encore une notable partie. Le col, peu saillant, est incliné à gauche et en arrière et paraît se détacher comme une saillie sculptée dans la masse fibreuse, qui le dépasse un peu à droite. Le fibrôme pédiculé est couché dans la fosse iliaque gauche, dans laquelle il jouit d'une grande mobilité.

Quant au volume de ces tumeurs, il me paraît incontestable qu'il a déjà très-sensiblement diminué. C'est surtout pour celle qui est pédiculée que cela me paraît évident. La droite conserve encore un diamètre vertical considérable, mais il ne me paraît pas douteux que transversalement, et d'avant en arrière, elle ait déjà perdu sensiblement de ses dimensions.

Sous le rapport de la consistance, je crois pouvoir affirmer également qu'elle devient chaque jour plus considérable. Au reste, un mois et douze jours se sont à peine écoulés depuis l'accouchement, et l'observation de faits analogues m'a démontré qu'il fallait un temps plus long pour bien apprécier les changements complets qui peuvent se produire dans les fibrômes utérins. Il sera donc intéressant de suivre encore pendant longtemps madame L..., et je me ferai un devoir de soumettre à la Société mes nouvelles constatations.

J'ajoute en terminant que l'enfant, qui est du sexe masculin, ne pesait que 2 kilos 500 grammes au moment de la naissance. Il a été confié à une bonne nourrice, et aujourd'hui (9 juillet), il se développe à merveille et pèse déjà 3 kilos 635 grammes.

P.-S. — J'ai vu madame L..., pour la dernière fois, le 25 juillet. La diminution des tumeurs continue, d'une manière très-notable, du côté de l'abdomen et du côté de l'excavation pelvienne.

J'ai appris hier, 28, qu'elle avait ses règles depuis la veille. Je ne manquerai pas de l'examiner dans quelques jours, et à la manière dont les choses se sont passées depuis deux ou trois semaines, je ne doute pas qu'il ne me soit donné de constater une nouvelle diminution dans le volume des fibrômes.

Je ne manquerai pas de tenir la Société au courant des résultats que je constaterai.

La séance est levée.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

Décret relatif à la création d'une école pratique des hautes études.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présent et à venir, salut :

Sur la proposition de notre ministre de l'instruction publique ;

Vu le décret en date du 31 juillet 1868, relatif aux laboratoires d'enseignement et à la création de laboratoires de recherches;

Le conseil impérial de l'instruction publique entendu,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. Il est fondé à Paris, auprès des établissements scientifiques qui relèvent du ministère de l'instruction publique, une *école pratique des hautes études*, ayant pour but de placer, à côté de l'enseignement théorique, les exercices qui peuvent le fortifier et l'étendre.

Art. 2. Cette école est divisée en quatre sections :

1° Mathématiques;

2° Physique et chimie;

3° Histoire naturelle et physiologie;

4° Sciences historiques et philologiques.

Les professeurs ou les savants chargés de diriger les travaux des élèves prennent, dans la seconde et la troisième section, le titre de directeurs de laboratoires, dans la première et la quatrième, celui de directeurs d'études.

Des avantages analogues à ceux qui sont faits aux directeurs de laboratoires de recherches, par le décret en date de ce jour sur les laboratoires, peuvent être attribués, dans la même forme, aux directeurs d'études.

Art. 3. Il n'est exigé aucune condition d'âge, de grade ou de nationalité pour l'admission à l'école pratique; mais les candidats sont soumis à un stage.

Admis provisoirement sur l'avis du directeur, qui les accepte, leur situation est régularisée après une épreuve de trois mois au plus, sur le rapport de ce directeur et l'avis de la commission permanente mentionnée à l'article 9.

L'admission est prononcée par le ministre.

Un élève peut appartenir à plusieurs sections.

Art. 4. La jouissance des avantages que confère l'inscription à l'école pratique ne peut pas dépasser trois ans.

Les élèves de l'école pratique sont admis : aux leçons normales faites par les professeurs dans leurs cours publics, aux conférences particulières faites, soit par les professeurs eux-mêmes, soit par des répétiteurs, et aux travaux des laboratoires d'enseignement.

Ils sont tenus : 1° de fournir des travaux écrits sur des sujets déterminés et des analyses d'ouvrages de science ou d'érudition publiés en France ou à l'étranger; 2° d'effectuer sur des sujets déterminés des recherches dans les bibliothèques et les musées, et d'en produire les résultats par écrit.

Les élèves de la section d'histoire naturelle et de physiologie prennent part aux excursions scientifiques dirigées par les professeurs; ceux des sections de mathématiques, de physique et de chimie, aux visites des usines renommées par leur outillage mécanique ou par leurs procédés de fabrication.

Art. 5. Une indemnité annuelle peut être accordée par le ministre, après avis du conseil supérieur, à des élèves de l'*école pratique des hautes études*.

Art. 6. Les élèves de l'école pratique des hautes études qui l'ont mérité par leurs travaux peuvent, par décision spéciale prise sur l'avis du conseil supérieur de l'école, être dispensés des épreuves de la licence pour se présenter au doctorat.

Art. 7. Des élèves sortants de l'école normale supérieure et des agrégés de l'enseignement public peuvent être désignés par le ministre, pour être attachés exclusivement, pendant deux ans, en qualité de préparateurs auxiliaires ou de répétiteurs, à une des sections de l'école pratique des hautes études.

Durant ces deux années, les premiers jouissent des avantages assurés aux élèves de l'école normale supérieure et d'une indemnité de 1,200 francs; les seconds, d'une indemnité de 2,000 francs.

Art. 8. Des missions scientifiques à l'étranger sont confiées, par le

Ministre de l'instruction publique, à des répétiteurs ou à des élèves de l'école pratique des hautes études.

Art. 9. Les élèves de chacune des sections de l'école pratique sont placés sous le patronage d'une commission permanente de cinq membres, nommés pour trois ans par le ministre de l'instruction publique, et choisis parmi les directeurs de laboratoires et d'études.

Ces commissions prennent les mesures nécessaires pour obtenir l'entrée des élèves dans les laboratoires de recherches ou dans les autres lieux d'études où elles jugent utile de les placer.

Elles donnent, quand il y a lieu, leur avis sur la publication, avec le concours ou aux frais de l'État, des travaux effectués par les élèves.

Elles proposent en faveur des élèves, après les avoir soumis à un examen spécial, en tenant compte des travaux qu'ils ont publiés ou produits, les indemnités, les dispenses et les missions mentionnées aux articles 5, 6 et 8. Le ministre prononce, après avis du conseil supérieur institué par l'article 10 du présent décret.

Les directeurs des laboratoires dans lesquels les élèves de l'école sont reçus siégent dans la commission avec voix délibérative toutes les fois qu'il s'agit de questions intéressant leur laboratoire.

Les directeurs des laboratoires et d'études rendent annuellement compte, par un rapport écrit, des travaux accomplis sous leur direction et des titres acquis par chaque élève. Ces rapports sont soumis par la commission au ministre pour être transmis au conseil supérieur.

Art. 10. Le conseil supérieur de l'école est formé des secrétaires perpétuels de l'Académie des sciences et de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, de l'administrateur du Collége de France, des directeurs du Muséum, de l'Observatoire, de l'École normale, des Archives de l'Empire et de l'École des Chartes, de l'administrateur général de la Bibliothèque impériale, des conservateurs du Musée des Antiques, des doyens des Facultés des sciences, des lettres et de médecine, et des membres des quatre commissions instituées par l'article 9.

Le conseil donne son avis sur les matières suivantes :

1° Subventions pour la création et le développement des laboratoires de recherches ;

2° Indemnités à allouer aux directeurs des laboratoires de recherches ou aux directeurs d'études dépendant de l'école pratique ;

3° Indemnités à allouer aux élèves les plus méritants de l'école pratique, ou à ceux des laboratoires particuliers ;

4° Dispense du grade de licencié à accorder aux élèves de l'école qui aspirent au doctorat ès-lettres et ès-sciences ;

5° Missions scientifiques à l'étranger, prévues par l'article 8 ;

6° Désignation des élèves sortants qui peuvent être, à raison de leur aptitude, chargés de cours dans l'enseignement secondaire, ou être employés comme préparateurs dans l'enseignement supérieur, comme aides-naturalistes au Muséum, aides-astronomes à l'Observatoire impérial, bibliothécaires, etc.

Le conseil peut être appelé à donner son avis sur les questions générales concernant l'école pratique des hautes études.

Il se réunit, sur la convocation du ministre, au moins deux fois par an, au commencement et à la fin de chaque année scolaire.

Art. 11. Sur la proposition du directeur de laboratoire ou d'études auprès duquel ils ont pris part aux travaux de l'école, et après avis de la commission permanente, les candidats au doctorat peuvent être autorisés, par le ministre, à préparer leur thèse de docteur dans les locaux de l'école.

Art. 12. Les directeurs de laboratoire ou d'études peuvent donner des certificats d'études à leurs élèves. Ces certificats sont délivrés, au nom de l'école, par la commission permanente.

Art. 13. Tous les ans, après examen des rapports des directeurs de laboratoire et d'études, sur l'avis de la commission permanente et le conseil supérieur entendu, le ministre donne des missions aux élèves, leur accorde des médailles, des mentions, des subventions ou des récompenses spéciales.

Art. 14. Il est pourvu par des règlements intérieurs, préparés par les commissions permanentes, aux dispositions particulières à chacune des sections de l'école pratique.

Art. 15. Par décision du ministre, rendue après avis du conseil supérieur, l'école pratique des hautes études peut comprendre des annexes instituées auprès des établissements scientifiques des départements. Les directeurs de laboratoires ou d'études et leurs élèves jouissent dans ce cas des avantages énumérés au présent décret.

Art. 16. Notre ministre de l'instruction publique est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Plombières, le 31 juillet 1868.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le ministre de l'instruction publique,

V. Duruy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par divers arrêtés de M. le Ministre de l'Instruction publique :

— *Facultés et École de médecine de Bordeaux.* — M. Gros, secrétaire agent comptable des Facultés des sciences, des lettres et de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé secrétaire agent comptable des Facultés et de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Pajot, démissionnaire.

— *Collége de Melle.* — M. Gautier, docteur en médecine, est nommé professeur de mathématiques au collége de Melle (emploi nouveau).

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 95. — JEUDI 13 AOUT 18 | 41e ANNÉE. | JEUDI 13 AOUT 1868. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour com . . . le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Les Bureaux et les Ateliers étant fermés à l'occasion de la fête du 15 août, le journal ne paraîtra pas samedi.

Paris, le 12 août 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Chauffard a repris la question des diarrhées saisonnières et du choléra dans un discours écrit dont nous reproduisons les traits principaux; M. Guérin a riposté; M. Béhier est intervenu; et ce premier engagement nous paraît être le prélude d'une mêlée plus générale.

Nous ne sommes pas de ceux qui craignent de voir aborder franchement toutes les questions scientifiques; car si les termes d'une discussion académique sont d'abord mal compris par un public incompétent, il faut encore prolonger et compléter la discussion, afin qu'une clarté plus grande fasse disparaître les malentendus.

Rien n'épouvante autant que le mystère, les ténèbres et le silence.

Nous en avons bien eu la preuve, il y a deux ans, lorsqu'à force de réticences et de précautions mal entendues, on avait fini par exagérer d'une manière extraordinaire les craintes des populations. L'année précédente, la mortalité, beaucoup plus forte, avait beaucoup moins inquiété, parce que les chiffres en étaient connus; mais en 1866, ils grossissaient de bouche en bouche, et l'absence de documents officiels ne permettait pas de les réduire aux proportions qu'ils avaient en réalité.

Cette année, il faut le dire bien haut : il ne règne pas à Paris de choléra épidémique. Les faits de choléra sporadique qui se présentent de loin en loin, disséminés dans les divers quartiers, sont d'abord assez peu nombreux, et surtout ils sont presque tous terminés par la guérison en quelques heures.

Les diarrhées, nombreuses, ne sont pas graves, et ne présentent pas généralement les caractères de ce qu'on a nommé « la cholérine ».

Voilà la vérité, toute la vérité.

Si la santé publique vient à se modifier, nous l'annoncerons aussitôt; et il est à l'Académie des savants qui ne manqueraient pas à ce devoir. Ainsi les âmes les plus timorées peuvent être parfaitement tranquilles : il n'est pas besoin qu'on se mette aux écoutes des commérages et des *on-dit*. La grande voix de la publicité, qui signalerait le danger dès sa naissance, ne peut aujourd'hui se faire entendre que pour rassurer absolument.

Ceci bien compris, quel inconvénient peut-il y avoir à discuter la nature et l'étiologie des diarrhées actuelles?

Ceux qui trembleraient à la pensée qu'elles puissent devenir plus graves, trembleraient-ils moins en apprenant que le choléra asiatique a été importé récemment, par exemple, dans un port africain peu distant de la France; et pourtant, serait-ce une raison pour qu'il revînt?

On l'attendait, l'année dernière, quand l'Exposition universelle attirait à Paris des étrangers partis de villes où il régnait; et les prévisions médicales ont été heureusement déçues. Pourquoi? Nul ne saurait le dire.

Laissons donc chercher cette inconnue; et quand un savant croit pouvoir montrer comment se forme le choléra, laissons-lui exposer à temps son hypothèse. M. Chauffard a eu raison de suivre hardiment M. Guérin sur le terrain où il s'était placé.

Pour M. Guérin, les diarrhées actuelles tiennent du choléra; c'est un choléra affaibli, bénin, qui est exclusivement causé par des influences saisonnières.

Pour M. Chauffard, il n'existe pas la plus petite analogie entre les diarrhées saisonnières et les cholérines, entre le choléra nostras et le choléra asiatique.

Au fond, nous pencherions plutôt vers l'opinion de M. Chauffard. Nous serions étonné de voir le choléra, le vrai choléra épidémique, se développer en France, spontanément, sans importation.

Tous les documents officiels que nous ont remis les médecins de gouvernement ou de province, et les médecins inspecteurs, en Egypte, dans les diverses localités que nous avons visitées pendant notre mission, établissent la coïncidence de l'apparition du choléra avec le retour des pèlerins de la Mecque.

Nous sommes donc persuadé — comme la Commission internale de Constantinople et le savant qui l'a dirigée dans ses travaux, M. Fanuel — que le choléra peut voyager avec les hommes, et a dû nous venir ainsi depuis l'Asie.

Mais si nous sommes presque d'accord avec M. Chauffard sur ce point important; si, comme lui, nous croyons exotique le vrai choléra, nous n'oserions pas nous appuyer sur les arguments qu'il présente pour séparer du choléra les accidents cholériformes que l'on observe cette année.

M. Chauffard décrit des caractères différentiels parfaitement tranchés. Il n'y aurait pas à se méprendre, si les choses elles-mêmes étaient aussi nettes que les descriptions de M. Chauffard.

Par exemple, 1° l'apparition du vrai choléra ne serait jamais précédée de *cholérines*, de diarrhées dues à une influence épidémique : les cas foudroyants ouvriraient la scène. — Nous avons vu précisément le contraire dans les épidémies que nous avons étudiées. Et l'attention vivement fixée sur ce point spécial, nous sommes arrivé à cette conclusion : le plus souvent la venue du choléra est annoncée par des cholérines.

2° Le choléra nostras, le faux choléra, qu'il succède ou non à la diarrhée, serait toujours provoqué par des causes occasionnelles, très-appréciables, telles que des écarts de régime. — Eh bien, cette année, nous avons déjà précisément, un certain nombre de fois, noté l'absence de cause occasionnelle pour des attaques assez fortes de choléra sporadique; et comme le choléra vrai peut être provoqué, en temps d'épidémie, par un excès, etc., ce caractère différentiel est à peu près sans valeur.

3° L'affaiblissement serait dans le choléra nostras, proportionnel au nombre des selles. — Cela est vrai le plus souvent, mais a déjà souffert, à notre connaissance, plus d'une exception cette année.

Nous ne continuerons pas aujourd'hui cet examen critique d'un mémoire qui présente de grandes qualités, comme tous les travaux de M. Chauffard; mais dans lequel nous aimerions à trouver moins d'accentuation systématique.

Ce qu'on admire en M. Chauffard devient facilement un péril : un esprit généralisateur, au vol puissant, peut s'élever au-dessus des faits, tellement haut qu'il les perde de vue dans leurs détails.

Il n'aperçoit plus les exceptions; or les exceptions sont fréquentes. La nature même de la diarrhée peut varier dans le choléra : comme M. Jules Guérin l'a dit à la tribune, nous avons acquis la certitude que des cholériques ont pu conserver des selles bilieuses et odorantes jusqu'à la mort, en pleine épidémie, sous le climat égyptien. Et pourtant, il est vrai que la plupart du temps dans le choléra et la cholérine épidémiques les selles sont riziformes.

Dr Victor Revillout.

HÔTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

LEÇONS CLINIQUES SUR LA CONGESTION.

Nous nous sommes arrêtés ce matin, dans la salle Saint-Bernard, auprès de deux malades dont je vais vous rappeler succinctement l'histoire. Elle me fournira l'occasion d'aborder un sujet qui me paraît avoir en clinique une grande importance : je veux parler de la *congestion*. Nous l'envisagerons d'abord d'une manière générale, et puis nous l'étudierons plus spécialement dans l'appareil utéro-ovarien.

Notre première malade a 25 ou 26 ans. Elle est accouchée pour la première fois il y a cinq mois. Jusqu'à cette époque, elle avait toujours joui d'une excellente santé.

Presque aussitôt après ses couches elle s'est remise au travail et y a consacré une partie de ses veilles. Il lui restait cependant une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, des douleurs vagues dans les aines et dans la partie supérieure des cuisses, avec une leucorrhée jaunâtre qu'elle remarquait alors pour la première fois et qui était continuelle. Au bout de six semaines, ses règles étaient revenues comme à l'ordinaire et duraient chaque fois trois ou quatre jours.

Mais, au milieu d'une époque menstruelle, elle fut exposée à l'action du froid; les règles, sous cette influence, devinrent plus abondantes, et au lieu de cesser au moment accoutumé, elles se sont transformées en une véritable métrorrhagie qui, par son abondance et sa persistance, a forcé la malade à entrer à l'hôpital.

A notre premier examen, nous avons constaté que l'utérus était volumineux, lourd, difficile à déplacer. Il remontait derrière le pubis, était infléchi en avant et formait avec le col un angle presque droit. Le col était également turgescent, hypertrophié; la muqueuse qui le tapisse présentait au toucher des aspérités évidemment produites par des granulations.

Notre premier soin devait être d'arrêter la perte. Nous prescrivîmes, en conséquence, une infusion de digitale avec du sirop de ratanhia et de la teinture de canelle. Mais cette médication, qui agit quelquefois efficacement, demeura sans effet. Je fis alors appliquer sur l'hypogastre un large vésicatoire, afin de modifier l'état fluxionnaire de l'utérus que je supposais derrière l'hémorrhagie. Le lendemain, tout flux sanguin avait disparu.

J'ai recommandé à la malade de continuer à garder le repos, et jusqu'à présent nous nous sommes bornés à faire de l'hygiène. Il y aurait de l'imprudence à appliquer trop tôt une médication topique sur l'utérus, on s'exposerait à ranimer sous une autre forme la fluxion hyperhémique. Mais dans quelques jours ce danger n'existera plus, et nous pratiquerons des cautérisations intra-utérines pour modifier cette anomalie de nutrition qui a augmenté la masse de l'utérus et qui est le point de départ de tous les troubles fonctionnels qui existent encore dans cet organe, tels que la leucorrhée, l'état fongoïde du col, etc.

Nous verrons tout à l'heure quels motifs m'avaient suggéré l'idée de ce traitement et comment on peut se rendre compte de son efficacité.

La seconde malade est couchée au n° 21 de la salle Saint-Bernard. C'est une jeune femme de 21 ans qui n'accuse aucun antécédent morbide héréditaire, mais dont la santé a toujours été délicate. Pendant son enfance, elle a eu plusieurs éruptions impétigineuses qui laissaient après elles des engorgements ganglionnaires très-tenaces. Il s'y est joint des otorrhées, des ophthalmies chroniques, en un mot toute la livrée de la scrofule.

Ses règles ont commencé à 14 ans. Elles étaient abondantes et duraient habituellement quatre jours.

Vers l'âge de 16 ans, nouvelles éruptions suppurantes, croûteuses, ulcéreuses même et très-rebelles sur le cuir chevelu.

Pendant quelque temps, elle fut sujette à des épistaxis qu'accompagnaient de l'enchiffrennement et la formation de croûtes dans le nez. Aux épistaxis, succéda une éruption de petits boutons rouges suivis d'ulcération au bord libre des narines, probablement un lupus scrofuleux, qui a laissé une perte de substance.

A diverses reprises, la malade fut soumise à un traitement anti-scrofuleux. Actuellement, elle porte encore sur les narines, à côté des cicatrices anciennes, un bouton rouge, dur, qui a tous les caractères du lupus.

Cette femme est donc bien manifestement scrofuleuse depuis son enfance.

Au mois de mai de l'année dernière, elle fut soumise à un refroidissement : ses règles furent suspendues et elle eut une épistaxis.

Or, je viens de vous dire que déjà pendant son enfance, elle avait été sujette aux saignements de nez et que le mouvement congestif que ces hémorrhagies manifestaient sur la membrane pituitaire semblait avoir abouti à une dermatose assez grave. Les faits de ce genre sont communs en pathologie. Ainsi voyons-nous, par exemple, dans la rougeole et dans la coqueluche, la congestion de l'appareil respiratoire favoriser quelquefois des évolutions tuberculeuses. Dans le cas actuel, l'épistaxis, c'est-à-dire la congestion hémorrhagique du nez, fut suivie d'un érysipèle qui dura neuf jours.

Cette année, comme l'année dernière, et à peu près à la même époque, cette jeune femme a eu un retard de deux jours dans ses règles. Elle a été prise d'une nouvelle épistaxis; et le soir même, s'est déclaré un autre érysipèle de la face, auquel a succédé le tubercule du nez dont je vous ai parlé.

L'érysipèle d'ailleurs, dans sa forme, a manifesté l'état général de l'organisme. Il a été caractérisé par une congestion autant séreuse que sanguine, à peu près indolente, avec très-peu de réaction fébrile, et il s'est terminé en six jours. Dans cette occasion, nous avons vérifié une fois de plus l'exactitude de la loi formulée par Stokes, qui veut que l'érysipèle, quand il débute par la ligne médiane, reste symétrique, c'est-à-dire se développe simultanément et uniformément de chaque côté.

Mais ce qui doit surtout nous frapper dans cette observation, c'est cette déviation d'une congestion qui abandonne l'organe

où elle devait s'accomplir, et va se localiser en un autre point où elle semble être appelée par quelque incitation morbide.

Le molimen congestif, c'est-à-dire cette disposition de l'économie qui prépare la congestion, se dégage ici des conditions de siége et de forme auxquelles il est ordinairement soumis; il se manifeste non plus comme une propriété spéciale de l'appareil utéro-ovarien, mais comme une modalité générale de l'organisme qui peut subir les transformations les plus diverses.

Dans l'un des deux cas que nous venons de rapprocher, la congestion est demeurée fixée sur l'utérus; rien ne l'appelait ailleurs; tous les autres appareils étaient sains et fonctionnaient régulièrement. L'utérus, au contraire, après l'accouchement n'avait pu subir dans le calme et le repos l'évolution régressive qui le ramène à sa condition primitive de volume et de texture. Les fatigues qu'imposait à cette pauvre femme la nécessité de gagner sa vie avaient troublé ce travail. La douleur, la leucorrhée qui n'avaient pas cessé depuis la gestation, attestaient que l'appareil générateur était resté le foyer d'une incitation anormale, qu'il était le siége d'une congestion morbide. Et quand la fluxion cataméniale, qui était venue s'y ajouter, fut troublée par l'impression du froid, cette fluxion fut transformée en un acte morbide, elle acquit des proportions insolites, devint permanente et aboutit à une hémorrhagie abondante et opiniâtre. Convaincu par l'étude et l'enchaînement du phénomène morbide que l'hémorrhagie n'était que le symptôme et la conséquence d'une congestion anomale, j'attaquai celle-ci par une dérivation énergique; l'écoulement sanguin s'arrêta.

Notre seconde malade était scrofuleuse; depuis son enfance, elle avait présenté une série de manifestations morbides qui partaient le cachet de cette diathèse. Une cause extérieure est venue troubler l'accomplissement de la fonction menstruelle; le molimen congestif dévié de ses tendances normales, s'est porté sur des organes déjà malades, où il s'est traduit par des hémorrhagies et par des affections à forme congestive.

(La suite prochainement.)

HOPITAL MARITIME DE BREST

(Clinique chirurgicale. — M. GALLERAND)

OVARIOTOMIE

Kyste multiloculaire compliqué, extirpé le 18 juillet 1868.

Madame Le B..., de Pospoder (Finistère), âgée de 36 ans, de constitution chétive, quoique habituellement bien portante, mère depuis 22 mois d'un garçon d'apparence strumeuse, mariée depuis 3 ans, très-régulièrement réglée depuis l'âge de 12 ans, déclare souffrir du ventre depuis ses couches. La grossesse, assez facile, a été suivie d'une parturition très-pénible, due à une angustie du bassin, et a nécessité l'emploi du forceps. C'est dans le côté gauche que les premières douleurs ont apparu, et c'est toujours de l'hypochondre de ce côté qu'elles se sont, à intervalles réguliers et correspondant aux époques, irradiées dans tout le ventre.

La malade consulte à diverses reprises, et l'on croit à une grossesse, malgré la persistance des règles; mais le 25 juin, M. Gallerand, appelé à examiner cette tumeur pour la première fois, diagnostique un kyste ovarien considérable; l'extirpation lui paraissant la seule chance de salut, vu l'influence que cette énorme tumeur avait déjà manifestement exercée sur l'économie, est proposée et acceptée avec empressement.

L'admission de cette femme à l'hôpital maritime est obtenue de l'autorité supérieure, et elle entre le 12, dans la soirée, pleine de courage et dans un état de santé générale relativement satisfaisant.

Le 16, ponction capillaire pour fixer les dernières incertitudes du diagnostic. Elle donne issue à un liquide albumineux jaune sale, de consistance sirupeuse (200 grammes environ); on referme la plaie; aucune douleur pendant la ponction, quelques tranchées pendant la journée et la nuit.

L'exploration exercée avec ménagement après cette légère évacuation permet de mieux préciser les notions déjà acquises et d'annoncer la présence d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, très-probablement adhérent dans le petit bassin.

Opération. Le 18 juillet (21 mois après le début de la maladie), en présence de l'École et de MM. les docteurs de Leselleuc, Caradec, Kerprigent, Echallier, médecins civils. Après de courtes inhalations de chloroforme, insensibilité absolue; incision de 18 centimètres sur la ligne blanche, avec toutes les précautions d'usage pour la kélotomie : issue de 4 litres de sérosité louche provenant de la cavité péritonéale; tumeur énorme, mamelonnée, à surface lisse, fortement accolée aux lèvres de la plaie; une première ponction d'un kyste à parois denses, fibreuses, décolorées, et partant impossibles à attirer et à lier sur la canule du trocart, évacue 1,100 grammes d'un liquide visqueux, épais, demi-translucide, d'un jaune brunâtre.

Une seconde ponction vide complétement le kyste, ponctionné deux jours auparavant, de deux litres environ du liquide précédemment décrit; cette poche forme toute la paroi postérieure de la tumeur qu'elle déborde latéralement; sa surface interne est tapissée de kystes innombrables et translucides de grosseur variée; la membrane kystique est uniformément arborisée et présente plusieurs points d'un rouge violacé

Le ligament ovarique, assez distant de la trompe, s'y insère par un pédicule court, à fibres denses, et c'est sur les côtés qu'existent, à droite, des adhérences friables; au pourtour du détroit supérieur, en arrière et en bas, des adhérences intimes avec l'épiploon, le mésentère et le ligament large, liens qu'il faut disséquer et lier, la tumeur est partiellement extraite et étalée sur l'abdomen.

On ponctionne encore trois kystes moins volumineux, contenant 700 grammes environ de liquides divers, tantôt louches, séro-purulents, tantôt parfaitement citrins et limpides.

Enfin, la masse entière peut être soulevée librement au dehors et le pédicule étreint par la chaîne d'un clamp-écraseur, bientôt remplacée par une triple ligature avec un fort cordonnet de soie. — A ce moment, la respiration s'embarrasse, la face pâlit, le pouls tombe rapidement, en un mot, une syncope paraît prochaine. Toutefois, après un moment de répit employé à ranimer la malade, on procède à l'abstersion des liquides; pas d'hémorrhagie, mais bien un suintement séro-sanguinolent (300 grammes environ) bientôt complétement tarit.

Quatre points de suture métallique profonde comprenant le péritoine et huit points de suture métallique superficielle réunissent les lèvres de la plaie dont l'extrémité inférieure donne passage aux ligatures et à une sonde en caoutchouc, qui a servi à extraire, dans les vingt-quatre premières heures et à diverses reprises, 150 grammes de sérosité de moins en moins sanguinolente; pansement avec compresses tièdes en flanelle, étagées dans les flancs et l'épigastre; l'abdomen est entouré par un large bandage de corps en flanelle muni de courroies et très-efficacement contenu.

L'opération a duré une heure; la tumeur entière pesait environ 8 kilog. et demi.

La malade s'est difficilement réchauffée; douleurs abdominales assez vives d'abord, puis rares; état lipothymique et nausées avec éructations gazeuses pendant plus de deux heures (champagne glacé et bouillon); enfin, dans l'après-midi, amélioration de courte durée. Dans la nuit, les symptômes les plus alarmants de dépression générale apparaissent : vomissements, accélération rapide du pouls, anxiété extrême, refroidissement périphérique, intelligence intacte jusqu'à la fin; courte agonie et mort très-rapide dans une syncope, vingt-sept heures après l'opération.

Décomposition prompte; pas de traces de péritonite récente; 200 grammes de sérosité rougeâtre dans divers culs-de-sacs du péritoine. Les ligatures sont très-solides, aucun suintement ne peut avoir eu lieu par les pédicules.

Réflexions. — L'insuccès de cette opération est dû au défaut de résistance vitale chez cette malade, qui dissimulait de longues souffrances sous un courage inébranlable. Obligée de travailler malgré sa maladie, soumise à une alimentation peu réparatrice, elle n'a pu réagir contre la dépression opératoire (shock des Anglais). Elle est morte d'épuisement (exhaustion), comme cela arrive dans les parturitions trop laborieuses. Nous avons perdu tout espoir quand, huit heures après l'opération, nous avons vu le pouls devenir très-fréquent, l'algidité disparaître et la sensibilité viscérale, très-vive au début, faire place à un inexprimable sentiment de vacuité abdominale, compliqué de nausées et de tendances à la syncope.

En présence d'un danger aussi imminent, les toniques et les stimulants les plus énergiques étaient seuls rationnels; ils ont été employés sans relâche et n'ont pu que retarder la mort.

Nous n'avons point eu recours aux applications de glace sur le ventre, l'absence d'hémorrhagie et de péritonite constatée à l'autopsie a parfaitement justifié cette abstention.

De cette observation il faut tirer deux conclusions pratiques :

1° Quand une femme affaiblie doit subir l'ovariotomie, il est urgent de la soumettre préalablement aux toniques et aux analeptiques les plus puissants;

2° Quand le ventre est très-volumineux et surtout très-tendu, il convient d'opérer une déplétion partielle quelques jours avant l'extirpation, en retirant le liquide de l'ascite concomitante, et même de ponctionner le kyste. On évitera ainsi l'énorme perturbation fonctionnelle qui résulte d'une spoliation abdominale trop brusque.

Les légères adhérences qui peuvent résulter de cette ponction ne sauraient entrer en ligne de compte avec le danger que nous signalons.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 11 août 1868. — Présidence de M. RICORD.

(Le nombre et l'importance des communications nous oblige à remettre la publication de la correspondance.)

M. GUERIN lit des extraits d'une lettre que lui adresse M. le docteur Kuhn (de Gaillon) sur l'état sanitaire de cette ville et particulièrement de la prison.

« Depuis quelques semaines, écrit M. le docteur Kuhn, nous avons observé à la maison centrale de Gaillon (comme en dehors de cet établissement, et comme vous l'avez vu également à Paris), un nombre considérable de diarrhées séreuses, dites cholérines, souvent fétides, mais souvent aussi inodores. Jusqu'ici les trois quarts environ de la population totale ont été atteints. Toutes ces diarrhées sont accompagnées de malaise et généralement d'une grande prostration; presque toutes s'accompagnent de nausées et un bon tiers de vomissements, un petit nombre de fourmillements dans les membres ou même de crampes véritables. »

M. Kuhn rapporte quatre cas de choléra bien caractérisé; puis il ajoute :

« Enfin, mon cinquième cas a eu aujourd'hui même une issue funeste. C'est un homme de 52 ans, fort et puissamment musclé, demeurant à Courcelles-sur-Seine. Atteint de diarrhée depuis une huitaine environ, il a été pris, dans la nuit de samedi à dimanche, de vomissements bientôt suivis de crampes, etc. Appelé dans la matinée, je n'eus pas de peine à reconnaître la maladie et à formuler son traitement. Un commencement de réaction se fit, et le soir je croyais déjà pouvoir promettre un heureux résultat, lorsque le terrible orage d'hier soir (c'est du moins ce que je suppose) renversa toutes nos combinaisons, et ce matin nous trouvâmes le froid glacial partout, l'hématose impossible, le pouls aboli et tout espoir perdu. »

M. JOLLY présente, de la part de M. le docteur Guipon (de Laon), une étude sur les *tumeurs abdominales*.

M. DELPECH présente, au nom de MM. Lebert et Rotenstein, une brochure intitulée : *Recherches sur la carie dentaire.* Les auteurs attribuent la carie à un parasite végétal.

Note sur la pustule maligne.

M. DAVAINE. Je considère la pustule maligne comme causée par l'inoculation de bactéridies qui, déposées dans les tissus par la trompe d'une mouche ou autrement, se multiplient dans un exsudat fibrineux qui se produit par suite de la blessure; de là, les bactéridies envahissent les tissus voisins et enfin se généralisent.

J'ai voulu reproduire expérimentalement chez les animaux ce qui se fait alors chez l'homme; il s'agissait d'introduire les bactéridies sans blesser de vaisseau. Pour y arriver, j'ai pris un petit cautère que j'ai fait chauffer dans l'eau bouillante, et en l'appliquant sur la peau de cobayes j'ai obtenu de petites vésicules par ce genre de vésication. Dans ces vésicules j'ai introduit du sang d'animal mort de charbon, du « sang de rate » contenant des bactéridies. Au premier moment, rien ne s'est montré; mais, dès le lendemain, chez un de mes cobayes il s'est produit une vésicule qui, en quelques heures, est devenue large d'à peu près un centimètre, s'est entourée d'une auréole rouge et contenait une sérosité pleine de bactéridies. J'ai apporté à l'Académie un autre cobaye qui présente la même lésion, ayant été inoculé avant-hier. On pourra voir au microscope quel nombre de bactéridies se trouve dans la sérosité de la vésicule secondaire.

Ainsi l'identité de la pustule maligne et du charbon se trouve démontrée par la reproduction expérimentale de la pustule maligne à l'aide de sang charbonneux.

LECTURE.

Sur les poêles en fonte.

M. COULIER, pharmacien en chef et professeur au Val-de-Grâce, rappelle les travaux antérieurs sur la pénétration des gaz à travers les parois rougies des poêles en fonte. Il reproche à la méthode suivie par M. Henry Sainte-Claire Deville et Prost pour mesurer les quantités d'oxyde de carbone qui peuvent ainsi trouver issue, l'impossibilité d'éliminer les produits de l'oxydation des hydrocarbures dans la quantité d'acide carbonique résultant de la combustion de l'oxyde de carbone et par le bioxyde de cuivre chauffé au rouge.

Puis admettant un moment l'exactitude complète des résultats obtenus par ces savants, il examine comme il suit les conséquences qu'il en faut tirer :

1° *De la quantité d'oxyde de carbone qui peut traverser les parois d'un poêle en fonte chauffé au rouge.*

MM. Deville et Troost ont fait six expériences, dont la durée totale a été quatre-vingt-douze heures (environ quatre jours). L'appareil pendant ce temps a aspiré 1,057 litres de l'air confiné entre la paroi rougie du poêle et son enveloppe. Cet air contenait en moyenne pour 1,000 litres oxyde de carbone 0,557; ce qui, pour 1,057 litres, donne une production totale d'oxyde de carbone de 0,589.

Pour pouvoir apprécier les inconvénients qui peuvent résulter du mélange de cette quantité d'oxyde de carbone à l'air respirable, supposons que ce poêle ait été employé à chauffer une salle de 180 mètres cubes (c'est la capacité du poste du Val-de-Grâce); et que pendant les quatre jours employés à faire l'expérience, l'air se soit renouvelé cinq fois par vingt-quatre heures dans le poste; il en résultera que 3,600 mètres cubes ou 3,600,000 litres d'air auront été mélangés à 0,589 d'oxyde de carbone. Dans cette supposition, chaque litre d'air contient 16 centièmes de millimètres cubes d'oxyde de carbone; et la fraction qui représente la quantité de ce gaz mélangé à l'air respirable est 0,00000016.

Conclusion. — Bien que le gaz oxyde de carbone soit vénéneux, il me paraît peu probable qu'à une dose aussi petite, il puisse avoir un effet appréciable quelconque sur l'économie. Dans les expériences de Tourdes, pour tuer un lapin en trente-sept minutes, il a fallu mélanger à l'air 0,033 d'oxyde de carbone. La mort arrivait en vingt-trois minutes dans l'air contenant 0,066 de gaz délétère. La proportion indiquée plus haut est *deux cent mille fois plus faible* que dans la première expérience de Tourdes, et quatre cent mille fois plus faible que dans la seconde. Or il ne faut pas oublier que pour arriver à cette fraction véritablement très-petite nous avons fait les suppositions les plus favorables à la diffusion de l'oxyde de carbone en admettant :

1° Que tout l'acide carbonique recueilli après l'action de l'oxyde de cuivre provenait de l'oxyde de carbone, tandis qu'il est évident qu'une portion de cet acide carbonique provenait de l'hydrogène carboné;

2° Que l'air contenu dans la salle du poste, qui a deux fenêtres et deux portes, ne se renouvelait que cinq fois par jour.

Il est probable que si nous avions pu apprécier la valeur de ces circonstances, la fraction si faible d'oxyde de carbone à laquelle nous sommes arrivés eût été notablement réduite.

En résumé, ces expériences démontrent que les poêles en fonte laissent transsuder à travers leurs parois une certaine proportion d'oxyde de carbone, mais que cette proportion est tellement faible, qu'il n'y a pas lieu de s'en préoccuper au point de vue de l'hygiène.

2° *Action de l'air chauffé par les poêles en fonte sur l'économie.*

M. Coulier rapporte une expérience qu'il poursuit depuis quatre ans, et qui consiste à faire varier l'état hygrométrique d'un appartement chauffé à l'aide d'un poêle en fonte, en remplaçant le couvercle de ce poêle par une bassine pleine d'eau mise en contact direct avec la flamme. Les phénomènes congestifs éprouvés par les assistants lorsque le poêle n'est pas muni de cette bassine disparaissent dès que l'air devient suffisamment humide.

Conclusion. — 1° Des personnes adultes et des enfants peuvent vivre dans une atmosphère chauffée à l'aide de poêles de fonte, sans qu'il soit possible d'observer la moindre altération dans leur santé.

2° La congestion de la face, la difficulté de la respiration et les autres symptômes qu'on observe dans les locaux chauffés à l'aide de poêles en fonte, proviennent de l'abaissement de l'état hygrométrique de l'air. Tous ces accidents disparaissent dès qu'à l'aide d'une évaporation convenablement ménagée, on maintient cet état hygrométrique dans les conditions normales.

DIARRHÉES ET CHOLÉRA.

Étude sur les diarrhées saisonnières et le choléra sporadique et sur leurs rapports avec les épidémies cholériques vraies.

M. Chauffard, après avoir fait ressortir l'importance de la question, continue ainsi :

Les flux intestinaux de la saison régnante doivent être d'abord examinés eux-mêmes, comme produits morbides, comme liquides évacués. Sont-ils comparables à ceux qui règnent en temps de choléra? Non, et M. Jules Guérin lui-même a fourni les caractères qui différencient les uns des autres. Les flux alvins actuels ne se présentent pas comme les flux cholériques : séreux, blanchâtres ou incolores, et presque inodores; ils sont au contraire bilieux, colorés, odorants; ils ont rarement l'aspect riziforme, et celui-ci, lorsqu'il apparaît, ne persiste pas, et se trouve bientôt remplacé par le flux bilieux ordinaire. Les vomissements qui précèdent ou accompagnent ces diarrhées sont encore plus distincts de ceux que l'on observe en temps d'épidémie cholérique; ils ne sont ni abondants ni séreux, mais rares et bilieux; ils ne persistent pas et n'offrent jamais ce caractère de déjections passives et subites si marqué dans tant de cholérines, et qui donnent l'idée d'un vase à parois compressibles et inertes, et qu'une pression extérieure et presque inconsciente à l'individu viderait brusquement : les vomissements symptomatiques de la diarrhée saisonnière n'affectent pas cette allure automatique; ils s'effectuent avec tous les troubles généraux qui accompagnent ordinairement ce genre d'évacuation; ils sont d'ailleurs plus abondants et s'apaisent promptement; dans la plupart des cas ils font défaut; ils ne changent pas de caractère ou ils vont en devenant de plus en plus bilieux à l'inverse des vomissements cholériques.

Ces premières différences entre les diarrhées saisonnières et les diarrhées cholériques n'auraient à elles seules qu'une importance médiocre et contestable, si elles ne se prolongeaient et même ne s'accusaient davantage entre les autres symptômes de ces deux affections.

Les phénomènes nerveux réflexes, les crampes douloureuses des membres, si communes et si caractéristiques dans les diarrhées cholériques excessives, demeurent très-rares dans les diarrhées actuelles, même alors que celles-ci sont intenses, à évacuations très-rapprochées, et dans les cas rares où les crampes se montrent, elles sont fugaces et faibles. Il en est de même pour l'affaiblissement de la voix; il a été beaucoup plus lent à se déclarer dans l'affection présente que dans les cas comparables de cholérine vraie; des évacuations répétées et persistantes affaiblissaient à peine la voix, tandis que des évacuations identiques, quant au nombre et à la durée, déterminaient en temps de choléra une aphonie plus ou moins complète. J'ai fait à cet égard les observations les plus probantes et les plus multipliées, et je ne doute pas qu'elles ne soient confirmées par les observateurs qui auront porté leur attention sur ce sujet. Pareillement la suppression des urines dans les diarrhées saisonnières se montre beaucoup plus tardivement et plus incomplétement que dans les flux cholériques; il en est ainsi encore pour la cyanose et le ralentissement du pouls; tous ces symptômes, tous ceux qui accusent une ataxie prononcée ou une paralysie des nerfs vaso-moteurs, offrent une expression qui n'est pas comparable si on les envisage durant une constitution simplement diarrhéique ou en temps d'épidémie cholérique.

Mais le fait le plus frappant et qui est d'ailleurs en rapport étroit avec les faits précédents, c'est le maintien d'un état général, relativement bon, dans les diarrhées saisonnières : l'affaiblissement général s'opère lentement et demeure proportionnel au nombre des évacuations et à la durée de la maladie; cet affaiblissement d'ailleurs reste modéré et n'arrive jamais à un prostration véritable, à moins que la maladie ne persiste outre mesure, le patient ne prenant aucun soin diététique. Il y a loin de là à ce qui se passe dans les flux cholériques vrais : ici l'affaiblissement et la prostration sont toujours imminents et se prononcent de bonne heure; ils se déclarent quelquefois après un très-petit nombre d'évacuations, sans que pour cela il y ait invasion de choléra confirmé; la prostration survient, en d'autres cas, après une diarrhée plus ou moins prolongée, mais brusquement et sans qu'un affaiblissement graduel l'ait fait pressentir.

Quant à la transformation de la diarrhée saisonnière en affection cholériforme, elle est tout à fait exceptionnelle et s'opère d'une toute autre façon qu'en temps d'épidémie spécifique : la plupart en effet de ces choléras sporadiques sont des choléras survenant après l'action brusque d'une cause occasionelle : refroidissement subit, boissons glacées; il n'est pas un observateur qui n'ait constaté des faits analogues à ceux dont nous parlait notre honorable confrère M. Chevalier dans une précédente séance.

Le choléra ne se présente donc pas comme terminaison naturelle des diarrhées saisonnières; celles-ci ont beau se prolonger, déterminer des évacuations multipliées, manquer des soins d'un traitement approprié, elles ne se changent pas tout d'un coup et d'elles-mêmes en choléra algide et grave; c'est là du moins une terminaison bien rare. On sait combien les choses se passent différemment en temps d'épidémie cholérique. Les écarts de régime peuvent bien provoquer l'explosion du choléra chez des personnes prédisposées; mais souvent après une diarrhée peu intense et de peu de durée, un choléra funeste se montre, sans que le plus souvent aucune autre cause occasionelle, aucun écart de régime intervienne comme cause particulière et déterminante. Il faut toujours redouter une explosion cholérique chez un malade qui, à un degré quelconque, est affecté de diarrhée en temps d'épidémie; souvent même des soins minutieux et intelligents donnés à une personne atteinte de diarrhée ne la préservent pas du choléra dont cette diarrhée n'était en quelque sorte que le précurseur ou la première manifestation. Rien de pareil dans les diarrhées saisonnières; convenablement soignées, elles ne conduisent pas au choléra sporadique; celui-ci, qu'il survienne d'emblée ou qu'il succède à la diarrhée, reconnaît toujours une cause occasionelle appréciable. S'il est des cas qui font exception à cette règle, ils sont tellement rares, que je n'en ai pas encore observé; tandis que les conditions opposées sont communes sous le régime du choléra épidémique.

Le moment et le mode d'apparition des cas de choléra épidémique présentent des différences plus tranchées encore que celles que nous venons de signaler. Dans les épidémies de choléra observées jusqu'ici, il n'y a pas comme temps de préparation de l'épidémie un temps où règnent exclusivement les affections diarrhéiques : non, en même temps et aussitôt qu'on signale l'invasion des diarrhées, on signale des cas de choléra foudroyant, et ces cas sont le plus souvent d'une gravité exceptionnelle, promptement funestes. Les cas légers ne se montrent d'ordinaire que lorsque l'épidémie est franchement et depuis quelque temps établie.

Ce sont ces cas foudroyants qui donnent aux diarrhées concomitantes leur signification véritable; diarrhées et choléras graves apparaissent simultanément et témoignent de la même cause morbide. Il en est tout autrement pour les diarrhées saisonnières et les cas de choléra sporadique qui les accompagnent : ici, la constitution médicale est la première cause occasionnelle des uns et des autres; or, une constitution médicale ne s'établit et ne frappe pas tout d'un coup, comme le fait un contage miasmatique introduit au sein d'une population; si les premiers coups portés par la cause contagieuse ont toute l'énergie de ceux qui vont suivre et parfois une énergie plus considérable, la constitution médicale, au contraire, se prépare et s'accentue par degrés; les premières atteintes qui la décèlent sont légères; elles se multiplient et s'aggravent peu à peu, et ce n'est que lorsqu'elle a atteint sa somme d'intensité et d'action morbifique que les cas graves se déclarent et qu'aux diarrhées saisonnières, se joignent des cas de choléra sporadique; ceux-ci, même, n'acquièrent pas tout d'un coup leur gravité funeste; des choléras légers précèdent et annoncent les choléras asphyxiques; en un mot on peut dire, sans rien exagérer, que la marche et le développement de l'épidémie sont inverses dans les deux cas.

Si, de l'étude symptomatique des diarrhées saisonnières, nous passons à celle du choléra sporadique intercurrent, et que nous comparions celui-ci au choléra spécifique et épidémique, nous avons à signaler des différences importantes. La plus saillante et la plus constante, celle qui résume et traduit toutes les autres, s'observe dans la période de réaction de ces affections cholériques.

La réaction, en effet, dans le choléra sporadique, est loin d'offrir les dangers qui lui sont attachés dans le choléra épidémique. Elle est parfois difficile à provoquer, et le malade peut succomber dans l'algidité sans qu'on ait pu l'obtenir; mais lorsque la réaction se déclare, lorsque, dans le choléra sporadique, la chaleur et la circulation se raniment, on peut, dans la grande majorité des cas, porter un pronostic favorable. Toute cette période de stupeur typhide et délirante qui rend si dangereuse la réaction du choléra importé, manque ou se présente avec des caractères très-amoindris dans la réaction du choléra sporadique. On sent que la maladie, alors, a moins profondément pénétré dans la vie organique, elle demeure plus superficielle et accidentelle, en quelque sorte, et l'organisme s'en débarrasse par une réaction bien plus aisée et plus franche. C'est là un caractère majeur et que le clinicien ne saurait trop méditer, parce que, dans l'un et dans l'autre cas, il manifeste la nature même de la maladie.

A ces différences symptomatiques répondent des différences étiologiques. (Ici M. Chauffard établit que le choléra vrai est toujours importé, toujours contagieux, tandis que les diarrhées saisonnières naissent sur place et ne sont pas contagieuses : l'action simultanée des mêmes causes expliquerait la simultanéité des atteintes.)

Je ne crois donc pas à la contagion comme cause de développement et d'extension des diarrhées saisonnières; nées de causes communes, ces maladies demeurent communes; je ne prétends pas qu'elles doivent rester telles invariablement, et que les causes que j'ai signalées, s'élevant d'un degré encore et se joignant à d'autres causes épidémiques ou locales, les diarrhées saisonnières ne puissent se transformer et devenir spécifiques; mais, je le montrerai tout à l'heure, ce n'est pas en choléra épidémique et contagieux que les diarrhées saisonnières se transforment lorsqu'elles acquièrent l'état spécifique.

Pourquoi cependant cette opinion trop répandue, et dont M. Guérin s'est fait l'écho, et qui, malgré tous les enseignements contraires, regarde les chaleurs extrêmes comme la cause, et les diarrhées saisonnières comme l'avant-coureur des épidémies de choléra? Je ne vois à cela qu'une raison : à savoir que les chaleurs extrêmes et prolongées déterminent des diarrhées, et les diarrhées s'accompagnent parfois d'accidents cholériformes : ces accidents, connus sous le nom de choléra *nostras*, ont une grande ressemblance extérieure avec les symptômes du choléra asiatique; et de cette ressemblance extérieure on a conclu à une identité non-seulement de forme, mais de nature. Ces analogies de symptômes ne devraient jamais conduire à l'idée d'une analogie de nature; pour les diarrhées en particulier et pour leur tendance à provoquer des accidents cholériformes, la clinique a des enseignements dont il serait bon de ne pas oublier la valeur. La clinique, en effet, prouve que les diarrhées, quelle que soit leur origine et quelle que soit leur cause, peuvent déterminer des accidents comparables quant à leur forme au choléra. Une superpurgation, celle surtout qui est due à l'administration d'un purgatif drastique, provoque parfois une véritable atteinte de choléra qui peut même devenir mortelle. L'emploi du tartre stibié à haute dose détermine particulièrement ces accidents redoutables; il n'est pas de praticien qui n'en ait observé, et ils sont même désignés sous le nom de choléra stibié.

En conclut-on que ces accidents cholériformes sont de même nature que le choléra importé? va-t-on les regarder comme contagieux? De pareilles conclusions révolteraient; pourquoi les accepter lorsque ces accidents cholériformes sont dus à des diarrhées saisonnières, au lieu de se rattacher à des évacuants drastiques? pourquoi alors ne pas regarder les accidents comme liés à l'existence de diarrhées communes, intenses et à évacuation excessive? pourquoi chercher dans ces diarrhées une étiologie préparatoire aux épidémies de choléra vrai, alors que l'histoire de cette dernière maladie est tout entière en opposition avec ces opinions superficielles et contradictoires?

Je l'ai dit, toutefois : les diarrhées saisonnières peuvent s'élever à la spécificité morbide et perdre leur nature comme pour acquérir le pouvoir de se transmettre. Elles se transforment ainsi en maladie épidémique vraie. Mais cette transformation ne s'opère pas au profit du choléra : elles ne donnent pas lieu à des épidémies cholériques vraies, mais à des épidémies de dyssenterie. La dyssenterie, en effet, est la forme propre des diarrhées saisonnières devenues spécifiques; c'est l'allure nouvelle que prennent ces états morbides, et que l'on observe dans tous les pays chauds où les conditions de température élevée et prolongée qui produisent les diarrhées saisonnières, acquièrent leur maximum d'intensité. Aussi si la constitution médicale actuelle s'aggrave, ce sera, je ne crains pas de le dire, pour donner naissance à des épidémies dyssenteriques, et je crois savoir déjà qu'en plusieurs points du territoire les dyssenteries graves se montrent. Peut-être sont-elles destinées à s'étendre, si un heureux changement ne vient pas à s'opérer dans les conditions thermométriques de l'air.

Je n'ai pas besoin, en terminant cette note, d'insister pour faire voir combien, relativement au choléra *nostras*, nos conclusions s'éloignent de celles qu'a formulées M. J. Guérin. Notre savant confrère est disposé à considérer le choléra *nostras* en général comme un produit atténué des mêmes causes qui, dans les climats plus chauds, produisent le choléra asiatique ou asphyxique. « Ainsi considérés, ajoute-t-il, les deux choléras ne constitueraient qu'une seule et même maladie, d'une intensité et d'une gravité proportionnées à la gravité et à l'intensité de leurs causes communes. » Je ne puis accéder à ces propositions : le choléra *nostras* n'est, croyons-nous, qu'un accident commun de toutes les maladies caractérisées par un flux alvin; il n'a jamais rien de spécifique; sa cause ne diffère pas seulement d'intensité et de gravité d'avec la cause du choléra asiatique; ces causes morbifiques diffèrent non par simple quantité, mais plus profondément par essence et par qualité. Loin d'ébranler la doctrine étiologique de l'importation du choléra épidémique vrai, la constitution médicale actuelle la confirmera d'une manière éclatante en montrant que malgré l'intensité et la généralité des diarrhées qu'elle provoque, elle demeure heureusement impuissante à déterminer une véritable épidémie de choléra.

M. Robinet. J'ai déjà signalé ce fait qu'à deux reprises, un jour s'était passé sans aucun décès dans un arrondissement de Paris. Le fait s'est renouvelé trois fois. Or chaque arrondissement représente une ville de 100,000 âmes. Il est donc très-exceptionnel de voir un jour se passer sans mort.

DISCUSSION.

M. Guérin. Je ne donnerai pas à ma réponse tout le développement que le sujet comporte, car ce serait en réalité l'ouverture de la discussion sur le choléra. Je n'y étais pas préparé; cependant j'ai assez présente à la mémoire l'histoire des diverses épidémies auxquelles j'ai assisté et les publications que j'ai faites depuis 1832 pour ne pas me regarder comme pris à l'improviste.

Ce qui m'a surpris, c'est la manière leste et cavalière avec laquelle M. Chauffard qualifiait d'erreurs des opinions qu'il ne partage pas. Je n'ai pas l'habitude de procéder ainsi. Je ne prétends pas renverser les erreurs d'autrui, mais je cherche seulement à établir ce que je crois vrai. Je désirerais que M. Chauffard en usât de même à mon égard. En ce moment par exemple, je ne veux pas déclarer qu'il a commis de grossières erreurs. Il nous a dit des choses vraies, mais à côté des faits qu'il nous a énoncés, on en peut mettre en avant d'autres tout différents, et c'est ce que je vais faire. La conclusion doit venir plus tard.

Ni devant l'Académie, ni dans l'article que j'ai publié, je n'ai présenté les choses avec le caractère absolu qu'on leur a prêté. J'ai seulement fait entendre que dans le cas où le choléra viendrait à se développer parmi nous, nous aurions assisté à une évolution des plus instructives, mais je n'ai nullement affirmé qu'il devait y avoir cette année une épidémie de choléra.

J'aborde l'examen du discours écrit de M. Chauffard.

En caractérisant l'instrument, on fait comprendre les résultats de son action.

Il y a des esprits qui voient l'unité dans la diversité, d'autres s'attachent uniquement aux diversités et perdent de vue l'unité. Ces derniers ont toujours pour but de rechercher des différences, et lorsqu'ils se trouvent en face de ressemblances colossales, ce n'est point là ce qui les frappe, au contraire.

M. Chauffard s'appuye sur le principe le plus faux : les causes identiques produisant des effets différents. Moi je soutiens contradictoirement que les causes et les effets sont réciproquement caractéristiques « *naturam morborum ostendunt symptomata.* »

J'ai indiqué le premier les différences qui séparent les diarrhées actuelles des cholérines; elles sont odorantes, colorées, bilieuses; mais j'ai ajouté que c'étaient là des caractères empiriques presque sans valeur. J'ai remonté à l'histoire des épidémies, et au début j'ai toujours trouvé des diarrhées bilieuses : l'intestin contient des matières qui sortent d'abord avant toute sécrétion caractéristique.

Il y a plus : un de nos confrères ici présents, qui a étudié le choléra en 1865 en Égypte, vient de me dire que souvent, chez les cholériques qui sont morts dans ce pays pendant cette grande épidémie, la nature bilieuse des selles avaient persisté jusqu'à la fin.

Il ne faut donc pas chercher là des différences essentielles et fondamentales.

J'opposerai à M. Chauffard deux faits considérables.

1° Dans l'Inde, le choléra prélude quelquefois par des diarrhées simples;

2° Dans l'Inde comme ailleurs, quelquefois la maladie reste seulement ébauchée.

Si M. Chauffard avait lu l'histoire des épidémies que nous avons vues, il saurait qu'il y eut une époque où l'on n'avait pas encore appris que les diarrhées, les cholérines se rattachent au choléra. Alors on s'étonnait de voir des pays entiers, des villes comme Lyon, échapper complétement à l'influence épidémique; mais j'ai montré que l'épidémie considérable de diarrhées qui régnait à Lyon en 1832 et que l'on regardait comme saisonnière était bien en réalité une épidémie ébauchée et très-faible de choléra. Maintenant on le sait et on ne commet plus de pareilles méprises.

Le tableau tracé par M. Chauffard est un tableau de fantaisie; non pas que les détails en soient faux, mais parce qu'une épidémie est un fait total qui doit toujours être envisagé dans son ensemble. Prendre seulement une partie des éléments dont elle se compose, ce n'est pas être dans la vérité, dans la réalité des faits.

M. Chauffard a dit que les diarrhées actuelles pourraient s'accentuer, se transformer, prendre un caractère spécifique et épidémique, imiter le choléra, sans être pour autant du choléra vrai.

M. Chauffard. J'ai dit, au contraire, qu'en s'accentuant elles se transformeraient en dyssenteries, non en choléra.

M. Guérin. Vous avez dit aussi que si, en s'accentuant, elles devenaient semblables au choléra, cette ressemblance n'établirait pas une identité de nature, que ce seraient de simples apparences. Pour moi, ce serait le degré du choléra que l'on observe dans les épidémies.

Pour conclure : dans ce que nous voyons, il y a la représentation d'éléments étiologiques qui peuvent trouver l'économie plus ou moins

préparée, mais qui, dans leur développement complet, dans des circonstances favorables, constituent le vrai choléra.

N'est-ce pas déjà de vrais choléras que ces observations du docteur Kuhn, que j'ai lues à l'Académie et où l'on trouve de la cyanose, des crampes, des refroidissements, etc.? Il y a même eu un cas mortel. Que des faits semblables se généralisent et une épidémie se trouvera constituée.

L'avenir décidera entre nous. Il y a là un grand problème pathologique. Quant à présent, je ne me permettrais pas de déclarer erronées des opinions qui ne sont pas miennes.

M. Chauffard. Je tiens à protester de suite contre l'accusation de manquer aux égards scientifiques envers un de mes collègues. Je ne sais pas comment on peut faire pour ne pas taxer d'erreur des opinions qu'on regarde comme erronées. Toute liberté de discussion serait supprimée en matière de sciences si l'on ne pouvait plus formuler l'expression entière de sa pensée.

Il y a beaucoup de choses que je n'ai pas comprises dans le discours de M. Guérin. Cela tient, sans doute, à l'étendue du sujet, à la concision des périodes; je ne fais porter aucun blâme sur M. Guérin, mais je ne puis répondre à ce que je n'ai pas saisi.

Quant aux observations de M. Kuhn, elles ont trait à des cas de choléra, mais de choléra sporadique enté sur des diarrhées saisonnières. Les mauvaises conditions spéciales où se trouvaient les malades, leur séjour dans une prison, leur âge avancé, expliquent parfaitement la gravité des atteintes qu'ils ont subies.

Quand j'ai dit que les diarrhées actuelles ne se transformeront pas en choléra, mais plutôt en dyssenteries, ce n'était pas faire de la prophétie, mais de la science. Je m'appuyais sur l'étude scientifique tant de ces diarrhées que du choléra, et j'ai dû conclure comme je l'ai fait.

M. Béhier. On fait beaucoup de bruit à propos des diarrhées actuelles; mais est-ce chose nouvelle ou insolite? Est-ce que tous les ans, depuis 1832, — (peut-être que l'épidémie de choléra nous a laissé une susceptibilité particulière), — est-ce que depuis lors, et déjà avant, nous n'avons pas vu des diarrhées et des cas de choléra *nostras*? N'était-ce pas ce qu'on nommait jadis *trousse-galant?*

Prenons-y garde, nos discussions sont interprétées en dehors de cette enceinte. Le public ne distingue pas entre le choléra *nostras* et le choléra asiatique; il croit qu'à nos yeux le choléra règne à Paris, tandis que la diarrhée actuelle se rapporte à toute autre chose.

M. Chauffard nous a parlé de sa transformation en dyssenterie, moi j'ajoute qu'elle commence déjà à subir la transformation typhoïde. Les fièvres typhoïdes, extrêmement rares il y a un mois, sont déjà communes. Il ne faut pas inutilement inquiéter la population, que le seul mot de *choléra* épouvante toujours.

M. Guérin. Nous sommes l'Académie de Médecine, et nous n'avons pas à nous préoccuper de ce qu'on dit dans les salons. Lorsqu'une grande question scientifique se présente, il faut la traiter.

M. Béhier. Il y a inutilité et danger, il y a peu de convenances à évoquer certaines questions dans certains moments.

M. Guérin. Je dis qu'il y a grande utilité à ne pas remettre une question présente, car je prétends que lorsque des faits sont de nature à dissiper des obscurités et des doutes sur un point de science très-important, il faut les saisir au passage.

M. Béhier. Dans ce moment, il n'y a aucune opportunité.

M. Chevalier. Je puis affirmer que dans le public on m'a déjà dit : « Il paraît que nous avons le choléra, on en parle à l'Académie de Médecine. »

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 10 août 1868, rendu sur la proposition de l'amiral ministre de la marine et des colonies, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, savoir :

AU GRADE D'OFFICIER :

M. Marc (Jacques-Marie), médecin principal de la marine : 27 ans de services effectifs, dont 14 à la mer; chevalier du 31 mars 1863.

AU GRADE DE CHEVALIER :

MM. Cras (Pierre-Charles), médecin professeur : 13 ans de services effectifs, dont 6 à la mer.

Vauvray (Adolphe-Charles-Édouard), médecin de 1re classe : 13 ans et demi de services effectifs, dont 10 à la mer.

Bonnet (Charles-Gustave), médecin de 1re classe : 18 ans de services, dont 11 à la mer et aux colonies.

Touchard (François), médecin de 1re classe : 16 ans de services effectifs, dont 11 à la mer. Dévouement dans une épidémie de fièvre jaune au Sénégal.

Dubois (Marie-Jean-Baptiste-Édouard), médecin de 1re classe : 17 ans de services effectifs, dont 8 à la mer et aux colonies. A fait preuve de dévouement à bord de l'*Aveyron*.

Piriou (Marie-Jean-Baptiste-Alexandre), médecin de 2e classe : 9 ans de services effectifs, dont 7 et demi à la mer. Services distingués pendant l'épidémie survenue à bord du *Renaudin*.

Foll (Gustave-Louis), médecin de 2e classe : 9 ans de services effectifs, dont 7 à la mer. Services distingués en Corée.

— La Société protectrice de l'Enfance croit devoir rappeler qu'elle a mis au concours pour 1868, la question suivante :

« De l'éducation physique et morale de l'enfant, depuis la naissance jusqu'à l'achèvement de la première dentition. »

Le prix sera de 500 francs.

Les mémoires, *écrits en français*, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1868.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 17 août 1868.

INAUGURATION DE LA STATUE DE LAENNEC. — SÉANCE SOLENNELLE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Deux solennités viennent d'avoir lieu : l'inauguration de la statue de Laennec à Quimper et la séance annuelle de la Faculté de Paris.

Le voyage de Bretagne est long ; et parmi ceux qui désiraient aller témoigner par leur présence de leur profonde admiration pour Laennec, plus d'un ont été retenus par des devoirs professionnels. Mais la gloire du médecin breton est de celles qui n'ont pas besoin d'être publiquement affirmées, car elles s'imposent par leur éclat et leur grandeur.

Si comme Broussais, Laennec eût imaginé un système, au lieu d'étudier la nature et de pénétrer quelques-uns de ses secrets, ses disciples et ses partisans auraient dû se presser autour de sa statue et se compter. Mais l'inventeur de l'auscultation a tous les médecins du monde pour élèves ou pour obligés ; tous, au moins de cœur, rendent témoignage à sa mémoire.

La séance de la Faculté s'est bien passée. Les élèves ont applaudi la parole sympathique de M. Richet faisant l'éloge de Jobert de Lamballe.

M. Richet ne s'en est pas tenu aux banalités oratoires; il a voulu, pièces en mains, réhabiliter son prédécesseur, dont le mérite et l'habileté chirurgicale étaient mis en doute, et dont le caractère était décrié, même par ceux qui se donnaient pour ses amis les plus intimes.

« L'homme que j'avais à étudier, dit M. Richet, n'était pas de « ceux sur lesquels l'opinion publique soit unanime; sur plu« sieurs points, il a donné prise à des critiques parfois acerbes; « sa valeur scientifique elle-même a été contestée. J'ai donc dû « tout d'abord mettre de côté toute prévention, tout préjugé, « puis j'ai relu tout ce qu'il avait écrit; j'ai scruté, j'ai épié, si « je puis ainsi dire, pas à pas dans ses ouvrages et jusque dans « des lettres qui m'ont été confiées, sa pensée intime pour pé« nétrer autant qu'il était en moi dans cette nature repliée et « peu communicative, et je suis sorti de cette étude, je tiens à « le dire à l'avance, le cœur content et la conscience satisfaite. « Heureux si je puis faire passer dans vos esprits la conviction « qui m'anime, à savoir que Jobert a été méconnu, que sous « son enveloppe abrupte se cachait un cœur bon et généreux, « que comme chirurgien il a droit à l'estime de la postérité, « qu'en un mot, ainsi qu'on l'a dit pour d'autres avec beaucoup « de vérité, il valait mieux que sa réputation. . . . .

. . . .

« Ce qui à mes yeux caractérise surtout Jobert, ce qui le re« commande à l'attention de la postérité, c'est que parti des « plus bas rangs de la société, sans fortune, sans appui, servi « par des facultés moyennes et avec une éducation tout à fait « insuffisante, il a su s'élever aux plus hautes dignités par le « fait d'un travail sans relâche et que rien n'a pu décourager. »

Nous publierons prochainement en son entier cette consciencieuse étude.

M. Bouchardat a proclamé les noms des lauréats de la Faculté.

En voici la liste :

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

La Faculté n'a pas décerné de prix.

PRIX CORVISART.

(Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes son admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille d'or de 400 francs.)

Concours de 1868. La question proposée était : « De la néphrite primitive et secondaire. »

Prix : M. TERRILON (Octave, externe des hôpitaux de Paris.

Question proposée au concours pour l'année 1869 : « Des coagulations sanguines dans les veines. »

PRIX MONTYON.

(Le prix Montyon, qui consiste en une médaille d'or de la valeur de 400 francs, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir.)

Concours de 1868. La Faculté a partagé le prix entre :

1° M. THIERRY (Émile-Narcisse), interne des hôpitaux de Paris, auteur d'un mémoire sur les maladies puerpérales observées à l'hôpital Saint-Louis en 1867;

2° M. BLACHE (René-Henri), interne des hôpitaux de Paris, auteur d'un mémoire sur une épidémie de coqueluche observée en 1867-1868, à l'hôpital des Enfants.

Une mention honorable est accordée à M..., auteur d'un mémoire sur le choléra en Europe en 1865, 1866 et 1867.

PRIX BARBIER.

(D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale, et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.)

Concours de 1868. — La Faculté a accordé :

1° Un prix de 1,500 francs à M. MATHIEU, fabricant d'instruments de chirurgie, pour une machine à réduire les luxations;

2° Une somme de 500 francs, à titre d'encouragement, à M. le docteur HENNEQUIN, pour un appareil à extension continue.

PRIX CHATEAUVILLARD.

(Ce prix, dû aux libéralités de madame la comtesse de Châteauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2,000 francs, est décerné, chaque année, par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente.)

Concours de 1868. La Faculté a décerné :

1° Un prix de 1,500 francs à M. MAGITOT, dentiste, pour quatre mémoires sur les Altérations du système dentaire;

2° Un prix de 500 francs à M. le docteur WECKER, pour un Traité des maladies des yeux.

LEGS DU BARON DE TRÉMONT.

(M. Joseph Girod de Viennet, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune.)

La somme de 1,000 francs a été partagée, cette année, entre deux élèves qui se trouvent dans les conditions du legs.

THÈSES RÉCOMPENSÉES.

La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire 1867-1868, en a désigné 33 qui lui ont paru dignes d'être signalées à Son Excellence, et qu'elle a partagées en trois classes, savoir :

Première classe (Médaille d'argent).

M. ANGER (Théophile), né à Carrouges (Orne), le 17 septembre 1836. — « Des tumeurs lymphatiques (Adénolymphocèles). »

M. BYASSON (Henri), né à Cauterets (Hautes-Pyrénées), le 28 octobre 1840. — « Essai sur la relation qui existe à l'état physiologique entre l'activité cérébrale et la composition des urines. »

M. HAYEM (Georges), né à Paris (Seine), le 25 novembre 1841. — « Études sur les diverses formes d'encéphalite : anatomie et physiologie pathologiques. »

M. JAVAL (Émile), né à Paris (Seine), le 5 mai 1839. — « Du strabisme dans ses applications à la physiologie de la vision. »

M. LEMPEREUR (Adolphe), né à Cateau-Cambresis (Nord), le 25 mai 1828. — « Des altérations que subit le fœtus après sa mort dans le sein maternel. »

M. MEURIOT (André-Isidore), né à Paris (Seine), le 25 juillet 1841. — « De la méthode physiologique en thérapeutique et de ses applications à l'étude de la belladone. »

Deuxième classe (Médaille de bronze).

M. BOUCHET (Gabriel-Alexandre-Olivier), né à Chizé (Deux-Sèvres), le 5 mars 1841. — « Considérations sur l'éclampsie puerpérale et sur le traitement de cette maladie. »

M. CABADÉ (Ernest), né à Agen (Lot-et-Garonne), le 21 novembre 1841. — « Essai sur la physiologie des épithéliums. »

M. CAUSIT (Octave-Guillaume-François), né à Castillon-sur-Dordogne (Gironde), le 8 juillet 1840. — « Étude sur les polypes du larynx chez les enfants et en particulier sur les polypes congénitaux. »

M. LANNELONGUE (Odillon), né au Castéra-Verduzan (Gers), le 4 décembre 1840. — « Circulation veineuse des parois auriculaires du cœur. »

M. LARCHER (Oscar-Edmond-François), né à Passy (Seine), le 14 mars 1843. — « Essai sur la pathologie de la protubérance annulaire. »

M. LEDENTU (Jean-François-Auguste), né à la Basse-Terre (Guadeloupe), le 21 juin 1841. — « Recherches anatomiques et considérations physiologiques sur la circulation veineuse du pied et de la jambe. »

M. MONOD (Louis), né à Ingouville (Seine-Inférieure), le 24 mars 1840. — « De l'encéphalopathie albuminurique aiguë et des caractères qu'elle présente en particulier chez les enfants. »

M. ORDENSTEIN (Léopold), né à Offistem (grand-duché de Hesse), le 23 juillet 1835. — « Sur la paralysie agitante et la sclérose en plaques généralisées. »

Troisième classe (Mentions honorables).

M. BENNI (Charles), né à Thomaszow (Pologne), le 31 mars 1843. — « Recherches sur quelques points de la gangrène spontanée. »

M. BERGEON (Léon), né à Moulins (Allier), le 19 décembre 1840. — « Causes et mécanisme du bruit du souffle. »

M. BLUMENTHAL (Henri), né à Paris (Seine), le 1er novembre 1843. — « Étude sur les hémothorax non traumatiques qui peuvent nécessiter l'opération de la thoracentèse. »

M. GANAHL (François), né à Schrunsen-Voralberg (Autriche), le 31 janvier 1829. — « Considérations sur la superfœtation. »

M. GILLETTE (Eugène-Paulin), né à Paris (Seine), le 10 février 1836. — « Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques. »

M. LABURTHE (Joseph), né à Castera-Verduzan (Gers), le 27 juillet 1842. — « Des varices artérielles et des tumeurs cirsoïdes, de leur traitement spécialement par les injections de perchlorure de fer. »

M. LANDETA (Adolfo), né à la Havane (île de Cuba), le 15 mai 1842. — « Considérations sur le siége des rétrécissements de l'urèthre et sur le spasme qui les accompagne. »

M LAYTON (Thomas), né à la Nouvelle-Orléans (Louisiane), le 22 janvier 1845. — « Études cliniques sur l'influence des causes qui altèrent le poids corporel de l'homme adulte malade. »

M. LEBRETON (Paul-Alfred), né à Paris (Seine), le 27 juillet 1837. — « Des différentes variétés de la paralysie hystérique. »

M. LEFEUVRE (Charles), né à Romillé (Ille-et-Vilaine), le 28 novembre 1839. — « Études physiologiques et pathologiques sur les infarctus viscéraux. »

M. LEROY (Léandre-Amand-Joseph), né à Illies (Nord), le 6 mars 1841. — « Des concrétions bronchiques. »

M. LOUBRIEU (Jean-Georges), né à Chirac (Lozère), le 16 septembre 1834. — « Étude sur les causes de la surdi-mutité, basée sur les documents fournis par les recensements de 1851, 1856, 1861, 1866, et sur 500 observations de surdi-mutité. »

M. PITON (Alexandre-Marie), né à Marly-le-Roy (Seine-et-Oise), le 12 octobre 1840. — « Étude sur le rhumatisme. »

M. PLICQUE (Alfred-Edwards), né à Courpière (Puy-de-Dôme), le 25 juillet 1838. — « Étude sur le mécanisme des mouvements intra-oculaires et théorie de l'accommodation. »

M. POULIOT (Gustave), né à Poitiers (Vienne), le 19 janvier 1842. — « Ponction vésicale hypogastrique, rapports de la paroi antérieure de la vessie. »

M. PREVOST (Jean-Louis), né à Genève (Suisse), le 12 mai 1838. — « De la déviation conjuguée des yeux et de la rotation de la tête dans certains cas d'hémiplégie. »

M. ROUSTAN (Auguste), né à Cannes (Alpes-Maritimes), le 29 juin 1841. — « Recherches sur l'inoculabilité de la phthisie. »

M. SEMERIE (Eugène), né à Aix (Bouches-du-Rhône), le 6 janvier 1832. — « Des symptômes intellectuels de la folie. »

M. SENTOUX (François-Henri), né à Auch (Gers), le 11 mai 1835. — « De la surexcitation des facultés intellectuelles et de la folie. »

En même temps que les prix décernés aux élèves, on aimerait à proclamer les récompenses honorifiques qui sont venues trouver les maîtres. Des hommes tels que MM. Broca et Vulpian devraient recevoir une croix d'honneur tardive au milieu des applaudissements unanimes de leurs élèves. Mais cette coutume, très-répandue à l'étranger, n'existe pas à la Faculté de Paris.

Le *Moniteur* n'a pas même encore publié les décrets auxquels nous faisons allusion; et c'est sous toute réserve qu'aux noms de ces professeurs aimés, nous ajoutons ceux de MM. Labbé et Guyon, décorés non pour leur enseignement, mais pour leur rapport sur les progrès de la chirurgie.

Quant à la promotion de M. Depaul au grade d'officier de la Légion d'honneur, elle est officiellement connue.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY (1).

LEÇONS CLINIQUES SUR LA CONGESTION.

Nature et caractères de la congestion.

Je n'entreprendrai pas de faire une étude complète de la congestion ni de la suivre dans toutes les modalités qu'elle peut présenter suivant son siége, ses conditions étiologiques et les conditions de l'organisme au sein duquel elle se développe. Je me contenterai d'exposer quelques traits de cette vaste histoire

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

en insistant sur ceux qui me paraissent offrir à la médecine pratique les applications les plus nombreuses et les plus importantes.

La congestion définie par ses caractères extérieurs est l'afflux du sang dans un tissu; de là le nom d'*hyperémie* (ὑπὲρ αἷμα, excès de sang), qui lui a été donné par M. Andral. On la rencontre très-souvent dans l'état normal comme une condition du développement physiologique des organes : l'ovaire pendant l'ovulation, l'utérus pendant la grossesse, les gencives pendant l'éruption des dents, en montrent des exemples frappants.

La congestion accompagne l'évolution de la plupart des productions morbides. Elle est le caractère saillant d'un grand nombre d'états pathologiques, comme l'érysipèle, la scarlatine, la rougeole, etc.

Elle précède le travail inflammatoire, dont elle marque le premier stade; elle précède également les hémorrhagies. On peut dire qu'elle est la modalité anomale de la vie nutritive la plus commune, soit qu'elle existe seule, soit qu'elle complique une autre lésion de nutrition.

Les anciens n'avaient pas méconnu le rôle considérable de la congestion. Mais c'est Stahl surtout qui en a fait ressortir toute l'importance.

Il regardait la congestion comme un phénomène actif; il la distinguait : 1° de la *stagnation*, dans laquelle, en vertu d'un obstacle à la circulation, il entre dans une partie plus de sang qu'il n'en sort (c'était pour lui la caractéristique du rhumatisme); 2° de la *stase*, où le sang devient immobile et où cette immobilité doit, suivant lui, aboutir à l'inflammation ou à la angrène.

Cette théorie, comme toutes celles qui ne s'appuient pas immédiatement sur l'observation, renferme plus d'hypothèses que de faits démontrés. On ne peut méconnaître cependant qu'en partant de l'observation clinique, Stahl était arrivé à saisir par induction plusieurs des traits fondamentaux de la congestion et de l'inflammation.

La physiologie moderne, armée de la méthode expérimentale, a pénétré plus avant dans l'intimité des phénomènes congestifs. La belle découverte de M. Cl. Bernard sur l'action des nerfs vaso-moteurs et sur les conséquences de leur section a jeté une grande lumière sur cette question et a fait un moment espérer qu'on tenait la solution du problème.

Toutefois, M. Cl. Bernard, avec la modération de la vraie science, toujours calme et mesuré au milieu de l'enthousiasme qu'excitaient ses travaux, a protesté contre les déductions exagérées qu'on voulait en tirer.

Sans doute la paralysie des vaso-moteurs peut être une cause de congestion; mais n'y en a-t-il pas d'autres? et cette paralysie ne peut-elle pas être primitive ou consécutive? Voilà bien des questions qui compliquent le problème et demandent une solution. Pour la dernière, le doute ne doit pas exister. La faiblesse ou la suspension de l'innervation peuvent être primitives, mais elles peuvent aussi succéder à un excès d'action nerveuse.

D'autres fois, la congestion semble être causée par une habitude d'inertie des vaisseaux : telle est celle qui succède à la cessation brusque d'une compression longtemps supportée.

L'oblitération d'une artère peut encore amener une congestion dans les rameaux vasculaires situés au delà de l'obstacle, et dans lesquels le sang pénètre par voies anastomotiques. Dans ce retour par anostomose, le cours du sang est ralenti : d'abord parce qu'il passe de voies plus étroites dans des voies plus larges; ensuite parce qu'il arrive en sens contraire du courant normal et peut se briser contre celui-ci qui, privé de la vis *à tergo*, a pour principal moteur la contraction artérielle. En outre, une partie de l'impulsion communiquée au liquide par cette contraction, dans cette partie cloisonnée de l'arbre circulatoire, doit se perdre dans un mouvement de recul contre l'obstacle situé derrière. Toutes ces circonstances ralentissent le courant sanguin et peuvent favoriser la congestion. Quand je cherche quelles sont les conditions qui peuvent concourir à produire la congestion après l'oblitération d'un segment d'artère, je n'affirme pas qu'elle ait lieu en effet par ce mécanisme. Le raisonnement dans les sciences ne peut jamais remplacer l'observation directe; mais il peut tracer à celle-ci les voies dans lesquelles elle doit marcher.

Dans les cas que nous venons de supposer, la congestion peut être regardée comme passive, car elle résulte soit d'un épuisement de l'innervation, soit d'un obstacle mécanique au cours du sang. Mais, comme Stahl le pensait et comme la plupart des pathologistes l'ont admis, la congestion peut être un phénomène actif, soit que la dilatation des ramuscules vasculaires puisse être active, ce qui reste encore douteux, soit qu'elle résulte de la contraction active d'un certain nombre de vaisseaux, qui force le sang à refluer en plus grande quantité dans les branches voisines. C'est ainsi qu'on a expliqué, dans tous les temps, les congestions internes qui succèdent au brusque refroidissement des téguments. Si on suppose que des deux branches d'un vaisseau bifurqué, l'une se contracte et n'admette qu'une petite quantité du sang qui la traversait habituellement, ce sang doit tendre à pénétrer dans la branche voisine, laquelle n'offrant pas le même degré de résistance, cèdera à ses efforts, se laissera distendre et permettra au liquide sanguin d'affluer dans ses divisions.

Il faut se garder cependant d'attacher une importance exagérée à ces explications mécaniques dont l'école de Leyde a trop abusé. Il se peut qu'en même temps que les vaisseaux superficiels se contractent, les vaisseaux profonds subissent une action nerveuse reflexe qui produise la congestion par un mécanisme tout différent de celui que nous supposons ici.

Ainsi donc, si la physiologie nous a appris quelque chose sur la congestion, sa tâche n'est pas achevée. Bien des éléments du problème sont encore à trouver; bien des interprétations doivent être contrôlées.

Les signes extérieurs de la congestion sont précisément ceux que les anciens attribuaient à l'inflammation.

La *tuméfaction* est plus ou moins prononcée, suivant la vascularité des organes et l'intensité du mouvement fluxionnaire qui en est la cause immédiate.

L'accumulation du sang dans les tissus s'y traduit par un changement dans leur *coloration* : ils rougissent. Leur couleur primitive, la proportion des globules s'ajoutent aux circonstances que nous venons d'indiquer comme conditions de la tuméfaction, pour faire varier l'intensité et la nuance de cette rutilance. Ainsi, chez les sujets anémiques, comme chez la malade qui est au n° 9 de la salle Saint-Bernard, l'érysipèle donne à la peau une teinte à peine rosée; chez les nègres, les taches de la rougeole présentent une couleur violacée.

Dans les organes accessibles à nos explorations, la congestion est accompagnée d'une augmentation de chaleur. Mais on peut se demander si cette augmentation n'est pas plus apparente que réelle. L'afflux du sang, quand il est aigu et passager, augmente-t-il les combustions calorifiques? M. Cl. Bernard a observé des cas de congestion dans lesquels le sang, ramené par les veines, avait conservé tout l'aspect du sang artériel. Ce qui prouve que les métamorphoses nutritives avaient été suspendues.

Il est vrai que dans l'expérience si connue de cet illustre physiologiste, quand sur un lapin il pratique sur la région du cou la section du nerf grand sympathique, l'oreille et le côté de la face correspondant se congestionnent, et en même temps leur température s'élève.

Mais n'y a-t-il pas là un phénomène d'équilibration, plutôt qu'une élévation véritable de température? A l'état normal, les parties exposées à l'air sont plus froides que le sang. Celui-ci en y affluant y porte avec lui son excès de chaleur, ou du moins il leur communique une température d'autant plus rapprochée de la sienne, qu'il y arrive en plus grande abondance. Cette élévation de température peut donc n'être que relative. Un élève très-distingué de M. Cl. Bernard, M. le docteur Armand Moreau, regarde cette opinion comme très-vraisemblable.

La compression des nerfs par les capillaires distendus produit des *douleurs* qui sont d'autant plus vives, que cette distension rencontre plus d'obstacles dans la résistance des tissus, et que ceux-ci sont plus riches en éléments nerveux sensibles. C'est ainsi que la congestion du périoste alvéolo-dentaire, celle des téguments de l'oreille, déterminent de très-vives douleurs, qui seront quelquefois saccadées par les mouvements diastoliques des artères. Tels sont les effets immédiats de la congestion.

Quand on examine au microscope un tissu congestionné, on voit, suivant la nature de la cause qui a provoqué la congestion, les vaisseaux se rétrécir ou se dilater, la circulation s'accélérer; puis, plus tard, si la congestion tend à l'inflammation, peut-être même si elle persiste, la circulation s'accomplit plus lentement, plus difficilement, et ces troubles de circulation peuvent amener rapidement une effusion de sérosité, soit dans le tissu conjonctif, soit dans les cavités séreuses. La congestion est très-souvent accompagnée d'œdème.

Quand l'état congestif a persisté quelque temps, il n'est pas rare qu'il produise dans les tissus une coloration qui lui survit : telle est la couleur cuivrée des taches syphilitiques qu'on retrouve, avec quelques variétés de nuance, dans d'autres éruptions. Des congestions de plus courte durée peuvent même amener ce résultat. J'ai souvent vu de petites taches roussâtres succéder aux taches morbilleuses ou rubéoleuses, et même aux papules typhoïdes. Souvent vers le déclin de ces éruptions, quand on fait disparaître par la pression l'injection vasculaire qui les constitue, on voit persister une petite teinte fauve qui ne s'efface pas sous le doigt et qui atteste qu'une matière colorante a été déposée dans la trame des tissus. Est-ce une modification de l'hématine? Je suis disposé à le croire, saans en pouvoir fournir la preuve.

Les congestions répétées ou prolongées peuvent entraîner des anomalies dans la nutrition des organes qui en sont le siége. Ceux-ci peuvent s'hypertrophier. L'afflux du sang provoque alors une exagération du travail nutritif, un développement plus considérable des éléments normaux des tissus. Souvent en même temps les vaisseaux, longtemps distendus, ont perdu leur ressort; ils restent dilatés, et l'hyperhémie, devenue permanente, complique l'hyperthrophie. On conçoit difficilement un état congestif très-prolongé sans lésions des vaisseaux.

Dans les organes sécréteurs, l'hyperhémie modifie les sécrétions, dans leur quantité et dans leur nature. On comprend que l'organe sécréteur recevant des matériaux plus abondants, son activité augmente.

Il ne paraît pas cependant toujours en être ainsi à toutes les périodes et à tous les degrés du travail congestif. D'une autre part, dans la polycrinie la congestion peut être secondaire au lieu d'être primitive; enfin, il faut se rappeler que derrière cette congestion, il y a une modification de l'innervation qui peut agir en même temps sur l'élément sécréteur.

Dans le tissu nerveux, la congestion, suivant son intensité, excite l'action nerveuse, l'altère ou l'abolit.

D'une manière générale, les effets de la congestion varient suivant son intensité et suivant sa durée. Légère, elle peut stimuler l'action organique; excessive, l'altérer ou la suspendre; passagère, elle peut s'effacer sans laisser de traces; très-prolongée, elle entraîne souvent des modifications dans la structure organique.

La congestion est un mode morbide commun. Elle peut, avons-nous dit, s'associer à d'autres actions morbides : et il en est très-souvent ainsi; elle peut se montrer comme phénomène initial, comme phénomène connexe ou comme effet dans la plupart des évolutions morbides. Il importe de distinguer les cas où elle n'est qu'un élément secondaire, de ceux où elle est le phénomène principal, dominant, et devient la caractéristique de la maladie. C'est ainsi que dans les nosologies on décrit des congestions du cerveau, du poumon, du foie, des reins, etc. Cependant, même dans ces cas, où elle semble résumer tout l'acte morbide, la congestion n'est qu'un mode; elle suppose un substratum, une cause. Dans l'impuissance où nous sommes d'atteindre les causes directes, les conditions pathogéniques primordiales, trop souvent nous sommes forcés de déterminer les maladies par leur mode, par leurs manifestations extérieures, tout en poursuivant nos recherches pour découvrir cet inconnu, cet x pathologique qui renferme la vraie solution du problème.

Très-souvent la congestion, avons-nous dit, accompagne ou suit d'autres états morbides, et comme elle peut être le phénomène extérieur le plus grossier, le plus appréciable pour un observateur superficiel, on s'est quelquefois laissé entraîner à la regarder comme l'élément fondamental de la maladie, alors qu'elle n'était qu'un phénomène secondaire: confusion à laquelle l'inflammation, bien plus souvent que la congestion, a servi de prétexte, qui a fait regarder comme des phlegmasies les lésions de la syphilis ou celles de la fièvre typhoïde, et qui a été renouvelée dans ces derniers temps, à propos du tubercule, par les défenseurs de la pneumonie caséeuse. Qu'une évolution de tubercules dans le poumon soit accompagnée à son début d'un travail inflammatoire, c'est un fait incontestable et incontesté; mais le chancre infectant se présente lui aussi sous l'aspect d'une lésion inflammatoire, et pourtant chacun reconnaît en lui quelque chose de plus qu'une simple inflammation. Derrière cette modalité extérieure, commune, on constate un élément spécifique. De même en doit-il être pour la tuberculose. Il faut savoir distinguer le mode et la maladie. L'inflammation est un mode, les phlegmasies sont des maladies. Le tubercule à son début peut revêtir le mode inflammatoire. Il peut se montrer avec le caractère de l'inflammation sans doute, mais cette inflammation n'est pas la forme extérieure, superficielle de la lésion tuberculeuse.

Dans les névralgies et les névroses, la congestion succède aux troubles des grandes fonctions nerveuses. Je dis à dessein des grandes fonctions nerveuses, car derrière toute congestion, la physiologie, comme nous l'avons déjà dit, porte à supposer un trouble d'innervation.

Si la congestion peut être consécutive à un autre état morbide, elle peut aussi chez un sujet prédisposé devenir la cause occasionnelle d'un développement diathésique. L'incitation morbide quelle exprime dégénère en une anomalie de nutrition qui reçoit le cachet de la diathèse.

Plus souvent, la congestion aboutit à d'autres modes morbides, dont elle marque en quelque sorte la première phase. Si elle se termine par la production de néoplasies organisables ou purulentes, on donne à ce travail morbide le nom d'*inflammation*. Si les vaisseaux distendus se rompent, il y a *hémorrhagie*. Si le sang s'y arrête, s'y coagule, et que les parties auxquelles se distribuent les vaisseaux oblitérés ne reçoivent pas d'une autre source les éléments de leur nutrition, ils meurent : il y a nécrose moléculaire, *ulcération*; ou nécrose en masse, *gangrène*.

Y a-t-il dans le travail congestif des conditions spéciales qui séparent dès leur origine la congestion hémorrhagique de la congestion inflammatoire? Cela est douteux; et cependant on ne peut démontrer qu'elles soient identiques; on voit chez le même sujet le travail congestif aboutir successivement à l'un et à l'autre mode. J'ai vu plusieurs fois des hémorrhagies pulmonaires faire place à des pneumonies. La suppression brusque des règles paraît souvent être la cause d'une phlegmasie; une hémorrhagie a semblé quelquefois la crise d'une affection inflammatoire. Et d'un autre côté, on voit souvent la suppression d'une hémorrhagie physiologique ou habituelle entraîner, dans d'autres parties de l'organisme, des hémorrhagies supplémentaires; la congestion conserve, dans ce cas, sa tendance initiale et aboutit à une extravasation sanguine, tandis que chez la malade dont nous parlions en commençant, la congestion menstruelle déviée s'est manifestée d'abord par une hémorrhagie, l'épistaxis, puis par une congestion inflammatoire, l'érysipèle.

L'état des vaisseaux congestionnés exerce une influence nécessaire sur la terminaison de la congestion. Sont-ils athéromateux, comme cela arrive si souvent chez les arthritiques, leurs parois ont-elles subi une dégénérescence graisseuse, comme on l'a observé dans les capillaires des poumons tuberculeux, ils supporteront difficilement l'effort fluxionnaire et seront plus disposés à une rupture. Mais il faut reconnaître que l'altération des parois vasculaires suffit rarement pour produire l'hémorrhagie. Celle-ci est le plus ordinairement précédée d'un mouvement congestif : c'est là un fait d'une importance considérable pour la pratique et nous en tirerons cette conséquence : que *les moyens propres à combattre la congestion doivent être un élément du traitement hémostatique.*

Nous ferons sur les congestions une dernière remarque : c'est que par cela même qu'elles ont duré longtemps ou qu'elles se sont souvent répétées, elles tendent à se reproduire. L'habitude exerce sur elles une influence considérable et avec laquelle il faudra compter, quand on combattra une manifestation d'origine congestive et à laquelle l'économie sera pour ainsi dire accoutumée.

(*La suite prochainement.*)

OVARIOTOMIE

Obs. L. — Ovariotomie pratiquée le 7 septembre 1867. Guérison.

Par E. Kœberlé.

Madame C..., de Stosswihr (Haut-Rhin), âgée de 37 ans, d'une santé très-délicate et très-affaiblie, m'a été adressée par M. le docteur Dietz, de Munster, avec les renseignements suivants :

Madame C... a eu huit grossesses : quatre accouchements à terme ont amené quatre filles encore en vie; trois fausses couches ont produit des fœtus mâles; la huitième grossesse à terme, en 1863, a donné lieu à un garçon qui est mort en bas âge. Une semaine après cette dernière couche, on découvrit un kyste de l'ovaire qui a pris peu à peu des proportions telles, qu'il a fallu en venir à la ponction. On évacua six à sept litres de liquide séro-purulent. La ponction a été suivie immédiatement d'une péritonite suraiguë qui a cédé contre toute attente. La convalescence a été très-longue.

Lorsque je vis la malade pour la première fois en 1865, l'embonpoint était encore assez prononcé. Une tumeur lobulée, mobile, dépourvue d'adhérence à la paroi abdominale et présentant une fluctuation douteuse, s'étendait jusque au-dessus de l'ombilic. Le col de l'utérus était normal, central et l'excavation pelvienne ne présentait rien d'anormal. Je conseillai de temporiser. Je revis madame C... au mois de février 1867 : la tumeur s'était accrue lentement, elle s'étendait alors jusque dans le creux épigastrique et elle ne paraissait pas adhérente à la paroi abdominale; les intestins étaient placés jusque sur ses parties antéro-latérales. Il y avait de l'ascite. La malade était sujette à des transpirations abondantes et elle était très-affaiblie, amaigrie et maladive. Les forces déclinèrent encore; le ventre se développa davantage, et madame C... revint à Strasbourg au mois de septembre, pour être opérée.

L'ovariotomie eut lieu le 7 septembre 1867, en présence de MM. Dietz, Schaeffer, Kopf, Grollemund, Laveran et Lacassagne.

Incision de 22 centimètres. La tumeur était adhérente à la paroi abdominale par quelques longues bandes fibreuses qui furent coupées avec le bistouri.

Ponction et déchirure, dans l'intérieur du kyste, de diverses loges. Il y avait des adhérences épiploïques et pelviennes sous forme de longues brides vasculaires, dont les unes furent liées, et dont les autres furent divisées au fer rouge. La tumeur dépendait de l'ovaire gauche. Le pédicule en fut lié avec un fil de fer. L'ovaire droit était assez volumineux et paraissait malade, mais il était seulement distendu en un point par un gros caillot récent de 4 à 5 centimètres de diamètre, datant de un à deux jours et qui commençait à se décolorer faiblement à la circonférence.

Ce caillot, qui fut enlevé sans qu'il survînt une hémorrhagie consécutive, dépendait de l'époque menstruelle, l'opération ayant eu lieu la veille de l'apparition présumée des règles. Le reste de l'ovaire était très-petit, parfaitement normal. La cavité péritonéale contenait environ 300 grammes de sérosité ascitique. La tumeur enlevée pesait 8 kilogrammes. Réunion, par quatre points de suture profonde et huit points de suture superficielle. La perte de sang a été de 100 grammes environ. L'opération a duré une heure et un quart.

Il ne survint pas de vomissements chloroformiques; il n'y eut pas d'hémorrhagie consécutive, et l'opérée passa une très-bonne nuit. État excellent les jours suivants. Extraction des fils des trois points supérieurs de la suture profonde le quatrième jour. Le point de suture voisin du pédicule fut enlevé le septième jour. Les trajets occupés par ces fils suppurèrent pendant quelques jours. L'une des ligatures, placée à côté du pédicule et peu profonde d'ailleurs, qui se rapportait à une des adhérences pelviennes, ne se détacha que vers la quatrième semaine, alors que l'opérée était depuis longtemps levée et bien portante. La cicatrisation a été complète le trentième jour. Madame C... ne tarda pas à reprendre des forces. La tendance à la transpiration profuse diminua peu à peu, et sa santé est redevenue parfaite.

Remarques. — En général, je ne me préoccupe guère de la période menstruelle lors d'une ovariotomie; mais il est bon de tenir compte du préjugé qui règne à cet égard. Il m'est arrivé plusieurs fois de tomber sur le jour même où les règles se sont déclarées, lorsqu'il n'a pas été possible de le prévoir d'avance, et je n'ai pas remarqué que cette circonstance ait eu une influence sur le résultat immédiat ou sur les suites de l'opération. D'ailleurs, chez la plupart des opérées, il survient, deux ou trois jours après l'ovariotomie, un écoulement sanguinolent plus ou moins abondant qui ne correspond pas à la période cataméniale et qu'on peut considérer comme une simple hémorrhagie résultant d'une congestion de la muqueuse utérine, soit sous l'influence de la ligature des vaisseaux du pédicule, soit de l'irritation des organes pelviens.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 11 août 1868. — Présidence de M. Ricord.

(Addition à la séance.)

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

I. M. le Ministre de l'Instruction publique adresse :

1° L'ampliation d'un décret en date du 4 août courant, par lequel est approuvée l'élection de M. Buignet en remplacement de M. Guibourt, décédé.

2° L'ampliation d'un décret en date du 4 août courant, par lequel est approuvée l'élection de M. Alphonse Guérin en remplacement de M. Civiale, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, MM. Buignet et Alphonse Guérin prennent place parmi leurs collègues.

II. M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Bazin (de Saint-Brice) sur une épidémie de rougeole à Groslay (Seine-et-Oise).

2° Des réclamations de MM. les préfets du Pas-de-Calais et de la Moselle, qui font remarquer que le rapport général de l'Académie sur les épidémies de 1866 ne fait pas mention de plusieurs rapports adressés par des médecins de ces départements.

M. le Secrétaire annuel dit que ces rapports ont été mentionnés en 1865.

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1867 dans les départements des Côtes-du-Nord, du Tarn-et-Garonne et d'Ille-et-Vilaine (Comm. des épidémies).

4° Un rapport de M. le docteur Chily, sur le service médical des bains de mer de Calais (Comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Les lettres d'invitation adressées par M. le doyen de la Faculté de médecine, pour la séance solennelle de la distribution des prix qui aura lieu le vendredi 14 août, à une heure précise, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. M. le professeur Richet prononcera l'éloge de Jobert (de Lamballe).

2° Un mémoire sur le principe amer du bois, par M. Baldassare Pavia, pharmacien à Milan.

M. le Secrétaire annuel signale parmi les pièces de la correspondance :

1° Une note de M. A. Chevalier, membre titulaire, sur une espèce de choléra morbus produite par des glaces prises pendant l'été.

2° Une lettre de M. le docteur Scoutetten, membre correspondant à Metz, qui indique la composition et la préparation d'un papier réactif préparé par M. Schœnbein (de Bâle), et destiné à révéler la présence de l'acide cyanhydrique lors même qu'il est réduit à la plus extrême division anatomique (renvoyé à M. Gobley).

M. Boudet offre en hommage, au nom de M. le docteur Brochard (de Bordeaux), un volume intitulé : *De l'Allaitement maternel*, ouvrage couronné par la *Société protectrice de l'enfance* et par *l'Académie des sciences et belles-lettres de Bordeaux.*

M. Cerise dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Garrigou, médecin consultant aux eaux d'Ax, candidat au titre de membre correspondant.

M. Béhier donne la description d'un sphygmographe qu'il a imaginé et qui n'est autre que celui de M. Marey modifié.

Les modifications consistent :

1° En ce que le levier a été rendu indépendant, de façon à ne plus

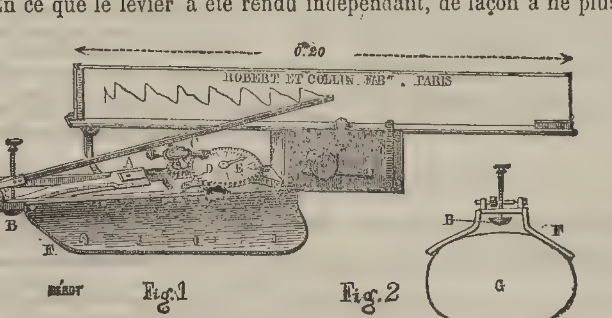


Fig. 1. — AB. Levier modifié de façon à ne s'appliquer que par la pression de la vis. — C. Vis de pression à ailettes commandant la plate-forme D. — D. Plate-forme graduée (division en grammes). — E. Aiguille folle destinée à indiquer le point de départ de la pression et la quantité de grammes qui la représente. — F. Support rendu fixe pour éviter l'application simultanée du levier et de l'instrument.

Fig. 2. — Coupe simulée du bras, destinée à montrer l'isolement du levier, *b*. Extrémité du levier dont la vis *c* détermine l'application à une pression déterminée. — *f*. Support rendu immobile et fixant l'appareil sur le bras. — *g*. Coupe du bras.

porter sur le bras au moment de l'application de l'appareil et à n'être pas influencé par cette pression première, dans des proportions inconnues.

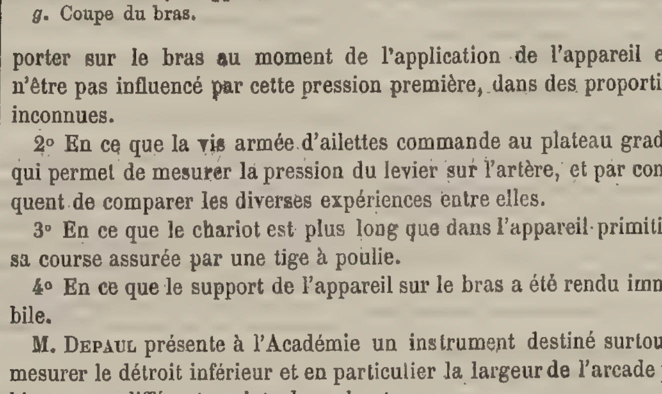
2° En ce que la vis armée d'ailettes commande au plateau gradué, qui permet de mesurer la pression du levier sur l'artère, et par conséquent de comparer les diverses expériences entre elles.

3° En ce que le chariot est plus long que dans l'appareil primitif et sa course assurée par une tige à poulie.

4° En ce que le support de l'appareil sur le bras a été rendu immobile.

M. Depaul présente à l'Académie un instrument destiné surtout à mesurer le détroit inférieur et en particulier la largeur de l'arcade pubienne aux différents points de sa hauteur.

Cet instrument offre en outre tous les avantages du compas d'épaisseur de Baudeloque, il pourrait même remplacer le pelvimètre interne



de Stein, mais il se hâte d'ajouter que les deux derniers instruments dont il vient de parler sont peu employés dans la pratique, et si celui qu'il fait connaître ne faisait que les reproduire, il n'en aurait rien dit.

Ce qui, à son sens, lui donne de la supériorité, c'est qu'il peut être à volonté un compas d'épaisseur et un compas d'écartement; dans le premier cas il remplace avantageusement le compas de Baudeloque pour la mensuration externe du bassin et de la tête fœtale; il peut servir à prendre les dimensions de l'utérus aux diverses époques de la grossesse et à constater son retrait après l'accouchement. En retournant les branches on en fait un compas d'écartement, et c'est alors qu'on peut s'en servir pour déterminer la distance qui existe entre les tubérosités sciatiques et entre les branches ischio-pubiennes à différentes hauteurs : il est très-facile aussi de l'employer pour mesurer le diamètre antéro-postérieur du détroit périnéal.

Une crémaillère mobile est disposée de manière à donner la mesure du rapprochement et celle de l'écartement, un petit coulant mobile ou graduateur indique dans toutes les positions le numéro de la mensuration.

C'est M. Mathieu, l'habile fabricant d'instruments de chirurgie, qui, sur ses indications, a fabriqué le pelvimètre qu'il a l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie.

CORRESPONDANCE

M. le docteur Fournier (d'Angoulême) a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 8 août courant une observation très-intéressante de congestion pulmonaire liée à une névralgie dorso-intercostale qu'il interprète en se basant avec raison sur les expériences de Claude Bernard et sur un mémoire de Cahen, publié dans les *Archives de médecine* en 1863.

M. Fournier trouvera dans le même recueil (numéros d'août 1866 et suivants), dans mon travail *sur la congestion pulmonaire*, des observations et des inductions tout à fait semblables à celles qu'il croit faire connaître pour la première fois.

Voici d'abord ce qu'il peut y lire :

« Les deux formes de congestion pulmonaire idiopathique les plus importantes sont celles qui sont fondées sur le caractère de la douleur, qui est tantôt musculaire ou pleurodynique, et tantôt névralgique.

« La forme à douleur pleurodynique est celle dont j'ai rapporté jusqu'ici des exemples : je la dénommerai *forme vulgaire*.

« La forme *à douleur névralgique*, qui n'a pas été signalée par les auteurs, mérite de nous arrêter comme étant très-intéressante à connaître au point de vue pratique.

« Cette forme est moins fréquemment observée que la forme vulgaire. J'en ai recueilli un certain nombre d'observations dont quelques-unes suffiront pour la faire bien connaître. »

Suivent cinq observations avec commentaires qui démontrent que la congestion pulmonaire est liée à toute névralgie dorso-intercostale aiguë. Quant à l'explication, M. Fournier s'est encore rencontré avec moi, car on trouve le passage suivant au chapitre du diagnostic de mon mémoire :

« Des expériences de M. Claude Bernard et d'autres physiologistes ont démontré que la congestion pouvait être un effet réflexe; ces expériences ont servi de base à un mémoire important de M. Cahen (*Archives gén. de méd.*, 1863, t. II), qui a démontré la connexion de l'hyperémie et des névralgies. Il a fait voir que cette connexion existait dans les névralgies de la face et de l'utérus, mais il n'a pas consacré d'article à la névralgie dorso-intercostale, rappelant seulement que, dans l'angine de poitrine, la congestion pulmonaire a été signalée par les auteurs comme lésion cadavérique. Il ignorait que l'observation clinique m'avait conduit à professer depuis 1854 que la congestion pulmonaire est constamment liée à l'existence de la névralgie dorso-intercostale aiguë, et que cette connexion peut se reconnaître facilement pendant la vie. Il aurait pu en effet tirer parti, dans son travail, de cette preuve fournie par l'observation clinique à l'appui de la thèse qu'il a défendue avec raison. J'aurai du reste à revenir tout à l'heure sur ce sujet en discutant la nature de la congestion pulmonaire idiopathique... »

Je dois donc me féliciter de la confirmation que M. Fournier a donné à mes recherches sur ce point intéressant de pratique. Aussi est-ce plutôt un remerciement qu'une réclamation que je lui adresse.

Paris, 11 août 1868.

Woillez,
Médecin de l'hôpital Necker.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Légion d'honneur. — Par décret en date du 4 août 1868, rendu sur la proposition du maréchal Ministre de la Guerre, d'après les propositions du gouverneur général de l'Algérie, l'Empereur a promu dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Ferrus (Joseph-François-Victor), médecin en chef de l'hôpital civil d'Alger : 43 ans de services, dont 35 dans l'armée; chevalier du 24 avril 1842.

— Par décrets rendus sur la proposition du Ministre de l'Intérieur, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la légion d'honneur, savoir :

Au grade d'officier : M. le docteur Huguier, chirurgien principal à l'état-major de la garde nationale de Paris, chirurgien consultant de l'Empereur, chevalier depuis 1847.

Au grade de chevalier : MM. D'Escalonne, chirurgien en chef de l'hôpital de Fontainebleau : 29 ans de services; — Masson, membre du Conseil d'arrondissement de Remiremont (Vosges), médecin des épidémies, ancien médecin militaire : 45 ans de services.

— Par décret en date du 10 août 1868, l'Empereur, sur la proposition du maréchal Ministre de la Guerre, a promu ou nommé dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade d'officier : MM. Philippe (Félix-François-Prosper), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Vincennes; chevalier du 18 août 1849 : 40 ans de services, 11 campagnes; — Liard (Jules-Henri-Jacques), médecin-major de 1re classe au régiment de carabiniers de la garde impériale; chevalier du 2 février 1853 : 28 ans de services, 7 campagnes; — Folie-Desjardins (Bertrand-Louis-Henri), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Toulouse; chevalier du 7 novembre 1853 : 31 ans de services, 11 campagnes.

Au grade de chevalier : MM. Boulongne (Éloi-Alfred), médecin-major

de 1re classe en mission au Montenegro : 21 ans de services, 9 campagnes; — Hayer (Joseph-Louis), médecin-major de 2e classe au 12e bataillon de chasseurs à pied : 20 ans de services, 8 campagnes; — Corbis (Georges-Bernard), médecin-major de 2e classe au 17e bataillon de chasseurs à pied : 24 ans de services, 4 campagnes; — Guérin (Xavier-Frédéric-Eugène), médecin-major de 2e classe au 8e régiment de cuirassiers : 23 ans de services, 7 campagnes; — Cominal (Martial-Georges), médecin-major de 2e classe au 4e régiment de hussards : 15 ans de services, 7 campagnes; — Cledat de la Vigerie (Martial-Gabriel), médecin-major de 2e classe au 20e régiment d'artillerie : 22 ans de services, 7 campagnes; — Lacipière (Pierre-Léopold), médecin-major de 2e classe au 1er régiment du train d'artillerie : 21 ans de services, 5 campagnes.

— Par décrets en date du 12 août 1868, rendus sur la proposition du Ministre de l'Agriculture, du Commerce et des Travaux publics, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Becquerel (Alexandre-Edmond, professeur au Conservatoire impérial des arts et métiers, membre de l'Institut, chevalier du 22 décembre 1851; — le docteur Depaul, directeur du service de la vaccine à l'Académie impériale de médecine, chevalier depuis 1856.

Au grade de chevalier : MM. Chauveau, professeur à l'École vétérinaire de Lyon : 20 ans de services — Antoine, médecin de l'hospice civil de Châteaudun (Eure-et-Loir). Services rendus dans plusieurs épidémies. — Benoist, médecin des épidémies, à Guingamp (Côtes-du-Nord). — Maigne (Odon), médecin à Cubjac (Dordogne). Services rendus dans diverses épidémies. — Gintrac (Henri), médecin des épidémies, secrétaire du Conseil d'hygiène de la Gironde. — Humbert, médecin inspecteur des eaux d'Evian (Haute-Savoie). — Verjon, médecin inspecteur des eaux de Plombières (Vosges).

— Par decret en date du 12 août 1868, rendu sur la proposition du grand chancelier, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : MM. De Champs (Jean-Guillaume), ancien chirurgien sous-aide, ancien médecin en chef de l'hospice de Châteaudun-Chinon, etc : 6 ans de services militaires (de 1808 à 1814), 47 ans de services civils, 3 campagnes. — Pellarin (Esprit-Charles), ancien chirurgien de la marine, ancien médecin de la garde nationale, etc. : 8 ans de services militaires (de 1824 à 1832), 34 ans de services civils, 3 campagnes.

— Sur la proposition de l'Académie impériale de médecine, le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, a décerné des récompenses honorifiques aux médecins qui se sont le plus particulièrement distingués dans le service des eaux minérales, en 1865, et dont les noms suivent :

1° Médailles d'argent.

Le docteur Doyon, médecin inspecteur des eaux d'Uriage (Isère).
Le docteur Pietra-Santa.
Le docteur Bertillon, médecin inspecteur des eaux d'Ussat (Ariége).
Le docteur Bathédat, médecin inspecteur des eaux de Préchacq (Landes).
Le docteur Billout, médecin inspecteur des eaux de Saint-Gervais (Haute-Savoie).

2° Rappels de médailles d'argent.

Le docteur de Laurès, médecin inspecteur des eaux de Néris (Allier).
Le docteur Verjon, médecin inspecteur des eaux de Plombières (Vosges).
Le docteur Tillot, médecin inspecteur des eaux de Saint-Christau (Basses-Pyrénées).
Le docteur Roubaud, Pougues (Nièvre).
Le docteur Cabrol, médecin à l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne).
Le docteur Patezon, médecin inspecteur des eaux de Vittel (Vosges).

3° Médailles de bronze.

Le docteur Armieux, médecin des hôpitaux militaires.
Le docteur Martin, médecin en chef de l'hôpital militaire, à Baréges (Hautes-Pyrénées).
Le docteur Arrat-Balous, médecin inspecteur des eaux d'Eugénie-les-Bains (Landes).
Le docteur Kuhn, médecin inspecteur des eaux de Niederbronn (Bas-Rhin).

4° Mentions honorables.

Le docteur Montagnan, médecin inspecteur des eaux de Capvern (Hautes-Pyrénées).
Le docteur Millet, d'Orange, médecin inspecteur des eaux de Montmirail-Vacqueyras (Vaucluse).
Le docteur Logerais, médecin inspecteur des eaux de Pougues (Nièvre).

— Sous ce titre « *Un Missionnaire médical* » le « British medical journal » raconte l'histoire d'un jeune Hindou, qui quitta, à l'âge de 16 ans, l'école de Calcutta où il était élevé, et s'embarqua en qualité de mousse pour l'Amérique. Son but était de revenir en Inde, lorsqu'il serait suffisamment instruit pour vulgariser chez ses compatriotes les connaissances médicales. Travaillant d'abord comme jardinier à Lenisberg, en Peninsylvanie, il prit successivement les grades de bachelier et de maître es-arts. Puis il étudia la médecine au « medical collége » de Cleveland, Ohio ; et finalement, après dix ans d'absence, il vient de retourner à Calcutta avec le titre de docteur.

Ses compagnons de paquebot, auxquels il fit une conférence suivant la mode américaine, lui remirent une bourse pleine de souverains, avec un témoignage écrit de leur admiration pour sa belle conduite.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 97. — JEUDI 20 AOUT 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 20 AOUT 1868. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 19 août 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On a prononcé la clôture de la discussion sur la tuberculose, afin d'entendre M. Villemin, répondant sur cette question aux orateurs de l'Académie. Puis la discussion sera rouverte, et les orateurs de l'Académie répliqueront à M. Villemin. Si celui-ci a encore quelque chose à objecter à leurs répliques ou des expériences nouvelles à leur opposer, la discussion sera de nouveau close pour qu'il reprenne la parole, puis rouverte pour l'examen de ses arguments, et ainsi de suite. Ce n'est pas à l'Académie de médecine que l'on peut dire : « Il faut qu'une porte soit ouverte ou fermée. »

Ce qui a décidé l'Académie à préférer cette marche étrange, ce n'est pas une question de règlement : le règlement est complétement muet à cet égard ; ce n'est pas une question de traditions : les traditions académiques reposent sur des précédents absolument contraires, on a déjà plus d'une fois donné la parole à des savants qui, étrangers à l'Académie, intervenaient dans ses discussions pour leur fournir des éléments nouveaux.

Cette fois, M. Robinet, et plus encore M. Béhier, par des arguments spécieux et mis habilement en relief, nous semblent avoir décidé le vote de l'Académie prise à l'improviste. C'est inutilement que MM. Bouley, Guérin, Cloquet ont protesté contre un formalisme étroit et sans base. M. Béhier leur a répondu que la discussion ne portait pas sur une question scientifique, sur la tuberculose, mais seulement sur les conclusions du rapport de M. Colin.

Or, comme M. Béhier lui-même a eu soin de le rappeler, contradictoirement à M. Béclard, ces conclusions étaient ainsi conçues :

1° *Remercier l'auteur des deux lectures sur la tuberculisation;*

2° *L'inviter à poursuivre les recherches qu'il a si bien commencées;*

3° *Enfin renvoyer son travail, ou au moins sa partie encore inédite, au comité de publication.*

Si des conclusions si bien motivées eussent été seules en discussion, quel est le membre de l'Académie qui se serait levé pour les combattre?

L'Académie de médecine s'est attachée en général plutôt à l'esprit qu'à la lettre. Elle écoute les conclusions bienveillantes de ses rapporteurs, et les vote le plus souvent sans les discuter ; mais ce qu'elle discute avec passion, c'est le point de science abordé dans le mémoire primitif et dans le rapport. M. Béhier lui-même n'eût pas fait son discours sur la tuberculose, s'il eût compris alors autrement la question.

Malheureusement on a confondu l'un avec l'autre, le rapport et le second mémoire qui ont été lus par M. Colin. On s'est figuré que les conclusions du premier étaient discutables, et cette méprise, commise en même temps par le Bureau, par M. Béclard, par l'Académie elle-même, a été reconnue seulement quand la clôture de la discussion était prononcée.

En entendant M. Villemin, on a bien dû s'apercevoir que l'on avait fait fausse route.

Le nouveau mémoire qu'il a présenté avait primitivement pour titre : « Examen des objections contre la virulence et la spécificité de la tuberculose ». Le titre seul a été changé avant la lecture.

Était-il nécessaire de renvoyer encore à la même commission pour qu'elle en fît l'objet d'un deuxième rapport, cette réponse éloquente au premier rapport et aux discours, mémoires, articles de journaux, etc., auxquels il avait donné lieu?

M. Villemin prend corps à corps ses adversaires avec un art, une méthode, un style qui en font très-certainement un redoutable polémiste. En outre, la clôture apparente de la discussion lui donne un immense avantage sur les membres de l'Académie, qui ne pourront pas lui répondre avant un temps indéterminé. Pour le moment, il a le dernier mot.

Il en profite pour reproduire et défendre habilement ses conclusions premières.

La tuberculose est pour lui une maladie spécifique et virulente par cela même qu'elle est inoculable ; elle ne diffère en rien de la phthisie humaine, quand on la provoque artificiellement ; elle se reproduit comme la morve ou la syphilis, quand on inocule des quantités très-faibles de matières virulentes ; parmi ces matières virulentes, on doit compter non-seulement les crachats des tuberculeux, mais leur sang, et peut-être aussi leurs sécrétions physiologiques ou pathologiques.

Des expériences faites en Angleterre où en Allemagne, M. Villemin ne tient pas grand compte, n'ayant pas obtenu de résultats semblables.

Il contredit également les propositions de M. Colin et les faits expérimentaux sur lesquels elles sont basées. Il n'admet pas que l'étendue, la gravité des accidents consécutifs soient le moins du monde proportionnées à la quantité de la matière tuberculeuse insérée sous la peau, et à l'intensité de la réaction qui se manifeste au point blessé.

Quant aux arguments doctrinaux de ses adversaires, il les retrouve sous la plume de ceux qui nièrent autrefois la contagion et la virulence de la morve et de la syphilis : deux maladies que tous reconnaissent aujourd'hui pour spécifiques et inoculables.

Nous reproduisons textuellement les principaux passages de ce discours considérable qui a pour but de ramener la discussion à son point de départ.

— *Une étude médico-légale sur le meurtre de Jules César* : tel est le titre de la lecture originale que l'infatigable secrétaire perpétuel de l'Académie, M. Dubois, d'Amiens, doit faire cette année pendant les vacances. Nous en avons déjà parlé, mais d'une manière vague, de crainte d'être indiscret.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY (1).

LEÇONS CLINIQUES SUR LA CONGESTION.

Congestion menstruelle.

Pour restreindre l'étude clinique de la congestion, si vaste qu'elle embrasse presque toute la pathologie, nous l'étudierons dans le trouble de la fonction menstruelle.

La disposition congestive qui précède l'éruption des règles, qui semble, comme toutes les grandes fonctions, avoir ses racines dans tout l'organisme pour se localiser dans un appareil déterminé, joue un rôle considérable dans la santé de la femme et devient pour le médecin une source d'indications très-importantes.

Ce travail préparatoire, dont l'ovulation paraît être le but final, commence plusieurs jours avant l'apparition du flux menstruel. Il dure plus ou moins longtemps, suivant les conditions individuelles, suivant l'activité fonctionnelle de l'organisme, suivant celle surtout de l'appareil qui en est, comme le dit ingénieusement M. Pidoux, l'organe exécutif. Chez beaucoup de femmes, chez celles surtout dont l'excitabilité nerveuse est exagérée, ou dont les organes générateurs ne fonctionnent pas avec une régularité parfaite, il se révèle par des manifestations qui permettent, sinon d'en déterminer avec précision le début, du moins d'en constater l'évolution : modifications dans le caractère, dans les appétits et dans les instincts ; troubles nerveux, quelquefois modalités anomales des fonctions nutritives ; sensations diverses qui ont leur foyer dans l'appareil génital et y accusent un état congestif : tels sont les phénomènes qu'on voit

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

FEUILLETON

ÉLOGE DE JOBERT DE LAMBALLE

Par M. le professeur RICHET.

MESSIEURS,

Le jour où la Faculté décerne ses couronnes est aussi celui qu'elle a choisi pour rendre à la mémoire de vos maîtres qui ne sont plus un douloureux et dernier hommage, menant ainsi de front le triomphe et le deuil. Bien rarement, hélas, depuis plus de quarante ans, la solennité qui nous réunit n'a été attristée par aucun souvenir de mort, et trois fois seulement l'orateur qui portait la parole a dû chercher parmi nos gloires passées le sujet de son discours ; heureuses, trois fois heureuses, ces années privilégiées ! Hâtons-nous de les marquer de la meilleure petite pierre blanche, comme faisaient les anciens pour les jours propices :

« *Albo dies notanda lapillo.* » (Martial.)

Mais depuis quelques années, nous sommes impitoyablement frappés, et, en moins de dix-huit mois, nous avons perdu coup sur coup Natalis Guillot, Jobert, Velpeau et Jarjavay, tombés les uns glorieusement chargés d'années et après une vie bien remplie, les autres encore pleins d'espérance, dans la force de l'âge et du talent.

En présence de ces quatre tombes à peine fermées, l'expression manque à notre douleur, et nous ne pouvons que répéter ce beau vers du grand poëte :

« C'est le destin : il faut une proie au trépas » (1).

Sans doute, c'est le destin, cruel mais nécessaire, devant lequel nous devons nous incliner sans murmure, puisqu'il est dans les décrets impénétrables de la Providence que la rénovation de tout ce qui existe n'est qu'à ce prix.

Vous n'attendez pas de moi, Messieurs, que je paye à tous ces morts aimés le juste tribut de notre reconnaissance et de nos regrets ; un tel travail serait trop au-dessus de mes forces, il dépasserait d'ailleurs les limites d'un simple discours ; mais je tiens du moins à vous faire connaître que si la Faculté n'a pu rendre d'abord les honneurs à la mémoire de celui qui, le premier, est descendu au tombeau, c'est qu'elle a dû céder à un vœu formellement exprimé par lui-même et sa famille. Espérons qu'un jour elle se laissera fléchir, et qu'une voix autorisée dira, dans une de nos séances solennelles, les mérites trop peu connus du professeur Natalis Guillot, de l'homme modeste et plein d'urbanité, du collègue bienveillant et aimé de tous, du savant qu'ont illustré des recherches originales, et qui serviront longtemps de modèle.

Sans doute il eût été bien doux à mon cœur, encore brisé par la douleur, de retracer devant vous la noble existence et les travaux vraiment surhumains de Velpeau, du maître illustre et vénéré auquel m'attachaient les liens d'une reconnaissance et d'une amitié que la mort ne parviendra jamais à affaiblir ; ce serait aussi avec un véritable bonheur que je vous aurais fait assister aux péripéties des nombreux concours où Jarjavay, professeur méthodique et élégant, écrivain facile et abondant, avait vaillamment marqué sa place avant d'occuper définitivement la chaire d'anatomie ; mais la Faculté en a disposé autrement, et j'ai dû me soumettre.

Elle a décidé qu'elle conférerait à mon inexpérience le périlleux honneur de faire devant vous l'éloge de Jobert. Je n'étonnerai personne, j'en suis certain, en disant que je ne l'ai ni désiré ni recherché ; mais l'ayant accepté, je me suis mis résolûment à l'œuvre, et, pourquoi ne l'avouerais-je pas? non sans une certaine inquiétude. L'homme que j'avais à étudier n'était pas de ceux sur lesquels l'opinion publique soit unanime ; sur plusieurs points, il a donné prise à des critiques parfois acerbes ; sa valeur scientifique elle-même a été contestée. J'ai donc dû tout d'abord mettre de côté toute prévention, tout préjugé, puis j'ai relu tout ce qu'il avait écrit ; j'ai scruté, j'ai épié, si je puis ainsi dire, pas à pas dans ses ouvrages et jusque dans des lettres qui m'ont été confiées, sa pensée intime pour pénétrer autant qu'il était en moi dans cette nature repliée et peu communicative, et je suis sorti de cette étude, je tiens à le dire à l'avance, le cœur content et la conscience satisfaite. Heureux si je puis faire passer dans vos esprits la conviction qui m'anime, à savoir que Jobert a été méconnu, que sous son enveloppe abrupte se cachait un cœur bon et généreux, que comme chirurgien il a droit à l'estime de la postérité, qu'en un mot, ainsi qu'on l'a dit pour d'autres avec beaucoup de vérité, il valait mieux que sa réputation.

Antoine-Joseph Jobert est né à Matignon, petite ville de l'arrondissement de Dinan, le 26 frimaire an VIII (17 décembre 1799). Son père, Antoine Jobert, ancien soldat au régiment de Berry, exerçait la profession de chapelier à Lamballe. Il ne paraît pas que la fortune ait jamais beaucoup souri aux entreprises de ce digne homme, car il avait été obligé de quitter Lamballe pour aller s'établir à Matignon, d'où il revint plus tard à Lamballe pour s'y fixer définitivement. La misère régnait dans la maison, si profonde, que la mère de Jobert, lorsqu'il vint au monde, dut accoucher sur une botte de paille ; la bonne femme se plaisait souvent à le répéter plus tard, alors que la pension que lui faisait son fils l'eût placée dans des conditions qu'elle considérait naïvement comme luxueuses, et elle ajoutait même avec une sorte de fierté qu'il y avait si peu de paille qu'elle sentait l'humidité du sol.

Telle a été l'origine de l'homme qui, à force d'opiniâtreté et de persévérance, devint successivement chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine, chirurgien de l'Empereur, commandeur de la Légion d'honneur, membre du Conseil général des Côtes-du-Nord, et qui est mort trois fois millionnaire !

Sept frères et sœurs vinrent successivement augmenter la famille, mais en même temps l'indigence du foyer. Jobert était l'aîné, et grâce à une charitable demoiselle, à sept ans il savait lire ; il put alors profiter des leçons que prodiguait aux enfants pauvres de Lamballe un vénérable ecclésiastique, l'abbé Micault de Souleville, qui ne tarda pas à remarquer les heureuses dispositions naturelles du jeune Antoine-Joseph. Un jour même il en parla à son médecin, le docteur Bédel, praticien distingué et perspicace, qui fit à l'instant appeler Jobert et lui demanda sans autre préambule ce qu'il voulait faire. « Être médecin comme vous, » répondit l'enfant sans hésitation. Peu de temps après, le docteur qui en avait conféré avec le digne abbé de Souleville, lui donnait ses premières leçons d'anatomie. Jobert, alors âgé de quatorze ans, se livra au travail avec une ardeur vraiment surprenante, si bien que souvent le bon abbé répétait : « Si je ne me trompe, le petit Berry fera son chemin. » C'était le sobriquet qu'il donnait affectueusement à Jobert, en souvenir du régiment dans lequel avait servi son père.

Un jour, pressentant sa fin prochaine, l'abbé de Souleville envoya Jobert chez le docteur Bédel, avec recommandation de lui remettre des papiers ; c'étaient six mille francs qu'il destinait aux frais de l'éducation médicale de son pupille d'adoption. Peu de temps après il mourut, et ses héritiers, méconnaissant ses bienfaisantes intentions, attaquèrent le testament, prétendant que le docteur Bédel, en sa qualité de médecin du donateur, était inhabile à recevoir un legs, même pour autrui. La somme, heureusement, avait été directement remise à Antoine-Joseph, de sorte que le tribunal, se fondant sur cette circonstance et interprétant la loi dans son sens le plus libéral, maintint la donation. Félicitons-nous de cette décision équitable, sans laquelle Jobert serait probablement resté à jamais ignoré ; mais ne sommes-nous pas en droit de nous demander si cette loi inique autant qu'injurieuse pour le corps médical, vestiges des dispositions législatives d'un autre âge, n'a pas fait son temps? Pourquoi donc, seuls dans la société avec les prêtres, les médecins seraient-ils ainsi tenus en suspicion et en dehors du droit commun? Qui pourrait affirmer d'ailleurs que dans bien d'autres circonstances cette loi n'a pas failli, comme ici, paralyser les intentions charitables de donateurs voulant choisir, pour faire le bien après leur mort, celui qui durant leur vie avait su conquérir leur estime et leur confiance?

(1) Victor Hugo, les Fantômes *Orientales*).

survenir périodiquement chez un grand nombre de femmes, quelquefois à une distance fixe et constante de l'écoulement cataménial. Ainsi, je connais une dame qui éprouve plusieurs fois par an, huit jours avant l'apparition de ses règles, une douleur dans la région ovarienne gauche.

Au milieu de ces manifestations si variées, la présence de l'élément congestif peut être démontrée par l'examen direct des organes générateurs : l'utérus est augmenté de volume; il devient plus lourd; et, si on explore la muqueuse du col à cette époque, il n'est pas rare qu'on lui trouve une teinte lilas, qui est comme le rudiment de la coloration violacée caractéristique de la grossesse.

Ce travail congestif devient bien plus apparent encore dans l'état morbide. S'il existe dans un point de l'économie une épine, une cause d'incitation anormale, elle peut devenir pour le molimen congestif comme un foyer d'appel qui le dévie de sa direction naturelle, quelquefois trouble ou empêche même sa solution finale, c'est-à-dire l'écoulement régulier des menstrues. Il en résulte, bien entendu, une exacercébation de phénomènes morbides dans l'organe qui est le siége de cette déviation congestive.

Ces aberrations et ces témoignages de la congestion précataméniale se manifestent le plus souvent et avec une plus grande énergie dans l'appareil génital lui-même et dans les organes qui ont avec lui les connexions physiologiques les plus intimes. Ainsi, toutes les fois que l'utérus et ses annexes sont le siége d'un travail congestif ou inflammatoire, la congestion prémenstruelle tend à augmenter et à doubler en quelque sorte la congestion morbide qui l'a précédée; et, comme l'a si bien établi M. le docteur Bernutz à propos de la perimétrite ou pelvi-péritonite, c'est véritablement pour ces affections un moment de crise, un jugement. Si les règles viennent régulièrement, si elles sont suffisamment abondantes, non-seulement elles répriment cette exagération du travail morbide qu'elles avaient provoquée; mais, par une sorte d'action substitutive, elles peuvent amoindrir ou faire disparaître l'affection congestive qui les avait précédées.

Ce n'est pas un fait particulier aux périmétrites, c'est une loi qui domine toute la pathologie de l'appareil génital chez la femme, et d'où dérive l'indication d'assurer la régularité de la fonction menstruelle, d'éloigner tout ce qui peut la troubler, tout ce qui peut augmenter ou fixer la fluxion sanguine dans les organes malades : comme la fatigue, la station verticale, et surtout les excitations génésiques; tandis que le repos absolu, la continence, la position horizontale durant cette époque suffisent quelquefois pour assurer la guérison. De là aussi la nécessité, lorsque la menstruation est difficile, irrégulière, incomplète, de la favoriser, de la régulariser, d'y suppléer.

Dans cette condition, quand l'anémie n'est pas portée à un degré tel que l'absence des règles puisse être regardée comme un bienfait, quand surtout on constate les signes d'une fluxion congestive ne pouvant aboutir à une solution régulière, il faut appliquer au haut des cuisses des sangsues en très-petit nombre, une ou deux à la fois, qui souvent appelleront l'éruption cataméniale, ou, si celle-ci n'a pas lieu, pourront être suffisamment répétées pour l'imiter, la suppléer et en réaliser tous les avantages.

Cette action de la congestion menstruelle s'exprime dans la modification qu'elle apporte à la leucorrhée et aux autres symptômes de la congestion morbide de l'utérus, tels que les sensations de pesanteur, les névralgies sacro-inguinale, lombo-abdominale, et d'autres qui, véritablement réflexes, ont leur foyer d'incitation dans l'appareil utérin et peuvent se manifester dans des organes très-éloignés de ce point d'origine, comme la tête, l'estomac, les nerfs périphériques.

Alors, la leucorrhée devient presque toujours plus abondante avant les règles. Cette circonstance m'a souvent fait présumer un engorgement ou un catarrhe de l'utérus; tandis que la leucorrhée liée à l'anémie, celle qui ne dépend pas d'une congestion active de l'utérus, augmente ordinairement après la période menstruelle.

Toutefois, je ne prétends pas donner à ce signe une valeur absolue. On comprend que dans le premier cas, si la déplétion cataméniale n'est pas complète, ou si la malade se fatigue pendant cette époque, la leucorrhée augmentée avant les règles peut aussi, quand elles ont cessé, les prolonger en quelque sorte et exprimer la solution incomplète de l'afflux sanguin qui les avait précédées. On comprend encore que, dans les affections utérines compliquées d'anémie, le flux leucorrhéique pourra manifester sa double origine en augmentant avant et après la période cataméniale. Mais il n'en est pas moins vrai que dans beaucoup de cas, l'observation que je viens d'indiquer conservera sa valeur sémiologique.

Chez les sujets disposés aux affections herpétoïdes des organes génitaux, la crise menstruelle pourra en provoquer la manifestation. Legendre a décrit l'herpès périodique du col et des grandes lèvres souvent pris pour des chancres. L'intertrigo, l'eczéma vulvaire s'exaspèrent et tourmentent les malades par un redoublement de prurit pendant la période menstruelle.

Les organes urinaires, qui ont des connexions si intimes avec l'appareil générateur, semblent particulièrement influencés par la fluxion cataméniale. J'ai quelquefois observé, à cette époque, des douleurs rénales et une sécrétion insolite d'acide urique. M. Boquet a bien décrit les congestions qui, chez certaines femmes, envahissent à cette époque les reins mobiles et paraissent jouer un rôle dans la production de l'ectopie de cet organe.

Les mamelles, dépendance de l'appareil génital, ressentent plus directement encore la congestion menstruelle. Elles la manifestent par la turgescence, la plénitude, et quelquefois même par des élancements analogues à ceux qui marquent le début de la grossesse. Mais les retentissements de cette congestion peuvent se faire sentir bien loin de l'appareil utéro-ovarien. Ils témoignent ainsi combien cette fonction génératrice a des racines profondes dans toute l'économie, combien elle se généralise dans tout l'organisme, comme l'a si bien exposé Bordeu, et donne ainsi le sens du célèbre aphorisme d'Hippocrate : « *Propter uterum mulier est quod est.* » Elle prouve aussi qu'avant l'éruption des règles, il y a dans l'économie une disposition congestive, un molimen (peu importe le nom qu'on lui donne) dont le flux cataménial est la crise.

J'ai déjà parlé de ces incitations anomales, de ces épines pathogéniques qui dévient, détournent à leur profit la congestion menstruelle. Rien n'est commun comme de voir des femmes tuberculeuses cracher du sang aux époques menstruelles. Il n'est pas rare qu'une petite toux, suivie d'une expectoration spumeuse striée de sang, soit alors un des premiers signes d'une lésion qui ne pourra se manifester que longtemps après par ses symptômes les plus accusés.

Très-souvent, à une période plus avancée, la toux, l'excitation circulatoire redoublent dans les mêmes circonstances.

Chez les femmes affectées d'acné-rosacea, chaque période menstruelle ramène en général une nouvelle poussée. J'ai vu une femme qui avait dans la mâchoire une racine de dent cariée autour de laquelle, chaque mois, à l'époque des règles, se formait un petit abcès.

Toutes les maladies fluxionnaires, à mode congestif ou inflammatoire, peuvent subir et manifester cette influence. Elle se montre surtout dans certaines conditions diathésiques. L'arthritisme et tous ses dérivés ont une tendance fluxionnaire qu'éveille et que met souvent en jeu la fluxion cataméniale. Il en est de même de l'hystérie, qui mérite pleinement cette qualification de mobilité nerveuse que lui ont donnée les anciens. Et on aperçoit bien dans cette affection la subordination de l'élément congestif à l'élément nerveux; c'est surtout chez les hystériques qu'on observe ces hémorrhagies essentielles qui sont, dans beaucoup de cas, des déviations du molimen menstruel.

Dans l'hypochondrie hémorrhoïdale, chez les hommes, on observe des molimens congestifs et des déviations fluxionnaires très-analogues. Dans les deux cas, après la cessation du phénomène hémorrhagique, peut persister une habitude fluxionnaire qui lui survit, et qu'il n'est pas rare d'observer chez les femmes après que l'ovulation n'a plus lieu pour provoquer et expliquer la congestion. En général, l'influence de cette habitude est plus prononcée et plus appréciable immédiatement après la suppression de l'hémorrhagie, parce qu'elle n'a plus sa solution accoutumée, et elle peut reproduire avec une grande intensité toutes les anomalies circulatoires que nous avons indiquées plus haut.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 18 août 1868. — Présidence de M. RICORD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture, du Commerce et des Travaux publics transmet des rapports sur le service médical des eaux minérales de Châtelguyon (Puy-de-Dôme), par M. le docteur Chaloin; de Gréoulx (Basses-Alpes), par M. le docteur Jaubert. (Comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une réponse de M. le docteur Carret (de Chambéry), à la lecture de M. Coulier sur les poêles en fonte. (Comm., MM. Gavarret, Poggiale, Vernois).

2° Une note de M. le docteur Mignot (de Chantelle), sur certains cas de choléra nostras qu'il a observés récemment. (Comm. du choléra).

M. JULES GUÉRIN demande, à ce propos, que les cas de choléra qui sont observés dans les hôpitaux ou ailleurs soient publiés sous le nom de *choléra nostras* ou sous un autre, peu importe; mais qu'ils soient publiés, afin qu'on sache à quoi s'en tenir.

M. BÉHIER, à l'occasion du procès verbal, demande que le bureau déclare formellement si, oui ou non, les membres de l'Académie sont soumis à la mesure prise à l'égard des inventeurs étrangers à la compagnie, et qui oblige à laisser au secrétariat de l'Académie les appareils et instruments présentés.

M. JULES GUÉRIN est d'avis qu'il serait regrettable, illibéral et anti-scientifique d'appliquer cette mesure aux membres de l'Académie.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL fait remarquer que le jour où le bureau a cru devoir proposer à l'Académie la mesure dont il s'agit, il était implicitement convenu qu'elle serait générale et s'appliquerait à tous les inventeurs, qu'ils fussent ou non de l'Académie. Maintenant l'Académie est libre de revenir sur cette mesure en ce qu'elle pourrait paraître avoir de trop rigoureux ou de trop illibéral vis-à-vis des membres de l'Académie.

Les frais du procès, énergiquement soutenu par le docteur Bédel, avaient entamé le petit capital du futur docteur, et c'est avec 4,700 francs environ, qu'alors âgé de 19 ans, Jobert quitta Lamballe pour venir à Paris perfectionner, si l'on peut se servir de cette expression, ses études littéraires encore bien peu avancées, et commencer ses études médicales. Peut-être au moment du départ ne se rendait-il pas très-bien compte des obstacles de tout genre qu'il aurait à vaincre? Peut-être même n'avait-il point calculé la longueur de la route à parcourir et l'exiguité de ses ressources? Qu'importe; une fois arrivé dans la grande ville, il avisera; il est courageux, opiniâtre, persévérant, pour tout dire en un mot, *il est breton*, et Dieu fera le reste. A peine débarqué, il se rend à l'hôpital Saint-Louis où il s'attache à Richerand, alors chirurgien en chef, qui tout d'abord l'avait remarqué.

A cette même époque, deux hommes, qui devaient plus tard jeter sur la chirurgie française un si vif éclat, fréquentaient également l'hôpital Saint-Louis.

L'un, esprit vif et prompt, d'une haute intelligence mûrie avant l'âge, ayant une aptitude toute spéciale pour la chirurgie, occupait déjà une position relativement élevée, c'était M. Jules Cloquet. L'autre, officier de santé à peine dégrossi, à la physionomie bizarre, éveillée, originale, au regard perçant et plein de feu, rempli d'ardeur pour la science, arrivait de son village où il ferrait les chevaux : c'était Velpeau. Velpeau et Jobert, quel étrange rapprochement! quelle singulière destinée! tous les deux fils d'artisans, venus tous les deux à Paris du fond de leur province, presque sans ressources, attirés par les rayons fascinateurs du grand foyer intellectuel, et tous les deux destinés à marcher parallèlement jusqu'aux plus hauts sommets de la hiérarchie médicale!

M. J. Cloquet, à peu près du même âge, grâce à une brillante éducation universitaire, avait pris les devants et faisait à l'hôpital Saint-Louis des cours auxquels Jobert assistait assidûment. Bientôt, malgré une timidité qu'il conserva toute sa vie et une difficulté d'élocution qu'il ne put jamais vaincre, il se présenta en 1821 au concours de l'internat et fut nommé. Il semblerait qu'une fois interne, son avenir fût assuré et qu'il n'eût plus rien à redouter de l'adversité. Erreur! Le temps des épreuves n'était pas encore passé. A la fin de ses quatre années d'internat, pendant lesquelles il avait travaillé, au dire de tous ceux qui l'ont connu, avec un véritable acharnement, il se trouva tellement dénué de ressources, ayant épuisé le petit trésor de son protecteur, l'abbé de Soulleville, que s'il n'eût rencontré l'appui généreux de notre excellent collègue le docteur Alphée Cazenave qui lui céda sa chambre d'interne à l'hôpital Saint-Louis, il aurait couru grand risque de ne pouvoir completer ses études.

Cette situation précaire, qui dura jusqu'à sa nomination d'aide d'anatomie, en 1827, fut, à ce qu'il paraît, la plus pénible de sa vie; il n'en parlait jamais sans une certaine émotion; et il aimait à rappeler les bontés des sœurs qui lui envoyaient régulièrement une partie des aliments que leur accordait à elles-mêmes l'administration.

En 1828, il soutint sa thèse de docteur sur les hémorrhoïdes. A partir de ce moment, sa carrière va se dessiner rapidement. Nommé au concours chirurgien du bureau central en 1829, c'est au concours encore qu'il dut sa place d'agrégé de la Faculté en 1830.

En 1831, il était nommé chirurgien de l'hôpital Saint-Louis et chirurgien consultant du roi. En 1840, il est élu membre de l'Académie de médecine; en 1853, après de nombreuses hésitations, et même après avoir laissé passer une première fois son tour, il accepte la place de chirurgien de l'Hôtel-Dieu; en 1854, à la mort de Roux, il est nommé professeur à la Faculté de médecine, et enfin il remplaça Magendie, en 1856, à l'Académie des sciences.

Dès 1852, il avait été attaché comme chirurgien à la personne de l'Empereur, qui le nomma bientôt commandeur de la Légion d'honneur.

Enfin il fut envoyé un peu plus tard au Conseil général du département des Côtes-du-Nord, par l'arrondissement de Saint-Brieuc.

Jobert avait mis 26 ans à conquérir toutes les distinctions scientifiques qu'homme de notre profession puisse rêver; il semblerait donc qu'il dût être au comble du bonheur. Il n'en est rien cependant; mais, avant de chercher à pénétrer le caractère de l'homme, je veux essayer de vous faire connaître le savant, l'académicien, le professeur, le chirurgien.

Jobert a beaucoup écrit; dès 1826, tout à fait au début de sa carrière, étant encore interne, il publia un premier travail sur les plaies du canal intestinal, le plus remarquable peut-être qu'il ait produit; 38 ans après, en 1846, alors qu'il eut franchi tous les degrés, et ne pouvait plus être soupçonné d'écrire pour conquérir une position, il faisait paraître son *Traité de la réunion en chirurgie.* Dans ce long intervalle, il n'est pas resté inactif; il a successivement publié un très-grand nombre de notes, de mémoires, et de traités didactiques formant au moins douze volumes.

Bien évidemment, lorsqu'il s'agissait de faire connaître ses idées, Jobert préférait la plume à la parole; ce n'est pas qu'il écrivît facilement, bien au contraire; on sent en le lisant qu'il a dû vaincre sa nature et faire des efforts considérables pour arriver à produire autant. Buffon a dit *le style c'est l'homme même*, mais cette maxime ne s'appliquera plus justement qu'à lui; sa phrase est entrecoupée, brusque, heurtée et au moment où on s'y attend le moins, tout à coup surgit une de ces expressions bizarres qui vous font involontairement penser au caractère de l'écrivain. Mais néanmoins et malgré ce tour original qui était comme le cachet de sa personnalité, il arrive à faire parfaitement comprendre sa pensée, et ses descriptions sont suffisamment claires, ce qui est le point important quand on écrit la science.

Son premier travail sur les plaies du canal intestinal mérite une mention toute spéciale, tant à cause de l'importance des idées qui y sont émises et qui font loi aujourd'hui dans la pratique chirurgicale, que parce qu'elles ont été pour lui le point de départ d'une série de recherches sur l'organisatio des plaies, recherches qu'il n'a pas cessé un instant de poursuivre.

Dans ce mémoire, reproduit en partie dans son *Traité théorique et pratique des maladies chirurgicales du canal intestinal*, l'auteur, s'appuyant sur des vivisections, démontre que, si on réunit les plaies incomplètes de l'intestin comme celles des autres organes, c'est-à-dire par le simple affrontement de leurs bords, on échoue constamment, et qu'il en est de même alors que l'intestin, étant complétement coupé en travers, on introduit le bout supérieur dans l'inférieur par le procédé de l'invagination imaginé par Rhamdohr. Il cherche la cause de ces échecs et croit l'entrevoir dans la différence de structure et de fonctions des membranes mises en contact. Que fait-on, dit-il, quand on invagine le bout supérieur de l'intestin dans l'inférieur? On met en rapport la membrane séreuse du premier avec la membrane muqueuse du second, et dès lors point de réunion possible, parce que deux membranes dissimilaires et de fonctions différentes, pour me servir de ses propres expressions, ne sauraient se réunir. Partant de là, il fait sur les chiens de nombreuses expériences, et démontre péremptoirement que pour les solutions de continuité qui n'intéressent qu'une partie de la circonférence du tube digestif, si au lieu de rapprocher simplement les lèvres de la plaie intestinale bord à bord, on les renverse en dedans, du côté de la cavité, de telle sorte que les surfaces séreuses se touchent, l'agglutination se fait en quelques heures, et la guérison définitive en quelques jours. Cet adossement des séreuses est maintenu d'ailleurs à l'aide de la suture dite de Ledran, et les fils coupés ras du nœud tombent dans l'intestin pour être ensuite rejetés par l'anus. A l'autopsie des animaux ainsi opérés, on trouve la cavité du tube digestif rétablie, et sur la face muqueuse, une petite crête en forme d'ourlet constituée par les tuniques musculeuse et muqueuse maintenues renversées. Une belle observation du professeur J. Cloquet, publiée dans le *Traité des maladies chirurgicales du tube intestinal*, démontre que sur l'homme les choses se passent comme sur les animaux.

Lorsque la solution de continuité divise complétement l'intestin, il faut alors faire l'invagination, comme la faisait Ramdohr, mais en ayant soin d'opposer toujours séreuse à séreuse.

Jobert désigna ces diverses opérations sous le nom *d'autoplastie par inflexion.*

(La suite au prochain numéro.)

Essai sur les familles pathologiques, par L. GAILLARD, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, membre correspondant de l'Académie de médecine. Paris, 1868, in-8° de 38 pages. Prix : 1 fr. J.-B. Baillière et fils.

M. le Président consulte l'Académie, qui décide que la mesure est maintenue à l'égard des inventeurs étrangers, mais qu'elle n'est pas applicable aux membres de l'Académie.

M. le Président annonce que M. le docteur Serre (d'Alais), membre correspondant, assiste à la séance.

M. le Secrétaire annuel dit qu'une commission, composée de MM. Michel Lévy, Cerise et Baillarger, est chargée d'examiner le mémoire de M. le docteur Garrigou, médecin consultant aux eaux d'Ax, sur une *endémie de goître*, mémoire présenté à la dernière séance par M. Cerise.

M. Boudet présente, au nom de M. le docteur Alexandre Mayer, la cinquième édition d'un ouvrage intitulé : *Des Rapports conjugaux, considérés sous le triple point de vue de la population, de la santé et de la morale publique.*

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE.

M. le Président demande si aucun membre ne s'oppose à la clôture de la discussion sur la tuberculose.

M. Guérin. J'étais inscrit pour apporter à la tribune de nouveaux faits dus à un de nos confrères, M. Raynal ; mais comme ce confrère est absent et comme j'ai subi depuis quelques jours l'influence de la constitution médicale actuelle, je renonce volontiers à la parole. Je trouverai toujours l'occasion de parler des faits de M. Raynal.

M. Béclard. Le bureau a proposé la clôture pour pouvoir donner la parole à un savant étranger à l'Académie, M. Villemin, qui doit lire un nouveau travail sur le même sujet. Le règlement ne permet pas que l'on entende un savant étranger sur un sujet en discussion.

M. Bouley. Le règlement le dit-il textuellement ?

M. Béclard. Non ; pas le règlement écrit, qui ne parle pas de ces questions ; mais les traditions de l'Académie, qui sont un autre règlement.

M. Bouley. Je rappellerai à M. Béclard que lors de la discussion sur la ligature de l'œsophage, on m'a opposé MM. Orfila fils et Colin, qui sont venus chacun faire une lecture en pleine discussion, bien que l'un et l'autre étrangers à l'Académie.

M. Robinet. Il ne s'agit pas de savoir si le travail de M. Colin sera intéressant ou non, mais s'il est possible que l'Académie s'engage dans une voie périlleuse. Supposons que plusieurs auteurs étrangers à l'Académie demandent la parole dans une discussion, comment faudra-t-il s'y prendre avec eux ? Ou bien on les entendra tous, et alors nous serons dans une position très-embarrassante, les arguments qu'ils présenteront seront laissés sans réponse, par convenance, puisqu'ils ne pourraient plus riposter, ou bien nous interviendrons dans le débat, et alors voyez où cela nous mène. Il n'y a qu'une voie ouverte en ce moment, celle des lettres, pour que les auteurs de travaux, étrangers à l'Académie, fassent connaître leurs objections ou leurs nouvelles expériences.

M. Guérin. On nous a objecté deux faits qui ne sont pas exacts : 1° le règlement est muet ; 2° les traditions de l'Académie au lieu d'exiger la clôture en pareil cas y sont contraires. Des savants étrangers sont intervenus dans trois discussions, à ma connaissance : maladies des femmes, maladies syphilitiques, ligature de l'œsophage. C'est d'ailleurs la marche normale. Il est absurde de vouloir clore la discussion parce que de nouveaux faits, qui lui pourraient fournir un nouvel aliment, parviennent à l'Académie présentés par un étranger. Ce serait là un formalisme puéril et tout à fait contraire aux intérêts de la science.

M. Jules Cloquet. M. Jules Guérin a parfaitement résumé la question. Si de nouveaux éléments doivent être de nature à ranimer la discussion, c'est le cas de la continuer, non de la clore. Entendons d'abord le savant qui nous les apporte, et nous verrons si la clôture doit ou non être prononcée.

M. Behier. Je suis désolé de n'être pas du même avis que M. le baron Cloquet ; mais que discutons-nous ? Uniquement le rapport de M. Colin et non pas la question de la tuberculose. M. Villemin veut présenter un nouveau travail, que faut-il faire ? Clore la discussion, entendre ce travail, le renvoyer à la Commission qui fera un nouveau rapport, puis à propos de ce nouveau rapport recommencer la discussion.

M. Ricord. Suivons donc cette marche ; si la nouvelle discussion nous conduit à des conclusions opposées aux premières, nous en serons quittes pour avoir changé d'opinion, une fois étant mieux éclairés. Il n'y a rien d'éternel.

Je mets la clôture de la discussion aux voix.

La clôture est prononcée.

M. le Président. Je mets maintenant les conclusions du rapport aux voix.

M. Bouley. Mais quelles conclusions voterons-nous ? M. Colin a fait deux rapports.

M. Béclard. Il n'y a qu'un seul rapport, celui qui a été accepté par la Commission et fait en son nom. Voici les conclusions que nous devons voter :

1° Il est certain que les résultats matériels constatés à la suite de l'inoculation du tubercule sont exacts.

2° Il est extrêmement probable que les dépôts pulmonaires, hépatiques, intestinaux et autres, viennent d'une double source : du tubercule déposé sous la peau et du travail pyogénique accompli autour de la plaie, de sorte que, dans beaucoup de cas d'inoculation, il y a une résorption purulente ajoutée à une résorption tuberculeuse.

3° L'étendue, la gravité des accidents consécutifs de l'inoculation sont proportionnées à la quantité du tubercule inséré et à l'intensité de la réaction qui se manifeste à l'endroit de la solution de continuité, etc. (Voir le compte-rendu de la séance du 16 juin 1868.)

M. Guérin Il est impossible de voter de telles conclusions.

Un grand nombre de membres demandent la parole.

M. le Président. La parole est à M. Chauffard.

M. Chauffard. Je crois que je vais traduire l'opinion de l'Académie tout entière, en disant que nous ne sommes pas chargés de voter des conclusions affirmatives sur un point de science. L'Académie n'affirme pas telle ou telle doctrine. Il n'y a pas d'autres conclusions admissibles que celles qui peuvent se résumer en celle-ci : remerciements à M. Colin.

M. Béhier. Je crois que M. Béclard a confondu un résumé avec les conclusions. Je me rappelle qu'il était question de remerciements adressés à M. Villemin.

M. le Président. Je mets aux voix la conclusion proposée par M. Chauffard.

Cette conclusion est adoptée.

M. Larrey. Ajoutons aux remerciements des félicitations et l'insertion du travail de M. Villemin dans les Archives.

M. le Président. Les conclusions votées seront ainsi comprises.

LECTURE SUR LA TUBERCULOSE.

M. Villemin lit, sur la virulence et la spécificité de la tuberculose, un long mémoire où il s'attache à réfuter les objections qui ont été faites à ses premiers travaux.

Il rappelle que, dans ses expériences, il a inséré des quantités de matière tuberculeuse qui n'étaient pas plus grosses qu'une tête d'épingle, ou quelques gouttes de crachats de phthisiques rendus plus liquides par leur mélange avec un peu d'eau, et il décrit les lésions locales ou générales qui résultent de cette opération, en insistant sur la production tardive, soit de la tuméfaction locale (vers le cinquième jour), soit des phénomènes généraux, amaigrissement, perte d'appétit, etc. (du quinzième au trentième jour). Quelques animaux, après avoir décliné pendant un certain temps, reprennent un embonpoint relatif ; d'autres vont en s'affaiblissant progressivement, tombent dans le marasme, souvent sont pris de diarrhées colliquatives et succombent dans un état de maigreur extrême.

M. Villemin, comparant les lésions qu'on trouve chez les animaux qui ont succombé aux suites de la tuberculose inoculée, à celles qu'on trouve chez les phthisiques, montre qu'ils meurent les uns et les autres de la même manière, que chez les uns et les autres les poumons sont généralement pris. Chez les lapins, sur un nombre considérable d'inoculations, M. Villemin n'a trouvé que cinq ou six fois les poumons sains, tandis que l'éruption tuberculeuse s'était faite sur les ganglions lymphatiques et sur l'intestin. Mais l'éruption tuberculeuse ne se borne pas au poumon, elle envahit les ganglions, l'intestin, le foie, la rate, les reins, etc. ; les membranes séreuses, notamment l'épiploon et le mésentère, sont quelquefois criblées de granulations innombrables. Selon l'époque à laquelle remonte l'inoculation et la rapidité plus ou moins grande avec laquelle s'est faite l'éruption, on trouve des tubercules gris-transparents, jaunes, caséeux, des cavernes, des ramollissements.

Quant aux animaux qu'on sacrifie, on peut se demander si un certain nombre n'auraient pas succombé plus tard. Quelques-uns auraient vraisemblablement guéri, ce qui n'est nullement en opposition avec ce que l'on sait de la tuberculose ; et, trouvât-on un nombre plus grand de guérisons chez les animaux que chez l'homme, cela ne constituerait pas un caractère différentiel radical. Il faut, en outre, tenir compte des cas où l'inoculation n'a pas réussi, ce qui, comme dans toute maladie inoculée, se retrouve un certain nombre de fois.

M. Villemin repousse donc comme mal fondée l'objection qui sépare la phthisie spontanée de la tuberculose inoculée. Il affirme que l'une et l'autre ont la même marche et les mêmes caractères.

On a dit que le lapin était un animal tuberculeux. M. Villemin n'a pas découvert de tubercules dans les poumons d'une centaine de lapins achetés aux marchés.

Nous venons de voir tout à l'heure, continue-t-il, que la matière tuberculeuse déposée sous la peau exerce autour d'elle et sur les voies qu'elle parcourt une véritable contamination. Elle suscite la formation de tubercules dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les parois des vaisseaux lymphatiques, dans les ganglions et dans l'économie tout entière. Mais comme le développement des tubercules dans les organes splanchniques nous a paru ne se faire qu'après l'apparition des phénomènes locaux, et ne survenir qu'un certain nombre de jours après l'insertion de la matière tuberculeuse, nous avons comparé ce temps de silence apparent à celui que l'on appelle *incubation* dans les maladies virulentes. Nous nous sommes ensuite posé cette question, qu'on se fait à propos de la syphilis, à savoir : si le tubercule local ne serait pas, comme le chancre, un phénomène primitif, source des accidents ultérieurs.

A ces faits et à l'interprétation que nous en avons donnée, on a opposé des vues et des conceptions différentes. On a nié le développement d'une lésion locale, et l'on a prétendu que la masse tuberculeuse, trouvée au point de l'inoculation, était un reliquat de la matière inoculée, que cette matière, cheminant lentement à travers les lymphatiques, n'arrivait aux poumons qu'au bout de plusieurs semaines, et que c'était à tort que nous appelions incubation le temps qu'elle mettait pour se rendre à destination. Comme conséquence de cette application, on a alors considéré les tubercules développés dans les organes comme constitués, en majeure partie, par la matière inoculée transportée mécaniquement et en substance, et l'on a affirmé que l'intensité de la tuberculisation était proportionnelle à la quantité de substance tuberculeuse déposée sous la peau.

Mais cette manière de voir ne nous paraît pas conforme à l'observation des faits. Quand on insinue dans une plaie le volume d'une tête d'épingle, voir même d'un grain de chenevis, de substance tuberculeuse, et qu'au bout de deux mois on en retrouve au même lieu la grosseur d'une aveline, on ne peut évidemment pas regarder cette dernière comme un reste de celle qui y a été déposée. Lorsqu'on fait une injection hypodermique de quelques gouttes de crachats délayés dans de l'eau ou de sang défibriné, et qu'on constate dans le tissu cellulaire où l'on a instillé ces liquides des granulations et des masses tuberculeuses, on ne peut pas admettre que celles-ci soient des *reliquats* des substances inoculées. Faut-il croire en outre que ce sérum sanguin, que ces crachats ont mis vingt ou trente jours pour parcourir la filière des lymphatiques ? Non, ces liquides sont absorbés presque sur le champ, et la matière tuberculeuse elle-même ne fait pas long séjour dans la plaie : le lendemain on n'en aperçoit plus. Les tubercules trouvés plus tard dans le tissu cellulaire, dans les parois des vaisseaux lymphatiques, dans les ganglions, sont des productions de nouvelle formation ; ils ne représentent pas la matière inoculée, qu'ils dépassent cent fois en volume dans certains cas. Cela s'applique à plus forte raison à ceux des organes internes dont l'abondance est parfois telle que certains viscères ne forment presque plus qu'une masse tuberculeuse.

Conduit par nos études à l'idée que la tuberculose était une maladie spécifique, et voulant vérifier l'hypothèse de son inoculabilité, nous avons cherché, dès le principe, à réaliser les conditions de toute véritable inoculation, à savoir : *une plaie très-petite et une quantité de substance inoculée peu considérable*. Nous ne nous sommes jamais départi de cette manière de faire, et toutes nos inoculations ont été pratiquées avec une portion de matière tuberculeuse variant entre la grosseur d'une tête d'épingle et celle d'un grain de chenevis au plus. Malgré cette constante uniformité dans le procédé et dans le volume de la substance inoculée, nous avons cependant obtenu des tuberculisations excessivement variables dans leur intensité et dans leur généralisation. Tous les degrés se sont offerts à notre observation, depuis quelques granulations éparses jusqu'à ces généralisations effrayantes où presque tous les organes étaient farcis du produit pathologique propre à la tuberculose. Preuve manifeste que *l'intensité de la tuberculisation est complétement indépendante de la quantité de substance inoculée*. La question de quantité ne nous a paru pouvoir être invoquée que dans les inoculations du sang où la réussite nous semble exiger un certain volume de ce liquide : ce qui, du reste, est conforme avec ce que nous connaissons sur d'autres maladies spécifiques, la syphilis particulièrement.

C'est aussi en s'appuyant sur les lésions des ganglions et des vaisseaux lymphatiques voisins du point d'inoculation qu'on a voulu expliquer la formation de tubercules dans les organes par une sorte de propagation de proche en proche du tubercule local. Mais ce tubercule est très-souvent *fort petit*, et l'altération des ganglions et des vaisseaux lymphatiques surtout est loin d'être constante. Sur des sujets affectés d'une tuberculisation abondante des viscères, on trouve fréquemment les voies lymphatiques sans aucune altération et le tubercule du lieu d'inoculation tout à fait rudimentaire. *Le nombre et l'étendue des lésions internes ne sont nullement en rapport avec le développement des lésions locales de la piqûre.* Et d'ailleurs ce développement progressif supposerait l'absence de toute interruption entre le lieu d'arrivée et celui de départ, et exigerait une traînée, impossible même à imaginer, reliant le point d'inoculation aux poumons, à la rate, aux reins, au péritoine, etc. La tuberculisation des ganglions voisins de la plaie d'inoculation n'a rien qui doive étonner. Chez les animaux, aussi bien que chez l'homme, la cause tuberculeuse a une affinité manifeste pour le système ganglionnaire lymphatique, et l'on constate souvent que des ganglions, qui n'ont pu être impressionnés par le passage direct de la substance inoculée, sont entièrement tuberculeux, les ganglions mésentériques entre autres. Les choses se passent du reste d'une façon tout à fait semblable dans les inoculations de la syphilis et de la morve.

C'est donc à tort, selon nous, qu'on a invoqué à l'appui de cette explication le résultat bien connu du tatouage. On sait que les individus qui portent sur les bras des dessins indélébiles de couleur variée ont les ganglions axillaires colorés et pénétrés par les substances minérales employées. Des expériences ayant montré que la matière pigmentaire d'une tumeur mélanique et même de la choroïde se comporte comme les couleurs du tatouage, on les a citées comme un exemple de ce qui se passe dans l'inoculation du tubercule. Mais nous pensons qu'un fragment de matière tuberculeuse de la grosseur d'un grain de millet qui, introduit sous la peau, amène l'étisie et la mort au bout de quelques mois, après avoir farci tous les organes de tubercules, ne constitue pas un phénomène comparable à la pénétration des tissus par une substance colorante. Car alors il faudrait aussi mettre sur la même ligne l'imprégnation des os par la garance.

On a voulu encore expliquer la transmission du tubercule par une greffe ; mais comment une greffe rendrait-elle compte de ces myriades de granulations tuberculeuses qui parsèment les organes parenchymateux et les séreuses ? Les tissus greffés continuent à vivre et à se développer à la place où on les a déposés, mais ils ne se reproduisent pas ailleurs dans l'organisme. L'insertion du périoste sous la peau n'a jamais donné de l'os dans les poumons, les reins ni le péritoine. Cette théorie expliquerait tout au plus le développement du tubercule situé au lieu de la piqûre, mais encore faudrait-il pour cela que la matière tuberculeuse inoculée fût constituée par des éléments doués d'une vie très-active. Or, quand on prend de la substance ramollie au centre d'un tubercule, elle ne contient même plus d'éléments figurés, on n'inocule qu'un détritus. Comment supposer en outre que du tubercule fourni par un cadavre que la vie a abandonné depuis trente-six heures, puisse être susceptible de revivre et de pulluler avec cette activité qui préside à une éruption tuberculeuse ? Comment expliquer par une greffe l'inoculation des crachats, *l'inoculation de crachats desséchés depuis vingt jours*, comme nous l'avons faite dans des expériences encore inédites ? Tout cela ne prouve-t-il pas que la matière inoculée agit en vertu d'un principe indépendant des éléments histologiques qui entrent dans sa composition ? Supposer que ces éléments sont emportés dans les voies lymphatiques et vont s'implanter, vivre et se multiplier dans différentes régions de l'économie, c'est leur accorder gratuitement, contre les lois de la physiologie, la possibilité de traverser les ganglions. C'est attribuer à la matière caséeuse ramollie des formes vivantes qu'elle ne possède plus, c'est concéder à ce produit morbide dissocié ainsi qu'aux crachats et au sérum sanguin une vie imaginaire. Quand nous avons inoculé du tubercule provenant de l'homme, on a supposé que les effets obtenus étaient un phénomène cadavérique. Quand nous avons inoculé du tubercule frais d'animaux récemment tués, on a voulu voir une greffe.

Faut-il enfin considérer tout cet enchaînement de phénomènes observés dans la tuberculose expérimentale comme le résultat du traumatisme produit par l'inoculation ? Nous ne saurions nous y résoudre. Une simple incision de la peau faite avec la pointe d'un bistouri à lame étroite, *sans effusion de sang*, la piqûre du dard grêle et effilé d'une seringue de Pravas, sont des plaies si légères, que bien peu d'animaux ont pu échapper, dans le courant de leur vie, à des lésions accidentelles d'une étendue aussi peu considérable. . .

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 17 août, M. Nélaton, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, est élevé à la dignité de sénateur.

— Par décret en date du 13 août 1868, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, M. Richet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris (hôpital de la Pitié), a été nommé professeur de clinique chirurgicale à la même Faculté (hôpital des Cliniques).

— Par décret en date du 14 août, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, ont été promus ou nommés :

Au grade de commandeur : MM. Sainte-Claire-Deville (Henri),

membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences de Paris, officier depuis 1855;

Pasteur (Louis), membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences de Paris; officier depuis 1863.

Au grade d'officier : M. Gintrac (Élie), directeur de l'école de médecine de Bordeaux; chevalier depuis 1843.

Au grade de chevalier : MM. Broca (Pierre-Paul), professeur à la Faculté de médecine de Paris : 20 ans de services;

Vulpian (Edme-Félix-Alfred), professeur à la Faculté de médecine de Paris;

Daviers (Eugène-Joseph), directeur de l'école de médecine d'Angers : 26 ans de services;

Bourgade (Anatole-Louis), professeur à l'école de médecine de Clermont;

Desgranges (Antoine-Joseph), professeur à l'école de médecine de Lyon : 24 ans de services;

Milne-Edwards (Alphonse), professeur à l'école supérieure de Paris, lauréat de l'Institut;

Le docteur Dumont-Pallier, vice-président de la Société de biologie : publications scientifiques;

Le docteur Marey, chargé de cours au collége de France, lauréat de l'Institut;

Guyon, chirurgien des hôpitaux : publications scientifiques;

Labbé, chirurgien des hôpitaux : publications scientifiques

Le docteur Joulin : publications scientifiques.

— Par divers décrets rendus sur la proposition du Ministre de l'Intérieur, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la légion d'honneur, savoir :

Au grade d'officier : M. le docteur Nonat, médecin de l'hôpital de la Charité. Chevalier depuis 1844.

Au grade de chevalier : MM. Danet, médecin du Ministère de l'Intérieur; a obtenu trois médailles dont deux en or pour son dévouement pendant les épidémies cholériques.

Le docteur Bellot, directeur médecin de l'asile public d'aliénés de Saint-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire) : 25 ans de services.

Le docteur Giraud, directeur de l'asile public d'aliénés de Mareville (Meurthe) : 28 ans de services.

Le docteur Josat, médecin inspecteur du service de la vérification des décès à Paris. Chargé d'une mission en Allemagne; auteur d'un ouvrage couronné par l'Académie des sciences.

Le docteur Mesnet, médecin de l'hôpital Saint-Antoine : 20 ans de services. A fait preuve de dévouement pendant les épidémies cholériques de 1865 et de 1866.

Le docteur Deschamps, ancien médecin du bureau de bienfaisance du 2e arrondissement de Paris. Dévouement exceptionnel pendant les épidémies cholériques; auteur de plusieurs travaux scientifiques.

Le docteur Caron, médecin du dépôt à la préfecture de police : 25 ans de services.

— Par décret à la date du 15 août, M. Massiat, conservateur à la Faculté de médecine de Paris, est nommé secrétaire du Conseil général de l'Ain.

— Par décret en date du 10 août 1868, rendu sur les propositions du ministre de l'intérieur, et conformément au décret du 18 juin 1864, ont été nommés présidents :

De la Société de secours mutuels de la commune de Saint-Romain-de-Benet, M. Jozansi, docteur en médecine, président actuel;

De la Société de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Saintes, M. Briault, docteur en médecine, président actuel;

De la Société de secours mutuels de la commune de Saujon, M. Butaud, docteur en médecine, membre du conseil général, président actuel.

MÉDAILLES D'HONNEUR. — Par décision impériale en date du 4 août 1868, le gouverneur général de l'Algérie est autorisé à décerner, au nom de l'Empereur, aux personnes dont les noms suivent, des médailles d'honneur pour services rendus à l'occasion des épidémies de 1867 et 1868 :

Médailles d'or de 1re classe (services civils) : MM. Turot (Henri-Aventin), médecin de colonisation chargé de l'hôpital de Saint-Denis-du-Sig. — Faure, docteur-médecin à l'Alma. — Dupuy, docteur-médecin à l'hôpital d'Oran. — (Services militaires) : MM. Humel (Louis-Joseph), médecin-major de 2e classe à Oran. — André (Claude-François-Alphonse), médecin aide-major de 2e classe à Sebdou. — Castex (Laurent-Jean-Léon), médecin-major de 2e classe à Tlemcen. — Boyreau (Arnaud), médecin-major de 1re classe.

Médailles d'or de 2e classe (services civils) : MM. Fonteneau, docteur-médecin à l'hôpital civil d'Oran. — Heyneman, médecin suppléant à l'hôpital civil d'Oran. — Cellier, docteur-médecin à Mostaganem. — (Services militaires) : MM. Dufour (Léon), médecin aide-major de 1re classe à Mascara. — Ferron (Pierre-Eugène), médecin aide-major de 2e classe à Bougie. — Roux (Jacques-Michel), médecin aide-major de 1re classe à Mostaganem. — Blavot (Charles-Hippolyte), médecin aide-major de 1re classe à Géryville. — Foch (Onésime-Bernard), médecin aide-major de 1re classe à Orléansville. — Coulet (Alexandre-Xavier), médecin aide-major de 2e classe à Tebessa. — Magnier (Jules-Émile), médecin-major de 2e classe à Tlemcen. — Thierry (Adolphe-Hippolyte), médecin aide-major de 1re classe à Tlemcen. — Talloir (Paul-Antoine), médecin aide-major de 2e classe à Mascara. — Guériteau (Émile-Jean-Baptiste), pharmacien aide-major de 1re classe à Mascara. — Lux (Joseph-Émile), médecin aide-major de 2e classe à Relizane.

Médailles d'argent de 1re classe. — (Services civils) : M. Clauzel, médecin de colonisation à Mazagran. — (Services militaires) : MM. Régnier (Marie-Léon), médecin aide-major de 2e classe à Géryville. — Lepage (Alfred), médecin aide-major de 2e classe à Tlemcen. — Rochet (Léon-Auguste), médecin aide-major de 2e classe à Bone.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Absorption complète de l'iris.

M. le professeur Broca nous a fait voir, à la Pitié, un homme dont le cercle iridien avait complétement disparu dans l'œil gauche; de ce côté, la vue était abolie. Cet homme était entré pour une maladie qui n'avait aucune relation avec l'état des organes visuels, et dont il mourut peu de temps après.

Il racontait qu'il avait eu les deux yeux parfaitement semblables et également bons jusqu'à quinze ans. A cet âge, il reçut vers l'œil gauche un coup de corne de vache, qui provoqua l'apparition de phénomènes inflammatoires. Depuis lors, cet œil gauche avait changé d'aspect et ne servait plus à la vision.

Le malade allait en s'affaiblissant de plus en plus lorsque M. Broca l'examina à l'ophthalmoscope et nous le fit voir.

On s'assura qu'il ne restait plus trace d'iris. Le fond de l'œil dans tous ses détails et la pupille apparaissaient parfaitement distincts, même à l'œil nu; ce qui fit d'abord supposer l'absence de la lentille cristallinienne.

L'examen dut être abrégé, car il fatiguait beaucoup cet homme qui mourut peu d'heures après.

A l'autopsie, l'œil fut confié à M. le docteur Lanelonge, interne lauréat des hôpitaux et prosecteur de la Faculté, qui étudia au microscope l'état des membranes.

Il trouva le cristallin en place; la rétine presque normale, sauf quelques dépôts de pigment; quant à la choroïde, généralement décolorée, elle offrait très-peu de vaisseaux dans sa moitié antérieure. M. Lanelonge tend à rattacher par une relation de causalité cette dévascularisation de la choïrade et la disparition de l'iris.

C'est en vain que l'on chercherait dans les recueils d'ophthalmologie un autre fait complétement semblable.

Les oculistes ont bien observé, comme le fait remarquer M. Mackensie dans son « Traité pratique des maladies des yeux », qu'à la suite de l'iritis, l'iris se décolore parfois et devient très-peu apparent, soit seulement sur quelque point, soit sur une grande étendue ou même dans sa totalité.

Le professeur Jœger, de Vienne, a décrit cet état sous le nom de *staphilome de l'iris*, « staphiloma iridis », et le docteur Klemmer sous celui d'*iridoncosis*.

« La surface antérieure de l'iris, dit M. Mackensie, dans les cas pour lesquels ces noms ont été créés, a perdu sa coloration normale dans un ou plusieurs de ses points; elle est devenue noirâtre *et présente parfois une teinte si obscure qu'il semble que l'iris a été absorbée ou bien qu'une portion en a été retranchée pour la formation d'une pupille artificielle.* »

Mais, ajoute plus loin M. Mackensie, « l'absence de la vision et ce fait qu'il a pu en pareil cas pratiquer avec succès une pupille artificielle, démontrent que toute l'épaisseur de l'iris n'est pas absorbée dans les cas que Jœger a désignés sous le nom de staphilomes de l'iris. »

Le professeur Jœger admet qu'en pareil cas, l'iris a perdu sa consistance, s'est aminci et est devenu plus adhérent à l'urée sous-jacente, laquelle est alors repoussée à travers lui par l'humeur aqueuse qui remplit la chambre postérieure.

M. Mackensie penche évidemment vers cette doctrine, qu'il complète en faisant jouer dans la production de ce « staphilome de l'uvée » un certain rôle à la contraction et à l'adhérence de l'iris.

Mais il ne repousse pas absolument la doctrine contraire de M. Klemmer. Celui-ci prétend qu'au lieu d'être aminci, l'iris est alors épaissi par des fausses membranes déposées dans son parenchyme; et il appuye sa théorie sur la dissection d'un œil de bœuf qui avait présenté une semblable apparence.

On voit combien grande est l'importance d'un fait qui change absolument l'état de la question.

Ce fait, du reste, est complété par un autre, qui appartient également à M. Broca, et dont aujourd'hui nous dirons à peine quelques mots, devant prochainement publier l'observation.

Chez une femme entrée à la Pitié pour une maladie récente, mais non traumatique, du globe oculaire, M. le professeur Broca a vu disparaître graduellement le cercle iridien.

Lors d'un premier examen, il crut que cette femme avait subi une iridectomie : l'iris était interrompu à sa partie supérieure par une solution de continuité qui s'étendait depuis sa base jusqu'à son bord pupillaire. Sa moitié inférieure, du reste, était parfaitement intacte.

On interrogea la malade avec le plus grand soin, voulant à toute force lui faire avouer que l'œil en question avait subi quelque opération chirurgicale; et on ajouta d'abord peu de foi à ses dénégations.

Mais les jours suivants, on vit le bord libre qui limitait en haut le reste de l'iris, s'abaisser progressivement. On crut alors qu'il se repliait en s'enroulant sur lui-même, et qu'il finirait par constituer, au bas de la chambre postérieure, un large bourrelet saillant.

Il n'en fut rien. L'iris entier disparut, sans laisser de trace, comme par une sorte d'usure de son bord libre.

Malheureusement, comme on n'avait pas assisté au début de ce processus, il est impossible d'affirmer que la solution de continuité a commencé par le bord pupillaire. Tout au plus peut-on présumer par induction qu'il en était ainsi.

Chez cette femme, non-seulement la vision était abolie dans l'œil affecté, mais les divers milieux avaient perdu leur transparence, et l'on ne put pas reconnaître l'état de la choroïde, de la rétine ou du nerf optique.

Des douleurs vives firent admettre une affection glaucomateuse qu'on combattit par la ponction du globe oculaire, sans espérer, bien entendu, une guérison proprement dite.

Après que les accidents aigus se furent apaisés, la malade est sortie de l'hôpital, n'ayant jamais souffert de son autre œil, qui voit très-bien.

Il est donc maintenant avéré que l'iris peut être absorbé en son entier, soit à la suite de traumatismes, soit à la suite de maladies aiguës du globe oculaire. Il est probable qu'une partie des faits étudiés par MM. Mackensie, Klemmer et Joeger doivent être interprétés ainsi.

Pourtant, ces derniers les regardaient comme dépendant le plus souvent d'une iritis chronique et particulièrement d'une iritis syphilitique.

Quant à M. Mackensie, il en a observé un cas des plus remarquables, qui résultait d'une ophthalmie consécutive à la variole, chez un enfant âgé de trois mois.

Le sommeil.

« Pourquoi l'opium fait-il dormir? » Cette question n'est pas plus résolue aujourd'hui qu'au temps de Molière : on discute toujours sur la nature et le mécanisme du sommeil.

Les uns prétendent que l'opium, abaissant la tension artérielle, doit produire une hypérémie des centres nerveux par paralysie des vaso-moteurs : le cerveau contiendrait ainsi plus de sang durant le sommeil que durant la veille.

D'autres, et parmi eux, un élève de Paris, M. Girondeau, qui vient d'en faire le sujet de sa thèse, soutiennent au contraire que le sommeil résulte d'une anémie relative du cerveau : l'opium en ferait contracter les capillaires.

La théorie de M. Girondeau est ingénieuse, et comme telle, elle mérite une mention.

Le jeune docteur commence par rappeler que les petits vaisseaux de l'encéphale sont enveloppés de gaînes lymphatiques; de telle sorte qu'un double courant, de sang intérieurement et de lymphe en dehors, peut circuler en même temps et dans la même direction. Dans les autres parties du corps humain, on n'a jusqu'à présent rien trouvé d'analogue.

Cette disposition particulière doit avoir un but, qui, suivant M. Girondeau, serait de permettre dans l'encéphale un afflux variable du sang.

La boîte crânienne est inextensible, le liquide céphalo-rachidien est moins susceptible de déplacements qu'on ne le supposait autrefois, et la plupart des observateurs en étaient venus à expliquer l'hypérémie ou l'anémie de tel ou tel point du cerveau par une sorte de balancement qui eût fait varier la distri-

FEUILLETON

ÉLOGE DE JOBERT DE LAMBALLE (1).

Par M. le professeur Richet.

Telle est la théorie, telles sont les conséquences pratiques. On ne sait trop, en lisant les pages assez nombreuses qu'il a écrites sur ce sujet, si l'auteur a été conduit, par la théorie, à faire ses expériences et à conclure ensuite à la pratique, ou si au contraire les expériences ont précédé la théorie. J'incline cependant à croire que cette dernière supposition est la véritable; elle est au moins la plus conforme à l'esprit de Jobert, qui a pris pour épigraphe de plusieurs de ses livres cette belle maxime de Bacon, base de toute véritable science : *Non est fingendum, nec excogitandum, sed inveniendum quid natura faciat aut ferat* (2).

C'est que précisément il se trouve que la théorie est au moins très-contestable. Si les plaies intestinales rapprochées ne se réunissent pas aussi facilement que celles des autres tissus, ce n'est point parce que des membranes dissimilaires et de fonctions différentes sont en présence; c'est simplement parce que les membranes muqueuses recouvertes de leur épithélium sont, en général, impropres à l'adhésion, et qu'ici particulièrement celle de l'intestin se boursoufle et s'interpose entre les lèvres de la solution. Aussi les chirurgiens ont-ils tiré parti de cette difficulté d'adhésion; veut-on par exemple empêcher, comme dans les restaurations des orifices naturels de la face, la réunion de se faire entre des parties récemment divisées? On interpose un lambeau de muqueuse, ce qui constitue le procédé de l'*autoplastie en ourlet* de Diffenbach. Veut-on, au contraire, obtenir la réunion de deux membranes muqueuses? on détruit la surface muqueuse par les caustiques ou l'avivement, et on en obtient facilement l'adhésion comme dans la blépharoraphie. La conclusion, c'est qu'il serait certainement possible de réunir bord à bord les plaies intestinales après excision de la muqueuse; bien plus, c'est que cela a été fait par MM. Denonvillers, Nélaton et par moi-même pans les cas d'anus contre nature, ce qui prouve que la théorie de Jobert pèche par la base.

Mais si la théorie s'écroule, les expériences restent, et avec elles leurs conséquences pratiques. La méthode de traitement des plaies intestinales par adossement ou inflexion a été un grand progrès, car partout on enseignait alors qu'il fallait faire la suture, moins pour procurer la réunion directe de la solution, qu'on regardait comme très-difficile, sinon impossible à obtenir, que pour s'opposer à l'épanchement des matières dans le péritoine. « Les ouvertures du cadavre, disait Boyer, ont démontré que lorsque les intestins sont ouverts dans une certaine étendue, la plaie ne se citatrise que par l'adhérence de ses bords, soit avec la péritoine, soit avec la surface d'un autre intestin ou de quelque autre viscère (1). » Aussi la méthode de Jobert, car c'est ainsi qu'il faut la nommer, a-t-elle été universellement adoptée, et elle lui sera comptée comme un de ses titres de gloire les plus sérieux.

Le *Traité des plaies d'armes à feu* parut en 1833, quatre ans après celui des *Maladies du canal intestinal.* On n'est pas peu étonné de trouver dans ce volume, consacré aux blessures par armes de guerre, un mémoire sur la *Cautérisation du col de l'uturus*, et une *Description d'un nouveau spéculum à bascule;* dans ce travail, l'auteur démontre que le col de l'utérus peut être détruit par les caustiques ou les maladies sans que les malades en aient conscience. Plus tard, en 1843 (2), dans un mémoire inséré parmi ceux des savants étrangers de l'Académie des sciences, il fait voir que cette insensibilité est due à une disposition particulière des nerfs de l'utérus, qui n'arrivent pas jusqu'au museau de tanche. Ce dernier travail, objet d'un rapport très-louangeur du professeur Duméril, contient des faits cliniques très-intéressants et qui témoignent de l'esprit hardi et entreprenant de Jobert.

Frappé des difficultés qu'on éprouve à réprimer certaines fongosités saignantes du col, il propose d'y porter le fer incandescent en protégeant les parois vaginales à l'aide d'un spéculum plein, en ivoire ou en bois. Tout d'abord malades et chirurgiens se récrièrent; les malades redoutaient la douleur, les médecins prévoyaient toute sorte d'accidents, la péritonite en tête. Un succès complet couronna cette heureuse audace, et aujourd'hui que cette opération est passée dans la pratique journalière, on a quelque peine à comprendre les tempêtes qu'elle a soulevées à son origine.

Comme pour faire diversion à ses travaux de chirurgie, Jobert publia, en 1838, deux volumes intitulés : *Études sur le système nerveux* (1). Depuis longtemps il était éloigné des amphithéâtres; il ne se tenait plus au courant des rapides progrès que faisaient alors l'anatomie et la physiologie; aussi ce livre passa-t-il presque inaperçu.

Je n'en aurais même pas parlé, si déjà ne s'y trouvaient en germe les premiers éléments d'un autre travail auquel il attachait la plus grande importance : je veux parler de son mémoire *sur les appareils électriques des poissons électriques*, publié en 1858. Onze magnifiques planches l'accompagnent et font bien comprendre la disposition des appareils foudroyants de la torpille, du gymnote, du malaptérure et de la raie; mais on n'y trouve aucun fait nouveau, aucune découverte vraiment originale.

J'ai dit précédemment qu'une des questions qui avaient le plus préoccupé Jobert, c'était le mode de cicatrisation des parties divisées; il y revient sans cesse dans ses divers ouvrages; il a fait pour élucider cette question un grand nombre de vivisections; enfin, il saisissait toujours avec empressement l'occasion de faire sur ce sujet des leçons cliniques. Aussi, dans le traité de la réunion, se crut-il en mesure de formuler une théorie générale de la cicatrisation des plaies, et d'en déduire des conséquences pratiques. Mais il travaillait isolément et sans tenir compte des découvertes qui surgissaient de toutes parts autour de lui, et, chose singulière, il ne paraît même pas, dans ce traité, se douter de la vive lumière qu'ont jetées sur cette question, jusqu'alors si controversée, les belles recherches des micrographes. Pour lui, après les sections tendineuses comme après les fractures, c'est dans le sang épanché que se passeraient les phénomènes qui transformeraient le caillot en cicatrice. Écoutons-le résumer en quelques mots sa doctrine qu'il croit nouvelle et qui n'est autre cependant que celle qu'avait formulée Hunter, que Velpeau a voulu faire revivre, et que quelques micrographes modernes essayent vainement aujourd'hui encore de faire prévaloir.

Après avoir décrit toutes les modifications qu'il croit avoir observées à l'œil nu dans la forme et la structure du caillot : « Ce sont là, dit-il (2), les métamorphoses que subit le sang dans l'intérieur de la gaîne tendineuse sans développement de vaisseaux et sans mélange d'une autre substance organique; *le sang fait donc tous les frais de la régénération.* » Or, la science est

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.
(2) Bacon, De Dignitate et augmentis scientiarum.

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, édition de Ph. Boyer, t. VI, p. 43. Paris, 1849.
(2) Recherches anatomiques sur la terminaison des nerfs de la matrice, avec des applications à la physiologie et à la pathologie de cet organe. (Commissaires milit. : Double, Roux et Duméril, rapporteur.) Comptes-rendus de l'Académie des sciences, t. XIII, p. 335; 1841.

(1) Paris, 1836.
(2) *Traité de la réunion en chirurgie*, p. 170. Paris, 1864.

bution, mais non la quantité, du sang contenu à l'intérieur du crâne.

Pourquoi ce balancement ne se ferait-il pas entre le sang et la lymphe, du moment où ces deux liquides sont contenus dans les mêmes parties, et presque dans les mêmes conduits?

On prévoit le reste de cette théorie :

Le cerveau étant moins animé par le sang quand celui-ci laissera plus de place à la lymphe, ses fonctions seront suspendues et le sommeil sera produit.

Lorsqu'au contraire le sang affluera de nouveau et chassera la lymphe, le réveil sera effectué par l'excitation cérébrale.

Les faits pathologiques donnent plus d'intérêt à cette question de la circulation cérébrable pendant le sommeil, mais en même temps ils la compliquent encore davantage, s'il est possible.

Ainsi, récemment nous avons vu dans le service de M. Hilairet, à l'hôpital Saint-Louis, un homme encore jeune et bien constitué, ayant de l'embonpoint, qui était atteint depuis quelque temps de *la maladie du sommeil*.

La nuit, dans son lit, il dormait mal, était agité et troublé par de mauvais rêves; mais pendant le jour, il s'endormait où il se trouvait, debout, appuyé contre un mur, aussi bien qu'assis ou étendu. Il était alors, quant aux muscles, dans une véritable catalepsie, car il conservait pendant des heures la position qu'il avait prise, quelque peu commode qu'elle fût.

M. Hillairet fit maigrir cet homme dont il attribuait le malaise à l'embonpoint, mais nous avons vu des cas semblables chez des gens maigres.

Si nous mentionnons cet exemple d'un état qui n'est pas très-rare, c'est uniquement dans le but d'appeler l'attention des observateurs sur les circonstances au milieu desquelles il se produit.

Pour nous, quelque soit la théorie qu'on adopte sur le sommeil physiologique, d'après ce que nous avons noté, nous avons plus de tendance à rapprocher cette *maladie du sommeil* des congestions que des anémies.

Ainsi, chez un chanoine de notre connaissance, il alternait avec des congestions des poumons ou d'autres organes, et fut toujours amélioré par des saignées, etc.

Ce serait un vaste sujet de thèse que le sommeil et les états qui s'en rapprochent, cataleptiques ou comateux, étudiés au point de vue clinique, tant dans leurs formes que dans leurs causes, présumées d'après les symptômes alternants ou concomitants.

D[r] Victor Revillout.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Demarquay.

DE L'ÉPULIS

(Par M. P. Fouilloux, externe du service.)

C'est à l'occasion d'un malade du service de M. Demarquay et à l'instigation de mon maître que j'ai entrepris ce travail.

Le sujet n'en est certes pas neuf : l'épulis est une maladie observée par les médecins les plus anciens.

Paul d'Égine (chap. XXVII) désigne l'épulis sous le nom d'excroissance de chair survenue aux gencives près d'une dent; il formule le traitement : l'extirpation, puis la cautérisation avec des cautères à bouton.

Galien (*De Compositione medicamentorum secundum locos*, livre V, chap. IX) s'exprime en termes aussi précis vis-à-vis du traitement de cette affection.

A. Paré (tome I, chap. IV de ses œuvres) ajoute beaucoup à la description précédente. Il décrit le volume variable de la tumeur, les troubles fonctionnels qu'elle occasionne, l'humidité saliveuse fétide qu'elle entretient dans la bouche; il note sa transformation en chancre (cancer) annoncée par l'apparition de douleurs spontanées; il indique la récidive et, qui plus est, il en a souvent trouvé qui par le temps s'étaient tournées en cartilage, même en os; nous voyons ici clairement énoncée la transformation cartilagineuse et osseuse d'une des variétés d'épulis.

S. Cowper, dans son *Dictionnaire chirurgical*, se contente d'indiquer la possibilité de la dégénérescence cancéreuse.

Les auteurs du *Dictionnaire* en 30 volumes, dans un article signé Marjolin et A. Bérard, signalent la plus grande fréquence de l'épulis à la mâchoire inférieure. Ils en distinguent trois formes :

1° L'une caractérisée par sa mollesse, son indolence; occasionnée ou entretenue soit par la nécrose ou la carie d'une dent ou du rebord alvéolaire, soit par la présence d'un séquestre nécrosé à la suite de fracture.

2° Une deuxième forme dont l'aspect et la texture rappellent le tissu érectile.

3° Une troisième, dure, bosselée, siége d'élancements douloureux, tendant à dégénérer en cancer. Quelques tumeurs de ce dernier groupe peuvent déterminer un engorgement ganglionnaire et même donner lieu à l'altération cancéreuse de la portion d'os à laquelle elles correspondent.

Les mêmes réflexions font le sujet de l'article épulis du *Dictionnaire des Dictionnaires*. Toutefois, les auteurs indiquent la structure fibro-vasculaire des gencives comme prédisposant à ce genre de tumeur, et ils rapportent, d'après J. Fox (*Histoire naturelle et maladies des dents*), l'observation d'une épulis qui, survenue chez une jeune fille de 13 ans, avait acquis un volume assez considérable pour déterminer entre les mâchoires un écartement d'un pouce. Notons, en passant, l'âge de la malade comme pouvant éclairer déjà sur la nature de cette épulis.

Bégin (*Dictionnaire de médecine et chirurgie pratique*) accuse les caustiques, dans le traitement de ces tumeurs, d'en déterminer aisément la dégénérescence cancéreuse.

Jusque-là, nous voyons que les auteurs ont décrit les caractères extérieurs de l'épulis, qu'ils en ont distingué plusieurs espèces, indiqué le pronostic et le traitement, mais de leur nature, pas un mot.

Les auteurs du *Compendium de chirurgie* sont déjà plus précis, et s'ils n'indiquent pas la nature histologique de l'épulis, c'est que, disent-ils, il est permis de supposer que sous ce nom on a décrit plusieurs espèces morbides : tissu érectile, fibroplastique, hypertrophie glandulaire, peut-être le véritable cancer des os; mais ils ajoutent qu'ils ne connaissent pas d'épulis ayant présenté les caractères cliniques du cancer : la récidive sur place, dans les ganglions et au loin, c'est-à-dire la généralisation par infection.

La lacune signalée par les auteurs de cet article a été comblée, en partie du moins, par le microscope appliqué à l'étude de la nature des productions morbides.

En 1849, M. Robin signalait, dans le canal médullaire des os, la présence de deux éléments, dont l'un surtout, les plaques à noyaux multiples, produit par son hyperplasie une variété d'épulis.

Lebert, dans son *Anatomie pathologique* (tome I, page 204), rapporte une observation d'épulis ayant récidivé et qui, à l'analyse, lui a donné tous les éléments de son tissu fibro-plastique : cellules, éléments fusiformes. Il cite ailleurs un cancroïde de la gencive, et plus loin un cancroïde gingival épidermique ulcéré.

Forster (*Manuel d'anatomie pathologique*) signale, dans la bouche et le gosier, des fibroïdes et des sarcomes qui partent du tissu cellulaire sous-muqueux ou des os. Ces tumeurs varient en volume depuis une aveline jusqu'à un œuf de poule : elles prennent le nom d'épulis quand elles siégent aux gencives.

Enfin Billroth, dans sa *Pathologie chirurgicale générale*, page 735, s'exprime ainsi : « Parmi les tumeurs que l'on désigne sous le nom d'épulis, un grand nombre doit être rangé parmi les sarcomes; leur implantation sur la gencive n'est qu'apparente; ordinairement elles sortent de l'interstice entre deux dents, et le point de départ est constitué par les granulations qui se sont développées autour de racines dentaires cariées. Ailleurs, il indique la muqueuse buccale et la gencive comme le siége fréquent de carcinomes épithéliaux et glandulaires.

C'est avec ces données, auxquelles nous joindrons deux observations prises dans le service de M. Demarquay, que nous allons essayer de définir histologiquement ce que l'on doit comprendre sous le nom d'épulis.

A ne prendre que l'étymologie du mot, épulis (επι, ουλον) signifie : tumeur développée sur les gencives, ou immédiatement en rapport avec elles. Mais si nous cherchons les affinnités histologiques de l'épulis, sa définition devient plus difficile.

Or, si nous jetons un coup d'œil sur les divers tissus ou éléments de tissus qui composent la région siége de cette production, nous voyons qu'une coupe fraîche au niveau de la mâchoire inférieure nous donne des parties dures et des parties molles, savoir : l'os maxillaire comprenant lui-même du périoste, du tissu osseux, du tissu médullaire, la muqueuse buccale, le tissu fibro-vasculaire des gencives et la pulpe dentaire.

Ce simple énoncé anatomique permet de juger *à priori* des variétés nombreuses des tumeurs de cette région, et ayant toutes le caractère suffisant pour constituer des épulis : la connexion immédiate avec les gencives. Mais pour rester dans les limites de l'observation, n'ayons en vue que les tumeurs dont une analyse microscopique a été bien faite.

1° La moelle de l'os renferme comme élément fondamental les plaques à noyaux multiples de M. Robin, d'autant plus nombreuses que le sujet est plus jeune. Que ces éléments viennent à proliférer, et l'on aura une variété d'épulis dite tumeur à myéloplaxes, ayant pour éléments accessoires des éléments fibro-plastiques, des médullocelles, des fibres lamineuses et des vaisseaux souvent nombreux. Elles ne se développent que dans la jeunesse, rarement au delà de 30 ans, ayant pour élément fondamental un élément normal de l'os, il n'est pas étonnant, dit M. Robin, que la tumeur incomplétement enlevée récidive. En effet, la récidive et la tendance aux hémorrhagies sont deux caractères saillants de ces tumeurs. Lebert les avait vues, mais en avait fait des tumeurs fibro-plastiques, prenant ainsi pour élément fondamental un de leurs éléments accessoires. D'après M. Robin, elles correspondent à l'ostéo-sarcome osseux de plusieurs auteurs et aux tumeurs érectiles décrites dans cette région.

2° Les tissus à substance conjonctive de la région, périoste, tissu conjonctif sous-muqueux peuvent aussi proliférer. C'est ce qui a lieu surtout à la suite de l'irritation déterminée par le voisinage de dents cariées : de là une nouvelle variété d'épulis que l'on peut ranger dans la catégorie des fibromes et des sarcomes. Nous savons d'ailleurs que, dans d'autres régions, ces tumeurs subissent la transformation cartilagineuse, calcaire et osseuse; ne serait-ce pas dans cette catégorie que l'on pourrait ranger les épulis d'A. Paré qui avaient subi la dégénérescence cartilagineuse et même osseuse?

3° La pulpe dentaire se compose essentiellement de vaisseaux et de filets nerveux. Ceux-ci renferment une substance que M. Robin qualifie de périnèvre, que M. Virchow appelle névroglie, la considérant comme un vestige du tissu fœtal qu'il a décrit sous le nom de tissu muqueux, dont il trouve le type dans la gélatine de Warthon, et un exemple persistant chez l'adulte dans le corps vitré. Que ce tissu périnèvre ou névroglie vienne à proliférer, et l'on aura une épulis du genre né-

---

aujourd'hui, je ne voudrais pas dire fixée, ce serait un blasphème, car dans aucune science le dernier mot ne nous appartiendra jamais, mais elle s'est avancée si loin en ce qui concerne ce grand phénomène de l'organisation des plaies à l'abri du contact de l'air, qu'on peut affirmer qu'il ne peut plus y avoir que des variations d'interprétation portant sur des points secondaires. Ce résultat est dû principalement, je suis heureux de le proclamer, aux recherches aussi habiles que persévérantes de notre éminent collègue, le professeur Ch. Robin.

Il a démontré que c'était dans les *blastèmes*, c'est-à-dire dans les produits amorphes versés à la surface ou entre les éléments des tissus divisés, dans ce que le grand Hunter appelait le *médium unissant*, et les auteurs modernes la *lymphe plastique* ou *plasma*, que s'opérait le travail de régénération et de réparation. Ce travail, suivant lui, doit être assimilé à celui en vertu duquel nos divers tissus prennent naissance dans l'embryon. Dans ces blastèmes, qui diffèrent suivant les tissus à rénover et sont fournis par les éléments de ces tissus eux-mêmes, puisqu'on les trouve infiltrés entre eux dans le voisinage de la lésion, naissent, comme dans l'embryon, des noyaux dits *embryoplastiques*, qui se multiplient, s'accroissent, et au milieu desquels se développent rapidement des fibres lamineuses d'abord, puis des vaisseaux, puis plus tard les éléments propres des tissus qu'ils doivent réparer. Quelques jours suffisent pour l'accomplissement du travail de cicatrisation immédiate proprement dite : mais il faut plusieurs semaines et souvent des mois pour la rénovation complète des tissus dans la cicatrice, encore en est-il comme la fibre musculaire, qui ne se reproduisent jamais, ou du moins dont on n'a pas encore pu vérifier la régénération.

Quant au sang épanché et à ses éléments, c'est-à-dire la fibrine et les divers globules auxquels on a attaché une si grande importance, ils ne servent en rien à la réparation; bien plus, ils nuisent, et l'observation démontre qu'ils vont disparaissant et s'absorbant au fur et à mesure que les éléments régénérateurs s'accroissent (1).

Je ne puis ici entrer dans de plus grands développements; mais j'en ai assez dit pour faire comprendre combien Jobert avait eu tort de négliger l'observation directe des phénomènes intimes qui s'effectuent dans le tissu cicatriciel, et de s'être borné à un examen à l'œil nu. Serait-ce qu'il partageât les préventions de quelques-uns des chirurgiens de son époque contre les erreurs et les illusions dans lesquelles trop souvent en effet nous ont induits les recherches micrographiques? Ou bien lui répugnait-il à son âge d'apprendre à se servir de ce précieux moyen d'investigation? Ou bien enfin le temps lui a-t-il manqué pour ces études?

J'incline à penser que son abstention, disons plus, sa répugnance à se servir du microscope, a tenu à toutes ces causes réunies, surtout à la dernière, le manque de temps, c'est qu'en effet il est très-difficile, pour ne pas dire impossible, au professeur de clinique auquel incombe la double et immense responsabilité de l'enseignement et de la direction d'un grand service hospitalier, de s'absorber dans l'examen d'un produit pathologique qui demandera parfois plusieurs heures pour être fait complétement; il faut donc autour de lui des aides habiles, habitués au maniement des instruments investigateurs, pour faire les préparations dans lesquelles il trouvera les éléments de la leçon du lendemain. Voilà pourquoi, dans l'intérêt de la science et des élèves, nous demandons instamment et nous ne cesserons de demander des chefs et des aides de clinique, sans lesquels, en ce qui nous concerne, la réforme de l'enseignement par la fondation des laboratoires ne serait qu'une décevante illusion.

La pratique de Jobert, heureusement, n'était pas trop influencée par ses idées théoriques; le bon sens naturel du chirurgien observateur l'emportait toujours au lit du malade sur les raisonnements du théoricien. C'est ainsi que nous le voyons, contrairement à tout ce qu'il a écrit sur le rôle du sang, recommander de ne réunir les plaies que quand l'*épanchement sanguin* n'est plus à redouter et lorsque la lymphe *coagulable* commence à suinter. Pour obtenir ce résultat, il a même inventé un mode de pansement qui consiste à placer entre les lèvres de la plaie une lame absorbante d'amadou, qu'on enlève quelques heures après pour réunir ensuite complétement par la suture ou les agglutinatifs.

On lui doit dans le pansement des larges brûlures une modification que je lui ai vu employer plusieurs fois avec succès et à laquelle j'ai eu depuis souvent recours : c'est l'application de la glace maintenue à l'aide des vessies pendant tout le temps de la cicatrisation. On prévient souvent ainsi et toujours on diminue la formation de ces brides cicatricielles rétractiles qui font le désespoir de la chirurgie. Jobert pensait que ce résultat devait être attribué à la modération que le froid apportait dans la marche des accidents inflammatoires. Sans discuter la théorie, acceptons la pratique, puisqu'elle est établie sur des faits bien observés.

Mais c'est surtout du côté de la chirurgie réparatrice que semble s'être dirigé l'esprit original et investigateur de Jobert. Depuis 1826, époque à laquelle il s'occupa de la réparation des plaies du canal intestinal, jusqu'à la fin de sa carrière, il ne cessa de travailler dans cette direction. Il affectionnait particulièrement les opérations anaplastiques, et il a créé un grand nombre de procédés dont quelques-uns resteront dans la pratique comme d'heureuses innovations; toutefois ce n'est qu'en 1849 qu'il publia son *Traité de chirurgie plastique*, dans lequel se trouvent décrits ses procédés pour l'opération de la fistule vésico-vaginale. Plus tard, en 1852, parut son *Traité spécial des fistules vésico-utérines, vésico-utero-vaginales, entéro-vaginales et recto-vaginales*, qui n'est que le complément du premier; et enfin en 1864, dans son *Traite de la réunion*, il reprend une fois encore ces grandes questions.

C'est dans ces divers traités qu'il faut chercher Jobert; c'est là qu'il a rencontré sa véritable voie, là qu'il a pu déployer ses brillantes qualités d'opérateur hardi et ingénieux.

Pour réussir dans les opérations autoplastiques, il faut avant tout une connaissance approfondie de l'anatomie dite chirurgicale, c'est-à-dire de cette anatomie sans laquelle il n'y a pas, il ne peut pas y avoir de vrai chirurgien, proclamons-le bientôt, dans un moment surtout où il semble que son étude soit, sinon délaissée, du moins reléguée au second plan. Il faut de plus une grande dextérité de main, une longue habitude des opérations en général, du sang-froid, une patience inébranlable, beaucoup de ressources dans l'esprit, et par-dessus tout un courage actif et invariablement soutenu pendant toute la durée des opérations qui, parfois, se prolongent assez longtemps pour épuiser les natures les plus vigoureusement constituées.

Jobert possédait toutes ces qualités; il avait puisé dans les fortes études du protectorat une connaissance approfondie de l'anatomie des régions; des dissections délicates et patientes l'avaient préparé à la pratique des opérations de longue haleine; sa dextérité n'a jamais été contestée par personne, même par ceux qui, systématiquement, lui déniaient d'autres qualités; enfin il procédait avec un calme et une sûreté que n'ont jamais pu soupçonner ceux qui ne l'ont point vu à l'œuvre. C'est surtout dans les opérations de fistules compliquées vésico-utéro-vaginales, qui exigent au plus haut degré la réunion de toutes ces conditions indispensables aux anoplasties en général, que Jobert excellait; 15, 20 minutes à peine lui suffisaient pour mener à bien des opérations que d'autres mettent des heures à accomplir. Mais ce n'est pas d'emblée qu'il était parvenu à ce degré d'habileté; ses premiers pas dans cette voie ne furent même pas très-encourageants, et pour bien faire apprécier la part de gloire qui lui revient légitimement dans cette magnifique conquête de la chirurgie moderne, il est nécessaire d'esquisser rapidement les phases par lesquelles elle a passé.

(La suite prochainement.)

(1) Voyez : *Observations histologiques sur la génération et la régénération des nerfs*, par Ch. Robin. (*Journal d'anatomie et de physiologie*, numéro de juillet 1868.)

vrome pour les auteurs français et du genre myxome pour Virchow. Nous devons ajouter, toutefois, que nous n'avons pu trouver aucun exemple de ce genre de tumeurs développé dans cette région.

4° L'épithélium de la muqueuse buccale ou gingivale peut aussi devenir le point de départ d'une variété d'épulis. Nous avons alors une épulis épithéliale, analogue à ces tumeurs si fréquentes aux lèvres. Il n'est même pas rare que l'élément épithélial gagne la lèvre; mais ajoutons que c'est généralement l'inverse qui a lieu, c'est-à-dire que l'épithélioma des lèvres gagne la gencive.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 18 août 1868. — Présidence de M. Ricord (1).

LECTURE SUR LA TUBERCULOSE.

M. Villemin continue ainsi :

On a pu se demander si les lésions produites dans les viscères, à la suite de l'inoculation de la matière tuberculeuse, étaient bien du tubercule. Ce doute, légitime dans les premiers temps, n'est plus guère permis aujourd'hui que tant d'histologistes ont prononcé dans le sens de l'identité absolue entre les tubercules des animaux inoculés et ceux de l'homme. Non-seulement l'œil nu ou armé du microscope ne trouve aucune différence entre ces deux productions pathologiques, mais encore, ce qui porte en soi une preuve irréfutable et d'une valeur bien supérieure à l'examen micrographique, c'est que l'inoculation des tubercules provenant de l'expérimentation reproduit la tuberculose tout comme celle qui se fait avec les tubercules de l'homme.

Ce n'est pas que l'on ne trouve quelquefois chez l'homme, mais surtout fréquemment chez les animaux, toute une catégorie de lésions qui ont la plus grande ressemblance avec les manifestations anatomiques de la tuberculose. Elles sont représentées par des petits nodules gris, transparents, blanc-jaunâtres, caséeux, ou bien par des masses plus ou moins étendues de même apparence. Elles doivent leur origine à des parasites végétaux ou animaux. Nous avons donné ailleurs, à cette question, tous les développements qu'elle comporte. Ces lésions ont souvent une telle ressemblance avec celles de la tuberculose que, depuis longtemps, des observateurs ont émis l'idée que le tubercule avait son point de départ dans des parasites (Jenner, Dupuy, Bazon, Kühn). Cette opinion n'a jamais eu beaucoup de partisans, mais en confondant les pseudo-tubercules parasitiques avec les tubercules vrais de la phthisie, on a jeté une grande obscurité sur la tuberculose des animaux. Nous sommes persuadé que, dans cette question de l'inoculabilité, il s'est glissé, parmi les faits expérimentaux, plusieurs erreurs tenant à la présence des parasites.

La confusion qui s'est faite entre les diverses altérations d'apparence tuberculeuse développées spontanément, s'est étendue aux lésions provoquées par l'expérimentation. Ainsi, on a voulu identifier les effets de l'*inoculation* du tubercule avec ceux de l'*injection* dans les bronches et dans les veines de poussières, de mercure, de graisse, de substances irritantes de diverses sortes, voire même de pus. On a opposé, de cette façon, à l'inoculabilité et à la spécificité de la tuberculose, des arguments puisés dans des expériences qui n'ont rien de comparable à l'inoculation ni dans leur mode d'exécution, ni dans leur action pathogénique, ni dans leur résultat final.

Quand on injecte dans les veines des substances étrangères comme celles que nous venons de nommer, on détermine dans les poumons des processus d'un aspect plus ou moins analogue à celui du tubercule et dont le mécanisme s'explique facilement : ces corps entraînés immédiatement dans le courant circulatoire se rendent au cœur droit, puis sont projetés dans le poumon où ils donnent lieu, selon le calibre des vaisseaux obstrués, à des infarctus emboliques, à des noyaux de pneumonie ou à de petits processus irritatifs circonscrits comme les corps irritants eux-mêmes. Ces processus, au début de leur formation, sont constitués par un tissu conjonctif jeune et riche en éléments nucléaires qui ont la plus grande ressemblance avec ceux du tubercule. C'est en somme ce que les Allemands ont appelé *tissu de granulations*; il aboutit, soit à la création de petits foyers purulents, soit, bien souvent, à un petit nodule fibreux, gris, transparent et représentant un îlot de pneumonie interstitielle *cirrhotique*. C'est au milieu de ces pseudo-tubercules qu'on trouve enkystée la substance irritante quand elle est solide. Il se produit là ce qui se fait partout, dans tous les tissus autour des corps étrangers. On rencontre quelquefois dans les poumons du gibier de pareils nodules, mais plus volumineux et formant une enveloppe autour de petits grains de plomb perdus qui n'ont pas causé la mort. Mais ces lésions ne se généralisent jamais, leur nombre correspond à celui des amas pulvérulents qui sont venus s'échouer dans les organes; elles se forment par un mécanisme semblable à celui des tubercules vermineux. Les grains de poussière, le mercure, etc., provoquent autour d'eux le même travail inflammatoire que les larves microscopiques de ces helminthes qu'on rencontre si fréquemment chez certains animaux. Ces altérations ont-elles le moindre rapport avec celles de la tuberculose?

Peut-on comparer une *injection* de substances pulvérulentes, irritantes, obstruantes, dans le torrent circulatoire, à une *inoculation*?

Si nous étions venu annoncer que nous faisions naître des tubercules en injectant de la matière tuberculeuse dans les vaisseaux de nos animaux, notre assertion n'aurait pas mérité l'honneur d'une discussion au sein de cette savante compagnie; la chose n'aurait pas été neuve, du reste, car on connaît depuis longtemps les résultats que donnent de pareilles expériences. Elles ont été reproduites par tous ceux qui ont étudié expérimentalement la question des embolies : Wirchow, Panum, Cornil et Trasbot, Damoschino, etc. Bilbroth faisant des tentatives de transmission de cancer en injectant dans les veines des détritus de tumeur, trouve deux fois des petits nodules dans les poumons de ses animaux, mais il se garde bien de les considérer comme des productions cancéreuses ou tuberculeuses quoiqu'elles aient une ressemblance assez grande avec ces dernières; il interprète ces formations comme elles doivent l'être. « On trouve dans les poumons, dit-il, quelques petits nodules de la grosseur d'une tête d'épingle, contenant des fibres de tissu conjonctif (*reliquats d'embolies pulmonaires*). »

Les injections de corps étrangers donnent bien des pseudo-tubercules dans les poumons, mais ces lésions ne se retrouvent pas ailleurs. Toutefois des poussières très-fines ou des liquides irritants pourraient traverser les capillaires du poumon et se répandre dans la circulation générale. Mais je ne sache pas que cela ait eu lieu pour un autre substance que le pus. Les résultats sont tout autres dans l'inoculation du tubercule : l'aspect de certains épiploons, criblés de myriades de granulations à la suite de l'inoculation, devrait suffire pour ébranler les doutes les plus obstinés.

Mais puisque l'on attribue à ces corps étrangers la singulière propriété de faire naître une lésion qui ne diffère en rien de celle de la tuberculose, que l'on inocule ces poussières, ces granules de mercure, ces graisses, etc., en faible quantité, comme nous inoculons le tubercule, et l'on verra s'ils provoquent jamais dans l'organisme une généralisation morbide de nature tuberculeuse.

C'est aussi en s'appuyant sur les effets amenés par l'injection du pus dans les veines et sur la migration supposée d'une grande quantité de substance inoculée qui serait censée se retrouver dans l'économie, qu'on a voulu voir dans l'inoculation du tubercule quelque chose de comparable à l'infection purulente. Nous ne croyons pas devoir insister sur cette objection : la résorption purulente avec ses lésions et ses symptômes est une chose, la tuberculose avec sa marche et son processus particulier en est une autre. Il faut se souvenir néanmoins qu'on a quelquefois pris pour du tubercule les petits foyers purulents métastatiques du poumon, du foie et des reins.

Le pus injecté dans les vaisseaux agit de deux façons : il se comporte, d'une part, comme une substance irritante en déterminant de petits foyers inflammatoires indiqués par une prolifération cellulaire aboutissant à la suppuration ou à la création de nodules fibreux. D'autre part il agit comme les poussières emboliques par l'accumulation de ses globules dans les capillaires sanguins. On devine dès lors la signification des deux expériences faites par M. Lebert en 1851 et qu'on nous a objectées. Les pseudo-tubercules obtenus après des *injections réitérées* de pus dans les vaisseaux furent, comme le dit M. Lebert lui-même, *un résultat tout à fait exceptionnel* parmi les nombreuses expériences de ce genre et accompagnés des symptômes accentués de l'infection purulente.

Certes il n'y a pas de question qui ait plus occupé les médecins que celle de l'infection purulente. Depuis bien des années, presque tous les observateurs qui ont écrit sur ce sujet, et ils sont en très-grand nombre, ont essayé d'étayer leurs vues sur l'expérimentation; des centaines d'animaux ont été inoculés et injectés avec des pus de toutes sortes, et l'on n'a jamais vu que l'on provoquât des tubercules ni la tuberculose. Si un fait aussi considérable avait eu lieu, il n'aurait assurément pas passé inaperçu. Toutefois, il n'y aurait rien d'impossible à ce que du pus recueilli chez un phthisique ne donnât lieu à des tubercules, car déjà les crachats et le sang de ces sujets amènent ce résultat. Nous ne saurions trop éveiller l'attention sur ce fait, qui pourrait rendre compte de certaines divergences, en recommandant bien de s'en tenir à l'inoculation pure et simple de ce produit morbide et de ne pas user des injections dans les vaisseaux, dont les effets donneraient inévitablement lieu, comme nous venons de le voir, à une double interprétation.

De ce qui précède ne ressort-il pas, avec une entière évidence, qu'on reproduit, au moyen de l'expérimentation, deux espèces de lésions correspondant à celles qu'on trouve à l'état naturel? D'un côté des tubercules vrais par l'*inoculation* de la matière tuberculeuse, de l'autre des pseudo-tubercules par l'*injection* de corps irritants dans les bronches et dans les veines. Confondre ces deux ordres de faits, c'est comme si l'on voulait, sous le prétexte d'analogies lointaines, identifier les pustules d'une friction stibiée avec celles de la variole, la rubéfaction par une brosse rude avec l'éruption scarlatineuse.

Mais comment considérer le tubercule comme une matière virulente, nous a-t-on objecté, puisque l'inoculation d'autres substances, telles que le cancer, le pus, etc., peut produire des tubercules; puisqu'on peut même les faire naître par des traumatismes banals, comme l'application des sétons. Nous avons répété ces expériences diverses; nous avons inoculé du pus de toute nature, des produits pathologiques variés, nous avons appliqué des sétons, etc., et jusqu'ici nous n'avons encore rien observé qui imite la tuberculose. Le cancer, entre autres, a été inoculé par un nombre considérable d'expérimentateurs, et aucun n'a confirmé, que je sache, les résultats des deux expériences qui sont venues, l'une de l'Allemagne (Lebert), l'autre d'Angleterre (Clark), annoncer la production du tubercule par la matière cancéreuse; mais loin de nous l'intention de nier *à priori* les résultats de cette nature et de vouloir les infirmer par nos expériences négatives, nous pensons au contraire qu'il faut se livrer à leur étude et à leur contrôle, nous en trouverons probablement l'explication. Ces faits ne sont pas les seuls qui ne s'adaptent pas parfaitement à nos théories sur la virulence et la spécificité. Nous verrons plus loin que *des expériences entièrement pareilles* opposent leurs résultats contradictoires à la virulence et à la spécificité de la morve, et cependant qui conteste aujourd'hui que la morve soit une maladie inoculable, virulente et spécifique.

Quoi qu'il en soit, cette généralisation de la tuberculose à la suite de l'insertion sous la peau d'une minime parcelle de matière tuberculeuse est bien un fait d'inoculation.

Eh bien! soit, est-on venu dire; on l'accorde : le tubercule est inoculable, mais gardez-vous de conclure à sa virulence de par son inoculabilité.

Qu'est-ce à dire, messieurs : n'avons-nous pas cru tous, jusqu'ici, que l'inoculation constitue le caractère pathognomonique de la virulence? Et ce mot de virulence est-il donc autre chose que l'expression qui resume les effets de l'inoculation d'une substance morbifique se reproduisant dans l'organisme avec la matière qui l'a engendrée? Que l'on puisse dire encore aujourd'hui que toute maladie virulente n'est pas inoculable par la lancette, d'accord; mais déclarer qu'une maladie peut être inoculable et n'être point virulente, c'est commettre une contradiction absolue dans les termes et dans la pensée tant que le mot virus sera employé avec son acception accoutumée.

On insiste pourtant; on prétend que la tuberculose ne saurait être ni virulente, ni spécifique, parce que « le tubercule est une *hétérogénie*..... qu'il dérive d'une *maladie primitivement et essentiellement organique et diathésique*..... qu'il possède *des propriétés facilement nécrobiotiques*..... qu'il est un *produit incapable au plus haut degré de la force d'incubation de la vitalité latente et réfractaire* en vertu de laquelle les virus et les contages conservent et communiquent leurs propriétés sans connaître ni l'espace ni le temps..... parce que *rien n'est moins vivant et ne concentre moins d'action morbide que le tubercule*..... » etc., etc. Et voilà pourquoi... la tuberculose n'est ni virulente, ni spécifique, ni contagieuse.

A ces raisonnements, je crois avoir répondu. La tuberculose ne saurait être virulente? Eh bien, je l'inocule!

Mais, reprend-on, vos « inoculations pratiquées à l'aide de matériaux solides ou d'éléments histologiques n'ont, avec les inoculations pratiquées jusqu'ici, qu'une ressemblance extérieure et trompeuse..... Jusqu'à présent, l'inoculation portait sur des *liquides vrais*, liquides dits virulents, produits des maladies virulentes. Ces liquides, examinés au microscope, soumis à l'analyse chimique, n'offraient *ni éléments figurés* ni caractères propres. »

Si par liquides vrais on entend ceux qui ne contiennent aucun élément figuré, nous n'en connaissons guère dans l'organisme; peut-être l'urine, et encore! Le mucus, le pus, le sang renferment des éléments histologiques en aussi grande abondance que le tubercule. Le cowpox, la variole, la syphilis, la morve, s'inoculant avec des produits riches en éléments figurés, doivent donc cesser d'être des maladies spécifiques et inoculables? Car M. Depaul a inoculé dernièrement le vaccin avec des croûtes solides de cowpox; le contenu de la pustule variolique contient des éléments microscopiques en abondance; le chancre induré de la syphilis a la même structure histologique que le tubercule, et le détritus que fournit son ulcération est physiquement le même que celui d'un tubercule ulcéré ou ramolli; le bouton morveux qui donne lieu aux ulcères de la pituitaire a aussi la même composition et la même évolution que le tubercule. Il y a plus : c'est que les expérimentateurs inoculent les granulations morveuses des poumons ou des autres organes, tout comme nous inoculons les granulations tuberculeuses.

Il ne faut pas oublier que ces tubercules de la morve sont anatomiquement presque identiques à ceux de la phthisie, qu'ils possèdent peut-être des propriétés encore plus facilement nécrobiotiques, attendu que leur ramollissement paraît plus rapide et plus hâtif, et que tous les raisonnements accumulés contre la virulence, la spécificité et l'inoculabilité du tubercule phthisique s'appliquent de point en point au tubercule morveux et aux tumeurs farineuses.

Sans doute, le plus grand nombre des inoculations de morve ont été faites avec le jetage du cheval, mais la tuberculose s'inocule aussi avec les crachats des phthisiques, véritable jetage ayant une composition entièrement identique à celle de la morve.

On nous a reproché d'avoir créé d'un seul coup deux difficultés : la première, qui est d'établir l'existence du principe virulent; la seconde, d'expliquer comment il engendre la matière tuberculeuse. Nous croyons qu'il n'y a pas d'autres preuves de la virulence d'un produit pathologique que son inoculabilité, et quant à expliquer comment le virus tuberculeux engendre le tubercule, la difficulté n'est ni plus ni moins grande que de dire comment le virus morveux engendre le tubercule morveux, le virus syphilitique, la gomme syphilitique. Nous l'avons déjà dit ailleurs : les rapports entre un phénomène quelconque et sa cause se constatent et ne s'expliquent point.

C'est en vertu d'une *action catalytique* analogue à celle des ferments, a-t-on dit, que le tubercule inoculé infecte l'économie de tubercules. Eh bien! n'a-t-on pas comparé les virus aux ferments, et le nom de *zymotiques* donné aux maladies virulentes ne consacre-t-il pas cette analogie?

Ce n'est ni à la façon des virus ni par une opération catalytique, a-t-on dit ensuite, qu'agit la matière tuberculeuse inoculée, c'est par une action analogue à celle d'une *fécondation*. On pourrait sans doute demander si, à la suite d'une fécondation, c'est le principe fécondant qui se reproduit et se multiplie, si l'on recueille du sperme et du pollen chez le sujet fécondé, mais une comparaison n'implique pas l'identité de tous les termes. Toutefois, s'il y a ici une sorte de fécondation, elle existe aussi pour toutes les autres substances virulentes. Par l'inoculation, le détritus d'un chancre donne un chancre, la pustule variolique crible la peau de pustules varioliques, le tubercule morveux parsème les organes de tubercules morveux, tout comme le tubercule phthisique infecte les viscères de tubercules phthisiques. Cette hypothèse de la fécondation n'est qu'une manière de concevoir et d'expliquer l'action des virus; elle n'est pas moins ingénieuse que toutes celles que l'on a tentées jusqu'ici, et, comme nous le verrons plus tard, la tuberculose n'est pas la seule maladie à laquelle elle a été appliquée; mais au point où en est la science, je ne crois pas qu'il y ait aucun avantage à substituer au mot inoculation celui de fécondation, appliqué au but d'une maladie se transmettant d'un individu à un autre au moyen d'une parcelle morbide.

Si nous comparons la phthisie à la morve, nous voyons que toutes les particularités observées dans l'inoculation de l'une se retrouvent dans celle de l'autre.

Quand on a introduit dans une plaie du liquide du jetage, ou un peu de matière caséeuse d'un tubercule morveux, ou le détritus d'un bouton de farcin, il se produit au bout de quelques jours, au point d'inoculation, une petite tumeur qui s'ulcère souvent; puis, de cette tuméfaction, part une corde qui va aboutir aux ganglions hypertrophiés, durs et douloureux (1). Habituellement, si l'inoculation n'a été pratiquée que d'un côté, les ganglions correspondants sont seuls malades. Ces ganglions, incisés, apparaissent pleins de tubercules morveux, et le vaisseau lymphatique afférent, lui-même, a ses parois infiltrées du même produit. Il y a là un enchaînement de lésions qui se reproduit d'une façon entièrement pareille dans les inoculations de phthisie. En même temps que ces altérations locales, on constate dans les poumons, la muqueuse respiratoire, le foie, les testicules, l'intestin, etc., des nodules de nombre et de grandeur variables. Y a-t-il en pathologie deux processus qui aient entre eux plus d'analogies que ces résultats de l'inoculation de la morve et de la tuberculose?

Dans la syphilis, n'a-t-on pas aussi quelque chose de comparable? La pléiade ganglionnaire ne nous atteste-t-elle pas la part que prend le système lymphatique du voisinage de l'insertion de la matière tuberculeuse?

Ainsi, les objections qu'on nous a faites au sujet de la substance inoculée, des accidents locaux de l'inoculation, du mode de généralisation de la lésion anatomique, etc., s'appliquent tout aussi bien à la morve qu'à la tuberculose, et, chose bien curieuse, ces objections ont

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

été faites en effet alors que, comme aujourd'hui, on discutait l'inoculabilité, la virulence et la spécificité de la morve. Quand nous établissions, dans un ouvrage publié récemment, un parallèle entre la tuberculose et la morve-farcin, et que nous montrions les analogies si nombreuses qui existent entre ces deux affections, nous ne nous doutions certainement pas que ces analogies se compléteraient et se continueraient par la similitude des arguments invoqués contre la virulence de l'une et de l'autre de ces maladies.

M. Villemin rappelle les arguments que Delafond a fait valoir contre la contagiosité et la virulence de la morve, affection qui, pour lui, n'était pas spécifique, mais résultait « d'une infection provenant de matières animales, liquides ou volatiles, altérées par la présence de l'air, qui, introduites dans l'économie par l'absorption, déterminent des effets morbides d'autant plus intenses que les sujets sont plus débiles et disposés à l'infection putride. »

Quand l'inoculabilité de la morve fut prouvée, les non-contagionistes objectèrent que d'autres substances donnent la morve aussi bien que les produits morveux, et que cette maladie peut être provoquée par de simples traumatismes.

Dupuy, séparant la morve chronique de la morve aiguë, qu'il appelait *coryza gangreneux*, provoqua cette dernière sur des chevaux sains, en leur insérant sous la peau *un fragment de rate* provenant d'un cheval mort des suites de la section du pneumo-gastrique. Des substances animales en putréfaction, comme *du sang*, *des portions de muscles*, etc., produisirent le même effet selon lui. Il rendit aussi morveux des chevaux en leur inoculant une *matière puriforme* qui découlait des narines d'un cheval non affecté de morve.

Renault fit passer devant les yeux de l'Académie de médecine, à plusieurs reprises, des pièces pathologiques attestant la provocation de la morve par des *injections de pus* non suspect, et pour confirmer la réalité de cette morve, il l'inoculait avec succès à des chevaux sains. Il publia des observations détaillées de morve-farcin nées à la suite d'un simple *mal de garrot*, d'une *contusion* de la paupière supérieure, d'une *fistule* du cordon testiculaire consécutive à la castration. Enfin Dupuy constata que des *sétons* passés à l'épaule des chevaux les avaient rendus morveux. En Allemagne, Erdk détermina la morve sur quatre chevaux en leur inoculant des produits pathologiques scrofuleux (1834).

Les objections opposées, je ne dirai pas à l'inoculation du tubercule, car elle est indéniable, mais à sa virulence et à sa spécificité, n'ont pas été faites seulement à la morve, sa cousine germaine, mais encore à la syphilis, sa parente à un degré plus éloigné. Le virus syphilitique a eu, aussi bien que le virus morveux et tuberculeux, ses ennemis passionnés, et les armes dont ceux-ci se sont servi ne sont autres que celles qui ont été ramassées par les adversaires de la spécificité de la tuberculose. Et d'abord le premier argument fut aussi de nier l'inoculabilité et d'opposer des résultats expérimentaux négatifs ou contradictoires aux résultats positifs. C'est ce que fit Bru, et pour rendre compte des accidents vénériens, il admit *un mode vénérien* expliqué physiquement par l'électricité. Caron marcha sur les traces de Bru et assimila la transmission des accidents syphilitiques à l'*imprégnation* des femelles, il expliquait ceux-ci par une *fécondation* et non par l'absorption et la multiplication d'un virus.

Jordan, Richon des Brus et Desruelles nièrent aussi l'existence d'un virus syphilitique.

Que conclure de ces renseignements de l'histoire ? C'est que les faits qui ont suscité une telle analogie d'arguments et de contradictions doivent nécessairement aussi avoir entre eux une très-grande analogie de nature.

Si la tuberculose est spécifique et virulente, elle est par cela même contagieuse. Mais il reste à déterminer le mode et les conditions de sa transmissibilité.

La transmissibilité par le fait de la cohabitation, bien que regardée comme très-probable par un certain nombre de praticiens très-distingués, n'est cependant pas si évidente qu'elle ne puisse être contestée. Les grandes villes, les vastes établissements où s'accumulent tant de malades et qui s'imprègnent de tant de matières morbifiques sont loin d'être favorables à l'étude de la contagion. La solution des questions relatives à la propagation de la tuberculose dans l'espèce humaine doit être réservée à l'avenir, qui concluera.

LECTURE.

Sur l'impureté du chloroforme commercial.

M. Personne, pharmacien de l'hôpital de la Pitié, lit une note sur la nature de l'altération constatée dès 1867 par M. Stader dans le chloroforme du commerce, exposé à l'air et à la lumière depuis un certain temps. Ce chloroforme devient acide et émet des vapeurs blanches irritantes qui sont constituées presque exclusivement par de l'acide chloroxicarbonique.

Suivant M. Personne, cet acide ne se forme pas aux dépens du chloroforme lui-même, mais d'un éther composé, l'éther chloroxicarbonique qu'il contient fortuitement.

Cet éther ne bout qu'à 34 degrés, tandisque le chloroforme pur bout à 60 deg. 8. Aussi M. Personne a-t-il recherché le point d'ébullition des chloroformes du commerce, qu'il a trouvés de 61 à 62 degrés. Lorsqu'il avait versé ces chloroformes sur de la potasse caustique, qui détruisait l'éther chloroxicarbonique, le point d'ébullition tombait à 60, et désormais le chloroforme devenait inaltérable.

Il est donc essentiel de rectifier sur la potasse caustique le chloroforme dont on se sert en chirurgie.

La séance est levée à 5 heures moins le quart.

Par décret rendu sur la proposition du Ministre de l'Instruction publique, ont été promus dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Amédée Latour, secrétaire général de l'Association générale des médecins de France et du Comité consultatif d'hygiène, chevalier depuis 1846; Pouchet, directeur du Muséum d'histoire naturelle de Rouen, correspondant de l'Institut, chevalier depuis 1843.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 99. — MARDI 25 AOUT 1868. 41e ANNÉE. MARDI 25 AOUT 1868. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 19 août 1868.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX.

Académie des sciences. — M. Parrot a présenté une note sur « la steatose viscérale par inanition chez les nouveau-nés ».

A l'autopsie de petits enfants morts par affaiblissement continu de toutes les fonctions, M. Parrot a constaté une dégénérescence graisseuse des principaux viscères.

Dans l'arachnoïde le tissu connectif, dans l'encéphale et la moelle la névroglie, dans les poumons les cellules épithéliales, dans les reins les tubes contournés de la substance corticale, seraient plus particulièrement affectés par cette lésion, que M. Parrot attribue à l'alimentation insuffisante. Suivant lui, ce serait également par inanition que certains agents, tels que le plomb et le phosphore, détermineraient la steatose viscérale.

Hôpitaux. — A l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Guéneau de Mussy, se présente en ce moment une belle occasion d'étudier les signes de péricardite sur lesquels insiste ce professeur.

Sur un homme dont la maladie remonte à deux mois environ, après avoir constaté l'étendue considérable de la matité précordiale et l'éloignement des bruits du cœur, on découvre à la percussion une élévation de tonalité, un *son skodique* dans l'aisselle gauche, et un son tympanique proprement dit dans toute la partie dorsale du poumon gauche située derrière le péricarde.

Des points très-douloureux à la pression existent : l'un au cou, le long du trajet du nerf phrénique; un autre à la région épigastrique, près du bord gauche de l'appendice xyphoïde du sternum.

La situation précise de ce dernier foyer d'hyperesthésie a été récemment déterminée par M. Guéneau de Mussy.

— Samedi dernier, à la maison de retraite d'Issy, M. Labbé a pratiqué l'ovariotomie sur une malade de M. Gallard dont nous avons parlé précédemment.

Le cas était simple, car la tumeur n'avait pas d'autres adhérences que des adhérences épiploïques qui se rompirent facilement. Pourtant elle était volumineuse, multiloculaire, et ses loges étaient remplies de liquides troubles, colorés en brun ou en jaune, et contenant des dépôts fibrineux. Evidemment, sans l'extirpation, cette malade ne pouvait guérir.

M. Labbé opère bien; sa statistique, pour Paris, est très-bonne, puisqu'il compte moitié de succès, 3 sur 6.

Pourtant nous avons regretté de ne pas voir suivre la méthode de notre ami M. Kœberlé.

Les procédés opératoires de M. Kœberlé se distinguent par des détails nombreux et importants. Nous en signalerons seulement un petit nombre et d'une manière brève.

1° D'abord, quelques heures ou un ou deux jours avant l'opération, lorsque la tumeur est considérable, M. Kœberlé pratique une ponction qui en diminue le volume, et qui étire les adhérences, s'il en existe.

A Paris, on ne fait jamais cette ponction préparatoire, et on croit, à tort, suivant nous, trouver plus de facilité pour détacher les adhérences lorsque le kyste est distendu.

2° La tumeur une fois détachée, avant de commencer la réunion, M. Kœberlé cherche avec soin l'épiploon et le ramène sur les intestins. La plaie est ainsi isolée, au moins en partie, de la grande cavité péritonéale; et si, malgré les précautions prises, elle laisse suinter quelques gouttes de liquides irritants, l'inflammation est localisée dans une sorte de poche intérieure très-facilement accessible.

3° M. Kœberlé ferme la plaie par une suture qui ne ressemble en rien à celle qu'on pratique à Paris. L'habile chirurgien de Strasbourg se préoccupe de mettre en rapport chacune des parties correspondantes de la paroi abdominale, et il y parvient à l'aide d'une suture enchevillée. Il fait pénétrer son aiguille à une distance de la plaie qui varie suivant l'épaisseur des tissus qu'il doit traverser; il la pousse obliquement à travers la peau et les muscles, etc., jusqu'à l'angle que fait la plaie avec la surface péritonéale; puis, à l'autre bord, partant de l'angle correspondant, sous une même obliquité, il remonte à travers le tissu cellulaire sous-péritonéal, les tissus fibreux, musculaires et cutanés.

L'aiguille porte deux fils de soie, et ces fils une fois fixés de chaque côté, par un moyen très-simple, sur un morceau de sonde en gomme élastique, le point de suture se trouve terminé. Il en suffit ordinairement de trois ou quatre, absolument semblables.

Telle est la suture profonde, à laquelle on ajoute ensuite une suture entortillée superficielle.

Les morceaux de sonde, empiétant les uns sur les autres, forment deux lignes parallèles également distantes de la plaie; les bords de celle-ci sont relevés et appliqués l'un contre l'autre dans toute leur hauteur par cette pression bi-latérale; ils font au-dessus de la surface abdominale une saillie plus ou moins grande, suivant l'embonpoint de l'opérée. *Le péritoine n'est jamais compris dans cette suture*, car son épaisseur étant presque nulle, il ne pourrait être saisi qu'en se repliant en dehors; ce qui empêcherait la correspondance parfaite des divers tissus homologues.

Parmi les nombreux avantages de ce procédé de suture, nous ferons remarquer celui-ci : rien n'est perdu pour la réunion, de toutes les surfaces cruentées. Ces surfaces sont même élargies, étant étalées, pour ainsi dire, par cette sorte de glissement qui soulève leurs bords extérieurs.

Aussi la réunion se fait-elle par le fond, rapidement, et la cicatrice est-elle solide. M. Kœberlé n'observe pas ces éventrations qui surviennent souvent quand le travail cicatriciel porte exclusivement sur la peau et le péritoine, le péritoine étant compris dans la suture.

4° Au-dessus du pédicule qu'il fixe à l'angle inférieur de la plaie, M. Kœberlé laisse un petit espace non réuni. C'est par cet espace qu'il fait pénétrer un tube de verre lorsqu'il soupçonne la présence de quelque liquide dans l'abdomen. Il fait mettre son opérée dans une position demi-assise à l'aide de coussins qui la soutiennent; et les liquides qui peuvent suinter ou être sécrétés dans la cavité péritonéale, vont se rassembler vers le bassin. Ils y sont moins dangereux qu'ailleurs, et plus faciles à extraire à l'aide d'un tube, glissé profondément le long du pédicule.

Quant aux procédés hémostatiques par lesquels M. Kœberlé a remplacé la ligature, nous les avons déjà fait connaître le 27 juin.

— A lundi, des détails sur l'état sanitaire actuel.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Hérard.

Morve aiguë.

(Observation recueillie par M. Carville, interne du service, avec autopsie et examen microscopique pratiqués par M. le docteur Cornil.)

Le mardi, 30 juin 1868, le nommé N..., âgé de 39 ans, est admis à l'hôpital Lariboisière et placé dans le service de M. Hérard (salle Saint-Landry, n° 17).

Cet homme, fort et vigoureux, exerce la profession de boucher et de marchand de chevaux. Il avoue des habitudes alcooliques.

Des renseignements fournis par lui et confirmés par ses parents, il résulte que dans ces derniers mois il avait acheté plusieurs vieux chevaux et que quelques-uns de ces animaux étaient morts en sa possession. Il y a six semaines environ, il avait été obligé d'en faire abattre un par l'équarrisseur; ce cheval, qui ne pouvait pas respirer, dit-il, rendait par une des narines une matière liquide, *jetage résultant de l'affection*, d'après l'affirmation du vétérinaire.

FEUILLETON

ÉLOGE DE JOBERT DE LAMBALLE (1).

Par M. le professeur Richet.

L'histoire des fistules vésico-vaginales date à peine du dernier siècle, et J.-L. Petit est le premier auteur qui en ait rapporté une observation détaillée et complète, puis il faut arriver jusqu'à Chopart et Desault pour voir enfin la chirurgie imaginer une sorte de méthode contre cette cruelle infirmité, méthode bien imparfaite, dite de Desault, et qui consiste dans l'application d'un tampon vaginal pour boucher la fistule et d'une sonde à demeure dans la vessie pour évacuer incessamment l'urine. Il est incontestable qu'on a ainsi obtenu dans des cas simples et récents de réelles et solides guérisons; mais il importe d'ajouter que ce mode de traitement n'est pas sans inconvénient, et que la malade de J.-L. Petit, qui l'avait pour ainsi dire inventée pour elle-même, fut obligée d'y renoncer à cause de l'irritation qu'il avait déterminée dans tous les organes génitaux.

Vers 1812, Naegele en France, Roonhuysen en Allemagne, imaginèrent de pratiquer la suture des lèvres de la fistule qu'avait déjà proposée un des chirurgiens consultants appelés auprès de la cliente de J.-L. Petit, mais que ce grand chirurgien avait déconseillé comme impraticable. A partir de cette époque, plusieurs chirurgiens, Schrœger et Erhmann entre autres, la mirent à exécution avec *quelque apparence* de succès, et si je dis quelque apparence, c'est que la malade de Schrœger, qu'on a donnée comme un exemple de guérison complète, conservait encore, au dire du chirurgien lui-même, une fistulette d'une ligne lorsqu'elle quitta Erlangen.

En 1826, frappé de la difficulté qu'offrait la suture, Lallemand imagina, pour rapprocher et maintenir en contact les lèvres de la fistule, préalablement rafraîchies, sa sonde-érigne, avantageusement modifiée depuis par notre savant collègue le professeur Laugier. L'illustre chirurgien de Montpellier opéra par son procédé un certain nombre de malades, et en 1837 il écrivait à Velpeau qu'il avait obtenu déjà six ou sept succès. Il faut dire toutefois que, malgré la confiance générale qu'inspirait à juste titre la loyauté bien connue de Lallemand, des doutes sérieux s'élevèrent sur la réalité de ces guérisons, si bien qu'en 1846 Vidal (de Cassis) pouvait avancer *qu'il n'existait pas dans la science une seule observation bien faite, bien authentique de guérison complète de fistule vesico-vaginale, due à une perte de substance du bas-fond de la vessie*. (*Traité de pathologie interne*, t. V, p. 341. 1846.)

Il y a certainement dans ces paroles de Vidal une grande exagération, et il sera bien permis de supposer que l'inventeur du procédé de la guérison des fistules vésico-vaginales par la méthode indirecte, c'est-à-dire par l'*oblitération du vagin*, avait quelque intérêt à charger le tableau; néanmoins elles méritent d'être recueillies, parce qu'elles montrent à quel point de découragement et de défiance en étaient arrivés les chirurgiens.

Jobert ne partageait point ce découragement universel. Dès 1830, ainsi qu'il l'indique lui-même dans le dernier des ouvrages qui soient sortis de sa plume (*Traité de la réunion en chirurgie*, p. 211), voulant faire l'application des principes qu'il avait déjà formulés en 1826, alors qu'il proposait, pour fermer les plaies du canal intestinal, l'adossement des surfaces analogues; dès 1830, dis-je, il tentait d'opérer les fistules urinaires chez la femme par cette méthode qu'il venait de créer et qu'il appelle de l'*inflexion*. Comme son nom l'indique, elle consistait à renverser du côté de la vessie les lèvres de la fistule ravivées, et à les affronter ensuite par leurs surfaces saignantes à l'aide d'un certain nombre de points de suture. Il échoua d'abord par ce procédé, qu'il se hâta d'abandonner, auquel il devait revenir plus tard, et qui, entre les mains des chirurgiens américains, avec quelques modifications heureuses, devait donner de si brillants résultats; mais avec cette ténacité et cette persévérance qui forment le fond de son caractère, il se met de nouveau à l'œuvre et recherche activement la cause de ses échecs. Il croit l'entrevoir, à l'inverse de la plupart des chirurgiens de son époque, dans la perte de substance, parfois considérable, subie par les parois de la cavité vésicale, perte de substance encore augmentée par l'avivement, et qui nécessite, pour rapprocher les lèvres de la fistule, des violences auxquelles les sutures ne sauraient résister. C'est pour remédier à cet inconvénient qu'il imagina d'emprunter aux parties voisines un lambeau qu'il viendra greffer ensuite au pourtour de la fistule. Cette opération, à laquelle il donna le nom de *vésico* ou *cystoplastie*, eut un certain retentissement : le lambeau fut d'abord pris sur la fesse, puis ensuite taillé dans la peau des grandes lèvres, et par ce dernier procédé, après quelques essais infructueux, il obtint enfin deux succès parfaitement avérés. L'un d'eux surtout était des plus remarquables en ce sens que l'orifice fistuleux, très-large, était, après la guérison, obturé par un lambeau sur lequel croissait une touffe épaisse de poils longs et soyeux qui sortaient par l'orifice vulvaire. Seulement ces poils, qui n'étaient autres que ceux qui ombrageaient primitivement la grande lèvre à laquelle avait été emprunté ce lambeau, axaient éprouvé, par suite de cette transplantation, des modifications notables dans leur nutrition : de noirs, ils étaient devenus blancs et avaient acquis une rapidité de croissance extraordinaire. Si j'insiste sur ces détails, c'est qu'à plusieurs points de vue ils ont leur importance. D'abord ils démontrent, contrairement à l'opinion de Diffenbach, que les poils continuent à vivre sur les lambeaux transplantés; puis ils offrent un tel caractère de précision qu'ils rendent impossible la critique la plus malveillante. Cette observation a été publiée plusieurs fois, mais je crois lui donner un nouveau cachet d'authenticité irrécusable en disant qu'elle a été recueillie par notre cher et distingué collègue le professeur Béhier, alors interne de Jobert, qui a servi d'aide pendant l'opération, qui a suivi la malade jusqu'à sa complète guérison, et qui l'a revue longtemps après, sans que cette guérison se fût jamais démentie.

Malgré ces deux succès incontestables, Jobert comprit bien vite que ce procédé n'était pas viable, et ne serait jamais qu'un procédé exceptionnel; il ne fallait rien moins, en effet, que toute sa prodigieuse habileté opératoire pour le faire réussir, et je ne conseillerai à personne de l'imiter. D'ailleurs les échecs se multipliaient; il fallait donc songer à quelque chose de plus abordable pour la masse des chirurgiens. Déjà en prenant son lambeau sur les grandes lèvres, après l'avoir emprunté à la peau de la région fessière, la méthode de la cystoplastie devenait plus praticable, mais il fallait, pour la faire définitivement passer dans la pratique, faire un pas de plus et rapprocher davantage encore les lambeaux de l'orifice fistuleux; il importait enfin de renoncer définitivement à la méthode incertaine et laborieuse de la transplantation, dite *méthode indienne*, pour appliquer la *méthode* dite *française*.

C'est ce que comprit parfaitement Jobert, et à partir du moment où il eut créé sa méthode de cystoplastie qu'il appelle par locomotion ou de glissement, ses succès se multiplièrent. Vous n'attendez pas de moi que je décrive les différents procédés opératoires qu'il appliquait aux diverses variétés de fistules urinaires que, le premier, il a bien décrites et parfaitement distinguées les unes des autres; mais si je ne disais pas au moins en quoi ils consistent, j'aurais quelque peine peut-être à faire saisir le peu de distance qui les séparent des procédés plus modernes auxquels ils ont incontestablement, selon moi, donné naissance. Dans les fistules *vésico-vaginales simples* sans perte de substance considérable, Jobert se borne à faire un très-large avivement des bords fistulaires du côté du vagin, et il y comprend la surface vésicale; puis il applique la suture simple entrecoupée. On se rappelle sans doute que c'était là son premier procédé, et il y était revenu. Ce n'est que dans les fistules larges et compliquées qu'il pratique les incisions libératrices qui constituent le fond de sa méthode et contre lesquelles on s'est tant élevé. Voyons cependant si elles méritent la réprobation qu'on a voulu faire peser sur elles. D'abord il ne les employait que quand, après avoir fait la suture, il constatait que les fils étaient soumis à de grands tiraillements, et il recommande avec raison de les faire suffisantes pour mobiliser les lèvres de la plaie et relâcher la suture, mais sans jamais dépasser cependant les limites de la prudence; rien de plus, rien de moins. Voilà des préceptes bien vagues, dira-t-on, pourquoi re pas tracer des règles plus certaines? La médecine opératoire peut-elle se contenter d'à peu près? Il faut reconnaître que si cela est vrai, en général, ce serait cependant bien peu connaîtae les opérations autoplastiques que de vouloir les soumettre à des règles immuables,

Deux jours avant de faire abattre ce cheval, N..., en dépeçant un bœuf, s'était fait une blessure à la main gauche avec un os. Cette blessure le préoccupa peu, et il continua à soigner son cheval malade jusqu'au moment où il le fit tuer.

Quelques jours après s'être piqué, N... ressentit de vives douleurs dans l'épaule, le bras et le coude gauches; il avait des frissons, une soif ardente, mais il affirme n'avoir pas eu de traînées rouges sur l'avant-bras, pas de ganglions engorgés dans l'aisselle.

Une application de sangsues amena une amélioration notable, quoique les douleurs musculaires persistassent.

Vers le 15 juin, apparition de phénomènes semblables au bras droit. Le coude enfle, rougit, le bras et l'épaule sont gonflés et douloureux. Les sangsues sont appliquées, mais ne produisent que peu d'effet.

Des douleurs vives et continues se déclarent dans les cuisses, les jambes, les reins et le ventre.

Le malade se sentait courbaturé, les masses musculaires offraient des tumeurs profondes, de grosseurs variées.

Le 20, céphalalgie; la face devient douloureuse; éruption sur presque tout le corps de gros boutons rouges et saillants.

Le dimanche, 28 juin, le nez, l'œil droit, toute la région péri-orbitaire sont rouges, enflés, d'une chaleur intense; un peu d'écoulement par la narine droite.

Soif très-vive, fièvre brûlante. Un peu de délire, surtout la nuit.

Le 1er juillet, le malade entré la veille a été tellement agité pendant la nuit qu'on a dû le fixer dans son lit. Ce matin il est calme, a sa présence d'esprit et fournit les renseignements ci-dessus.

L'examen auquel on se livre fait constater que sur tout le corps, mais à des distances assez grandes, existent des pustules d'un diamètre de 6 à 8 millimètres, pleines d'un pus blanchâtre, sur un fond rouge un peu induré.

Ces pustules ressemblent à celles de la variole, mais avec des proportions exagérées.

Cette éruption est plus nombreuse sur le côté droit de la face et sur le bras droit.

Le coude droit est rouge, gonflé, tendu; dans le pli du coude on perçoit une fluctuation manifeste.

Dans les masses musculaires des mollets, des cuisses, des bras, des pectoraux, on sent de petites tumeurs dures et douloureuses à la pression.

La face est rouge, congestionnée; pas de glandes au cou, ni dans les aisselles, ni dans les aines.

L'œil droit est fermé, les paupières sont tuméfiées, lisses, brillantes; par la fente palpébrale s'échappe un mucus jaune rougeâtre.

Tout le pourtour de l'orbite, la racine du nez et le front sont œdématiés et rouges.

Le gonflement du nez descend et envahit les narines. Celle de droite est oblitérée par des croûtes et du mucus, toutefois il s'en échappe un liquide sanieux, roussâtre; la narine gauche paraît beaucoup moins malade, pas d'écoulement de ce côté.

Les pustules qui sont situées sur ces parties érysipélateuses sont moins blanchâtres que celles du reste du corps; elles ont une teinte brun-roux et paraissent contenir plutôt de la sérosité que du pus concret.

Fièvre intense, pouls à 150, sueur abondante. Le malade ne se plaint que de douleurs musculaires et d'une céphalalgie très-forte. Rien au cœur.

L'auscultation et la percussion du poumon ne font reconnaître que quelques râles disséminés, presque pas de toux, mais quelques rares crachats un peu teintés en rouge, sans odeur. Urine rouge, sans albumine ni sucre.

Agitation extrême du malade, qui veut se lever à chaque instant.

Prescription : Quinquina sous différentes formes, alcoolature d'aconit, potion alcoolisée, vin, potages.

Bientôt après la visite, le délire du malade augmente; on est dans la nécessité de l'attacher.

Le soir on remarque que les paupières de l'œil droit, la racine du nez, ont une teinte bleue, gangréneuse, les pustules sont devenues noirâtres.

La face est vultueuse, la respiration très-rapide, bruyante; le pouls ne peut plus se compter.

2 juillet, à sept heures du matin, mort.

A neuf heures, le corps a conservé une température très-élevée, quoique la rigidité cadavérique ait commencé; toutes les parties érysipélateuses ont la teinte d'escharres; il y a de grosses phlyctènes au bras droit. Le sang examiné au microscope contient un certain nombre de bactéries.

3 juillet, *autopsie*.

Infiltration purulente, diffuse ou collective du derme et du tissu sous-dermique du front et des paupières, pus dans la conjonctive droite.

La muqueuse nasale est boursouflée, ecchymosée, ulcérée.

L'éruption sur les muscles et le tronc est formée de grosses pustules remplies soit de pus concret, soit d'une sérosité sanguinolente.

Dans les bras, les mollets, dans le grand pectoral droit, abcès musculaires profonds contenant un liquide séro-purulent et des détritus filamenteux.

Dans les articulations du coude et du genou droits, sérosité louche puriforme. Synoviales injectées.

Dans les veines du bras droit, caillots puriformes au-dessus de la collection du pli du coude.

Le cerveau est congestionné, liquide rose dans les ventricules. Rien dans les sinus.

Le voile du palais est ulcéré et infiltré de pus, ainsi que l'amygdale droite et un peu la gauche.

La langue et les replis aryténo-épiglottiques ne sont pas ulcérés. L'intestin et l'épiploon sont normaux.

Le foie est énorme, gras; pas d'abcès; rate volumineuse, un peu molle; reins congestionnés; la substance corticale est grasse, le péricarde viscéral couvert d'ecchymoses. Caillot fibrineux récent dans le cœur; pas d'altérations des orifices ni des valvules.

La corde vocale inférieure droite est un peu hypérémiée par îlots. Au commencement de la trachée et au niveau du cricoïde sont de petites taches saillantes jaunâtres, dont la base est entourée d'un cercle de congestion.

La plèvre est rouge, ecchymosée en plusieurs points; pas de granulations visibles à l'œil nu.

Les poumons présentent à leur surface des tumeurs en relief, dures, grises, ou rosées ou jaunâtres; à la coupe, ces tubercules sont gris, grenus, imbibés de pus; vive congestion autour de ces tumeurs, dont le volume varie d'un grain de millet à un gros pois. Dans les grosses bronches on trouve des points jaunâtres formant saillie; muqueuse très-injectée, liquide puriforme épais. Le poumon gauche offre des îlots d'hépatisation grise. Dans le centre du lobe inférieur on trouve de véritables abcès.

EXAMEN MICROSCOPIQUE FAIT PAR M. V. CORNIL.

La *peau* a été examinée après durcissement dans l'alcool. — Les pustules, petites et superficielles, ne différaient pas des pustules que j'ai décrites dans la variole (1). Au début, les globules de pus naissaient aux dépens des cellules du corps muqueux de Malpighi; il y avait le même état vésiculeux des cellules épithéliales de distance en distance dans les diverses couches d'épiderme; le même réseau d'apparence fibrillaire dû à la conservation et à l'aplatissement d'un certain nombre de cellules, de telle sorte que quand la pustule était bien formée, les globules de pus étaient compris dans les mailles de ce réseau, entre les papilles et l'épiderme.

Dans les points où existaient des tumeurs cutanées plus considérables, tout le réseau papillaire, le derme et le tissu cellulo-adipeux sous-cutané présentaient une prolifération des éléments du tissu conjonctif et des corpuscules de pus : il y avait là de véritables phlegmons où le pus était infiltré dans le tissu conjonctif. Au niveau de ces parties, le corps muqueux de Malpighi était transformé en un tissu aréolaire à mailles perpendiculaires aux papilles et contenant des globules de pus. Les couches épidermiques conservées présentaient, de distance en distance, un état vésiculeux des cellules. Dans ces parties de la peau, il y avait eu d'abord des pustules qui, après avoir débuté par une formation de corpuscules de pus dans le corps muqueux, avaient, en s'agglomérant et en s'étendant en profondeur, transformé la peau en un phlegmon. On a noté, du reste, que les veines qui en partaient étaient oblitérées par de la fibrine adhérente.

Muscles. — Les plus petits abcès musculaires, examinés après durcissement dans l'acide chromique, montraient sur une section, dans toute leur zone périphérique, un épanchement de globules rouges entre les fibres musculaires. Celles-ci avaient été dissociées et comprimées par le sang, de telle sorte qu'elles étaient là en dégénérescence cireuse, converties de distance en distance en gros blocs réfringents. Dans la partie centrale des abcès, il y avait des globules de pus mêlés au sang en très-grande quantité. Dans les abcès plus volumineux, les muscles étaient situés au milieu du pus, dissociés, en dégénérescence cireuse et graisseuse. Dans ces abcès il n'y avait que des globules de pus et pas de sang.

Muqueuse buccale. — La muqueuse de la voûte palatine présentait de petits points transparents, légèrement saillants et ressemblant exactement à de petites vésicules de sudamina. En faisant une section mince sur la muqueuse fraîche dans ces points, nous avons vu qu'il s'agissait là de dilatation des conduits des glandes acineuses de la muqueuse. Le conduit glandulaire arrivé dans la couche épaisse d'épithélium pavimenteux stratifié se dilatait, et il était rempli dans ce point par de l'épithélium vésiculeux. C'était là, dans les conduits des glandes acineuses, la même lésion que j'ai observée plusieurs fois dans les conduits des glandes sudoripares, et qui constitue les sudamina cutanés.

La muqueuse du voile du palais était exulcérée, très-épaisse, et le chorion muqueux était infiltré de pus en même temps que son épithélium avait subi les mêmes lésions que celui de la peau.

Les amygdales montrent aussi des parties infiltrées de pus.

La *muqueuse des fosses nasales* présentait les mêmes modifications : son épithélium était tombé; le chorion muqueux était dans toute son épaisseur en suppuration phlegmoneuse, et la surface libre bourgeonnait.

Muqueuse du larynx et de la trachée. — Après avoir fait durcir dans l'alcool ces muqueuses, j'ai étudié les granulations et plaques saillantes sur des coupes perpendiculaires à la surface. Les petites granulations du larynx étaient recouvertes par des couches d'épithélium devenu muqueux, vésiculeux, et de globules de pus formant un magma blanchâtre, opaque. Au-dessous existe une couche de petites cellules prismatiques implantées perpendiculairement sur la surface du chorion muqueux. Celui-ci est limité par la couche homogène hyaline normale. Dans les points malades, le chorion muqueux est épaissi par la formation de nombreuses petites cellules en rangées parallèles et résultant bien évidemment de l'hyperplasie des cellules du tissu conjonctif. Le relief des granulations et îlots saillants du larynx et de la trachée était donc constitué par la chute et la disparition de l'épithélium et par l'hyperplasie des cellules du tissu conjonctif. En outre, les culs-de-sac glandulaires des glandes acineuses, comprises dans la zone d'irritation de ces néoformations, présentaient leurs culs-de-sac agrandis, leurs cellules grossies, devenues sphériques et libres au milieu du cul-de-sac. Il y avait aussi dans les glandes une multiplication de leurs cellules d'épithélium. Sur les parties ulcérées de la muqueuse des voies respiratoires, l'ulcération était causée par la chute complète de l'épithélium et par la suppuration et la destruction de la partie la plus superficielle du chorion muqueux.

Poumon. — Dans le poumon étudié frais ou après durcissement dans l'acide picrique, tous les îlots, gris, jaunâtres, durs ou ramollis, et *à fortiori* ceux qui présentaient à l'œil nu un véritable ramollissement puriforme, tous ces îlots étaient constitués uniquement par de la pneumonie catarrhale lobulaire. Cela veut dire que les alvéoles pulmonaires dans les points malades étaient complétement remplis par des globules de pus et des cellules volumineuses, rondes, contenant plusieurs noyaux. Il n'y avait là rien qui rappelât, de près ou de loin, soit des granulations tuberculeuses, soit les granulations morveuses du cheval que j'ai étudiées avec Trasbot (1).

(1) *Journal de l'anatomie*, 1er mars 1866.

(1) Société de biologie.

Il y a toujours une grande, une immense part à faire à l'imprévu; demandez à notre collègue le professeur Denonvilliers, dont nous avons tous eu l'occasion d'admirer la merveilleuse habileté dans les réparations de la face, où et quand il faut s'arrêter dans les débridements? Il vous répondra ce que je lui ai souvent entendu dire : Quand vous en serez là, vous aviserez. Tous ceux qui ont pratiqué ces incisions libératrices après la suture des fistules intravaginales, et je suis de ce nombre, tous vous diront que poser en précepte, par exemple, qu'il ne faut pénétrer ni dans le péritoine, ni dans la vessie, ni dans le rectum, c'est avancer quelque chose d'illusoire du moment où vous n'ajoutez pas comment il faut s'y prendre pour éviter les accidents! Or, c'est là ce qu'il est impossible de dire à l'avance et ce qui doit nécessairement être laissé à l'initiative de chaque opérateur.

Quant à l'utilité de ces incisions libératrices, aveugle qui la nie! Écoutez plutôt ce qu'a écrit à leur propos le critique le plus fin et le plus intelligent qu'ait jamais produit la chirurgie française. « Partout où la guérison pourra se faire sans tiraillement, dit Malgaigne, que l'on se borne à la suture, cela est rationnel; mais en cas de tiraillement manifeste, que l'on ne veuille pas s'y opposer, c'est contrevenir à plaisir aux lois de la chirurgie. Il y a autre chose en médecine opératoire que des procédés et des instruments, il y a des médications; et l'indication de supprimer le tiraillement dans l'affrontement des plaies est une de celles qu'il serait le plus imprudent de violer. Les résultats du procédé américain montrent, du reste, dans bon nombre de cas, l'insuffisance de la suture simple (1). »

Pour mon compte, je n'avais pas attendu ce moment pour me prononcer sur la valeur de cette innovation, et dès 1860 j'écrivais : « C'est fondé sur le mode de connexion du vagin et de l'utérus avec le bas-fond et la paroi postérieure de la vessie, que M. Jobert a institué sa belle opération de cystoplastie par locomotion dans les cas de fistules vésico-vaginales larges et profondes, réputées avant lui incurables. » Et plus loin j'ajoutais que treize cas de guérison déjà publiés dans le *Traité de chirurgie plastique* plaidaient éloquemment en faveur de cette méthode (2).

Tel est, réduit à sa plus simple expression, le procédé de Jobert pour les fistules vésico vaginales proprement dites; mais, vous le savez, ces fistules ne sont pas toujours aussi simples lorsque, par exemple, elles siégent en arrière du trigone vésical et qu'elles portent sur le bas-fond de la vessie, elles s'ouvrent nécessairement dans le col même de l'utérus, dont elles détruisent plus ou moins la lèvre antérieure; quelquefois même l'urine pénètre dans la cavité du corps. Une belle observation de M. le professeur Stoltz de Strasbourg (2), en avait signalé une première variété à l'attention des chirurgiens. Mais c'est au professeur de Paris qu'on doit d'avoir fait connaître en détail et d'avoir classé méthodiquement ces diverses lésions, bien autrement compliquées que les premières. Pour traiter ces fistules vésico-utérines et vésico-utéro-vaginales, le procédé de la cystoplastie par locomotion ne suffit plus; il faut tailler ici de véritables lambeaux; mais où les trouver? Il y a là une large cavité à combler, cavité formée par ce qui reste de la vessie, par les débris du col utérin et par le cul-de-sac vaginal, cavité dans laquelle l'urine est incessamment versée pour de là s'écouler par la vulve. Devant ces redoutables complications, l'esprit inventif de Jobert ne reste pas en défaut; c'est à l'utérus lui-même qu'il empruntera des lambeaux, et selon que la destruction est plus ou moins profonde, il les taillera soit dans la lèvre antérieure, soit même dans la lèvre postérieure. Dans ce dernier cas alors, le tissu de l'utérus ainsi transformé devient partie intégrante du réservoir urinaire, et le vagin, dont les insertions au col ont été largement décollées, n'ayant plus aucune communication avec la cavité utérine, le sang des règles est versé dans la vessie et de là au dehors par l'urèthre. Sur 13 malades ainsi traitées, 11 ont complétement guéri, une a succombé à une péritarite et la treizième a conservé un pertuis fistuleux (1).

Les succès obtenus par Jobert, succès publiés dans la presse périodique, communiqués par lui aux Académies, suscitèrent naturellement beaucoup de contradicteurs. Au début, alors que simple agrégé de la Faculté, il opérait à l'hôpital Saint-Louis, loin, bien loin du centre, ses collègues ne suivaient que d'un œil distrait et indifférent ses efforts réitérés et persévérants. Il fallut que le rapport de Lallemand, au nom d'une commission composée de Roux et de Velpeau, vînt faire la lumière sur ses divers procédés opératoires pour qu'enfin l'attention publique fût définitivement fixée sur lui; et encore, malgré la grande notoriété, la loyauté et la compétence toute spéciale de l'illustre chirurgien de Montpellier et des autres membres de la commission, bon nombre de médecins persistèrent-ils dans leur incurable incrédulité relativement à la possibilité de guérir les fistules vésico-vaginales, tant était profondément enracinée cette opinion qu'elles étaient au-dessus des ressources de l'art. Ce rapport de Lallemand, véritable traité sur la matière, est des plus honorables pour Jobert et pour le rapporteur lui-même; aussi n'ai-je pu résister au plaisir d'en transcrire quelques passages (3). « Sortant des voies battues, dit Lallemand, à force de persévérance, le docteur Jobert a fini par créer une méthode nouvelle plus hardie que les autres et cependant tout à fait rationnelle. » Et plus loin, appréciant la valeur des incisions libératrices : « Au reste, les débridements sont tout à fait sans danger, aucune artère ne circulant dans l'épaisseur de la cloison, il ne peut y avoir d'hémorrhagie à redouter dans aucune direction; il n'est pas survenu non plus d'accidents graves chez les malades opérées par le docteur Jobert, et il en a guéri 6 sur 8. » Appréciant enfin le résultat des opérations, le rapporteur termine ainsi : « Quant aux opérations de guérison qui servent de base à ce travail, votre commission a pu constater les traces des opérations pratiquées sur la plupart de ces femmes, les cicatrices des incisions et des points de suture, l'étendue des parties déplacées, et par conséquent celle des désordres réparés. » Aussi la commission donna-t-elle son approbation complète aux progrès réalisés par Jobert et conclut-elle à l'insertion de son mémoire parmi ceux des savants étrangers à l'Institut. J'ai cité textuellement les termes de ce rapport, parce qu'ils établissent avec une autorité irrécusable la valeur des procédés opératoires de Jobert; mais ne vous semble-t-il pas que le rapporteur qui sacrifie ainsi sur l'autel de la science, en faveur de la vérité, les droits légitimes qu'il aurait pu revendiquer dans les progrès imprimés à la thérapeutique des fistules vésico-vaginales, a donné un noble exemple, et qu'il ne faut pas le laisser passer sans lui rendre hommage; honneur donc à Lallemand!

Mais si les contemporains et les collègues de Jobert étaient restés aussi longtemps dans un silence presque hostile à son égard, et s'ils n'avaient pas compris de suite la notoriété due à ses hardies tentatives, il n'en était pas de même à l'étranger. En Allemagne, en Angleterre, en Amérique surtout, le nom de Jobert était très-répandu parmi les savants, et ses essais très-favorablement jugés. Ceux-là seuls pourront s'en étonner qui n'ont jamais fréquenté la clinique de Saint-Louis; nous tous qui y avons passé, comme internes d'abord, comme chefs de service ensuite, nous savons la réputation d'habileté opératoire qu'il y avait conquise et qui n'est pas effacée encore; nous nous souvenons de ces jeunes médecins venus des États-Unis, d'outre-Manche et d'outre-Rhin, qui se pressaient chaque matin à sa visite, empressés de suivre la pratique du chirurgien signalé entre tous par sa hardiesse et son originalité. Qui peut dire l'influence qu'ont dû exercer sur l'esprit froid et réservé, mais audacieux et entreprenant des Américains, les exemples du novateur marchant dans des voies inexplorées? Qui pourrait répondre que ses succès n'ont pas éveillé l'attention, suscité ou provoqué les essais de plus d'un d'entre eux?

Jobert, dont l'éducation première laissait tant à désirer, ne connaissait ni l'anglais ni l'allemand, il était donc resté complétement étranger au mouvement scientifique qui se faisait ailleurs qu'en France. Aussi, lorsqu'en 1858 un jeune médecin de New-York, le docteur Bozemann, vint à Paris se disant en possession d'une nouvelle méthode de traitement des fistules vésico-vagi-

(1) Malgaigne : *Manuel de médecine opératoire*.
(2) Richet : *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, 3e édit. p. 789 1860.

(1) *Mémoire sur les perforations du col de l'utérus et les fistules vésico-utérine et vésico-abdominale à la suite de l'accouchement*, par le docteur Stoltz, de Strasbourg.
(2) *Traité de la réunion*, p. 227 ; et *Traité des fistules vésico-utérin s*, p. 74, 89 et suivantes.
(3) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. XXIV, p. 1039. 1847.

Le *foie* montre des cellules remplies de granulations et de gouttelettes graisseuses.

Le *rein* présente aussi dans un grand nombre des tubuli des cellules infiltrées de granulations protéiques et graisseuses.

En résumé, si l'on s'en rapporte à l'examen microscopique, ce cas de morve humaine diffère sensiblement de la morve aiguë du cheval, où l'on voit dans tous les organes des granulations analogues aux granulations tuberculeuses, c'est-à-dire constituées par de petits éléments agglomérés en forme de grains au milieu d'une substance fondamentale dense et devenant caséeux à leur centre.

Ici nous n'avons trouvé, dans chaque organe, que de petits foyers d'inflammation suppurative, ou du pus infiltré comme dans un phlegmon, dans une grande étendue du tissu conjonctif dans la peau, le tissu sous-cutané, et le chorion muqueux de la muqueuse des fosses nasales, du voile du palais, etc.

Il sera essentiel par conséquent, à l'avenir, d'étudier attentivement tous les cas de morve humaine, car il serait possible que l'inoculation de la morve du cheval à l'homme se caractérisât seulement, comme dans cette observation, par des lésions d'infection purulente, au lieu de reproduire, ainsi qu'il eût été naturel de le supposer, les granulations spéciales de la morve équine.

EMPLOI DU VIN DE QUINIUM

Comme tonique et fébrifuge.

Les vins de quinquina ordinairement employés en médecine se préparent avec des écorces dont la teneur en alcaloïdes est extrêmement variable; de plus, le procédé de préparation est défectueux à ce point, que les écorces qui ont servi à préparer le vin de quinquina peuvent être employées ensuite à la fabrication du sulfate de quinine. Aussi, ces vins ne contiennent que des traces de principes actifs, et en proportions toujours variables.

Le *Vin de quinium* de Labarraque, préparé avec le *quinium* (extrait de quinquina titré), approuvé par l'Académie impériale de médecine, constitue un médicament de composition bien déterminée, riche en principes actifs, et sur lequel le médecin peut toujours compter. Chaque bouteille de 500 grammes de vin contient 2 gr. 25 de quinium représentant invariablement :

0 gr. 75 d'alcaloïdes;
1 gr. 50 de principes toniques et aromatiques.

Les alcaloïdes sont dans la proportion de deux parties de quinine pour une partie de cinchonine.

De nombreuses expériences ont été faites sur l'emploi du vin de quinium comme tonique et fébrifuge, et les résultats ont été des plus concluants. M. le professeur Bouchardat, qui s'est beaucoup occupé du mode d'action du quinium, s'exprime ainsi :

« Toutes les fois qu'il faudra couper un accès sûrement et promptement, le sulfate de quinine marchera toujours avant toutes les préparations de quiquina; aucune d'elles, et le quinium lui-même, ne ne pourront lui être comparé pour cette merveilleuse puissance. C'est pour cela que rien ne peut le remplacer lorsqu'il faut combattre des accès pernicieux; mais lorsqu'il s'agit de guérir une fièvre ancienne, sûrement et sans secousses, c'est alors que le quinium reprendra sa suprématie.

« C'est dans les pays à fièvres, au milieu des causes qui leur ont donné naissance, quand ces mêmes causes persistent, que tous les avantages du quinium apparaissent. C'est dans ces conditions que M, Wahu l'a administré en Algérie; M. Hudellet dans les Dombes, et moi-même dans plusieurs localités à fièvres du département de l'Yonne. ». (*Manuel de thérapeutique* de M. Bouchardat, 1856-1857.)

« Nous avons vu, par suite de l'usage continué pendant quelque temps (un mois ou deux) du *vin de quinium*, des effets vraiment merveilleux se produire, et des organisations détériorées par la cachexie reprendre le dessus et subir pour ainsi dire une régénération. Aussi, n'hésitons-nous pas à dire que le quinium est, selon nous, le plus efficace et le plus énergique des toniques connus. » Docteur Wahu, médecin principal de l'hôpital de Cherchell (Algérie). (*Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1858.)

« Depuis quelques années que je donne mes soins à l'usine Mazeline et Ce, j'ai employé avec un succès constant le *vin de quinium* comme fébrifuge et comme tonique, dans tous les cas où les ouvriers (au nombre de 800 à 1,000) sont affaiblis par les miasmes paludéens qui s'exhalent des terrains de l'Eure.

M. Mazeline, lui-même, arrivé à un état de dépérissement assez grave, par suite des excès de ses travaux, dans une localité où les fièvres sont endémiques, s'est trouvé régénéré par l'emploi habituel du vin de quinium, pris à la dose d'un verre à liqueur matin et soir, et sa santé s'est complétement rétablie.

« Le Havre, 8 juillet 1858.

« Dr Bellevue. »

« Pas un seul des individus qui ont usé du *vin de quinium* comme préservatif, n'a contracté la fièvre, soit avant, soit peudant leur séjour dans le pays d'étangs.

« Dr Hudellet, médecin en chef de l'hôpital de Bourg (Ain), 6 janvier 1854. »

M. le docteur Regnauld, médecin inspecteur des eaux de Bourbon-l'Archambault, a émis de la manière suivante, dans l'*Union médicale* du 5 mai 1860, son opinion sur la valeur spéciale du quinium :

« ... Je dois signaler enfin les excellents effets du quinium, administré comme tonique dans la période ultime des fièvres typhoïdes des pneumonies graves, de toutes les maladies longues, dont la convalescence est lente et précaire, accompagnée de fièvre vers le soir; dans les cas, en un mot, où il est indiqué de hâter la réparation des forces et des organes, sans secousses et sans stimulation.

« C'est alors que le quinium jouit d'une supériorité incontestable sur toutes les autres préparations du quinquina. Sous son influence, la fièvre disparaît promptement; l'appétit se réveille, les digestions se réguralisent, et le retour du sommeil abrége la convalescence et complète la guérison.

« Madame A..., de Bourbon, âgée de vingt-huit ans, a la fièvre sous différents types depuis dix-huit mois. Elle a pris une énorme quantité de sulfate de quinine en poudre et en pilules, au point que son estomac ne peut plus le tolérer, même associé à l'opium. Elle offre tous les symptômes de la cachexie paludéenne : aménorrhée, bouffissure de la face, ventre énorme, rate triplée de volume. L'estomac est tellement fatigué, qu'il ne supporte pas même le sulfate de fer; ce sel provoque des coliques et une extrême répugnance. C'est dans ces conditions que je prescris le vin de quinium, dont l'apparition était récente. Aussi peu familiarisé que j'étais avec ces effets, je ne fus pas peu surpris de la manière prompte et complète dont il triompha de la fièvre de madame A..., qui depuis deux ans n'a éprouvé aucune récidive.

« M. R..., âgé de trente-deux ans, propriétaire cultivateur à Ygrande, a eu, les étés précédents, quelques accès de fièvre qui ont cédé à l'usage du sulfate de quinine. Au mois d'aout 1859, il est repris de cette même fièvre tierce ; mais cette fois le sulfate de quinine ne produit plus l'effet accoutumé. Il cause de vives douleurs d'estomac, et par suite, une répugnance invincible; la fièvre augmente d'intensité. Il s'ensuit un dégoût extrême pour les aliments, une grande faiblesse et une tristesse profonde, à la pensée qu'il succombera à la fièvre, puisqu'il ne peut prendre ni supporter le seul remède qui la guérisse.

« Je prescris 30 grammes de vin de quinium à prendre trois fois par jour. Les première doses provoquent une vive chaleur à l'estomac, suivie de vomissements bilieux. Les doses suivantes amènent au contraire des évacuations alvines abondantes, pendant quatre ou cinq jours. Ces effets une fois produits, la fièvre disparaît; le malade retrouve l'appétit, sommeil et gaieté, et n'use alors de son vin qu'à doses décroissantes.

« Vingt jours après, il me prie de lui prescrire une autre bouteille de vin de quinium. Il s'était senti, dit-il, parfaitement guéri; mais ayant été mouillé par une pluie d'orage, la fièvre avait reparu. Il avait la conviction qu'une deuxième bouteille le guérirait radicalement. Ainsi a-t-il été sans doute, car je ne l'ai pas revu.

« La femme P..., âgée de vingt-six ans, est rongée depuis cinq ans par la fièvre. Malgré sa jeunesse, elle a l'aspect de la décrépitude : peau terreuse, yeux éteints, jambes œdématisées et ventre si volumineux, qu'on la croirait près d'accoucher. On sent à travers les parois la rate hypertrophiée, descendant jusque dans le bassin. Depuis son mariage, qui remonte à six ans, elle est venue habiter une maison assez bien située, en apparence, à mi-côte d'une colline, mais qui domine la queue de l'étang de Meillers. Or, cet étang, qui alimente un moulin, est à sec pendant l'été dans la moitie de son étendue.

« De prime abord, je déclarai qu'il n'y avait rien à espérer pour la malade, tant qu'elle ne changerait pas d'habitation. Mais ma prescription n'est pas facile à éxecuter, parce que la maison appartient aux époux P..., qu'on ne peut la vendre dans un bref délai, et que d'ailleurs les changements de domicile, à la campagne, ne se font qu'au mois de novembre; or, nous n'étions qu'au mois d'avril.

« Donc, vu l'urgence, je prescris le quinium : trois doses de 30 grammes, trois fois par jour, et, la bouteille finie, l'usage du sulfate de fer. Après quinze jours, le mari vient me signaler une grande amélioration dans l'état de sa femme. La fièvre a complétement disparu; le teint s'est éclairci, l'appétit et le sommeil sont revenus; mais elle a une si grande frayeur de la récidive, qu'elle réclame une seconde bouteille de quinium.

« Je n'ai plus revu la femme P..., mais je sais que la guérison persiste, malgré la funeste influence du voisinage de l'étang de Meillers, pendant l'été si sec de l'année 1859.

« La femme Michel, charcutière, âgée de cinquante ans, grande, fortement constituée, quoique lymphatique et d'un énorme embonpoint, est en proie depuis deux ans à tous les troubles de la ménopause : céphalalgie, palpitations, dyspepsie complète, insomnie, fièvre continue avec exacerbation et frisson pendant une heure vers le milieu du jour. En vain prend-elle du sulfate de quinine à doses prolongées; il est sans influence sur l'état fébrile, et ne fait que provoquer d'insupportables douleurs d'estomac. Au printemps de 1858, une affreuse maigreur avait remplacé l'embonpoint; les jambes s'œdématisent, l'urine devient rare, les palpitations augmentent, l'oppression est extrême, la marche et la station sont presque impossibles. C'est alors seulement que je suis consulté. Je prescris le sous-nitrate de bismuth à hautes doses, et le vin diurétique amer de la Charité.

« Ce traitement, bien qu'exécuté très-inégalement, amène une amélioration sensible, qui permet à la malade de reprendre ses occupations, dans une mesure restreinte, jusqu'à l'été de 1859. Alors tous les symptômes ci-dessus décrits reparaissent avec une nouvelle intensité, et, lorsque je suis de nouveau consulté, en août 1859, l'état est des plus graves.

« Vin de quinium, cent grammes par jour, en trois doses.

« Quinze jours après, la malade vient me remercier elle-même avec effusion; elle est guérie : plus de fièvre, plus d'oppressions, plus d'infiltrations. Pendant huit jours, chaque dose de vin de quinium a provoqué des vomissements bilieux, puis des déjections alvines très-liquides.

« Malgré la fatigue produite par ces évacuations, me dit la femme
« Michel, je sentais mes forces et mon appétit revenir, ce qui me
« donnait le courage de persévérer. Aujourd'hui, je mange, je dors,
« je suis guérie.

« Mais quel remède énergique vous m'avez donné là! »

Dr Regnauld.

On peut avancer aujourd'hui, comme une vérité incontestable, qu'il n'y a pas d'indisposition continue sans une source fébrile, dont celui qui souffre peut ne pas se rendre compte, mais qui n'en existe pas moins. Ainsi, les personnes faibles, débilitées, soit par diverses

---

nales consacrée par de nombreux et importants succès, c'est à peine s'il considéra la chose comme possible; je sais même qu'il accueillit cette communication avec un sourire d'incrédulité. Mais lorsque, en 1859 et 1860, les publications successives de MM. Verneuil (1), Follin (2) et Andrade (3) eurent mieux fait connaître ce procédé, un peu pompeusement décoré du nom de *Méthode américaine*, lorsque surtout les succès obtenus au milieu de nous se multiplièrent, il lui fallut bien enfin ouvrir les yeux; il comprit alors que sa méthode de la cystoplastie était sérieusement menacée et que le courant de l'opinion scientifique commençait à se détourner de lui. Ce délaissement lui fut extrêmement sensible, et tous ceux qui ont connu son caractère inquiet et ombrageux comprendront ce qu'il a dû souffrir sur la fin de sa carrière, en voyant un de ses anciens internes, celui-là même sur lequel il croyait pouvoir le plus compter pour soutenir ses doctrines, entraîné par ses convictions, passer avec armes et bagages dans le camp opposé. Quoique peu communicatif, il revenait fréquemment, dans ses conversations particulières sur ces sujets pénibles, et toujours avec une certaine aigreur. Bien plus, sa mauvaise humeur a percé jusque dans ses écrits. « Je n'ignore pas, dit-il dans les préliminaires de son *Traité de la réunion*, les contradictions qui se sont élevées sur ce point de pathologie aussi grave qu'il était peu exploré avant moi, ni même les attaques d'un genre moins honorable qui y ont trouvé un prétexte. Mais sous ce rapport, les preuves d'assentiment et d'amitié auxquelles j'aime à rattacher les noms illustres des Lallemand, Rayer, Andral, Bouillaud, Louis, Rostan, Bégin, Michel-Lévy, Larrey, Liston, etc., etc., m'ont depuis longtemps dédommagé des injustices sans portée. »

Les attaques avaient-elles donc été aussi vives, aussi injustes qu'il le disait? Quelqu'un avait-il cherché à lui enlever le mérite d'avoir conduit la science dans des voies nouvelles? Nullement : un procédé nouveau se présentait, s'annonçant comme moins compliqué, plus facile d'exécution, plus certain dans ses résultats, et chacun s'empressait de l'expérimenter. Quant à la cystoplastie, elle subissait la loi commune à tout progrès, elle avait conduit à d'autres innovations qui la faisaient, sinon oublier, du moins délaisser jusqu'au moment où elle consentirait à se transformer. La vérité est que la méthode de Jobert aurait eu, ce me semble, quelque chose à gagner à se rapprocher du procédé américain, lui qui, de son côté, a tant emprunté à la chirurgie française; et c'est une preuve, à mon sens, que déjà la maladie cruelle qui devait emporter notre infortuné collègue avait commencé à obséder sa raison, que de le voir manquer, dans ces graves conjonctures, de cette virilité intellectuelle qui ne fait jamais défaut quand il s'agit de défendre son œuvre et quand surtout on a pour soi la vérité et la justice.

(1) *Gazette hebdomadaire*, p. 7, 55 et 119.
(2) Examen de quelques nouveaux procédés opératoires pour le traitement des fistules vésico-vaginales (méthode américaine), par E. Follin. Paris, 1860.
(3) *Thèses de Paris*, 1860.

Pour moi, je ne sais si je m'abuse, mais il ne me paraît pas téméraire d'affirmer que la pratique du chirurgien de l'hôpital Saint-Louis peut revendiquer une large part dans les perfectionnements très-réels apportés au traitement des fistules par nos confrères de Boston et de New-York. Pour le démontrer, il suffira, j'espère, d'un simple rapprochement de dates et d'un examen rapide des principes sur lesquels repose le procédé nouveau.

Jobert a pratiqué sa première cystoplastie, celle dont j'ai déjà parlé et qui fut suivie d'un succès complet, le 2 juin 1834. Mais il ne faut pas oublier qu'il avait été conduit à cette modification opératoire par les insuccès de son procédé primitif, celui de l'avivement de la surface vaginale par *dédoublement* essayé plusieurs années avant.

De 1834 à 1846, il fit à l'Institut de fréquentes communications sur ce sujet, et c'est en 1847 que fut publié dans les comptes rendus de ce corps savant le rapport de Lallemand. Enfin en 1849 parut le *Traité de chirurgie plastique* et en 1852 le *Traité des fistules*.

Or, c'est cette même année 1852, c'est-à-dire six années après le rapport de Lallemand et plus de dix-huit ans après la première opération de cystoplastie, que le docteur Marion-Sims, l'inventeur du procédé dit *Methode américaine*, publia son premier travail (1). Il est vrai que notre très-érudit collègue le professeur Verneuil revendique en faveur du docteur Hayward, de Boston, la priorité du principe qui caractérise le procédé américain, c'est-à-dire l'avivement oblique et large, priorité qui remonterait suivant lui à 1839. Mais de la lecture attentive de l'observation, il est résulté pour moi cette conviction que le docteur Hayward n'avait fait qu'une opération très-simple, très-ordinaire, puisqu'il ne s'agissait en définitive que d'une très-petite fistule, située en avant, qu'il put amener presque à l'extérieur, puis aviver et suturer comme on avive et suture partout ailleurs. Le docteur Marion-Sims, au contraire, a formulé très-nettement des préceptes basés sur un grand nombre d'observations, et j'énoncerai une vérité qui ne sera contredite par personne, en disant que sans ses efforts persévérants, nous n'eussions jamais connu de méthode américaine. Je n'hésite donc pas à le considérer comme le véritable créateur de ce procédé, car ce n'est qu'un procédé et non une méthode, ainsi que l'a fort bien indiqué Malgaigne.

Qu'on veuille bien remarquer, d'ailleurs, que dans le premier comme dans le second cas la priorité incontestable d'*impulsion* revient à Jobert et que nous sommes en droit de conclure en comparant la date, soit des opérations, soit des publications, que c'est lui qui a inspiré les chirurgiens américains.

(1) American Journal of the medical science. On the treatment of vesico-vaginal fistula, 2e série, t. XXIII, p. 59. 1852.

Voilà pour la priorité; cherchons actuellement sur quels principe se base le procédé du docteur Marion-Sims et si ses principes étaient inconnus en France. Le docteur Sims part de ce fait que ce qui fait échouer la suture, c'est la minceur des surfaces avivées et leur mobilité, d'où la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, de les maintenir dans un parfait contact. Il propose donc de faire un très-large avivement comprenant seulement la surface vaginale péri-fistulaire, et il affronte ces larges plaies avec des fils métalliques. Large avivement, application de sutures métalliques, voilà les deux principes *essentiels* sur lesquels repose son procédé; je dis *essentiels*, car je néglige à dessin d'entrer dans des détails qui sans doute ne manquent pas d'importonce, mais qui ne sauraient trouver place ici.

Or, de ces deux principes, Jobert avait nettement formulé le premier, celui du large avivement. Ainsi, dans son procédé primitif, celui qui avait précédé la cystoplastie, il avivait, en *dédodant*, la surface vaginale péri-fistulaire pour rejeter, dit-il, du côté de la vessie les surfaces avivées et adossées.

Plus tard, lorsque dominé par la crainte de rétrécir la vessie et d'exercer des violences sur les sutures, il recommanda l'autoplastie, que faisait-il encore, sinon de l'avivement par de larges surfaces? Cela n'est-il pas manifeste surtout dans son dernier procédé de la cystoplastie par locomotion vagino-utérine où il décolle au loin les insertions vaginales et emprunte de larges surfaces saignantes au col de l'utérus et au vagin lui-même? Que si l'on se refusait absolument à voir dans les divers procédés de Jobert le principe de l'avivement par de larges surfaces, ce n'est pas dans les écrits des chirurgiens américains qu'il faudrait en chercher la première mention, c'est dans ceux d'un chirurgien français, longtemps émule et collègue de Jobert à l'hôpital Saint-Louis, professeur de pathologie externe à cette Faculté, je veuv parler de Gerdy, qui, dès 1841, les avait formulés et appliqués (1) : peut-être même faudrait-il remonter jusqu'à l'illustre Diffenbach qui, en 1836, c'est-à-dire deux années après Jobert, aurait exécuté le décollement de la muqueuse du vagin (2).

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthrétique et dartreuse, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les éruptions scrofuleuses, parasitaires et syphilitiques, par le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc., rédigées et publiées par le docteur Jules Besnier, revues et approuvées par le professeur. 2e édition considérablement augmentée. — 1 vol. in-8 de 545 pages. Prix : 7 fr. — Paris, 1868, Adrien Delahaye, éditeur.

(1) *Revue scientifique et industrielle*, t. V, p. 454. 1841.
(2) *Gazette médicale de Berlin*.

causes d'épuisement, soit par les suites de maladies; les adultes fatigués par une croissance trop rapide, sont soumis à une action fébrile constante. C'est alors que le *vin de quinium* peut être administré avec la certitude d'un véritable succès. Le vin de quinium doit encore être conseillé aux femmes qui relèvent de couche, aux convalescents et aux vieillards affaiblis par l'âge ou la maladie.

Dans les cas d'anémie, chlorose, etc., le vin de quinium de Labarraque est un puissant auxiliaire des ferrugineux. Associé par exemple aux pilules de Vallet, il produit des effets véritablement merveilleux.

Du reste, l'approbation, si rare, de l'Académie impériale de médecine est un titre pour le vin de quinium de Labarraque à la confiance des médecins. Dr BARDEL.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 3 juillet 1868. — Présidence de M. CHAUSIT.

—

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. MARTIN (Antonin) demande la parole à propos du procès verbal. Dans la dernière séance, dit-il, il a été parlé des moyens qui peuvent faire avorter la pustule variolique; mais dans le peuple, tout ce qui porte le nom de mercure est proscrit, et l'onguent mercuriel est souvent refusé; alors on transige, et au lieu de l'employer en onctions, on se sert du sparadrap *de Vigo, cum mercurio.*

Mais son application exacte et complète est très-difficile, demande beaucoup de soins, et il est incontestable que l'onguent mercuriel est bien plus commode dans son emploi, mais on est obligé souvent de compter avec les préjugés populaires.

M. BRIQUET. D'abord, il y a moyen de masquer l'onguent mercuriel en y associant de l'amidon, ce que j'ai fait très-souvent; et, par l'emploi de cette préparation, on empêche les abcès des paupières, on diminue de beaucoup l'intensité des phénomènes locaux, ce que l'on n'obtient pas par l'usage de l'emplâtre de Vigo.

M. PERRIN. Si j'ai bonne mémoire, on trouve dans Hufeland un moyen pour empêcher les pustules qui viennent aux paupières : c'est un collyre additionné de sublimé; j'ai eu quelques succès, et je crois qu'il y a quelque chose à tenter dans cette voie là.

M. BRIQUET. J'ai expérimenté ce que conseille M. Perrin, et même je suis allé plus loin : ayant remarqué que les inflammations spécifiques étaient avantageusement modifiées par l'application de l'onguent mercuriel, j'ai voulu faire, par son emploi, de la méthode abortive dans les accidents syphilitiques. Ainsi, si j'appliquais de l'onguent mercuriel sur des pustules vaccinales, elles avortaient; tandis que celles qui étaient indemnes de toute préparation hydrargyrique allaient jusqu'à maturité. J'employai alors ce même moyen pour les chancres, mais le résultat fut négatif, et les chancres se développèrent.

Alors, j'employai le sublimé : le sublimé fit escarre, et la pustulation n'en eut pas moins lieu. J'en parlai alors à Ricord, qui me dit que ses expériences étaient en tous points identiques aux miennes.

M. MARTIN (Antonin). Ne pourrait-on pas remplacer le sublimé et l'onguent mercuriel par une autre composition hydrargyrique, le calomel, par exemple, ou le cérat au calomel?

M. CHAUSIT. Je crois qu'il y a confusion dans la comparaison que l'on fait de la variole et de la syphilis. Il n'y a pas la moindre similitude ni dans la genèse, ni dans la production des phénomènes consécutifs. Dans la variole, la pustule est le commencement et la fin de la maladie, c'est l'*alpha* et l'*oméga*, tandis que, dans la syphilis, l'ulcération est le commencement de la maladie : c'est le *principium et fons*, c'est le premier anneau de la chaîne qui va se dérouler; il n'y a donc aucune analogie.

M. DUROZIEZ lit une note intitulée : *De l'augmentation du volume du cœur dans l'état puerpéral.*

M. LE PRÉSIDENT. J'ai une triste nouvelle à annoncer à la Société : un de ses membres les plus assidus, dont tous nos collègues avaient pu apprécier la modestie et le savoir, M. le docteur de Soyre, vient de succomber, ce matin même, à une longue et douloureuse maladie.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel : Dr A. CHARRIER.

Faculté de médecine de Paris.

Modification au règlement de 1865 sur les concours pour les emplois de chef de clinique. — Le Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique;

Vu l'ordonnance royale du 2 février 1823;

Vu les arrêtés ministériels des 23 août 1862 et 23 juin 1865;

Vu l'avis de la Faculté de médecine de Paris;

Vu le rapport du vice-recteur de l'Académie de Paris,

Arrête :

L'article 5, § 1er, de l'arrêté susvisé du 23 juin 1865, est abrogé et remplacé par la disposition suivante :

« Est admis à concourir pour les emplois de chef de clinique tout docteur en médecine qui n'est pas âgé de plus de trente-quatre ans le jour de l'ouverture du concours. »

Fait à Paris, le 4 août 1868.

V. DURUY.

Par décrets rendus sur la proposition du Ministre de l'Intérieur, ont été nommés chevaliers de l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

MM. le docteur Halleguen, président de la Société des médecins du Finistère, membre du Conseil municipal de Châteaulin.

Le docteur Chauvel, vice-président de l'association médicale de l'arrondissement de Quimper (Finistère), adjoint au maire de cette ville.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 100. — JEUDI 27 AOUT 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 27 AOUT 1868. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Hôtel-Dieu (M. Noël Guéneau de Mussy). Leçons cliniques sur la congestion. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Feuilleton : Éloge de Jobert de Lamballe, par M. le professeur Richet. — Nouvelle.

Paris, le 26 août 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine n'a pas de vacances proprement dites; mais chaque année, vers cette époque, elle se donne pour délassement ce qu'on pourrait presque nommer *des séances de belles-lettres*.

C'est ainsi qu'elle a écouté mardi dernier, d'abord un éloge de Laënnec très-finement et purement écrit, puis le commencement de ce mémoire original qui avait tant intrigué par son titre, et dans lequel M. Dubois (d'Amiens) a fait applaudir, comme à l'ordinaire, ses grandes qualités d'historien, de littérateur et de critique.

Un seul incident a rappelé que l'on était dans une enceinte où l'on aime la discussion : M. Jules Guérin, dans une lettre au Président de l'Académie, a revendiqué pour lui-même l'invention d'une théorie que M. Richet avait attribuée à M. Robin.

S'il s'agit de la théorie dite « des blastèmes », suivant laquelle les tissus naîtraient aux dépens de liquides préalablement sécrétés, soit dans l'embryon, soit au fond des plaies, cette théorie est pour le moment très-discutée et ne semble pas être dominante.

M. Virchow vient de prendre à partie M. Robin, dans un article (1) qui a le grand tort de n'être pas calme, modéré et poli comme il devrait l'être.

Jusqu'à présent, M. Virchow avait le beau rôle : il était attaqué avec une certaine véhémence, et lui-même il n'attaquait pas. On le citait le plus souvent, il est vrai, sans le bien comprendre; mais ce n'était pas faute de bonne volonté, car parmi ceux qui le citaient, plusieurs l'admiraient sans réserve, et invoquaient son autorité en l'interprétant à leur manière.

Comment M. Virchow pouvait-il espérer être mieux compris par ses adversaires que par ceux qui s'étaient donnés pour ses partisans?

Il faut bien le dire, la langue inventée par les modernes histologistes de l'Allemagne n'est pas bien nette. Leurs termes nouveaux sont étranges : le mot *nécrobiose*, par exemple, qui réunit la vie et la mort dans un seul terme, a besoin d'être défini pour qu'on puisse y attacher un sens bien déterminé. Et cette phrase : « Processus regressif avec dégénération granulo-graisseuse, » est-elle bien claire par elle-même?

(1) Voir la *Gazette hebdomadaire* du 24 août 1868.

Ces expressions et beaucoup d'autres ont été déjà relevées comme parfaitement incompréhensibles, par des Français qui n'avaient point appris à s'en servir scientifiquement.

Quand il s'agit de termes créés et de nouvelles locutions, cette objection ne porte pas; car il entre toujours plus ou moins d'arbitraire dans la formation d'un langage, et il doit suffire, pour s'entendre, de s'en rapporter aux définitions généralement admises.

Mais quand on se trouve en présence d'expressions que l'on croit connaître, et dont on use tous les jours, rien n'invite à en demander quelque définition nouvelle.

De là viennent toutes les méprises auxquelles ont donné lieu les termes irritation, irritabilité, etc., lus dans les ouvrages de M. Virchow.

M. Virchow en est surpris et s'en émeut. Il accuse presque de mauvaise foi ceux qui n'ont pas parfaitement rendu la doctrine qu'il rappelle dans les termes suivants :

« Dans un article sur l'*irritation* et l'*irritabilité* (*Archiv für pathol. Anat.*, 1858, vol. XIV), non-seulement j'ai respecté ces expressions traditionnelles, mais j'ai pris soin de leur donner un sens positif appuyé sur l'expérience. Je me suis attaché à montrer que par ces deux termes, *irritation* et *irritabilité*, on doit entendre certaines *activités* des corps vivants; que le premier désigne les processus actifs provoqués par les irritants; le second, les propriétés actives dont les irritants sollicitent les manifestations; j'ai établi, enfin que ces activités sont de trois espèces bien distinctes, suivant que l'acte qui en résulte est un acte de nutrition, un acte de formation ou un acte purement fonctionnel. Je me suis donc bien gardé de présenter l'irritation comme *une* et *simple*, d'assigner une même cause à tous les phénomènes d'irritabilité. Au contraire, j'ai cherché à prouver que les corps vivants isolés ou les éléments (cellules), non-seulement possèdent divers espèces d'irritabilité, mais que, dans un même élément, ce sont vraisemblablement des parties différentes qui en sont le substratum. Je n'insiste pas : ces quelques mots d'explication montrent assez clairement, je pense, que rien n'a été plus loin de ma pensée que de considérer l'irritabilité comme une force dégagée de la matière. »

Nous reviendrons prochainement sur ces doctrines de M. Virchow, que nous cherchons à vulgariser, car, avant de les critiquer, il faut les connaître.

Si elles doivent l'emporter sur celle *des blastèmes*, la méthode sous-cutanée n'en sera nullement atteinte; aussi croyons-nous que M. Guérin a revendiqué le mérite d'avoir montré comment les plaies se réparent à l'abri de l'air, et non point celui, plus contestable, d'avoir assimilé les forces formatrices de la cicatrice et de l'embryon, en les enfermant dans des blastèmes.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY (1).

LEÇONS CLINIQUES SUR LA CONGESTION.

Exemples et Observations.

A l'appui des remarques précédentes, je rapporterai quelques observations choisies parmi celles que j'ai recueillies pendant ces dernières années; elles feront ressortir les conséquences pratiques que l'on peut tirer de ces données pathologiques.

Il y a deux ans, je recevais dans mes salles une femme de 42 ans. Elle n'avait aucun antécédent tuberculeux dans sa race, ou du moins elle n'en connaissait pas; elle n'avait eu non plus aucune manifestation scrofuleuse dans son enfance. A 32 ans, elle fut atteinte d'une fièvre typhoïde suivie d'une fluxion de poitrine, localisée, disait-elle, au sommet du poumon droit. Cette maladie avait duré deux mois environ et avait été combattue par l'application de plusieurs cautères dans la région sous-claviculaire.

Depuis lors, sa santé s'était rétablie; elle ne toussait plus; ses règles étaient revenues régulièrement; lorsque, deux mois avant son entrée à l'hôpital, après avoir donné des soins assidus à son frère gravement malade et dix jours après l'époque menstruelle, elle fut prise d'une perte assez abondante, avec une sensation continue de pesanteur, et, par intervalles, de vives douleurs lancinantes dans les reins, l'hypogastre et les aines. Ces douleurs précédaient l'expulsion de caillots volumineux. Elles étaient plus prononcées dans la région iliaque gauche et se propageaient dans le membre inférieur correspondant dont les mouvements étaient parfois douloureux. La malade marchait difficilement et se tenait courbée.

Malgré le repos horizontal, malgré l'emploi de l'extrait de ratanhia, de l'ergot de seigle à l'intérieur, des injections astringentes, de la glace sur le ventre, la perte n'avait pas diminué. Elle n'avait pas été sensiblement modifiée par le retour de la période menstruelle. La malade affaiblie s'était remise à tousser, et, depuis un mois, elle avait des sueurs nocturnes. A ma première visite, je la trouvai avec la peau moite et une légère injection des pommettes qui tranchait sur la coloration jaune anémique des téguments.

Conduit par les derniers symptômes à l'examen de la poitrine, je constatai un son mat dans la région sus-claviculaire droite, obscur au niveau de la clavicule, immédiatement au-dessous de cet os, et dans la région pectoro-deltoïdienne de ce côté. L'expiration était forte, rude, subbronchique dans la région sus-claviculaire; elle présentait les mêmes caractères un peu affaiblis dans la région sous-claviculaire; près de l'épaule, on entendait un écho lointain de la toux, et je crus distinguer par moments quelques bulles erratiques. Les doigts appliqués sur la région sous-claviculaire y percevaient, pendant la pho-

(1) Fin. — Voir le numéro de jeudi dernier.

FEUILLETON

ÉLOGE DE JOBERT DE LAMBALLE (1).

Par M. le professeur RICHET.

Quant à l'emploi des fils métalliques que le docteur Marion-Sims proclame emphatiquement (2) une des conquêtes les plus importantes de la chirurgie moderne, j'avoue que sans partager les répugnances de Jobert, ni même celles de Malgaigne, je suis bien loin de croire à leur infaillibilité. Ils sont très-utiles en ce sens qu'ils suppriment pour ainsi dire un temps difficile de l'opération, celui qui consiste à nouer les fils ordinaires, puisqu'on se borne à les tordre pour rapprocher les lèvres de la plaie; mais, quant à cette prétendue innocuité sur les tissus que leur attribuent les chirurgiens américains, il y a longtemps que les opérations de Jobert, les expériences de Malgaigne et les miennes propres, s'il m'est permis de me citer, ont fait justice de cette exagération.

Est-ce à dire que je veuille nier les progrès imprimés à la thérapeutique des fistules vaginales par la chirurgie américaine? à Dieu ne plaise! ce serait fermer les yeux à la lumière. Mais le moment me semble venu de rendre à chacun la justice qui lui est due. Jobert n'est plus, et la postérité a commencé pour lui; le premier moment d'enthousiasme généreux qui, parmi nous, accueille toujours trop favorablement ce qui vient de l'étranger, est aujourd'hui passé; l'histoire impartiale commence et elle dira que, grâce à ses efforts opiniâtres, à sa ténacité que rien n'a pu décourager, Jobert était arrivé à créer une méthode de traitement qui lui avait donné sur 137 opérés 82 guérisons, dans une affection réputée incurable avant lui; elle dira que si ses procédés opératoires sont aujourd'hui, sous quelques rapports, inférieurs à ceux qui ont été imaginés depuis, sous d'autres ils leur sont encore préférables, et que sans eux peut-être ces derniers n'auraient jamais vu le jour. Elle ajoutera enfin que, n'eût-il que le mérite indiscutable de n'avoir point désespéré de l'art, alors que le découragement était partout, Jobert a bien mérité de la science.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.
(2) *Silver Sutures in surgery.* 1858.

Depuis 1840, Jobert appartenait à l'Académie de médecine dont il fréquentait assidûment les séances, et en 1856 il était entré à l'Académie des sciences où il avait remplacé Magendie. On ne peut pas dire qu'il ait joué dans ces sociétés savantes un de ces rôles brillants et prépondérants qui n'appartiennent qu'aux intelligences d'élite exceptionnellement douées; mais il en était un des membres actifs et il y apportait fréquemment, sous forme de rapports ou par des présentations de malades opérés ou guéris de maladies rares, le contingent de sa grande expérience chirurgicale; les bulletins de l'Académie et les comptes rendus de l'Institut en font foi.

Plus rarement il prenait part aux discussions, et il faut même reconnaître que ses essais oratoires ne furent pas très-heureux. Sa parole était visiblement embarrassée, ses phrases ne s'achevaient pas toujours et son discours était semé de sous-entendus qui pouvaient faire supposer un défaut d'enchaînement dans les idées. Il n'en était rien cependant, et ce manque de coordination apparent ne provenait que de l'extrême émotion qu'il éprouvait chaque fois qu'il montait à la tribune, émotion qu'il cherchait à masquer par un air d'assurance dont l'excès même aurait dû prouver l'invraisemblance; à la fin de sa carrière il était tellement pénétré de cette difficulté invincible d'élocution qu'il renonça à peu près complétement aux allocutions improvisées pour ne plus faire que des communications écrites, simples dans la forme, mais substantielles et remarquables par le fond; je citerai particulièrement celles sur la cure radicale des hernies par les injections iodées dans le sac herniaire, et ses recherches sur l'organisation des cicatrices.

Cette défiance de lui-même, cette réserve excessive chaque fois qu'il s'agissait de manifester sa pensée en public par la parole, il l'éprouvait même dans sa chaire de clinique, là cependant où il était sur son véritable terrain, complétement maître de son sujet, en face d'un auditoire composé d'élèves attentifs, bien disposés, et sachant d'avance qu'ils allaient entendre non des phrases éloquentes, mais une leçon de pratique. Professeur, son débit en général un peu monotone, devenait parfois, lorsqu'il s'animait, pittoresque et saccadé; mais il suffisait pour le troubler d'un visage inconnu ou qu'il supposait malveillant; de suite sa parole redevenait hésitante, et l'expression qu'il cherchait faisait défaut ou ne se rencontrait plus que péniblement. Heureusement après l'exposé oral venait l'action opératoire, et là le professeur de clinique reprenait toute sa supériorité. Disons-le donc sans crainte de porter atteinte à sa réputation, Jobert avait d'autres qualités, mais il n'était ni orateur ni professeur.

Il ne faudrait pas croire cependant qu'il fût aussi dépourvu sous le rapport de l'élocution que l'ont prétendu quelques-uns de ses rivaux : comme preuve irrécusable du contraire, il suffira de rappeler que c'est au concours qu'il a été nommé interne aide d'anatomie, prosecteur, agrégé et chirurgien des hôpitaux : or, le concours exige la réunion d'un grand nombre de qualités parmi lesquelles se placent en première ligne l'art de bien dire et surtout celui d'exposer méthodiquement ce que l'on sait. A un certain degré, Jobert les possédait donc incontestablement, car ce serait faire une bien grande injure à ses juges et à ses compétiteurs, tous hommes d'élite, que d'admettre qu'il a pu triompher en dépit de toute justice. Ce sont même ces premiers succès qui lui avaient inspiré des visées plus hautes et le désir de prendre part aux concours supérieurs du professorat. En 1836, lorsque la chaire de Dupuytren fut déclarée vacante, il se fit inscrire à côté de L.-J. Sanson, de Blandin, de A. Bérard, de Lepelletier de la Sarthe et de notre savant et excellent collègue le professeur Laugier, seul survivant de cette illustre pléiade.

Le concours fut ce qu'il devait être avec des concurrents de cette valeur, c'est-à-dire extrêmement brillant, et Sanson, que recommandaient une notoriété chirurgicale depuis longtemps acquise et des épreuves hors ligne, fut nommé à une grande majorité. Que d'efforts ne dut pas faire Jobert pour se maintenir au niveau de pareils athlètes! Combien il a dû gémir de son impuissance à vaincre sa rebelle nature! Oui! rebelle en effet! car frappés par l'évidence, ses amis, ceux-là même qui l'avaient poussé à se mettre sur les rangs, furent unanimes pour l'engager à renoncer désormais à ces grandes luttes pour lesquelles il n'était point fait et qui ne pouvaient que diminuer le prestige d'une réputation déjà considérable. Il se rendit à ces sages conseils, et ce n'est qu'en 1852, alors que fut supprimée cette grande et noble institution du concours, dont notre Faculté n'a jamais cessé de demander le rétablissement, que Jobert put entrevoir la fin de cette sorte d'ostracisme volontaire qui lui avait fermé les portes de l'école.

A l'hôpital, Jobert faisait son service avec une grande régularité, et ses visites aux malades de sa riche clientèle passaient toujours après celles des pauvres. Dans de graves circonstances, j'ai été témoin de son zèle, de son empressement à se rendre à ses devoirs, malgré de sérieux périls, et c'est là un fait trop honorable pour que je le passe sous silence. C'était au matin du 24 février 1848; il était chirurgien de l'hôpital Saint-Louis et avait pour collègue Malgaigne, tenu éloigné de son service par son récent mandat de député, et que je remplaçais alors. Depuis la veille au soir, les barricades s'étaient élevées de toutes parts, principalement dans le quartier du Temple, et la fusillade devenait à chaque instant de plus en plus vive. A travers mille obstacles, j'avais réussi, harassé de fatigue, à gagner le boulevard, lorsque j'aperçus Jobert qui, sa trousse à la main, dont il se servait comme d'un sauf-conduit, haletant, trempé de sueur et suivi par une troupe d'ou-

nation, une vibration beaucoup plus forte que du côté opposé. En arrière, son relativement obscur dans la région sus-épineuse et scapulo-rachidienne droite; expiration soufflante et retentissement bronchique de la voix au sommet de la poitrine; dans la fosse sous-épineuse, inspiration moins ample, moins moelleuse, plus aiguë que du côté opposé et comme un peu sifflante.

L'utérus, volumineux et lourd, dépassait le pubis de deux travers de doigt. Son col était tomenteux; et, par le toucher, on éveillait une assez vive sensibilité au niveau du ligament large gauche. La perte continuait abondante, et le doigt rencontrait des caillots dans le vagin.

Afin de modérer l'activité circulatoire, je prescrivis, comme j'ai coutume de le faire, une infusion de 80 centigrammes de feuilles de digitale dans 125 grammes d'eau. La digitale, d'après quelques expérimentateurs anglais, aurait sur l'utérus une action spéciale analogue à celle de l'ergot de seigle, et provoquerait la contraction des fibres utérines qui pourrait même aboutir à un effet abortif. J'ajoutai 4 grammes de teinture de canelle, qu'on a regardée comme une action hémostatique dans les métrorrhagies, et qui, au moins en qualité de substance aromatique, peut favoriser la tolérance de la digitale contre laquelle les organes digestifs se révoltent quelquefois. J'ajoutai aussi, à titre d'astringent tannique, 20 grammes de sirop de ratanhia.

Ensuite, convaincu que, derrière les hémorrhagies qui ne résultent pas d'un traumatisme ou d'une lésion agissant à la manière d'un traumatisme par la destruction des parois vasculaires, on doit toujours supposer une congestion, je fis appliquer un large vésicatoire sur l'hypogastre pour détourner l'action congestive et l'appeler dans une autre direction, pendant que la digitale, par son action sédative sur le centre circulatoire, peut-être par son action incitatrice de la contractilité utérine, combattait directement l'hyperhémie de la matrice. Cette action incitatrice de la digitale semble moins brusque, moins convulsive que celle de l'ergot; et, par cela même, paraît mieux convenir quand la congestion a une tendance inflammatoire : or, c'était le cas de notre malade, comme l'indiquaient et les douleurs permanentes et la sensibilité à la pression de l'organe utérin et de ses annexes.

En même temps, j'ordonnai le repos absolu et le régime froid, car les aliments et les boissons d'une température élevée peuvent exercer une action stimulante sur le système circulatoire.

Contrairement à mes instructions, le vésicatoire ne fut pas appliqué; et, malgré la potion, l'hémorrhagie persista. Je réitérai la prescription du vésicatoire, et quelques heures après qu'on l'eût appliqué, l'hémorrhagie commença à diminuer. Le lendemain elle avait disparu, et depuis lors elle ne s'est pas reproduite.

Cette cessation subite me parut justifier les idées théoriques qui m'avaient conduit à l'indication d'une dérivation énergique. Comment ne pas admettre, en effet, que c'était la congestion artificiellement provoquée sur le tégument qui avait fait cesser la congestion hémorrhagique, alors que celle-ci avait résisté pendant deux mois à tout autre traitement et n'avait pas été modifiée par l'emploi de la digitale pendant 24 heures?

Je jugeai néanmoins prudent de continuer cette digitale, pour modérer la circulation et éteindre, s'il était possible, le molimen congestif. On pouvait craindre aussi de le voir se détourner de la matrice et, après l'apaisement de la contre-irritation cutanée, se porter sur la poitrine, où l'appellerait la lésion dont le poumon était le siége. Sans doute le travail morbide y semblait endormi, mais il pouvait se réveiller, et les sueurs et la toux, survenues depuis que l'organisme était affaibli par les hémorrhagies, faisaient redouter une nouvelle explosion de la production phymateuse.

L'observation suivante nous fournit l'exemple d'une congestion hémorrhagique déviée de sa direction naturelle et appelée sur les poumons par une lésion préexistante de ces organes.

Une jeune fille de 24 ans, frêle, mais bien constituée, avait joui d'une bonne santé jusqu'au mois de juin dernier. A cette époque elle commença à tousser, après avoir eu froid, dit-elle; depuis lors, la toux n'a pas cessé et elle a amené de l'expectoration. Il y a deux mois, l'appétit commença à décliner. Un mois plus tard survinrent des sueurs nocturnes. Il y a quinze jours, les règles parurent; mais au lieu de se prolonger pendant trois ou quatre jours, leur durée habituelle, elles s'arrêtèrent le second jour, et le lendemain survint une hémoptysie très-abondante. La malade fut conduite dans mon service le lendemain de ces accidents hémorrhagiques.

Le jour suivant, on me montra un crachoir à moitié plein de sang. La face était pâle, le pouls fréquent; un peu de submatité et des craquements étaient perçus au sommet droit en arrière.

Je prescrivis : 1° une potion avec infusion de feuilles de digitale, 80 centigrammes dans eau........ 125 grammes.
Sirop d'écorce d'oranges amères........ 20 —
Et alcoolature d'aconit........ 3 —

2° Deux pilules de 10 centigrammes d'extrait de jusquiame, afin de modérer la toux dont les secousses peuvent favoriser l'hémorrhagie.

3° Des ligatures suivies de sinapismes sur les membres inférieurs.

4° Des suppositoires avec :

Beurre de cacao........ 2 grammes.
Fleurs de soufre........ 30 centigrammes.
Aloès........ 20 —

5° Bouillons et lait froids.

L'hémoptysie s'arrêta; les sueurs cessèrent, mais la toux et les craquements persistèrent.

Je fis appliquer un cautère dans la région scapulo-rachidienne du côté droit; et, au bout de quelques jours, je fis commencer l'usage d'une eau arsenicale naturelle. L'appétit en fut immédiatement relevé. La toux diminua, et, après six ou huit jours de ce traitement, l'aspect général annonçait une amélioration notable d'accord avec le sentiment de mieux être qu'affirmait la malade.

Dans le cas suivant, la suppression du flux menstruel et le déplacement du molimen congestif, au lieu d'aboutir à une hémorrhagie, devinrent l'occasion d'accidents inflammatoires.

Une malade (couchée au n° 10 de la salle Sainte-Marie) chez laquelle j'avais reconnu les signes d'une péricardite primitive, avec douleurs rhumatoïdes des articulations sans arthrite, était en pleine convalescence.

Ses règles parurent et, sans motif appréciable, s'arrêtèrent après 24 heures de durée. On ne me prévint pas de cette circonstance, et, le lendemain, la fièvre se ralluma aussi intense que la première fois, 132 à 140 pulsations. La douleur et la sensibilité épigastrique et précordiale reparurent en même temps que la sensibilité récurrente du nerf diaphragmatique. La matité précordiale s'étendit de nouveau jusqu'à la troisième côte avec un son nettement tympanique des deux premiers espaces intercostaux et de la moitié inférieure et postérieure du côté gauche. Un bruit rude, diffus, systolique se fit entendre de nouveau. En un mot, nous étions en présence d'une rechute de péricardite.

Mais, en même temps, la malade souffrait du gosier qui était rouge, tuméfié; les tonsiles très-volumineuses, comme lardées de concrétions blanchâtres, présentaient cette forme d'amygdalite qui est fréquente chez les sujets lymphatiques, et qu'on modifie rapidement par la cautérisation avec le nitrate d'argent. Je pratiquai donc la cautérisation et je recommandai que la malade se gargarisât le plus souvent possible avec un mélange à parties égales de lait et de décoction de pavots.

Je prescrivis aussi l'application d'un vésicatoire sur le sternum, de sinapismes sur les membres inférieurs, et de deux sangsues à la partie interne et supérieure des cuisses, afin de rappeler le flux menstruel ou de le suppléer s'il ne revenait pas. La pusillanimité de la malade ne permit pas l'application des sangsues.

Le lendemain, je trouvai la malade très-soulagée du côté de la gorge; l'angine était en décroissance manifeste, mais tous les autres phénomènes persistaient dans leur intégrité.

J'insistai avec énergie sur la nécessité des sangsues. La malade s'y résigna. Elles coulèrent jusqu'au soir. Les règles ne reparurent pas; mais le lendemain, il n'y avait plus de fièvre; la matité précordiale était revenue à ses limites habituelles. La sensibilité et la douleur précordiale et épigastrique étaient considérablement amoindries; le bruit de frottement était beaucoup moins accentué, et toute cette amélioration s'était prononcée malgré l'agitation excessive qu'avait provoquée l'application des sangsues.

Ainsi, chez cette femme, la congestion hémorrhagique déviée de ses tendances naturelles, semble avoir abouti à un travail phlegmasique. On ne peut pas admettre que la phlegmasie ait détourné à son profit le molimen congestif menstruel, puisque l'explosion des phénomènes inflammatoires n'avait pas précédé la suppression des règles, ne lui a même pas succédé immédiatement. Mais, d'autre part, de ce que l'inflammation a remplacé ici le flux sanguin, on n'est pas non plus fondé à conclure que la congestion inflammatoire est identique à la congestion sanguine; car il faut se rappeler que l'organisme était quelque peu auparavant en travail phlegmasique, et que la congestion déviée a bien pu prendre la note d'une modalité morbide, d'une sorte de *diathèse* accidentelle phlegmasique qui n'était pas encore complétement effacée.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 25 août 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture, du Commerce et des Travaux publics transmet des rapports sur le service médical des eaux minérales de Dinan (Côtes-du-Nord), par M. le docteur Piedvache; et d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), par M. le docteur Genièys. (Comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le docteur Garrigou sur l'établissement dit le Modèle à Ax (Ariége). (Comm. des eaux minérales).

2° Une note sur la présence des bactéries dans l'œdème malin de la face, par M. le docteur Poulet (de Plancher-les-Mines). (Comm., MM. Leblanc et Davaine).

3° Un travail de M. le docteur Abeille, renfermant de nouvelles observations d'organisation immédiate dans les plaies traumatiques et chirurgicales par la méthode des pansements rares et des imbibitions continues d'eau froide. (Comm., MM. Pinard, Gosselin et Jules Guérin).

4° Une nouvelle note de M. Hoffmann sur l'emploi de l'acide phosphorique pour combattre les hémoptysies. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux).

5° Une lettre de M. Charrière, qui revendique, à l'occasion de l'instrument présenté par M. Depaul, la priorité d'invention du compas

---

vriers qui l'avaient reconnu et lui faisaient escorte, cherchait de son côté à se frayer un passage. Je me joignis à ces braves gens et j'appris qu'obligé d'abandonner sa voiture et après avoir escaladé plus de vingt barricades, dont quelques-unes avaient la hauteur d'un deuxième étage, il avait pu ainsi réussir à gagner Saint-Louis. Pendant trente-six heures nous restâmes enfermés à l'hôpital, incessamment occupés à faire des pansements et à pratiquer des opérations, et plus d'une fois, dans les courts intervalles que nous laissait cette rude besogne, je l'entendis se lamenter sur les conséquences fâcheuses que devait avoir pour lui cette révolution; il perdait en effet sa position de chirurgien du roi et de sa sœur madame Adélaïde. Inanité des prévisions humaines!

Il ne se doutait guère, en ce moment, que la victoire populaire qui renversait la monarchie devait, par un contre-coup inattendu, mener à la suppression du concours, faire de lui un professeur de clinique, et plus tard le conduire à l'Institut, objectif constant de toute sa vie.

Il avait l'habitude de faire lui-même tous les grands pansements, et il y attachait une grande importance. Aussi sa pratique était-elle généralement heureuse, ce qu'il fallait attribuer autant aux soins qu'il prenait des blessés qu'à sa grande habileté opératoire. Souvent il apostrophait durement les malades, qui ne s'en effrayaient guère, sachant très-bien qu'au fond il n'était pas *méchant*, comme ils le disaient familièrement. La vérité est que s'il élevait ainsi la voix et se servait parfois d'expressions un peu vives, c'est qu'il croyait nécessaire de frapper l'imagination du malade pour en obtenir une plus complète soumission.

Son diagnostic était prompt, et souvent même si rapide qu'on l'a taxé de légèreté; rarement cependant il commettait des erreurs, mais si on lui demandait les raisons pour lesquelles il s'était décidé, il ne pouvait pas toujours les formuler nettement; il semblait que chez lui le diagnostic fût affaire d'intuition plutôt que de raisonnement.

Dans l'action opératoire, nul ne le surpassait; il avait l'élégance, la sûreté et la dextérité de Roux. J'ai déjà dit ses qualités et ses aptitudes pour la chirurgie réparatrice; tel il était dans toutes ses opérations, toujours maître de lui-même, d'un sang-froid à toute épreuve. Son génie inventif savait toujours lui fournir les moyens de se tirer avantageusement d'une situation difficile, et tous ceux qui lui ont servi d'aides pourraient en témoigner au besoin. Ajoutons qu'on lui doit un grand nombre de modifications avantageuses et de procédés opératoires nouveaux, non seulement pour les autoplasties, mais pour la ligature des artères et les amputations.

Toutes les fois qu'un homme dépasse le niveau commun pour parvenir à une haute position, il est curieux et instructif en même temps d'en rechercher les causes, mais soyez sûrs d'avance que ce n'est ni au hasard ni à la fortune qu'il doit uniquement son élévation.

Beaucoup trouveront que la carrière de Jobert a été heureuse, et, pour me servir d'une expression consacrée, qu'il a eu du bonheur. Oui, sans doute, il a eu du bonheur, en ce sens que des occasions favorables se sont offertes à lui; mais convenez aussi qu'il a su les saisir et en profiter avec une rare perspicacité, ce qui déjà n'est pas un vulgaire mérite. Bien plus, quand elles ne se présentaient pas, il a su aller au devant d'elles, et parfois même les faire naître. Avec une intelligence et des facultés ordinaires, par un travail acharné, persévérant et soutenu, par une force de volonté peu commune, il triompha d'abord des barrières que son défaut d'éducation première semblait devoir mettre à ses premiers pas; et plus tard, lorsque les obstacles insurmontables, résultant de son défaut d'organisation, se dressèrent devant lui, c'est encore par un travail lent, silencieux et opiniâtre qu'il sut préparer son succès. Voilà le véritable secret de son bonheur!

Mais ces efforts persévérants et continuels contre son ingrate nature n'étaient pas sans réagir sur son caractère. Les amis de ses premières années d'étude s'accordent tous à louer sa bonté, sa bienveillance, son obligeance pour ses camarades; il paraît même que, dans ses concours de l'agrégation et du bureau central des hôpitaux, les élèves, auxquels on ne refusera certes pas de savoir apprécier à leur juste valeur les qualités du cœur et de l'esprit, se passionnèrent pour lui au point de troubler le calme des séances par leurs applaudissements peut-être un peu trop bruyants. Plus tard, malgré ces premiers succès, son humeur devint bizarre, chagrine; un changement profond parut s'opérer dans ses habitudes et ses sentiments; il devint ombrageux, fantasque, et ses meilleurs amis se demandaient avec inquiétude quelles pouvaient en être les causes. Suivant moi, Messieurs, il faut les chercher dans ses luttes persévérantes contre sa nature, contre les difficultés matérielles de la vie qui, pour lui, ne cessèrent que fort tard, et dans celles plus énervantes encore du concours; peut-être enfin faut-il en accuser l'isolement absolu dans lequel il vivait, isolement qu'il n'avait pas cherché et qui fut le résultat du malheur immérité et irréparable qui le frappa au moment où il avait cru trouver une nouvelle famille et toucher au bonheur. Le bonheur, hélas! pour lui avait fui à jamais.

Jobert n'était pas une de ces natures qu'on peut juger à première vue. Tantôt affectueux jusqu'à l'expansion, il recevait ses amis, ses élèves, ses confrères avec tous les signes de la cordialité la plus franche, et le lendemain, sans qu'il fût possible d'en deviner la cause, il ne les accueillait qu'avec une dureté, un dédain qui faisaient involontairement penser à un dérangement dans ses facultés intellectuelles. Mais pour qui voulait pénétrer cette nature bizarre et excentrique, un autre homme se rencontrait, réellement bon, quoique toujours inégal. Sa dureté était en effet plus apparente que réelle, et au fond il était serviable et obligeant pour ses amis; il mettait même dans les services qu'il rendait une finesse que n'eussent jamais laissé soupçonner ses dehors incultes. En voici un exemple, emprunté au plus spirituel de nos feuilletonistes, dont chacun reconnaîtra le style, sans qu'il soit besoin de le nommer :

« Jobert avait pour collègue et pour ami, à l'Académie de médecine, un confrère qui, malgré des talents incontestés et des publications très-justement estimées, vivait dans un état voisin de la gêne. Cet académicien, du reste, avait une grande dignité de caractère et n'aurait subi de Jobert, qui maintes fois avait fait des tentatives toujours sévèrement réprimées, aucun don, aucune générosité. Eh bien, Jobert, cet homme abrupt, avait inventé un moyen, d'une délicatesse charmante, pour vaincre l'austérité de son ami et lui faire du bien malgré lui. Toutes les semaines il supposait qu'il avait besoin de ses conseils médicaux, et une fois tous les huit jours il l'appelait en consultation. Le prix de cette consultation (50 francs), toujours sorti de la poche de Jobert et sans qu'il en ait coûté un sou à ses clients, était le jour même envoyé à destination, c'est-à-dire remis à l'académicien, qui est mort sans se douter de l'action généreuse de Jobert. Ce petit commerce d'affection confraternelle a duré plus de vingt ans. »

Ce n'était pas seulement ses amis qu'il obligeait ainsi quotidiennement de sa bourse : il avait aussi parmi ses opérés des pensionnés. Le docteur Arnal, dans une allocution partie du cœur, a dévoilé sur sa tombe un de ces faits qui suffisent pour juger un homme. « Plusieurs fois, dit-il, j'ai rencontré chez lui, quoiqu'à son grand regret, un vieillard qu'avec une affectueuse ironie il appelait son jeune rentier. Ce faux rentier venait en effet tous les trimestres toucher chez lui une pension qu'il devait à sa charité. C'est ainsi qu'après lui avoir sauvé la vie par une de ces opérations hardies dont il avait le secret, Jobert lui donnait encore les moyens de la défendre contre la faim et la misère, car il était dénué de toutes ressources, le bon vieillard; il n'avait que des infirmités. »

Un homme capable de traits pareils pouvait-il réellement être intéressé? Je réponds, sans hésiter, négativement. Je sais bien que quelques personnes auxquelles il avait demandé de gros honoraires, et qui ne s'étaient exécutées que de mauvaise grâce, peut-être même quelques confrères malveillants, il s'en trouve parfois, ont répandu le bruit que Jobert aimait l'argent. J'ai les mains pleines de preuves du contraire; et, dans l'intérêt de sa mémoire, il me sera permis d'en donner quelques-unes. Un jour, c'est encore le docteur Arnal qui nous a révélé ce fait, Richerand, son chirurgien en chef et

mesurant les parties externes, internes et antéro-pubiennes de la génération.

M. Depaul répond qu'il connaissait très-bien l'instrument de M. Charrière, puisqu'il l'avait présenté lui-même, mais que le sien lui semblait plus simple et plus commode.

M. Béclard offre en hommage, au nom de M. Guardia, un ouvrage sur les calculs et instruments de lithotritie provenant de Civiale, qui composent la collection de l'hôpital Necker.

M. Guérard présente, au nom de M. le docteur Maltard, un traité d'hygiène en deux volumes.

M. Jules Guérin fait remettre au Président de l'Académie trois brochures accompagnées de la lettre suivante :

« J'ai pu m'assurer que la bibliothèqne de l'Académie ne renferme pas trois des publications principales que j'ai faites dans le cours de mes recherches sur la méthode sous-cutanée. Je viens prier l'Académie d'agréer l'hommage de ces trois publications.

« La première est mon *Essai sur la méthode sous-cutanée*, publié en 1839, où j'ai fait connaître les expériences qui m'ont permis d'établir les bases physiologiques de la méthode, ainsi que les principales applications pratiques réalisées jusqu'alors.

« La seconde est le *Programme des conférences* que j'ai faites en 1844 à l'hôpital des Enfants sur la chirurgie sous-cutanée.

« La troisième est mon *Essai d'une généralisation de la méthode sous-cutanée*, que j'ai lu devant l'Académie des sciences dans les séances du 29 janvier et du 6 mars 1855.

« Je ne dissimulerai point les causes qui m'ont fait m'apercevoir de l'absence de ces ouvrages dans la bibliothèque de l'Académie et du devoir que je me fais de les lui adresser.

« Dans l'éloge de Jobert de Lamballe qu'il vient de prononcer dans la séance solennelle de la Faculté de médecine de Paris, notre collègue M. Richet a prononcé ces mots : « La science s'est avancée si loin en « ce qui concerne le grand phénomène de l'organisation des plaies à « l'abri du contact de l'air, qu'on peut affirmer qu'il ne peut plus y « avoir que des variations d'interprétation, portant sur des points « secondaires. Ce résultat est dû principalement, *je suis heureux de le « proclamer*, aux recherches aussi habiles que persévérantes de notre « éminent collègue M. Robin.

« Il a démontré que c'était dans les *blastèmes*, c'est-à-dire dans les « produits amorphes versés à la surface ou entre les éléments des « tissus divisés, dans ce que le grand Hunter appelait le *médium « unissant*, et les auteurs modernes la *lymphe plastique* ou *plasma*, « que s'opérait le travail de régénération et de réparation. Ce travail, « suivant lui, doit être assimilé à celui en vertu duquel nos divers « tissus prennent naissance dans l'embryon. »

« Je me borne aujourd'hui à protester contre ce jugement, qui ne tendrait à rien moins qu'à mettre à néant trente années de travaux, les trois grandes discussions qui ont eu lieu dans le sein même de l'Académie, et les récompenses que j'ai obtenues, à différentes époques, de l'Académie des sciences; et je crois inutile d'insister pour rappeler que les recherches, les doctrines et les faits dont M. Richet fait honneur à M. Robin, avaient reçu dès longtemps tous les développements nécessaires et toutes les confirmations désirables pour en faire des vérités scientifiques parfaitement établies. »

Éloge de Laënnec.

M. Roger donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie de médecine, à l'inauguration de la statue de Laënnec.

« En face de cette statue où revit, sous l'habile ciseau de M. Lequesne, l'austère et noble image de Laënnec, l'Académie impériale de médecine qui nous envoie à cette cérémonie consacrée à la gloire du plus grand médecin des temps modernes, l'Académie se rappelle qu'il y a plus de trente années elle avait voté l'érection d'un buste, et aujourd'hui elle voit, non sans quelque regret, qu'elle a été devancée dans ce pieux hommage rendu au plus illustre de ses membres. Mais, Messieurs, l'Académie a donné à Laënnec plus qu'un buste, et le panégyrique éloquent de Pariset, son ancien secrétaire perpétuel, éternisera plus sûrement la mémoire de l'inventeur de l'auscultation : l'éloquence ne dure-t-elle pas à l'égal du marbre et du bronze, et le souvenir immatériel des grands hommes, fixé par l'écrivain au fond des âmes, ne se conserve-t-il point par la pensée autant et plus que par les monuments?

« Chargé par l'Académie de médecine du périlleux honneur de parler en son nom, je viens, disciple posthume et bien humble de Laënnec, mêler ma voix à ce brillant concert d'éloges : heureux si mon langage, doux à des oreilles bretonnes, pouvait sembler à mes collègues un écho même très-affaibli de la parole de Pariset.

« Ce n'est pas à la cité de Quimper qu'il est besoin de rappeler le nom d'un de ses plus dignes fils; à Quimper, qui eut, il y a cent ans, un aïeul paternel de Laënnec pour maire et pour député aux États de Bretagne; ce n'est pas le moment de retracer longuement sa vie simple et paisible : d'ailleurs, le récit vous en a été fait excellemment par M. Mériadec Laënnec, annotateur autorisé et éditeur dévoué des œuvres du maître; par M. Lallour, médecin de cette ville, et par notre vénéré collègue de l'Académie, M. de Kergaradec, qui, descendant de Laënnec par lignée scientifique, a su trouver une application nouvelle de l'auscultation et découvrir en obstétrique un signe qui transforme en certitude les espérances de la maternité.

« On vous a dit comment Laënnec, orphelin de bonne heure, fut recueilli et élevé par son grand-oncle, docteur de Sorbonne, au presbytère d'Elliant, puis par son oncle, médecin distingué de Nantes; comment, par la fermeture des écoles pendant les rudes années de la Révolution, il fut enlevé aux fortes études littéraires, qu'il fit plus tard et très-complètes; comment, associé bien jeune à la pratique médicale de son père adoptif, et à l'Hôtel-Dieu et dans la ville, il débuta ensuite par la médecine militaire, dans ces temps cruels où sévissaient ensemble et la guerre étrangère et la guerre civile, double fléau, double crime! On vous a raconté son départ pour Paris où l'appelait une ambition louable de briller sur un plus vaste théâtre, ou plutôt une irrésistible passion pour l'étude de la médecine; ses premiers travaux, ses premières couronnes; on vous a dit encore comment le jeune lauréat fut vite adjoint à la *Société de l'École*, et prit une part active à ses nombreux et utiles travaux; comment, enfin, il fut, avec Dupuytren son émule, un des fondateurs de l'anatomie pathologique en France.

« Jusque-là, le médecin laborieux, le praticien savant n'avait droit qu'à l'estime de ses contemporains : avec l'auscultation vient la gloire. Laënnec, appliquant l'oreille sur la poitrine des malades, entend le premier cri des organes souffrants (et pour les organes contenus dans la cavité pectorale ce n'est point une métaphore); le premier, il comprend, il note ces plaintes variées, ces modulations expressives des tubes aérifères ou des orifices du cœur; le premier, il saisit et fait connaître ce langage pathologique jusqu'alors incompris et même inentendu. Désormais le praticien, doué d'un sens de plus, et avec une puissance d'investigation singulièrement augmentée, pourra lire pour ainsi dire couramment les altérations qui se cachent dans les profondeurs de l'organisme, et ainsi l'oreille ouvre à l'esprit un monde nouveau.

« Un historien philosophe a dit : « Lorsque Christophe Colomb « promit un nouvel hémisphère, on lui soutint que cet hémisphère « ne pouvait exister; et, quand il l'eut découvert, on prétendit qu'il « avait été connu depuis longtemps. » Ainsi advint-il de plus d'une découverte en médecine; ainsi advint-il de l'auscultation, niée d'abord par des sourds obstinés qui ne voulaient pas entendre. Mais cette opposition instinctive ne pouvait durer, et la méthode nouvelle ayant pour base inébranlable et pour contrôle incessant l'observation clinique, fut bientôt adoptée par les médecins reconnaissants en France, en Angleterre, en Allemagne, en un mot dans tous le monde savant.

« Que l'auscultation ait été connue dans l'antiquité; qu'on en retrouve des traces dans Hippocrate et autres auteurs anciens, Laënnec ne l'a pas caché, et même l'Hippocrate français a cru devoir rapporter en partie sa découverte au père de la médecine. Mais ces quelques vestiges de l'application de l'ouïe à l'étude des organes respiratoires, exhumés de livres oubliés, et sans doute ignorés d'abord de Laënnec lui-même, qu'était-ce autre chose que des indications vagues, incertaines, qui seraient demeurées sans valeur; germes à jamais stériles, s'ils n'avaient été fondés par le génie; le fil de la tradition s'était rompu, et ce fut Laënnec qui le renoua vingt-deux siècles plus tard!

« D'ailleurs, il ne faut pas en croire Laënnec lui-même alors que, avec une humilité inhabituelle aux inventeurs, il attribue au hasard une part dans sa découverte : quand on se rappelle qu'il était profondément versé dans l'anatomie pathologique; qu'il recherchait constamment après la mort dans des lésions physiques l'explication des phénomènes morbides observés pendant la vie; qu'il s'efforçait toujours de transformer ces phénomènes en signes également physiques et d'utiliser ces signes pour combattre la maladie; quand on sait qu'il a mis trois années pour composer le livre où l'auscultation est exposée, démontrée, enseignée, si bien que cet admirable ouvrage effaça tous les écrits antérieurs et n'a pas été surpassé; quand on remarque que l'invention est sortie si grande et si parfaite du cerveau de Laënnec qu'à peine a-t-on pu y ajouter quelques traits; certes, on doit conclure que l'auscultation est comme la déduction et le corollaire des travaux de toute sa vie, et l'on ne saurait concéder à ce trop modeste inventeur que « les secrets de la nature sont plus souvent trahis par des circonstances accidentelles qu'ils ne lui sont arrachés par nos efforts scientifiques. » Il est de ces hasards qui n'arrivent qu'aux hommes de génie et qu'eux seul savent élever à la hauteur des plus belles conceptions; et Laënnec, découvrant l'auscultation, avait bien plus le droit de s'écrier : « *Je l'ai trouvé!* » qu'Aselli répétant l'exclamation enthousiaste d'Archimède parce qu'il venait d'apercevoir dans l'abdomen d'un chien les vaisseaux lymphatiques qu'il ne cherchait point.

« Sans diagnostic, la médecine ne saurait être que conjecturale; sans diagnostic, la maladie étant une énigme insoluble, l'art de guérir n'existe plus : or, que de services rend l'auscultation dans les affections de poitrine, si communes qu'elles enlèvent plus d'un tiers des générations humaines. Eh bien, aujourd'hui que l'on peut voir les lésions internes comme les lésions extérieures, chirurgicales; aujourd'hui que, grâce aux enseignements de l'ouïe, cette seconde vue du médecin, le jugement est aussi certain que facile pour un observateur exercé, l'on n'éprouve plus et l'on comprend à peine les difficultés qu'avaient les anciens à reconnaître ces maladies; Laënnec, avec son impérissable *Traité de l'auscultation médicale* et son stéthoscope à la main, pourrait donc répondre par un cri de triomphe au cri de découragement que jetait Baglivi il y a un siècle.

Et quoi de plus naturel que ce cri de triomphe, s'il avait été donné à Laënnec de voir, comme nous, quelle heureuse succession de découvertes sa découverte a enfantée, l'exploration physique de la poitrine engendrant celle de toutes les régions de l'organisme, et, avant tout, l'auscultation provoquant les immenses progrès de sa savante sœur la percussion! Ainsi Laënnec est plus que l'inventeur d'un procédé d'investigation, il est le créateur d'une méthode; il est l'initiateur d'un mouvement scientifique qui dure encore et grâce auquel la médecine, devenue positive, se rapproche de plus en plus des sciences exactes. Est-ce que ce ne fut point l'aurore des beaux jours de l'École de Paris, dont j'aperçois ici le représentant le plus éminent (1)? Est-ce que ce ne fut point, pour la médecine française, le commencement d'une longue ère de splendeur?

« Une vie de travail, de vertus, de génie, avait trouvé sa récompense : le jeune écolier breton était devenu le maître de la médecine française, membre de l'Académie de médecine, professeur au Collége de France, professeur à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Necker, où il inventa l'auscultation, et de l'hôpital de la Charité où il l'enseigna *urbi et orbi*. Il avait quitté sa chère Bretagne pauvre, ignoré et s'ignorant lui-même; il y revint riche et comblé d'honneurs, médecin du peuple et médecin des rois, ayant conquis cette célébrité légitime qui est un à-compte de l'immortalité.

« Mais, hélas! la gloire, comme la fortune, vend ce qu'on croit qu'elle donne : ardent à la connaissance des maladies et non moins à la recherche des remèdes, Laënnec demeurait de longues heures dans les amphithéâtres, dans les asiles de la souffrance; et, en même temps que son système nerveux était ébranlé par les émotions morales, il respirait ces redoutables poisons morbides qui détruisent les plus forts et qui tuèrent aussi Bichat. Sa faible constitution ne put résister; en vain venait-il de temps en temps revoir la Bretagne, se retremper dans l'air natal, cet air breton tout imprégné des senteurs de la lande embaumée, cet air natal dont la salubrité n'est point une illusion, car à son action réparatrice se mêle l'influence morale non moins vivifiante des doux souvenirs des années premières.

« C'est dans un tranquille séjour, près de Quimper, qu'il se reposait de ses fatigues de Paris en relisant les chefs-d'œuvre de l'antiquité grecque et romaine, délices éternelles de l'esprit humain; c'est là qu'il se remettait à l'étude de la langue celtique, cet antique rameau

(1) M. le professeur Bouillaud, délégué de la Faculté.

---

son ami, l'invite à se rendre avec lui en toute hâte près d'un riche banquier qu'il fallait opérer d'un anthrax. Jobert se préparait à y aller, lorsqu'au même moment on vint le chercher pour l'hôpital Saint-Louis, où sa présence était, disait-on, indispensable. Sans hésiter, il court à l'hôpital, et pour une hémorrhagie, suite de fracture de cuisse, pratique la ligature de l'artère fémorale, puis applique l'appareil. Le lendemain, en présence du docteur Arnal, Richerand lui adresse des reproches sur son inexactitude et son indifférence, lui disant qu'il avait manqué à gagner 500 francs, et qu'il ne pensait pas cependant que pareille somme fût à dédaigner de la part d'un chirurgien à ses débuts. « C'est vrai, répliqua Jobert, j'aurais gagné 500 francs, mais j'ai fait mieux encore : j'ai sauvé pour rien la vie d'un malheureux père de famille. » Richerand, pour toute réponse, serra affectueusement la main de son élève.

Dès qu'il le put, par un acte spontané, il fit remettre au maire de Lamballe la somme que lui avait léguée le vieil abbé de Soulleville, son premier protecteur, disant qu'il la léguait aux pauvres, auxquels elle revenait de droit. Il destinait cette somme à la fondation d'une salle d'asile; mais, plus tard, de son consentement, l'affectation en fut changée.

Voilà, Messieurs, l'homme qu'on a présenté comme aimant l'argent. Il a laissé 3 millions, il est vrai; mais on a trouvé chez lui, en billets et en argent, le tiers de cette somme, qu'il ne songeait même pas à placer, et, parmi ses papiers, un grand nombre de lettres, qui n'étaient pas ouvertes, conte-uant des valeurs considérables! Jobert, qu'on le sache bien, ne demandait de gros honoraires qu'à ceux qui pouvaient les donner, et c'était justice, puisqu'il ne voulait rien des pauvres et les aidait même de sa bourse. La vérité, c'est qu'il était indifférent à l'argent, et s'il tenait à être largement rémunéré, c'est qu'il pensait ainsi mieux marquer sa supériorité comme opérateur; il ne voulait pas, même sous ce rapport, rester inférieur à certains de ses collègues.

Depuis son arrivée à Paris, Jobert s'était toujours conduit vis-à-vis de sa mère en fils affectueux. Étant interne, il lui faisait sur ses modestes appointements une modique pension, régulièrement servie par l'intermédiaire du docteur Bedel. Plus tard, d'année en année, le chiffre en fut élevé jusqu'à ce qu'enfin cette brave femme déclarât que ce qu'elle touchait lui suffisait, et qu'elle se refusait à toute augmentation nouvelle. Il la perdit peu d'années avant qu'il ne fût frappé lui-même, et jamais il n'allait à Lamballe sans rendre à sa tombe de pieuses et fréquentes visites. De pareils faits, qui me sont attestés par des témoins irrécusables, n'ont pas besoin de commentaires et vengent sa mémoire de bien des calomnies.

Au milieu des fatigues du professorat et d'une clientèle immense, sa santé, jusqu'en 1864, était restée parfaite, et sa robuste constitution semblait triompher des plus rudes épreuves, lorsqu'à la suite d'une opération dans laquelle il s'était blessé au doigt, il fut en proie à des phénomènes sur la signification desquels on resta quelque temps indécis. Mais bientôt le doute ne fut plus permis : le virus syphilitique avait pénétré dans l'organisme. A partir de cette époque, sa santé déclina visiblement, et jamais il ne se rétablit complétement de cette atteinte. Jusqu'à quel point cette fatale inoculation a-t-elle influé sur la catastrophe finale? Personne ne peut le dire!

Lorsque la raison l'eut tout à fait abandonné et que le souvenir de toutes choses eut disparu, une seule avait encore le pouvoir de le préoccuper : la science, à laquelle il avait consacré toute son existence. On le voyait se promenant dans le parc de l'asile où il avait été reçu, un grand portefeuille sous le bras, au milieu des malheureux déments qui l'entouraient, allant de l'un à l'autre, les interrogeant, leur tâtant le pouls et leur donnant sur leur santé des conseils toujours reçus, chose étrange! avec empressement et satisfaction, tant était grand le prestige qui s'attachait encore à lui. D'autres fois, au contraire, il s'avançait le front pensif, incliné, gardant un morne silence, et lorsqu'on l'abordait, il levait son visage toujours beau, quoique pâle et altéré par la maladie, et demandait invariablement si tout était prêt pour l'opération. Il se croyait, en effet, chirurgien en chef d'un établissement destiné à recevoir les malades qu'on lui adressait de toutes les parties du monde, et le docteur Blanche, qui l'entourait des soins les plus affectueux, l'entretenait avec soin dans ces heureuses illusions. Qui sait si les voiles épais qui obscurcissaient sa raison ne lui ont pas procuré enfin un peu de ce repos qu'il avait longtemps et vainement cherché au milieu des agitations d'une existence inquiète et tourmentée!

Après une longue agonie, il s'éteignit lentement le 25 avril 1867, âgé de 69 ans.

Jobert était d'une taille au-dessus de la moyenne; sa figure régulière était agréable, et il en tirait une certaine vanité. Sa démarche était remarquablement altière, et sa tenue toujours irréprochable. Nul doute que ces avantages extérieurs n'aient beaucoup contribué à le faire réussir dans la grande clientèle parisienne où il a longtemps occupé le premier rang. Il n'était pas jusqu'à sa bizarrerie, jusqu'à ses excentricités, qui ne lui eussent fait dans le monde une sorte de célébrité. Malheureusement, son manque d'éducation première le rendait peu propre à jouer un rôle brillant au milieu de cette société spirituelle et raffinée, et son défaut d'instruction a plusieurs fois failli lui attirer de cruels mécomptes. On s'est longtemps souvenu, on se souvient peut-être encore dans un certain monde, de son apostrophe au magnifique portrait, peint par Ingres, de Bertin l'aîné, dans la bouche duquel il mettait, par une étrange confusion, ces paroles célèbres : « Nous sommes ici par la volonté du peuple et nous n'en sortirons que par la force des baïonnettes. »

Si j'ai rapporté cet épisode, ce n'est pas pour le vain plaisir de placer une anecdote, dont la mémoire de Jobert d'ailleurs n'a nullement à souffrir, c'est parce qu'elle porte avec elle son enseignement. Elle prouve, et j'en pourrais citer d'autres exemples encore, que les efforts les plus persévérants ne parviennent jamais à combler les lacunes d'une éducation incomplète.

L'homme qui doit, comme le médecin, vivre au milieu du monde, a besoin, plus que tout autre peut-être, d'une instruction littéraire solide et étendue, et l'on comprend à peine aujourd'hui qu'à une époque qui n'est pas encore bien loin de nous, on ait pu retrancher le baccalauréat ès lettres du programme des élèves en médecine. L'état de défiance de lui-même dans lequel a vécu Jobert, et dont il a tant souffert, n'a pas eu d'autre cause que cette conscience instinctive de son infériorité; elle le condamnait, dans la conversation, à une réserve dont il a dû se repentir amèrement d'être une fois sorti.

Tel est l'homme, Messieurs, dont j'ai essayé de vous retracer l'existence sans espoir d'y avoir réussi. C'est un des plus frappants exemples de ce que peut une volonté énergique unie à une persévérance opiniâtre. Ce qui, à mes yeux, caractérise surtout Jobert, ce qui le recommande à l'attention de la postérité, c'est que, parti des plus bas rangs de la société, sans fortune, sans appui, servi par des facultés moyennes et avec une éducation tout à fait insuffisante, il a su s'élever aux plus hautes dignités par le fait d'un travail sans relâche et que rien n'a pu décourager. Mais la base sur laquelle il s'appuyait était fragile; si le sort l'avait fait naître dans des conditions sociales qui lui eussent assuré une éducation libérale complète, nul doute qu'il n'eût été un chirurgien accompli, car il avait le génie inventif et scrutateur, le jugement droit et une incomparable dextérité manuelle; il ne lui manquait que ce qui peut s'acquérir, une solide instruction première.

Vous tous, jeunes futurs confrères qui m'écoutez, et auxquels ce bienfait a été largement dispensé, n'oubliez pas l'exemple de Jobert, sachez profiter des trésors de science qui vous sont ouverts, et, surtout, pénétrez-vous bien de cette vérité, qu'il ne faut pas se lasser de répéter, c'est que les plus belles facultés de l'intelligence, sans le travail, n'aboutissent qu'à la stérilité.

Tuberculisation des organes génitaux de la femme, par le docteur Louis Giraud. In-8. Prix : 2 francs. — Paris, 1868, Adrien Delahaye, éditeur.

des langues Aryennes, qui rattache à une commune origine l'Inde, la Grèce, l'Italie et la vieille Armorique.

« Singulier rapprochement! cette langue celtique était aussi l'étude favorite de Latour-d'Auvergne, le chef invincible de la *colonne infernale*, qui composa des écrits en bas-breton :

« Glaive d'acier à la guerre,
« Livre d'or au foyer. »

« Mais ces retours aux lieux où il était né et auxquels il venait redemander la santé, n'étaient que des trêves à la phthisie dont il était depuis longtemps atteint de par la loi fatale de l'hérédité, la phthisie pulmonaire qu'il avait si admirablement décrite et dont il avait montré les modes de guérison malheureusement fort rares. Il succombait à cette impitoyable maladie à 45 ans, dans la plénitude de son talent et dans tout l'éclat de sa renommée. Mais du moins il s'éteignit dans son manoir, à Kerlouarnec, au milieu des siens, consolation que n'eut pas le barde breton qui, expirant loin de la Bretagne, disait avec amertume :

« Mourez dans la maison où votre mère est morte! »

« Où le culte pieux des grands hommes peut-il mieux naître et se conserver que dans la vieille Armorique? Cette *terre de granit recouverte de chênes* porte une forte race, aux vivaces croyances, au cœur fidèle; le sol garde les antiques débris du passé le plus lointain et les fils sont encore animés de l'âme des aïeux. Déjà dans plusieurs cités se dressent les images des héros bretons : Dinan, Saint-Brieuc et Nantes ont élevé, toutes trois, une statue à Duguesclin, le victorieux connétable qui chassa l'Anglais de la Normandie, de la Guienne et du Poitou, et dont le cercueil prenait des villes (2); à Saint-Malo (où Chateaubriant n'a demandé qu'une croix de granit et une pierre tumulaire battue des vagues), à Saint-Malo on voit la statue de Duguay-Trouin, qui, sous deux rois, porta si haut et si loin la puissance de la marine française; à Lorient, celle de Bisson, l'héroïque enseigne qui fit sauter son brick envahi par des pirates grecs; à Carhaix, celle de Latour-d'Auvergne, le *premier grenadier de France*; à Nantes, enfin, celle de Cambronne, le sublime vaincu de Waterloo.

« Dans ce jour solennel qui sera une date pour le Corps médical de France, nous conduisons le triomphe d'un héros plus pacifique; nous couronnons Laënnec dans sa Bretagne aimée, et Quimper, qui revoit avec orgueil et joie ce glorieux enfant, lui donne dans la cité la place d'honneur.

« Serrons-nous, Messieurs, avec respect autour du monument élevé par l'Association générale des médecins de France, par la Bretagne, par les médecins français et étrangers; saluons de notre reconnaissance l'image sacrée du médecin breton. Laënnec figurera dignement dans la haute compagnie des meilleures illustrations de la France; car ce fut un de ces savants privilégiés qui ont été les maîtres de leur siècle et qui seront les précepteurs des générations futures; car ce fut un des bienfaiteurs de l'humanité : sa gloire, utile et pure, n'aura coûté ni sang ni larmes; il est de ceux qui, semblables aux héros de l'Élysée de Virgile, vivent par des bienfaits dans la mémoire des hommes,

« *Quique sui memores alios fecere merendo.* »

(2) Duguesclin assiégeait Châteauneuf-de-Randon quand il mourut; le gouverneur de la place, qui lui avait promis de se rendre, vint déposer les clefs de la ville sur son cercueil.

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant.

La Commission avait présenté :

En 1re ligne : M. Sirus Pirondi (de Marseille);
En 2e ligne : M. Courty (de Montpellier);
En 3e ligne : MM. Bourgeois (d'Étampes); Parise (de Lille); Notta (de Lisieux); Simonin (de Nancy); Guipon (de Laon).

Au premier tour de scrutin, nombre des votants, 41; majorité absolue, 22.

MM. Sirus Pirondi	18 voix.
Parise	10 —
Courty	5 —
Notta	3 —
Simonin	2 —
Guipon	1 —
Bourgeois	1 —

On trouve, en outre, un bulletin blanc.

Au second tour, nombre des votants, 35; majorité absolue, 18.

MM. Sirus Pirondi	25 suffrages.
Parise	8 —
Courty	2 —

En conséquence, M. Sirus Pirondi est déclaré membre correspondant de l'Académie.

LECTURE.

Recherches historiques et médicales sur les incidents du meurtre de Jules César, par M. le Secrétaire perpétuel, Dubois (d'Amiens).

M. Béclard commence la lecture de ce mémoire, qui sera terminée dans la séance prochaine.

La séance est levée à trois heures.

Par décret en date du 8 août, M. Viarden, chirurgien du lycée et des hôpitaux de Troyes, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 101. — SAMEDI 29 AOUT 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 29 AOUT 1868. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour com... le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les théories histologiques de M. le professeur Robin et de M. le professeur Broca.

Jeudi dernier, nous avons parlé de la théorie de M. Robin sur la genèse des éléments anatomiques.

Cette théorie rentre dans le groupe de celles qui font jouer aux blastèmes un rôle important dans la formation des tissus normaux ou pathologiques.

Mais, par ses détails, elle diffère de ses voisines, presque autant que des théories cellulaires, qui forment un groupe opposé.

Rien n'est plus clair et mieux lié dans sa contexture apparente que la théorie des blastèmes développée par M. Broca. Mais les doctrines de M. Robin veulent être complexes comme la nature; elles se font gloire de n'avoir pas cette simplicité artificielle qui plaît aux vulgaires esprits.

Elles ne sont donc pas des plus faciles à exposer, et nous en donnerons seulement une idée très-superficielle.

A ceux de nos lecteurs qui voudraient les étudier d'une façon plus complète, nous recommanderons particulièrement le livre de M. Clémenceau (1).

— Et d'abord, qu'est-ce qu'un blastème?

Pour M. Broca, c'est un produit d'exhalation qui porte en soi les matériaux des nouveaux tissus et la faculté de s'organiser de lui-même pour leur donner corps.

Dans cette hypothèse, les éléments anatomiques naissent à peu près passivement comme les cristaux se déposent dans un liquide saturé d'un sel; si ce n'est qu'un pareil liquide n'est pas animé par la vie, comme l'est un blastème. En effet, prenant le contre-pied de la théorie cellulaire, M. Broca a transporté presque entièrement dans les blastèmes toute l'activité vitale.

Les conséquences de cette première donnée sont faciles à prévoir :

1° D'abord il existe autant de blastèmes que de genres de tissus normaux et de tissus pathologiques.

On comptera des blastèmes osseux et glandulaires, comme des blastèmes fibro-plastiques et cancéreux.

Le *quid ignotum* des néoplasmes réside dans ces exsudats.

Si les tissus sont hétéromorphes, c'est qu'ils résultent d'un blastème hétérogène dans sa composition et dans son mode d'activité. S'ils sont normaux, c'est que leur blastème était normal.

Le rôle des tissus préexistants dépasse à peine l'influence de la région : en s'organisant, le nouveau blastème aime à se mouler sur un type qu'il trouve au lieu même, ou non loin.

2° En outre, il n'est pas admissible que ce blastème si vivant soit jamais le résultat d'une décomposition ou d'une transformation d'éléments décrépits.

C'est un exsudat puissant et jeune, dont les sucs nutritifs viennent d'être fournis par les liquides nourriciers.

— Aucune de ces propositions ne serait admise sans conteste par M. le professeur Robin.

Suivant lui les blastèmes, substances amorphes, liquides ou semi-liquides, proviennent, tantôt des cellules environnantes, par exsudation ou *liquéfaction*, tantôt du plasma même des capillaires voisins.

Dans cette hypothèse, les blastèmes sont encore vivants et actifs; mais les éléments figurés, les noyaux, cellules, etc., le sont au moins également.

La genèse des tissus a lieu par une série de transformations qui les fait passer de l'état solide à l'état liquide et réciproquement.

M. Robin explique ainsi comment l'ovule devient un germe, puis un embryon :

La cellule primitive perd son noyau, et disparaît en tant que cellule.

Son rôle est terminé; mais dans son intérieur, il s'est formé, par la liquéfaction des spermatoïdes et du premier noyau, un blastème vivant et producteur.

Bientôt apparaît dans ce blastème, par génération spontanée pour ainsi dire, un nouveau noyau, désormais centre d'activité vitale.

Il se divise; et le blastème se divise en même temps que lui par des enveloppes cellulaires qui limitent chaque partie.

Ainsi des cellules s'organisent et se multiplient par scission ou segmentation du noyau.

D'autres naissent par segmentation du seul blastème; et leur noyau n'apparaît que secondairement.

Enfin, d'autres naissent par *gemmation*, c'est-à-dire par bourgeonnement à la surface de cellules préexistantes.

Nous nous trouvons donc alors en présence d'une prolifération d'éléments figurés, dans ce système comme dans celui de M. Virchow.

Mais il ne faut pas perdre de vue une différence essentielle.

Ici, en effet, les éléments figurés, les cellules, qui actuellement prolifèrent et se multiplient, ont pour origine une cellule qui s'est formée de toutes pièces, et, suivant l'expression heureuse de M. Robin, *individualisée* au sein d'un blastème complétement amorphe.

Cette première cellule, on peut la nommer produit sans facteur, enfant sans mère, « *prolem sine matre creatam.* »

Sa genèse, une fois admise, suffit à renverser l'axiome fondamental de M. Virchow : « Toute cellule provient d'une cellule, *omnis cellula à cellula.* »

Mais ce n'est point tout.

Les cellules filles perdront à un certain moment l'*individualisme* qu'elles ont reçu.

Elles se fondront en un nouveau blastème, où naîtront de nouveaux éléments, par génération spontanée.

Ainsi l'activité vitale évoluant de substances solides en substances liquides, se conservera indépendamment de toute forme.

Elle animera successivement de nombreuses familles de noyaux, de cellules, etc., sans parenté aucune les unes avec les autres : pour la naissance, l'accroissement et la nutrition d'un seul être, d'un seul tissu.

— La production et le développement de toutes les tumeurs pathologiques seront soumis aux mêmes lois.

Toutes passeront par un état embryonnaire et leurs éléments se succéderont par générations spontanées successives, ou « *épigénèses* ».

— Telle est dans ses traits principaux la théorie originale de M. le professeur Robin, que M. le professeur Richet a mentionnée dans son discours à la séance de la Faculté.

En entendant M. Guérin la revendiquer comme sienne, nous nous sommes dit qu'évidemment il y avait quelque méprise. Car les travaux remarquables de M. Jules Guérin sont absolument indépendants de cette théorie, et nous ne croyons pas qu'il l'ait énoncée.

(1) *De la génération des éléments anatomiques*, par le docteur G. Clémenceau, précédé d'une introduction par M. Charles Robin, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris. In-8. Prix : 5 fr. — Paris, 1867, Germer-Baillière.

Vulgarisation de la chirurgie (1).

Jusqu'à quel point est-il possible et bon de rendre la science attrayante? Je me suis posé ces questions à propos du nouvel ouvrage de M. Adolphe Richard.

Ce livre a pour titre : *Pratique journalière de la chirurgie ;* et on le lit tout d'une haleine, sans tension d'esprit, comme un roman.

Faudra-t-il en conclure de suite qu'il ne peut pas être aussi savant que d'autres ouvrages à pesante allure? On me l'a dit : je n'en crois rien.

Il y a certainement bien des exceptions à la règle posée dans ces vers de Boileau :

> Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement,
> Et les mots, pour le dire, arrivent aisément.

(1) *Pratique journalière de la chirurgie*, par Adolphe Richard, chirurgien de l'hôpital Beaujon, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, avec 215 figures originales intercalées dans le texte. Grand in-8. — Paris, 1868, Germer-Baillière.

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE.

Étude clinique et expérimentale des embolies capillaires

Par V. FELTZ,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, chef de clinique, directeur des autopsies.

Ce titre est celui d'un livre paru récemment à Strasbourg et fruit des remarquables travaux de M. le docteur Feltz. D'une haute portée scientifique, l'ouvrage se distingue tout d'abord par le choix de la méthode qui a dirigé l'auteur. « Reproduire expérimentalement, dit-il, divers phénomènes morbides qui m'ont frappé au lit du malade et à l'amphithéâtre, tel a été mon but. » C'est donc après avoir suivi pas à pas le développement des symptômes et des manifestations morbides chez le malade; puis après avoir constaté, par les autopsies et l'étude micrographique, les lésions anatomiques qui ont amené l'apparition de ces phénomènes, que le savant agrégé a été conduit à demander à l'expérimentation la répétition de ces manifestations diverses. Parti de ce point, il institue des expériences nombreuses pour reproduire chez les animaux les phénomènes morbides et les lésions anatomiques qu'il a déjà observés chez l'homme. Puis il poursuit sa tâche et finit par s'élever à la connaissance du mode de production de ces diverses lésions chez l'homme lui-même. C'est donc au moyen de la méthode expérimentale, seule voie des études médicales aujourd'hui et source déjà si féconde en résultats, qu'imitateur de Claude Bernard et de tant d'autres savants, l'habile opérateur a pu se former une idée juste et vraie de la filiation, de la genèse et de la marche de tous ces phénomènes. Aussi la théorie qu'il en deduit n'est-elle autre chose que l'expression des faits dans tous les processus morbides qu'il a étudiés.

Avant d'entrer dans le corps de l'ouvrage, voyons tout d'abord comment l'auteur considère l'embolie capillaire. Nous pensons qu'il est préférable de donner immédiatement au lecteur ces indications, afin qu'il soit de suite fixé sur la haute valeur scientifique de l'auteur et de son œuvre. Pour M. Feltz, l'embolie capillaire simple, c'est-à-dire l'obstruction d'un ou de plusieurs vaisseaux capillaires par des fragments, soit de fibrine, soit de caillots plus complexes, soit enfin par d'autres substances pouvant faire bouchon dans ces capillaires, n'a généralement que peu d'importance au point de vue des conséquences pathogéniques. A moins qu'un grand nombre de capillaires ne viennent à être oblitérées à la fois, car dans ces cas il en résulte une anémie considérable des parties correspondantes, anémie qui entrave leur nutrition et par suite l'exercice de toutes leurs autres propriétés biologiques, l'embolie capillaire n'a aucune conséquence grave pour l'organe dans lequel on la voit se produire. Dans les vaisseaux capillaires, en effet, le courant sanguin peut se faire dans tous les sens, et de plus les anastomoses sont si fréquentes et si voisines l'une de l'autre, que la circulation collatérale a bientôt fourni des matériaux de nutrition aux éléments qui sont sous la dépendance des capillaires oblitérés. Alors, suivant la nature de la substance qui forme bouchon dans les vaisseaux, on verra ce bouchon se résorber ou s'organiser et l'oblitération définitive du capillaire en être la conséquence. Dans d'autres cas, le corps obturateur ne pouvant être supporté par l'organisme, une inflammation éliminatrice se produira autour de lui, et par ce fait il sera en fin de compte rejeté hors de l'économie.

Au contraire, et telle est la cause de la gravité des embolies capillaires, dans la plupart des cas, voici ce que l'on observe : Dans le capillaire obstrué par un bouchon mécanique, quelle que soit du reste sa nature, vient heurter le sang, soit en amont, soit même en aval. Cette pression répétée finit par amener la rupture de la mince paroi du vaisseau, et alors une suffusion sanguine se fait au milieu des éléments constitutifs du tissu. Les globules rouges, les leucocythes et parfois des parcelles de la substance qui a formé l'embolie, sont lancés au milieu des cellules, des fibres, des tubes qui constituent le tissu. De là, compression, déchirure, rupture de ces divers éléments, puis formation de ce foyer connu par tous les auteurs sous le nom d'*infarctus*, et qui, conséquence de l'embolie, devient pour l'organisme le plus grave résultat de cette lésion primordiale.

Telle est la doctrine de l'embolie formulée par M. Feltz, doctrine basée sur les faits cliniques et sur les nombreuses expériences qu'il a instituées. Nous en suivrons le développement dans le corps de l'ouvrage, et nous la verrons fournir des données positives pour l'interprétation d'un grand nombre de phénomènes morbides jusqu'alors inconnus, surtout au point de vue de leur pathogénie.

Les expériences de M. Feltz, signalées au nombre de 57 dans son ouvrage, ont porté sur des chiens, des lapins et des cochons d'Inde. Elles ont consisté dans l'injection dans le système circulatoire, soit artériel, soit veineux, de liquides tenant en suspension des poussières destinées à opérer l'oblitération des capillaires. Les poussières employées sont les poudres de charbon, de tabac, de fibrine, puis des éléments organiques : du pus, du cancer et du tubercule. Le procédé opératoire, minutieusement décrit en tête de chacune des séries d'expérience, est simple et à l'abri de toute controverse. Enfin les autopsies faites avec un soin tout particulier et toujours accompagnées de l'examen microscopique, sont décrites de la manière la plus complète.

De plus, une série de planches, dont nous voulons reparler plus loin, met sous les yeux du lecteur les lésions observées tant à l'œil nu qu'au moyen du microscope.

Disons enfin, pour terminer cet aperçu général, que l'ouvrage se divise en quatre parties. Les trois premières, les plus importantes, sont classées sous les titres suivants : *Embolies du système pulmonaire, Embolies du système aortique, Embolies du système de la veine porte.* A la suite de cette dernière prennent place quelques considérations sur l'infection purulente. Vient ensuite la quatrième partie, qui traite de l'historique et de la pathogénie des embolies en général.

Première partie. — Les embolies du système pulmonaire sont le

Il est des diamants qui, par malheur, sont enveloppés d'une gangue.

L'obscurité du style ne dépendit-elle pas de l'obscurité de la pensée, n'en aurait pas moins pour inconvénient de rebuter ceux qu'il faudrait instruire.

Il est maintenant peu de praticiens qui puissent donner aux abstractions toute l'attention qu'ils voudraient et leur consacrer de longues heures. Présenter les choses par le côté le plus abordable, c'est donc rendre un réel service à la plupart.

Cet idéal des journalistes, M. Adolphe Richard l'a rempli par son extrême lucidité.

Les divers chapitres de son ouvrage peuvent être donnés en modèle aux plus habiles vulgarisateurs. Des planches magnifiques, en grand nombre, aident du reste puissamment à la clarté des descriptions, avantage que n'ont jamais les journalistes.

Je dois donc annoncer d'abord à l'auteur un très-grand succès, bien mérité.

Mais toute médaille a son revers.

Un livre écrit d'une manière aussi spontanée, aussi attachante, en abordant toutes les questions sous l'inspiration du moment, a nécessairement moins de régularité dans les proportions de ses parties.

Le principal but est d'être compris, et, suivant les jours, on y parvient plus ou moins vite.

Ainsi tantôt M. Richard trouve intéressant l'historique d'une question, et il s'y complaît ; tantôt il court au plus pressé, et donne le précepte thérapeutique, après quelques notions, suffisantes bien que brèves, sur les causes et les symptômes de l'affection qu'il faut combattre.

Je ne lui en fais pas un reproche, car cette variété n'est pas sans charme. Il est des cas où le superflu fait mieux venir le nécessaire.

Mais le nécessaire n'est pas toujours aussi complet qu'il devrait l'être, d'après le titre. On cherche vainement des indications sur certains sujets de pratique journalière, tel que celui-ci : le traitement des calculs vésicaux chez la femme.

En outre, M. Adolphe Richard a préféré, et il en avait le droit, pour plus de concision, exposer sa propre pratique, exclusivement à celle des autres chirurgiens. Il est rare qu'il fasse mention de cette dernière, même pour dissuader de la suivre.

Je sais bien que son œuvre en est plus personnelle; qu'elle ressemble moins à une revue, et plus à un cours dogmatique.

Mais de notre temps, le principe d'autorité est si affaibli, qu'on aime à savoir les motifs en vertu desquels les professeurs, les plus respectés, ont repoussé telle théorie ou telle méthode opératoire.

... ne pas trouver au ... M. Voillemier, de Holt, etc., on s'étonne dans l'indication des moyens qu'on peut employer pour guérir les rétrécissements de l'urèthre.

L'uréthrotomie, au contraire, est décrite complaisamment. Et pourtant si, suivant le conseil de M. Richard, on pousse et l'on retire, à plusieurs reprises, la lame de l'uréthrotome, comme « en jouant du violon » sur un point de l'urèthre, je doute que cette opération soit plus innocente que l'autre.

Pour conclure sur les questions que je m'étais posées d'abord : oui, il est bon, et il est possible de rendre attrayante l'étude de la science chirurgicale.

M. Adolphe Richard l'a prouvé.

Les taches qui déparent encore son œuvre vraiment remarquable, ne résultent pas forcément de la méthode qu'il a suivie.

Elles disparaîtront sans doute dans des éditions ultérieures, qui se succéderont rapidement.

Dr Victor Revillout.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Demarquay.

DE L'ÉPULIS (1)

(Par M. P. Fouilloux, externe du service.)

L'observation suivante, qui nous a été communiquée par M. Bailly, externe du service, est un exemple d'épulis épithéliale.

Observation I. — Madame X..., 42 ans, bonne santé habituelle, d'un embonpoint marqué, très-abondamment réglée, entre dans le service de M. Demarquay le 8 juin 1868.

Il y a environ quatre ans, à la suite de l'extraction d'une des premières molaires gauches de la mâchoire inférieure, elle s'aperçut qu'à ce niveau se développait une tumeur qui, en peu de temps, eut pris le volume et l'aspect d'une cerise. Cette tumeur rouge, mais indolente, élastique, semblait augmenter à chaque époque menstruelle; elle saignait au moindre contact irritant, ce qui empêchait la dame de se servir de ce côté de la mâchoire dans les phénomènes de la mastication.

A son entrée dans le service, elle présente l'état suivant :

L'état général est aussi satisfaisant que possible et éloigne tout de suite l'idée d'une production morbide d'une gravité quelconque. Au sommet de la tête, un peu en avant de la suture lambdoïde, existent deux athéromes du volume d'une petite noix. La joue gauche fait une légère saillie en avant. Si l'on cherche à se rendre compte de l'origine de cette saillie et que l'on invite la malade à ouvrir la bouche, voici ce que l'on constate :

Une tumeur existe entre la première molaire inférieure et l'incisive gauche; elle recouvre le bord alvéolaire qu'elle déborde pour recouvrir les parties latérales du maxillaire; elle est dure au toucher, bosselée, arrondie, de la grosseur de deux ou trois grains de raisin placés à la suite l'un de l'autre; elle adhère intimement à la mâchoire, sans pédicule. Pas d'engorgement ganglionnaire.

L'ablation en est pratiquée le 13 juin.

Sans aucune incision préalable des parties molles, à l'aide d'une forte tricoise, M. Demarquay embrasse la base de la tumeur et la coupe dans l'épaisseur même du bord alvéolaire. Hémorrhagie peu abondante, mais se renouvelant pendant deux jours, et ayant nécessité l'emploi du fer rouge et du perchlorure de fer.

La tumeur, examinée au microscope par M. Bouchard, est recouverte par l'épithélium normal de la muqueuse buccale; les papilles n'en sont pas modifiées. Son tissu rougeâtre est constitué par un stroma de tissu conjonctif à corpuscules fusiformes. De distance en distance, ce tissu est creusé de cavités arrondies, très-régulières, ovoïdes ou légèrement renflées à une de leurs extrémités, remplies complétement par des cellules épithéliales petites, polyédriques, à un seul noyau. Le tissu interstitiel renferme çà et là des amas d'hématoïdine à l'état amorphe.

Trois jours après l'opération, un gonflement péri-maxillaire s'observe ... frappé par l'empreinte ecchymotique qu'on laissée les doigts de l'aide qui maintenait la mâchoire inférieure pendant l'opération. Cette ecchymose, jointe à l'hémorrhagie persistante, et rapprochée de l'abondance des règles chez cette dame, rappelle un certain degré d'hémophilie.

Du 16 au 24 juin, l'emploi continuel de la glace prévient toute hémorrhagie.

Le 24, la gencive est encore un peu rouge et tuméfiée, mais le gonflement qui existait au niveau de la branche horizontale du maxillaire a presque disparu; aussi la malade insiste-t-elle pour être débarrassée des loupes qu'elle porte au cuir chevelu; mais M. Demarquay nous fait remarquer que la tendance aux hémorrhagies et la haute température lui font un devoir de s'abstenir de toute opération, si minime qu'elle soit en apparence; il invite la malade à sortir, sauf à revenir, ce qui nous permettra, dans quelque temps, de constater l'état du lieu de l'opération.

(1). Fin. — Voir le numéro du 22 août.

5° Enfin les glandules si nombreuses de la région peuvent être prises d'une prolifération portant spécialement sur l'épithélium de la cavité glandulaire : de là un concroïde qu'à cause de son siége, nous devons encore ranger parmi les épulis. L'observation suivante nous en fournit un exemple remarquable.

Observation II. — M. X..., 63 ans, célibataire et cultivateur; bonne santé habituelle, mais fumeur de profession, entre à la maison municipale de santé le 24 avril 1868.

Au mois de janvier 1868, entre les deux incisives inférieures, apparaît une petite excroissance pédiculée que l'on excise avec un écoulement sanguin abondant.

La tumeur reparaît immédiatement et à plusieurs reprises, de sorte que plusieurs excisions suivies de cautérisations sont successivement pratiquées. Depuis la dernière tentative de guérison qui a eu lieu fin février, la tumeur n'a cessé de faire de rapides progrès, et aujourd'hui le malade présente l'état suivant :

Sur le bord alvéolaire du maxillaire inférieur, de la canine droite à la canine gauche, existe une tumeur formée de quatre mamelons saillants, séparés par deux sillons qui se coupent perpendiculairement, de manière à simuler assez bien la disposition des tubercules quadrijumeaux. Au point où les deux sillons se coupent, dépression assez profonde consécutive à l'extraction de racines dentaires et augmentée probablement par la saillie que viennent y produire les débris d'incisives supérieures dans le rapprochement des mâchoires. Le tout est implanté solidement, dans le bord alvéolaire, par une partie légèrement rétrécie.

Chacun de ces mamelons est irrégulier, creusé de dépressions dues à l'impression des dents ou plutôt des débris de dents, car l'une et l'autre mâchoire sont presque totalement dégarnies.

Leur coloration rougeâtre présente quelques points gris-jaunâtres, correspondant à un produit demi-liquide, visqueux, qui les recouvre.

Peu douloureux à la pression, d'une consistance élastique, mais peu dépressibles, ils saignent facilement.

La bouche du malade exhale une odeur fétide nauséeuse.

La production morbide dépasse, en avant et en arrière, le rebord alvéolaire.

En avant, elle projette la lèvre inférieure, qui fait une saillie d'autant plus manifeste, qu'elle contraste avec un enfoncement marqué de la région génienne, résultat de l'âge et de l'amaigrissement du malade; par suite de cette projection, le rapprochement des mâchoires étant imparfait, l'occlusion de l'orifice buccal antérieur est incomplète, ce qui permet à l'air extérieur de se mettre en contact permanent avec la production.

En arrière, la saillie de la tumeur refoule la langue, gêne les mouvements si variés de cet organe dans les divers actes dont il est l'agent unique ou l'auxiliaire. Ajoutons enfin que la langue vient constamment lécher la tumeur, emportant ainsi, à chaque mouvement de déglutition, une parcelle du produit infect qui en recouvre la surface.

Le faciès est normal; nullement cachectique; pas d'engorgement ganglionnaire, sous ou péri-maxillaire; pas de diarrhée; et cependant le malade accuse un amaigrissement considérable depuis le mois de janvier; mais il faut en chercher la cause dans l'obstacle, pour ainsi dire, mécanique à la régularité et au maintien des fonctions digestives. En effet, les mouvements des lèvres, de la langue et des mâchoires qui sont imparfaits, l'insuffisance de l'insalivation, la fétidité de la bouche et l'ingestion continuelle dans l'estomac du suc ichoreux fétide qui recouvre la tumeur : voilà autant de causes suffisantes pour expliquer la perte de l'appétit, la perversion des digestions et l'amaigrissement consécutif. On s'étonnerait presque de l'absence de diarrhée. Enfin une nouvelle cause d'amaigrissement vient s'ajouter aux précédentes, et elle est fournie par l'état général.

Le malade, en effet, — et c'est même la première observation qu'il fait quand on l'aborde, — le malade se plaint d'une douleur dans le côté droit. D'après les renseignements qu'il fournit sur le caractère erratique de cette douleur, qui aurait affecté successivement le poignet, le coude, l'épaule, et à n'en croire que l'état de la respiration, qui est normale du moins en apparence, on serait tenté de s'en tenir à une douleur rhumatismale.

---

sujet de cette première partie de l'ouvrage de M. Feltz. Et tout d'abord il établit, et par l'observation clinique, et par l'injection de poussières dans les jugulaires et les veines crurales de divers animaux, que la mort subite peut être le résultat d'embolies capillaires dans le poumon. Ses autopsies prouvent ces faits de la manière la plus manifeste. L'on peut rencontrer des cas de mort subite sans autre lésion ni du cœur ni du poumon, et produites par le seul fait de la pénétration dans le système capillaire pulmonaire de matières susceptibles de déterminer l'embolie. Ce sont en général des caillots fibrineux détruits et provenant de trombose veineuse. D'après le savant agrégé, et il s'appuie en ce fait sur l'opinion de M. le professeur Michel, opinion établie à la suite de nombreuses recherches expérimentales, l'entrée de l'air dans les veines ne serait pas autre chose qu'une embolie capillaire. Les cas les plus fréquents de mort subite sont ceux où il existe déjà des affections du cœur ou du poumon (endocardites, lésions pulmonaires diverses) : ici la mort survient toutefois par embolie capillaire dans le poumon. Trois observations cliniques avec autopsie et examen microscopique établissent cette manière de voir et prouvent que la mort survenue par asphyxie a été occasionnée par l'oblitération embolique des capillaires du poumon. Enfin, par voie expérimentale, M. Feltz prouve que très-souvent la mort à la suite de brûlures est due à l'oblitération des capillaires du poumon par des détritus fibrineux partis des point brûlés et transportés par les veines jusqu'à cet organe.

Mais l'embolie capillaire dans le poumon ne détermine pas toujours la mort subite. Il importe donc d'étudier quels sont ses résultats, alors que le sujet survit à cette lésion. Dans ce cas, il y a production d'infarctus, d'après le mécanisme que nous avons indiqué plus haut. Par voie expérimentale, en injectant dans les veines de la grande circulation les matières pulvérulentes dont il se sert, M. Feltz produit des infarctus dans le poumon et les étudie dans les diverses phases de leur évolution ultérieure. Tout d'abord c'est un foyer hémorrhagique dans lequel on retrouve les éléments du sang mélangés à ceux du tissu pulmonaire et à des parcelles de la substance injectée. Plus tard, ou bien ce foyer est résorbé et il ne reste plus que du tissu conjonctif de nouvelle formation, ou bien suivant certaines conditions, qui très-probablement tiennent à des dispositions diathésiques du sujet, on voit le foyer primitif subir des métamorphoses régressives. Dans ces cas, on le trouve bientôt constitué par des globules sanguins ratatinés, par des débris de fibrine à l'état granuleux, enfin par les éléments du tissu en voie de dégénérescence graisseuse. On voit par là qu'à cette époque de son évolution, l'infarctus est encore reconnaissable; mais quelque temps après, une fonte graisseuse et purulente se fait dans toute sa masse et fait bientôt disparaître l'infarctus et une certaine partie du tissu pulmonaire où il s'était produit. Il ne reste plus alors, comme preuve de son existence, qu'un foyer rempli de pus et de matière graisseuse, et même à la fin qu'une perte de substance, qu'à cette période on ne pourra plus distinguer en aucune manière des cavernules tuberculeuses. Ce n'est donc que par l'étude complète du processus morbide que l'on peut arriver à établir un diagnostic rigoureux et à ne pas confondre des lésions emboliques avec d'autres qui doivent leur origine à des produits tout différents, et que l'on rencontre si fréquemment dans le poumon.

Au reste, fait très-important, M. Feltz a injecté chez les animaux des produits tuberculeux et cancéreux, et dans aucun cas, il n'a vu se produire ni cancer, ni tubercule. Toujours il a obtenu les mêmes résultats, soit avec ces produits, soit avec les poudres de charbon, de tabac ou de fibrine. C'étaient des infarctus emboliques qui se produisaient de la même manière et suivaient les phases d'évolution décrites ci-dessus. De ces faits nombreux, M. Feltz conclut à l'impossibilité de la reproduction par voie expérimentale (injection dans les veines, inoculation) du cancer ou du tubercule, bien qu'il admette la généralisation par la voie des veines, mais chez l'individu vivant seulement et porteur d'une de leurs premières manifestations. Ses observations cliniques, du reste, relatent des faits de ce genre.

Par cette simple exposition, l'on peut reconnaître combien est grande l'importance de l'étude des infarctus emboliques, étude faite de la manière la plus complète par M. Feltz. On peut suivre, du reste, dans les planches de son ouvrage, les diverses phases évolutives de ces lésions anatomiques.

Étudiant ensuite la pathogénie des embolies pulmonaires, le chef de clinique de Strasbourg reconnaît que les corps emboliques peuvent avoir leur point de départ dans l'intérieur du système circulatoire (tromboses veineuses de la circulation générale, endocardite ou caillots fibrineux formés dans le cœur droit). Transportés par le courant sanguin, des parcelles de ces trombus, des fragments de ces caillots seront conduits jusqu'au système capillaire du poumon, et là produiront tous les accidents que nous avons mentionnés. D'autres fois, les corps qui viennent former embolie sont extérieurs au système circulatoire, et dans ce groupe l'on doit ranger l'air pénétrant dans les veines et les éléments divers des tumeurs ouvrant, par ulcération, une ou plusieurs veines, puis y déversant leurs produits qui, transportés par le sang, vont former des oblitérations dans les capillaires du poumon.

Mentionnons en terminant que, dans ses injections veineuses de poussières de charbon et autres, M. Feltz n'a jamais vu ces poussières franchir le réseau capillaire du poumon et venir apparaître dans les veines pulmonaires, le cœur gauche ou les artères de la grande circulation.

Deuxième partie. — Dans cette seconde partie de son travail, M. Feltz aborde l'étude des embolies capillaires dans le système aortique, c'est-à-dire de celles qui s'en vont faire bouchon dans les capillaires généraux de l'économie. Par des injections poussées soit dans le cœur gauche, soit dans les carotides, soit enfin dans les artères fémorales, il arrive à produire dans presque tous les organes, on peut même dire dans tous les tissus, des oblitérations capillaires avec

Mais si l'on poursuit l'examen, on apprend du malade que, parfois, la douleur l'exaspère; il est pris d'une *angoisse* (c'est son expression); en outre, sur la partie latérale droite du thorax, de la sixième à la douzième côte, existe une voussure considérable, mais surtout prononcée au niveau des septième et huitième espaces intercostaux. Là en effet, la voussure forme une tumeur oblongue suivant la direction des espaces, molle, dépressible. La percussion donne une matité limitée en dedans par la colonne vertébrale, en dehors par une ligne longeant le bord inférieur du grand dorsal. A l'auscultation, absence du bruit respiratoire remplacé par du souffle et de l'égophonie, tandis que le murmure vésiculaire est un peu exagéré à gauche et dans la région sous-claviculaire droite.

En résumé on a, d'une part, une production locale que son siége et les caractères extérieurs placent dans la catégorie des épulis; d'autre part, un vaste épanchement pleural.

Vis-à-vis de la tumeur, la ligne de conduite paraît bien simple : l'ablation. Mais la présence de l'épanchement n'est-elle pas une contre-indication?

En toute autre occurrence, la contre-indication serait formelle, car il va de soi qu'un traumatisme intéressant un os, organe si vasculaire, ne saurait que contribuer à aggraver l'épanchement, peut-être même à le faire passer à la purulence; mais ici, la nutrition est doublement menacée par la présence de la tumeur, qui gêne les fonctions digestives, par la présence de l'épanchement qui, en privant le malade de tout son poumon droit, porte une atteinte plus grave peut-être à l'hématose. D'ailleurs, l'insuffisance de la nutrition a bien pu prédisposer le malade à gagner l'épanchement, et ce qui semble corroborer cette manière de voir, c'est la marche insidieuse de la complication thoracique.

En définitive, l'état d'atonie du malade et le défaut de nutrition militent en faveur de l'opération, qui est pratiquée le 6 mai 1868.

Le malade, couché sur un lit, est soumis à une chloroformisation légère. Les commissures labiales sont tendues et écartées de chaque côté par un aide. M. Demarquay pratique une incision comprenant toute l'épaisseur des tissus, étendue un peu obliquement de la commissure labiale droite au bord inférieur du maxillaire. Deux aides compriment les lèvres de l'incision pour diminuer la déperdition sanguine, d'autant plus à redouter que le sujet est débilité. Alors la lèvre inférieure est renversée en bas, en dehors et à gauche. La tumeur ainsi mise à découvert, M. Demarquay saisit une trichoise, enlève en deux points la tumeur, en l'attaquant par la base, mais en ayant soin de ne pas faire porter la section au delà du rebord alvéolaire.

La surface de section est ensuite régularisée à l'aide de petites pinces, l'hémorrhagie arrêtée par plusieurs pointes de feu, et les bords de l'incision réunis par une série de points de suture entortillés.

Le malade est ensuite transporté dans son lit, avec recommandation de se coucher du côté opposé à l'incision, ce dont il ne tient nullement compte. Bouillons et potages; vin.

Le lendemain, fièvre modérée.

Le 8, frisson intense de demi-heure. Le malade refuse de prendre des aliments.

Le 10, les bords de la plaie se renversent en dehors, son fond est recouvert d'un pus jaunâtre. La réunion immédiate est manquée.

Les jours suivants, l'état général empire : frissons répétés, fièvre intense. Le malade succombe le 12 mai.

Si, laissant de côté les conditions exceptionnellement mauvaises où se trouvait le malade, on s'en tient à la maladie locale, on voit :

1° Que l'on avait affaire à une production ayant repullulé promptement, mais sans retentissement ganglionnaire. Cependant l'examen microscopique fait par M. Bouchard a donné les résultats suivants :

La tumeur est recouverte d'un épithélium normal; la partie superficielle du chorrien montre des papilles non hypertrophiées. Le tissu, plus profond, est constitué par du tissu connectif fibreux à corpuscules conjonctifs peu développés, creusé de cavités assez vastes tapissées d'une couche régulière d'épithélium prismatique. On doit donc considérer cette production comme un cancroïde glandulaire.

2° L'habitude de fumer a bien pu n'être pas étrangère à son développement, du moins comme cause d'irritation.

3° Le procédé opératoire était à la fois simple et conservateur. L'incision unique diminuait à la fois, et la difformité et surtout la déperdition sanguine; l'ablation, avec la trichoise est rapide; enfin, et c'est le côté saillant du procédé, en n'enlevant que la portion alvéolaire, M. Demarquay conserve au maxillaire son bord inférieur. En un mot, par là, on évite le grand inconvénient de toute ablation du maxillaire inférieur, l'écoulement continuel de la salive et la dénutrition qui en résulte.

De l'étude qui précède, il résulte :

1° Que sous le nom d'épulis on a décrit les productions morbides les plus variées;

2° Que cette dénomination indique uniquement le siége de la tumeur, mais qu'elle n'apprend rien sur la seule chose intéressant le pronostic, c'est-à-dire ses affinités avec les tissus de la région;

3° Qu'elle peut être maintenue, mais à la condition expresse de lui adjoindre une épithète significative; ainsi l'on dirait désormais : épulis, variété cancroïdale, myéloplaxique, etc.

Le traitement de l'épulis ainsi comprise a été formulé par les observateurs les plus anciens, avec les différences nécessitées par les diverses variétés. Mais ce sur quoi les auteurs sont un peu concis, ce sont les difficultés que l'on rencontre dans l'ablation de quelques-unes de ces tumeurs.

Relativement à celles qui ont leur point de départ dans le tissu gingival et qui sont limitées à ce tissu, l'excision suffit, suivie d'une cautérisation légère. Mais que la tumeur ait son point de départ dans le système osseux ou qu'elle l'ait envahi consécutivement, le procédé opératoire est loin d'être aussi simple. Nous savons, en effet, que ces dernières variétés d'épulis sont les plus graves en tant que sujettes aux récidives, si l'on n'a pas enlevé en totalité la production morbide. D'un autre côté, quand une partie de l'os est atteinte, l'opération devient tout de suite beaucoup plus sérieuse. C'est dans ces cas difficiles où l'on est entre deux écueils, d'une part, une ablation incomplète qui expose à une récidive presque certaine; d'autre part, l'ablation de la branche horizontale du maxillaire qui entraîne des conséquences graves au point de vue de l'écoulement continuel de la salive : c'est dans ces cas, dis-je, que nous croyons devoir appeler vivement l'attention sur le procédé employé par notre maître, M. Demarquay, et dont nous avons pu apprécier les heureux résultats dans les deux faits observés dans son service.

Dans l'un, en effet, il a pu sauvegarder les parties molles; dans l'autre, l'étendue de la tumeur a nécessité une incision pour la mettre à découvert. Mais dans les deux cas, et c'est ce qui a lieu le plus souvent, la surface d'implantation de la tumeur dans l'os a rendu l'opération pénible. Pour se mettre à l'abri de la récidive, M. Demarquay a dû tailler dans l'os même; pour cela, il s'est servi d'une forte trichoise, à l'aide de laquelle il a pu, en un ou deux temps, enlever le produit; et pour plus de sûreté, il a ensuite régularisé la surface de section osseuse avec de petites pinces.

Toutefois, même avec un instrument assez puissant, la force qu'il a dû déployer spécialement dans la première observation où la tumeur était cependant d'un petit volume, lui a fait apprécier mieux que jamais les difficultés d'une opération en apparence peu sérieuse; et c'est guidé par cette considération qu'il a fait construire, par M. Galante, une trichoise spéciale pour l'ablation de ce genre de tumeurs. Il nous a même fait entrevoir tout le parti qu'on pourrait tirer en pareille occurrence de la pince de Hoffmann, dont il s'est servi si avantageusement pour l'ablation du maxillaire supérieur dans un cas de fibrome calcifié du sinus, dont on trouvera la relation détaillée dans un mémoire publié par M. Bourdillat, interne du service.

DEUX LIGATURES
au delà de l'ouverture artérielle.

Par M. G. A. Delattre,

ancien chirurgien-major de la marine.

Ayant à lier une grosse artère pour le cas d'hémorrhagie, devant appliquer le lien à quelque distance du point qui fournit le sang, et non dans la plaie, nous avons adopté la pose de deux ligatures espacées d'un centimètre et suivies d'une section intermédiaire.

Les motifs de cette préférence sont, d'une part, la longueur de la chute du lien, quand il est unique, et, de l'autre, la crainte, justifiée plus d'une fois, d'une hémorrhagie par récurrence.

Des faits motivent notre prédilection; ainsi, quant à la durée du séjour des ligatures, celle appliquée sur l'artère brachiale, loin de la blessure, prend une vingtaine de jours pour sa chute; tandis que, si elle est mise près du bout coupé comme dans les amputations, elle ne reste en place qu'une quinzaine. Pour l'artère crurale, il y a quatre ou cinq jours à compter, en sus, dans chacun des deux mêmes cas.

Pendant tout ce temps, il faut que le malade soit dans le plus grand repos, une secousse peut faire que l'artère se rompe trop tôt et qu'une hémorrhagie s'ensuive. Dans les hôpitaux, le calme complet est aisé à obtenir, mais durant une campagne et à bord des vaisseaux, les opérés peuvent par nécessité subir des mouvements, des transports; c'est un motif de plus pour se ranger à notre avis, car la chute prématurée des ligatures est bien moins à craindre quand elles sont sur le tronçon du tube que lorsqu'elles se trouvent au loin sur sa continuité.

Quant à l'hémorrhagie récurrente, c'est un motif pour avoir deux ligatures; quand il n'y en a qu'une à l'instant de la séparation, le bout supérieur est bien fermé, l'inférieur ne l'est pas constamment. Cette hémorrhagie, il faut le reconnaître, n'est pas bien fréquente; elle a eu lieu surtout pour l'artère crurale, les anastomoses du genou la déterminant. L'artère brachiale a aussi les siennes au coude, et le résultat pourrait être le même. Nous insistons donc sur les deux ligatures. Nous les emploierons également pour les sous-clavières, axillaires et carotides étayés de l'expérience acquise sur les précédentes.

OVARIOTOMIE

Obs. LI. — Ovariotomie pratiquée le 11 septembre 1867 Guérison.

Par E. Koeberlé.

Madame S..., de Thann (Haut-Rhin), âgée de 33 ans, très-brune, d'une bonne constitution, mais d'une maigreur extrême, a eu quatre grossesses à terme, la dernière en 1864, à partir de laquelle sa santé s'est altérée et en même temps qu'est survenu un kyste de l'ovaire. A la suite de sa dernière couche, la malade a ressenti des douleurs abdominales qu'on crût pouvoir attribuer à une inflammation du tissu cellulaire péri-utérin qui avait gagné le péritoine. Six mois après, elle éprouva des douleurs dans le flanc gauche, et on constata l'existence d'une tumeur qui s'élevait à quelques travers de doigt au-dessus du bassin et que l'on rapporta à l'ovaire, considérablement augmenté de volume. A partir de ce moment, le ventre continua de prendre un développement progressif. De temps en temps, de petites péritonites circonscrites retenaient pour quelques jours la malade au lit, puis elle reprenait ses occupations avec un état de santé relativement satisfaisant. La malade, qui était mère de trois enfants et obligée de gagner sa vie en travaillant, me fut adressée sur ces entrefaites par M. le docteur Mairel, de Thann, dont j'ai transcrit les notes relatives à l'histoire de la maladie.

Depuis le mois de novembre 1866, le flux cataménial a cessé de paraître régulièrement, et il a fait complétement défaut à partir du mois d'avril 1867. Le ventre mesurait 1 m. 25 c. de circonférence; sa forme était irrégulière, bosselée. Le contour de la tumeur était très-sinueux; la partie inférieure de l'abdomen était œdémateuse. Il existait un épanchement de sérosité ascitique assez considérable. On

---

infarctus consécutifs, au moyen des substances qu'il emploie habituellement, et qui, dans aucun cas, ne franchissent le système capillaire.

Ces expériences et bon nombre d'observations cliniques de la plus grande rigueur lui fournissent matière à trois chapitres dans lesquels il établit successivement que la mort subite par embolie capillaire cérébrale, produisant l'anémie de l'encéphale, se rencontre assez fréquemment; que les embolies capillaires cérébrales donnent lieu à des ramollissements par infarctus de cet organe, ramollissements rouges qui suivent la marche des infarctus pulmonaires et sont parfois susceptibles de guérison; que, dans tous les organes, dans tous les tissus, des infarctus emboliques peuvent se produire et donner lieu soit à des suppurations de bonne nature, soit à des foyers de dégénérescence granulo-graisseuse.

S'élevant à l'étude de la physiologie pathologique, le chef de clinique de Strasbourg montre que les lésions diverses d'un grand nombre de maladies générales, et notamment du rhumatisme et de la fièvre typhoïde, doivent avoir pour origine des processus semblables que la cause de la production des caillots emboliques réside dans une modification chimique du sang ou non.

M. Feltz insiste enfin sur ce fait, déjà indiqué à propos des embolies pulmonaires, que les injections de matières tuberculeuses ou cancéreuses n'ont jamais, dans ses expériences, produit autre chose que des infarctus emboliques.

L'origine de ces embolies est ensuite étudiée, et M. Feltz leur assigne pour cause les concrétions fibrineuses du cœur et des artères, les dégénérescences athéromateuse ou calcaire, enfin l'introduction des éléments des produits morbides dans les voies artérielles.

Troisième partie. — La troisième partie se rapporte aux embolies et infarctus du système de la veine porte. M. Feltz fait, dans les veines biénales et mésentériques, des injections avec des substances ordinaires, et il arrive à obtenir des oblitérations capillaires et des infarctus du foie, comme il en a obtenu dans le poumon et les autres organes. Des observations cliniques viennent se joindre à ses expériences. Au reste, les infarctus dans le foie suivent la marche que nous connaissons pour ceux des autres organes, et point n'est besoin d'y insister de nouveau.

Les considérations sur l'injection purulente établissent que, dans la plupart des cas, c'est au transport de matières solides qu'il faut attribuer la formation des abcès métastatiques, soit qu'on les rencontre dans le foie ou le poumon, soit enfin qu'on les trouve dans les articulations, les muscles ou tout autre organe.

L'historique et la genèse des embolies capillaires en général forment la quatrième partie.

Nous ne nous y arrêterons pas, car il est facile, d'après ce que nous avons dit, d'en apprécier toute la valeur.

Un mot sur les planches qui terminent ce remarquable travail : elles reproduisent de la manière la plus frappante, et par les procédés chromo-lithographiques, les lésions anatomiques et les préparations microscopiques attenant aux autopsies. On y peut suivre, comme si l'on avait les préparations sous les yeux, le développement et toutes les phases évolutives de l'infarctus embolique.

Tel est l'ouvrage de M. Feltz, ouvrage qui, par son originalité et son entière vérité, ne manquera pas d'attirer l'attention des savants, et qui fera certainement faire un grand pas à la science médicale.

Essai sur la rétinite pigmentaire, suivi de six observations sur cette maladie, par le docteur E. Mouchot, ancien interne des hospices civils de Strasbourg. — Paris, 1868. In-8° de 70 pages, avec deux planches, dont l'une chromo-lithographiée. — Chez J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Voici la liste des dons et legs faits à l'Association des médecins du département de la Seine pendant le premier semestre de 1868 :

M. Nélaton	200 f.
M. Mialhe	200
MM. Laguerre père et Demarquay	100
Un anonyme	54
M. Vautier	20
M. Asselin	50
Madame Marjolin	50
M. Barth	60
MM. Bourse et Barth	40
Madame Blandin	50
M. Lacorbière	50
M. Teilhard	100
Madame Bourgeois	40
Madame Lagneau pour perpétuer la cotisation de son mari	1.000
Madame Follin pour perpétuer la cotisation de son mari	800
M. Ad. Richard pour perpétuer partie de sa cotisation	30
M. Desmarres — —	315
M. Desruelles — —	20
M. Thibierge — —	80
M. Labric — —	50
M. Boutin pour perpétuer sa cotisation	400
MM. V. Masson et fils pour perpétuer leur cotisation	1.000
Legs de M. Velpeau	20.000
Legs de M. Bréon	590
Total	25.359

pouvait très-bien constater l'existence d'adhérences assez étendues à la paroi abdominale depuis le pubis jusqu'au creux épigastrique. La tumeur était constituée par un kyste multiloculaire, probablement de l'ovaire gauche, dont aucune loge n'offrait un développement prononcé. Il n'y avait rien d'anormal du côté du bassin; l'ovariotomie se présentait dans des conditions défavorables, mais c'était la seule planche de salut.

L'opération fut pratiquée le 11 septembre 1867. Étaient présents : MM. Neugebauer (de Varsovie), E. Schutzenberger, Grollemund, Laveran et Lacassagne.

Incision de 40 centimètres s'étendant jusque dans le creux épigastrique. Séparation des adhérences abdominales avec le bistouri. La ponction et la déchirure d'une dizaine de loges ne fournit que quatre litres de liquide. Le reste de la tumeur, qui était formé d'une infinité de loges de grandeur variable et qui pesait 12 kilogrammes, fut extrait en masse. Adhérences très-vasculaires et très-étendues à l'épiploon, à l'intestin grêle et à la partie latérale droite du bassin. La tumeur dépendait de l'ovaire gauche. Une assez grande quantité de liquide s'était épanchée dans la cavité abdominale. Ligature du pédicule, qui était court, avec du fil de fer; ligature en masse de l'épiploon; division, par cautérisation au fer rouge, de deux points d'adhérence à l'intestin qui saignaient. Trois ligatures furent placées sur des adhérences abdominales.

Un grand nombre de vaisseaux de petit calibre, sur lesquels on avait simplement placé des pinces, avaient cessé de fournir du sang. L'ovaire gauche était normal, très-petit. La cavité abdominale ayant été nettoyée dans tous les sens, la réunion fut faite par sept points de suture profonde et dix-huit points de suture superficielle. Le pédicule et les ligatures furent disposés à l'angle inférieur de l'incision.

La perte de sang a été de 800 grammes environ; il y avait eu deux litres de sérosité dans la cavité péritonéale. Le poids de la tumeur a été de 16 kilogrammes. L'opération a duré deux heures.

L'opérée, d'abord très-refroidie, ne tarda pas à se réchauffer un peu. Le pouls, très-petit après l'opération, se releva faiblement au bout de quelques heures. Il n'y eut pas de vomissements chloroformiques. Dans le courant de la soirée on extraya, à l'aide d'une sonde introduite dans le cul-de-sac recto-vaginal le long du pédicule, 150 grammes de sérosité très-sanguinolente.

L'opérée dormit à plusieurs reprises pendant la nuit. Le lendemain, le pouls s'était notablement relevé. On extraya encore 30 grammes de sérosité du bassin. État très-satisfaisant; il ne survint pas d'accidents consécutifs. Miction naturelle et évacuations alvines dès le troisième jour; extraction du serre-nœud et des fils des points de suture profonde le quatrième jour. Il y eut un peu de suppuration sur le trajet de trois de ces fils. La cicatrisation a été complète le vingt-cinquième jour, et la menstruation s'est rétablie très-régulièrement au bout d'un mois environ. Depuis, l'opérée a continué à jouir d'une santé parfaite.

Remarques. — Cette opération a été extrêmement grave, très laborieuse et d'une exécution très-difficile. Elle est remarquable par la rapidité de la guérison.

THÈSES

SOUTENUES À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

186. André (Grégoire). De l'Exostose sous-inguéale du gros orteil.

187. Dessus (Étienne). Essai sur la compression artérielle.

188. Andrieu (Marcelin). De la Diarrhée.

189. Robert (Constant). De la nature de la Blennorrhagie, étudiée dans les accidents consécutifs.

190. Valentin (Camille). Ablation des enchondrômes des phalanges et des métacarpiens, suivie et non suivie de l'évidement de l'os.

191. Féraud (Jules). De l'Altération sénile du système vasculaire, structure et physiologie pathologique.

192. Chiris (Bernard). Étude de l'action physiologique et thérapeutique des eaux thermales sulfureuses de Gréoulx (Basses-Alpes).

193. Guyot (Edmond). Des Injections intra-utérines, de leurs avantages, de leurs dangers.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret impérial du 25 août, M. Gervais (François-Louis Paul), professeur d'anatomie, physiologie comparée et zoologie à la Faculté des sciences de Paris, est nommé professeur d'anatomie comparée au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Serres, décédé.

— Par arrêté de M. le Ministre de l'Instruction publique, M. Gros, docteur en médecine, est nommé chef de clinique à la Faculté de médecine de Strasbourg.

— M. Giraud (Félix-Marie-Louis), licencié en droit, est nommé secrétaire agent comptable des Facultés des sciences et des lettres et de l'École de médecine de Dijon, en remplacement de M. Gros, appelé à d'autres fonctions.

— MM. Augustin Delondre et Léon Soubeiran, dont les rapports et les travaux sur les quinquinas à l'Exposition ont été très-remarqués, viennent de recevoir la décoration de l'ordre de la Rose de l'empereur du Brésil.

— M. le docteur Pasqua, qui avait été chargé cette année de la surveillance sanitaire des pèlerins musulmans revenant de la Mecque, vient de recevoir une autre mission du gouvernement ottoman.

Nous souhaitons à notre confrère autant de succès dans l'Yemen que sur la côte septentrionale de la mer Rouge.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 31 août 1868.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX.

Académie des sciences. — Il faut avoir l'œil alerte et le pied sûr pour accompagner M. Chevreul sur les hauteurs philosophiques où il vous mène.

Ses dernières communications à l'Académie avaient pour objet le développement de ce qu'il nomme « la méthode *à posteriori* expérimentale ».

Cette méthode serait applicable à toutes les branches des connaissances humaines.

M. Chevreul en expose les bases dans un certain nombre de propositions dont les plus importantes reviennent à ceci :

L'homme ne peut pas pénétrer la nature intime, l'essence même des choses, des êtres concrets.

Il doit étudier seulement leurs qualités, leurs attributs, leurs propriétés, leurs réactions, leurs relations mutuelles.

Ces propriétés, ces rapports sont pour lui des *faits;* car il peut les voir, les mesurer, s'en rendre compte.

Mais ils sont purement relatifs; et pour les nommer, il a fallu les *abstraire* des objets eux-mêmes par un travail *analytique.*

Après cette première analyse, on arrive par synthèse à se faire une notion de l'objet concret et réel, envisagé comme un être à part; puis on étudie de nouveau ses propriétés analytiquement.

Ainsi, la science progresse par une succession d'études analytiques et d'études synthétiques, alternant les unes avec les autres.

« Les facultés mentales, analyse et synthèse, dit M. Chevreul, sont une preuve de la faiblesse de l'esprit humain : de là la nécessité de contrôler le résultat de l'une par le résultat de l'autre, conformément à l'esprit de la *méthode* A POSTERIORI *expérimentale*, telle que je l'ai définie. »

Nous éviterons de faire aucune réflexion à la suite de cette citation; car nous craindrions de voir encore, bien que les guillemets fussent fermés, nos simples remarques attribuées, par une confusion regrettable, à un membre de l'Institut, et commentées, en conséquence, comme des paroles pleines d'autorité. C'est arrivé plus d'une fois, et notamment pour le passage où, rapportant la discussion entre MM. Coste et Claude Bernard sur la méthode expérimentale, nous avons rappelé les titres de Galien comme physiologiste expérimentateur procédant suivant les principes de cette méthode.

Hôpitaux. — L'état sanitaire s'est modifié en même temps que la température; les cas de choléra sporadique sont devenus de plus en plus rares, ainsi que les diarrhées simples. Le nombre des embarras gastriques, des fièvres muqueuses et typhoïdes, s'est rapidement accru.

Les médecins chargés du service d'admission au bureau central, MM. Constantin Paul et Gombaud, en ont été frappés, et nous avons fait la même remarque en parcourant les salles des hôpitaux.

Les embarras gastriques fébriles durent en général une dizaine de jours. Les fièvres typhoïdes prennent surtout la forme adynamique; le plus souvent elles se terminent heureusement, sans complication. Parfois les prodromes en sont très-longs. A l'Hôtel-Dieu, chez un jeune malade couché dans le service de M. Horteloup, la fièvre typhoïde ne s'est bien déclarée et l'éruption de taches lenticulaires n'a apparu que pendant la troisième semaine depuis l'entrée à l'hôpital. De son côté, M. Constantin Paul a observé cette longue durée des prodromes chez deux malades, dont l'un est mort et l'autre très-gravement atteint. Dans d'autres services, au contraire, on a noté que les symptômes, apparemment très-sévères au début, s'étaient assez rapidement amendés.

Pendant la dernière quinzaine, il s'est produit quelques dysenteries dont la proportion ne paraît pas aller en augmentant. Si l'abaissement subit de la température n'avait pas entièrement changé les influences saisonnières, cette apparition des dysenteries aurait pu être interprétée comme confirmant les vues théoriques de M. Chauffard.

Mais il a été curieux de voir comment les affections des voies digestives ont graduellement changé de forme à mesure que l'on s'éloignait du moment des grandes chaleurs.

D'abord, comme si l'impulsion précédemment donnée agissait encore, des cas de choléra bénin et de diarrhée œstivle ont continué à se produire. Mais déjà, dans le choléra sporadique, les douleurs abdominales et épigastriques dominaient sur les crampes et les douleurs des membres, le refroidissement était moins marqué, les selles moins fréquentes.

Puis nous avons vu plusieurs malades présenter, sans crampes, sans diarrhée, sans refroidissement réel, des vomissements abondants, répétés, accompagnés d'une douleur excessive, que la pression exaspérait, dans toute la région supérieure de l'abdomen.

On aurait pu croire, au premier abord, à un empoisonnement aigu par une substance irritante; mais on ne trouvait aucune cause prédisposante ou occasionnelle pour expliquer ces phénomènes. Ils n'avaient pas été provoqués par quelque aliment indigeste, par un écart de régime, un excès; il ne s'agissait pas de coliques de plomb; et les vomissements, purement bilieux, étaient parfaitement arrêtés par le sous-nitrate de bismuth uni à l'opium. Quant aux douleurs abdominales, elles persistaient pendant quelques heures ou même plus.

Ces espèces de gastrites saisonnières ont vite disparu; elles ont marqué, pour ainsi dire, la transition entre le règne des accidents cholériformes ou diarrhéiques, et celui des fièvres gastriques, sinoques, muqueuses ou typhoïdes.

— Rien n'est dominant en dehors des affections des voies digestives. Il reste bien un certain nombre de rhumatismes articulaires, mais presque tous sans gravité ; des varioles, varioloïdes et varicelles très-disséminés ; très-peu de maladies aiguës des organes respiratoires. Les phthisies pulmonaires qui, suivant la remarque de M. Constantin Paul, avaient pris une grande acuité pendant les chaleurs excessives, encombrent moins les salles d'admission du bureau central.

— A la Charité, il y avait eu, le mois dernier, toute une épidémie de fièvres puerpérales dans le service des femmes en couches de M. Bourdon. Les salles ont été fermées, nettoyées à fond, puis rouvertes, et l'état sanitaire y est maintenant excellent.

— M. Bourdon protége la figure des varioleux à l'aide d'une couche d'onguent napolitain qu'il saupoudre de fécule pour lui donner du corps. Dès que les pustules sont desséchées, il prescrit de grands bains, et il a observé qu'avec cette pratique les abcès sous-cutanés sont beaucoup plus rares. Le plus tôt possible, il commence à soutenir les forces du malade par du bouillon, du vin, du quinquina.

M. Horteloup, en pareil cas, remplace les bains simples par des bains phéniqués qui ont l'avantage de désinfecter les varioleux. Dix grammes d'acide phénique cristallisé suffisent pour un grand bain.

— Dans les coliques saturnines, les coliques hépathiques, les coliques néphrétiques, etc., M. Bourdon combat avec succès l'élément douleur par des injections hypodermiques d'un sel de morphine, pratiquées au lieu d'élection, vers l'épaule, dans tous les cas. La morphine paraît n'agir qu'une fois ayant pénétré dans le torrent circulatoire, sans qu'il y ait aucun avantage à la déposer au point douloureux.

— Contre les rhumatismes chroniques, noueux et fongueux, M. Bourdon suit la méthode de M. Guéneau de Mussy; bains arsenicaux alcalinisés ou non, et à l'intérieur, iode ou arsenic.

A la Charité, comme à l'Hôtel-Dieu, ce mode de traitement a amené des améliorations presque surprenantes. Des malades qui voulaient entrer aux Incurables comme définitivement perclus ont recouvré l'usage de leurs membres dans l'espace de quelques semaines.

— Avant de quitter le service de M. Bourdon, notons une remarque importante faite par cet habile praticien.

Parfois les affections nerveuses convulsives, épilepsies, hystéries, etc., présentent des exacerbations qui sont uniquement dues à l'embarras gastrique. Faites disparaître le trouble des fonctions digestives par des vomitifs ou autrement, et vous verrez les accès convulsifs diminuer de fréquence comme d'intensité, et les phénomènes insolites, physiques ou phsychiques, céder sans médication particulière.

— A la Pitié, M. Broca a employé, pour amener la guérison de bubons strumeux, la compression exercée à l'aide d'un sac plein de grenaille de plomb.

Ce même moyen a réussi parfaitement pour rétablir le cours naturel des matières chez un vieillard qui se trouvait dans les circonstances suivantes : Il avait été opéré quelque temps avant pour une hernie étranglée, et on avait ouvert, sur une longueur de plusieurs centimètres, la paroi abdominale en même temps qu'une anse adhérente d'intestin.

L'intestin s'était retourné et renversé à travers cette plaie, de manière à interrompre toute communication entre le bout supérieur et le bout inférieur. Lorsque M. Broca, en prenant le service, voulut tenter la guérison de cet anus artificiel, il songea d'abord à rétablir une gouttière intestinale entre les deux orifices, et dans ce but il employa le sac à plomb.

Bientôt après, ce vieillard était presque complétement guéri. Les matières fécales arrivaient dans le rectum; à peine restait-il, au lieu de l'anus artificiel, une fistule stercorale facile à boucher; et certainement le sac à plomb avait été pour beaucoup dans cet excellent résultat.

— L'ovariotomie pratiquée par M. Labbé sur une malade de M. Gallard semble devoir parfaitement réussir. Jusqu'à présent la malade va très-bien ; et nous sommes au dixième jour.

Dr Victor Revillout.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

LEÇONS SUR LES MALADIES CHRONIQUES DU SYSTÈME NERVEUX
(recueillies par M. BOURNEVILLE, interne des hôpitaux.)

I. — Des scléroses de la moelle épinière.

Ceux d'entre vous qui ne sont pas encore familiarisés avec la population de ce grand hospice, en parcourant nos salles seront, sans aucun doute, vivement frappés du nombre considérable de femmes de tout âge qu'ils y trouvent réduites, par suite d'affections diverses des centres nerveux, à un état d'infirmité plus ou moins avancé. J'ai dit de tout âge et j'insiste parce que, contrairement à une opinion très-répandue, même parmi les médecins, la Salpêtrière renferme, outre les vieillards, des femmes jeunes qui, loin d'être épargnées, figurent pour un bon nombre parmi nos incurables. Cette diversité des âges accroîtra certainement pour vous l'intérêt offert par ces maladies redoutables qui, frappant toutes les période de la vie adulte, résistent dans les hôpitaux ordinaires aux soins les plus éclairés, et par les progrès lents d'une évolution, pour ainsi dire fatale, amènent de si tristes résultats.

Ces affections, quelles sont-elles? Laissant de côté les *hémiplégies* consécutives au *ramollissement* et à l'*hémorrhagie intra-encéphalique* qui ont été, l'an passé, l'objet d'une étude détaillée, suivie, nous mentionnerons, pour ne parler que des cas les plus saillants :

D'abord les *paraplégies* par compression ou par ramollissement partiel de la moelle épinière, états pathologiques d'origine variée, à symptômes fort analogues, connus d'ailleurs de longue date, au moins dans leurs traits les plus accentués, et qui font admettre dans cet hospice bon nombre d'infirmes; puis, des maladies, à peu près ignorées, auxquelles, aujourd'hui, de persévérants efforts ont assigné une place dans le système nosologique. J'ai nommé l'*ataxie locomotrice progressive* ou *sclérose des cordons postérieurs* et la *paralysie agitante*, affections dont vous rencontrerez des exemples à chaque pas dans cet établissement et que le médecin, vous le savez, est fréquemment appelé à observer dans la pratique usuelle.

A côté de ces espèces morbides, maintenant bien délimitées, je signalerai enfin à votre attention un certain nombre d'affections encore insuffisamment dégagées du groupe confus, véritable chaos, des myélites chroniques, et, passez-moi le mot, sans état civil officiel. Telles sont, entre autres, la *sclérose des cordons latéraux* et la *sclérose en plaques disséminées*. A ces mots passablement barbares et qui pour la première fois peut-être frappent les oreilles de quelques-uns d'entre vous, je vous demanderai, Messieurs, d'épargner une critique trop vive. Je suis un peu intéressé à leur fortune et, à mon avis, ils répondent à des types morbides naturels, caractérisés par des lésions anatomiques bien accentuées et un ensemble de symptômes assez nettement déterminé pour conduire à un diagnostic précis. Et j'espère que les descriptions qui suivront vous feront partager cette opinion. D'ailleurs les cas qui se rapportent à ces types sont loin d'être rares, et j'aurai prochainement l'occasion de vous en fournir la preuve.

J'arrête ici l'énumération très sommaire des affections du système nerveux que nous aurons surtout à observer. Elle a pour but de vous faire connaître l'objet des leçons auxquelles vous venez assister. Donc la sclérose en plaques, la sclérose des

cordons de la moelle épinière, la paralysie agitante, les paraplégies par compression nous occuperont tour à tour.

Parmi ces affections, il en est qui ne reconnaissent pas encore, dans l'état actuel de la science, de lésions constantes, par exemple la *paralysie agitante*. Avec quelques cas de *chorée sénile* et de *paralysie hystérique invétérée*, elle représente, à la Salpêtrière, d'une manière assez restreinte, la classe des névroses.

Les autres, comme les *diverses formes de sclérose* laissent, au contraire, après elles, des lésions plus ou moins profondes.

Ces dernières nous occuperont en premier lieu et nous aborderons, si vous le voulez bien, sans autre préambule, leur histoire en nous efforçant de vous l'exposer par le côté le plus *matériel*, le plus facilement *saisissable*, c'est-à-dire *anatomiquement*.

Messieurs, qu'est-ce que la *sclérose* considérée, bien entendu, dans les centres nerveux? La signification de ce terme est-elle nettement déterminée? Je ne le pense pas, si j'en juge par la diversité des explications données par les auteurs. N'attendez donc pas de moi, pour l'instant, une définition rigoureuse, elle serait prématurée. Je partage à cet égard le sentiment de Diderot, et je crois que toute définition devrait, contrairement à l'usage, prendre place à la fin du chapitre où l'on traite du sujet. Qu'est d'ailleurs une définition, sinon une description en raccourci?

Pour quelques auteurs, le mot sclérose est synonyme d'*induration*, c'est-à-dire de toute augmentation de consistance, quelle qu'en soit la cause, des organes en général et du tissu nerveux en particulier. L'acception imposée à cette épithète est évidemment trop étendue pour n'être pas extrêmement vague. Elle a, en outre, le défaut de confondre ensemble des altérations très-diverses.

Prise à ce point de vue, l'induration sans modification dans la forme ou dans la proportion des éléments, celle qui s'établit, par exemple, par le fait d'une sorte d'anhydrisation, ainsi que cela se voit à la suite du typhus, du choléra, dans les maladies de longue durée, la phthisie, etc.; cette sorte d'induration, disons-nous, est rapprochée bien artificiellement de celle qui résulte de la prédominance morbide des éléments conjonctifs aux dépens des éléments nobles ou spécifiques, à savoir les *tubes nerveux* et les *cellules ganglionnaires*.

La prolifération, l'hyperplasie de la gangue conjonctive qui constitue comme le support des éléments nerveux proprement dits, tel est, en réalité, Messieurs, le caractère *univoque* de la sclérose des centres nerveux.

Mais ici surgit une nouvelle difficulté. Il est indispensable d'établir des distinctions, car la multiplication des éléments conjonctifs ne se fait pas toujours d'après un mode uniforme. Tantôt elle revêt une marche aiguë, ainsi que cela s'observe dans le tétanos, dans certaines variétés de myélite; tantôt la multiplication des noyaux est lente, s'effectue progressivement, envahissant la presque totalité des centres nerveux. La paralysie générale, l'atrophie sénile en témoignent. L'induration qui limite les foyers ocreux, résultats de l'hémorrhagie cérébrale, l'infiltration celluleuse et les plaques jaunes du ramollissement cérébral, nous montrent encore, sous un autre aspect, les effets de la prolifération conjonctive de l'encéphale et de la moelle.

Les lésions de la *sclérose en plaques*, celles de l'*ataxie locomotrice*, malgré les analogies qui les rattachent aux précédentes, s'en distinguent cependant par des caractères importants. En effet, dans les premières, non-seulement la trame conjonctive prédomine sur les éléments nerveux, mais, de plus, elle subit certaines modifications de son type normal, lesquelles aboutissent à la *métamorphose fibrillaire*. En même temps, par les progrès même de la prolifération conjonctive, les éléments nerveux s'atrophient, se désagrègent et finalement disparaissent.

Considérée dans son type de complet développement, lorsqu'elle est assez avancée pour être devenue appréciable à l'œil nu, cette altération se présente soit à la surface des centres nerveux, soit dans leur profondeur, sous forme de plaques disséminées ou de rubans plus ou moins allongés, d'une consistance quelquefois molle, d'autres fois plus ou moins ferme et résistante, plus dense que le tissu environnant resté sain. La coloration des parties altérées est d'un gris jaune, rosée dans quelques circonstances. Dans la nomenclature introduite en anatomie pathologique par M. Cruveilhier, cette lésion est décrite sous les noms d'*induration, de dégénération grise des centres nerveux*.

On admet assez volontiers qu'elle a son analogie dans les autres organes. Dans le foie, elle est représentée par la cirrhose ou hépatite interstitielle; dans le rein, par quelques formes anatomiques de la maladie de Bright. Acceptons pour l'instant ce rapprochement. Nous aurons à reconnaître par la suite qu'il ne saurait être pris dans un sens trop absolu et que certaines restrictions doivent y être apportées.

La dégénération grise nous occupera surtout. Les autres formes d'induration seront ensuite passées en revue, mais seulement à titre de comparaison et dans le but de mettre mieux en lumière les caractères distincts de la dégénération grise.

Ces préliminaires posés, je commence l'histoire de la dégénération grise des centres nerveux et je débute en vous rappelant une distinction faite par L. Türck (de Vienne), l'un de ceux qui ont jeté le plus de lumière sur cet ordre de questions. Pour ce savant, dont la science déplore la perte récente, la dégénération grise est tantôt une affection *primitive*, ne relevant que d'elle-même, tantôt *secondaire*, c'est-à-dire succédant à une autre altération. Cette dernière, du reste, joue un rôle qu'il ne faut pas dédaigner. Nous aurons donc à examiner successivement ces deux espèces de sclérose. Voyons en quoi consistent les scléroses primitives.

Le groupe qu'elles constituent est composé de faits qui ne sont pas tous identiques, d'où la nécessité d'établir des divisions, afin de rendre plus claire notre description. Nous admettrons: 1° la *sclérose en plaques disséminées*, en *foyers*, en *îlots*, ce que les Allemands appellent *induration multiloculaire*. Elle est caractérisée par des plaques plus ou moins nettement circonscrites, intéressant de préférence la substance blanche du cerveau, de la protubérance, du bulbe et de la moelle, envahissant simultanément dans quelques cas toutes ces parties, dans d'autres respectant un ou plusieurs des départements du système nerveux;

2° Vient ensuite la *sclérose rubanée*, pour me servir d'une expression de M. Ch. Bouchard, ou *fasciculée* ainsi que la dénomme M. Vulpian dans son cours. N'affectant jamais l'encéphale, elle porte, dans une étendue variable: *a*, sur les faisceaux postérieurs de la moelle; *b*, sur les faisceaux latéraux; *c*, sur les faisceaux antérieurs; *d*, enfin, elle envahit à la fois des faisceaux différents. Cependant, nous devons déclarer que, d'une façon générale, elle est symétrique et qu'elle respecte les commissures et les sillons.

Dans le groupe des scléroses secondaires ou consécutives, nous ferons aussi des catégories, basées les unes sur le siége de la lésion primitive, laquelle existe dans le cerveau ou dans la moelle; les autres sur la nature de cette même lésion originelle, celle-ci étant soit une hémorrhagie, soit un ramollissement ou une tumeur.

Les lésions de l'encéphale, qui engendrent ordinairement des scléroses consécutives, sont unilatérales et occupent les couches optiques, les corps striés, la protubérance ou le bulbe. Dans ces conditions, la sclérose est toujours rubannée. On la dit *descendante* parce qu'elle suit, dans la moelle, la distribution périphérique des fibres encéphaliques.

Quant aux altérations de la moelle aboutissant aux mêmes résultats, elles sont surtout faciles à étudier lorsqu'elles reconnaissent pour cause une tumeur qui comprime la moelle dans la région dorsale, par exemple. Alors, la sclérose, habituellement symétrique, est: 1° *ascendante* intéressant particulièrement les cordons postérieurs; 2° *descendante*, portant sur les cordons latéraux.

Après avoir signalé ces divisions, entrons, messieurs, dans le vif du sujet et efforçons-nous de donner une description aussi complète que possible des divers types dont nous venons d'indiquer les traits les plus généraux. Pour cela, nous examinerons successivement les caractères que l'œil nu permet de saisir; puis, pénétrant plus avant dans la connaissance de la lésion, nous interrogerons le microscope; nous ferons appel à l'étiologie. Grâce à ces moyens, nous espérons acquérir une notion exacte du mode, du processus, suivant lesquels les éléments anatomiques s'affectent pour aboutir à la lésion définitive. Nous débuterons par l'exposé de la sclérose en plaques. Anatomiquement, c'est une espèce pathologique nettement déterminée; cliniquement, c'est autre chose, et, à cet égard, nous aurons bien des lacunes à combler. Commençons par quelques mots d'historique.

On trouve la sclérose en plaques mentionnée pour la première fois dans l'*Atlas d'anatomie pathologique*, de M. Cruveilhier (1835-1842), livre admirable qui devrait être consulté plus souvent par tous ceux qui veulent éviter le désenchantement des découvertes tardives, de seconde main, en anatomie pathologique. C'est dans les 22 et 23e livraisons que vous verrez figurer les lésions de la sclérose en plaques. A côté, vous pourrez lire les observations cliniques auxquelles elles se rattachent. Je profite de cette circonstance pour vous recommander la lecture d'un chapitre remarquable sur les paraplégies. Avant cette époque, nulle part ailleurs, à ma connaissance il n'y a trace de la sclérose en plaques.

Après M. Cruveilhier, Carsmell, dans l'article *Atrophy* de son Atlas (1838), a fait dessiner des lésions qui se rapportent à la sclérose en plaques. Mais cet auteur, qui avait puisé les matériaux de son ouvrage dans les hôpitaux de Paris, ne relate à ce propos aucun fait clinique. Même aujourd'hui je ne crois pas que la sclérose en plaques soit comme en Angleterre. Je ne la trouve indiquée dans aucun des livres classiques publiés dans ce pays, pas plus que dans le précieux recueil de Gull (*Cases of paraplegy*, Guy's hospit. Rep., 1856-1858).

Ainsi, jusque-là, les documents principaux avaient été rassemblés en France. A partir de cette époque, pendant une période de plusieurs années, on laisse cette question dans un oubli à peu près complet, et c'est en Allemagne qu'il faut aller pour rencontrer de nouveaux jalons. Ludwig Türck publie, en 1855, des exemples de lésions, se rattachant évidemment à la sclérose en plaques; toutefois, le côté physiologique seul frappe son esprit (1). Rokitansky les indique dans son traité (2); Frerichr (3), Valentiner (1) rapportent deux observations. Rondfleisch (2), Leyden (3), Zenker (4) fournissent à leur tour quelques éléments à la solution du problème. Des *denderuta* restaient à combler, de nouvelles recherches étaient indispensables. C'est à la Salpêtrière que la sclérose en plaques attire l'attention. Dès 1862, M. Vulpian et moi nous en constatons des exemples. M. Bouchard, se basant sur des faits réunis à la Salpêtrière, revient sur ce sujet dans un travail lu au congrès médical de Lyon.

(*La suite prochainement.*)

(1) *Beobachtungen ueber das Leitungsvermogen des menschliden Ruckenmarks.* (Sitzungsberichte der Rais. Akademie der Wissenschaften, mathem. naturw. Classe, t. XVI, 1855, p. 329.)

(2) *Lehrbuch der pathologischen Anatomie.* 1856, Zweiter Band, p. 488.

(3) *Haeser's Archir*, Band X.

(1) *Ueber die sclerose des Hehirns und Ruckenmarks* (Deutsche Klinik, 1856, nº 14).

(2) *Histologische Detail zu der graven Degeneration von Hirn und Ruckenmarks* (Virch. Arch.; B. XXVI, Heft 5 und 6, p. 474).

(3) *Ueber grave Degeneration des Ruckenmarks* (Deutsche Klinik, nº 13, 1863).

(4) *Ein Beitsag zur Selerose des Hirns und Ruckenmarks* (Zeitschrift für ration Medizin, B. XXIV, 2 et 3 Heft).

CLINIQUE MÉDICALE DE STRASBOURG.

M. Aronshon.

Embolie de l'artère mésentérique supérieure et de l'artère sylvienne gauche.

(Observation recueillie par M. Lelorrain, interne du service).

Le nommé L... (François), âgé de 45 ans, sellier, entre dans le service de la Clinique, le 24 avril 1868. C'est un homme d'une bonne constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin. Pas d'antécédents héréditaires.

Il prétend s'être constamment bien porté jusqu'à il y a environ huit jours, époque à laquelle il aurait éprouvé des symptômes du genre de ceux qu'il accuse aujourd'hui, qui auraient, comme eux, débuté subitement et se seraient dissipés peu à peu de façon à lui permettre de reprendre son métier.

Il venait hier de quitter son travail lorsque, dans la soirée, il se sentit pris tout à coup d'oppression très-grande et de douleurs intenses dans la région précordiale et à la base de la poitrine.

C'était, dit-il, une sensation de constriction violente, et c'est à elle qu'il attribue l'énorme difficulté qu'il avait à respirer.

24 avril. — État actuel. A la visite du matin, on trouve le malade en proie à une dyspnée excessive. Il est assis sur son lit; la face est cyanosée, couverte de sueur. Il ne répond que par des mots entrecoupés aux questions qu'on lui fait. Les douleurs dont il se plaint ne semblent pas exaspérées par la pression.

A la percussion de la poitrine, sonorité normale dans tous les points, matité précordiale pas trop étendue.

A l'auscultation, respiration nette en avant; mais en arrière, des deux côtés, surtout à droite, à la base des poumons, râles sous-crépitants à l'expiration comme à l'inspiration. Résonnance vocale ordinaire. Un crachat rouillé.

Les bruits du cœur ne sont pas soufflés, mais ils sont très-sourds à la base, quoique s'entendant assez bien à la pointe qui, du reste, n'est pas déviée.

A la palpation, le ventre est indolore et peu tendu.

Pouls à 100; inspiration, 45; température, 36,4.

Le malade peut mouvoir ses membres avec facilité. Aucun œdème.

Que fallait-il conclure de tous ces symptômes? Quelle conduite tenir?

On pouvait prononcer les mots de: angine de poitrine, asthme, pneumonie, embolie pulmonaire, mais il était facile de repousser chacune de ces entités nosologiques.

Et d'abord l'angine de poitrine n'est pas très-bien définie, même dans ses manifestations; c'est, du reste, une affection excessivement rare, si l'on veut la dégager de toutes les complications cardiaques.

Le début brusque de la maladie dans le cas particulier, les douleurs précordiales intenses étaient des arguments sérieux en faveur de cette hypothèse, mais on ne devait pas l'admettre d'emblée avant toute observation, ne pouvant pas tracer la marche ultérieure des symptômes.

Était-ce un accès d'asthme?

Évidemment non. En dehors également de toute lésion cardiaque ou pulmonaire, on n'observe pas dans l'asthme les souffrances atroces qu'on devait ici nettement séparer de l'angoisse respiratoire pure et simple.

Était-ce une pneumonie? Mais il n'y avait pas eu de frisson, de véritable point de côté. Pas de fièvre, et du reste le malade avait déjà éprouvé un accès semblable qui s'était complétement dissipé. Il y avait, il est vrai, au fond du vase un crachat comme ceux que l'on rencontre dans la pneumonie, mais il était baigné par une grande quantité de sérosité, ce qui faisait qu'on pouvait le rapporter aussi bien à un exsudat passif des vaisseaux.

Était-ce enfin une embolie pulmonaire? C'était encore l'hypothèse la plus vraisemblable, mais les crachats, dans ce cas, sont noirâtres, caractéristiques de l'infarctus, et non pas rouges. Quoi qu'il en soit, se prononcer dans ce sens, c'était reculer la question, non la résoudre. Il fallait, en fin de compte, en arriver à une maladie du cœur que cependant l'absence de bruit de souffle, d'œdème des membres, d'antécédents surtout semblaient exclure.

Tout ce qu'on pouvait dire, c'est qu'il y avait une gêne dans la circulation, et tout ce qu'on pouvait faire, c'était de chercher à activer celle-ci, à soutenir les forces du malade et à faire cesser la stase du sang dans les poumons.

On prescrivit alors une potion contenant 4 grammes d'esprit de sel ammoniac anisé, de vin de Malaga, 200 grammes, et douze ventouses scarifiées.

Dans la journée, le malade commence à respirer plus librement, et les douleurs diminuent sensiblement.

Le soir, la température était de 37,7; le pouls, 112; et le nombre des inspirations, 32.

Le mieux se maintint ainsi jusqu'au 29; la percussion et l'auscultation révélaient les mêmes symptômes qu'à l'entrée; cependant il y avait moins de râles; plus de crachats sanguins. Les bruits du cœur étaient toujours très-réguliers, mais assez sourds à la base. La température ne dépassait jamais 37, le pouls 100, et la respiration 36.

Le malade allait à la selle tous les jours et mangeait un peu.

Mais le 29, à six heures du matin, il tombe, nous dit la sœur, dans une espèce de syncope.

A la visite, on le trouve dans le coma. La respiration est lente et profonde, le pouls petit, les bruits du cœur toujours sourds, mais le second dédoublé.

On continue la potion, le malaga; on prescrit des gouttes d'Hoffmann de temps à autre et un vésicatoire à la région précordiale.

Dans l'après-midi, le malade se réveille un peu, il délire, parle d'aller chez lui régler ses affaires, mais ne répond pas aux questions qu'on lui pose.

Puis il s'assoupit de nouveau, à la fin de la journée.

La température, à sept heures du matin, était de 36,7; le pouls 56, et la respiration 22. A quatre heures du soir, température, 35,9; pouls, 70; respiration, 23.

30 avril. — Même état. Le malade semble ne pas reconnaître les personnes qui l'entourent. Il ne veut plus s'exprimer en français, quoi qu'il ait pu le faire très-bien auparavant.

On suspend la potion anisée, que le malade ne peut plus supporter, et on prescrit une affusion froide sur la tête.

On remarque une demi-paralysie du bras droit avec une diminution de chaleur et de sensibilité. Les autres membres sont libres.

A l'auscultation, râles disséminés en arrière, dans les deux poumons, surtout à la base.

Les bruits du cœur sont irréguliers et toujours sourds.

La température est de 36,4; le pouls, 96, la respiration, 25, le matin, et 36,7, 100 et 24 le soir.

Constipation, mais pas de douleurs de ventre.

1er mai. — La respiration et le pouls s'accélèrent; les battements du cœur sont plus forts. Le malade est toujours en mouvement; même état intellectuel. Paralysie presque complète du bras droit.

Matin : température, 37; pouls, 108; 44 inspirations.

Soir : température, 37,1; pouls, 120; 46 inspirations.

On prescrit elixir acide de Haller, 4 gr., dans une potion de 120, pour favoriser la circulation.

2 mai. — Le matin, à la visite, la température est de 38,6, le pouls de 130, la respiration de 68.

Douches froides.

L'élévation subite de la température, lorsque jusqu'alors il y avait eu apyrexie, jointe à l'aggravation de tous les symptômes, devait faire présager une terminaison fatale et prochaine.

Le diagnostic de la maladie pouvait s'affirmer dès le 29 avril, lorsque des phénomènes cérébraux vinrent subitement prendre la place de ceux qui s'étaient manifestés jusqu'alors.

Il était évident que, dans le principe, il y avait eu un trouble dans la circulation pulmonaire qu'on pouvait sinon rapporter à une embolie, puisqu'il n'y avait pas les signes de l'infarctus, les crachats noirâtres pathognomoniques, du moins rattacher au fonctionnement anormal du cœur dû, sans doute, à une dégénérescence parenchymateuse sans affection valvulaire, les bruits n'étant pas modifiés.

Il était non moins évident que, lorsque la scène vint à changer, l'intelligence à être frappée de sidération, la motilité à disparaître dans un membre, la sensibilité à diminuer partout, la circulation cérébrale était gênée à son tour; mais si embolie il y avait, dans quel point s'était-elle formée; pourquoi toutes les facultés affectives étaient-elles suspendues et un seul membre paralysé? Voilà ce qu'il était impossible de décider sans entrer dans les hypothèses les plus subtiles et les plus controversables.

Quoi qu'il en soit, le péril était imminent et il était difficile de le conjurer. Aussi, en dépit des excitants qui furent donnés : vin de Malaga, gouttes de Hoffmann, douches froides, le dénoûment se précipita et aboutit à une mort rapide.

Autopsie, faite le 3 mai. — Thorax : épanchement dans les plèvres d'un liquide citrin, un litre environ à droite, un demi-litre à gauche. Le poumon droit est légèrement adhérent au sommet. Les poumons crépitent sous le doigt, mais sont peu rétractiles. Bronchite, exsudat sanguinolent, hypérémie, œdème. Pas d'infarctus hémoptoïques; pas d'induration.

Cœur : 12 centimètres de long, 13 de large, un peu de sérosité claire dans le péricarde. L'hypertrophie porte principalement sur le ventricule gauche; le droit est dilaté. Le cœur gauche est rempli de caillots noirs que l'on enlève facilement. A la pointe, on trouve une masse grisâtre de la grosseur d'une noix, intercalée entre les colonnes charnues, mais n'ayant pas d'adhérence intime avec l'endocarde; sa surface est déchiquetée. A l'incision, on voit qu'elle se compose de différentes couches dont les plus centrales sont réduites en bouillie. Cette masse n'est autre que de la fibrine en voie de dégénérescence.

Les parois du cœur gauche sont épaisses, rouges, ne semblent pas graisseuses; l'endocarde et les valvules sont intacts; le cœur droit est rempli de caillots blancs jaunâtres de formation nouvelle. Ses orifices sont sains; les artères coronaires sont vides, mais présentent quelques plaques athéromateuses.

Abdomen : Intestins distendus par des gaz et présentant, en différents points, des taches rouges violacées. Ces taches n'affectent pas la forme des arborisations vasculaires; elles sont, au contraire, diffuses. Dans la profondeur du péritoine, surtout dans le petit bassin, on trouve un exsudat sanguinolent. Sur quelques points, des dépôts fibrineux rattachent entre elles les anses intestinales. Le gros intestin, l'estomac et le duodénum ont une coloration normale.

Le foie, la rate, les reins, la vessie ne présentent pas d'altération apparente.

La dissection du mésentère révèle l'intégrité parfaite des ganglions; mais aussi l'induration évidente de l'artère mésentérique supérieure oblitérée par un caillot sanguin panaché. Presque toutes ces branches sont plus ou moins obstruées jusqu'à leur insertion à l'intestin. La mésentérique inférieure est normale, de même l'artère hépatique.

La coronaire stomachique, les artères rénales et la splénique, l'artère sous-claviculo-axillaire et leurs divisions ne présentent aucune oblitération.

Cerveau : Méninges intactes; à la base du cerveau, dans la fissure de Sylvius et tout à fait à la périphérie, on trouve un petit foyer de ramollissement en nappe. L'artère sylvienne du côté gauche est occupée depuis sa naissance, dans l'étendue de 1 centimètre, par un coagulum d'un rouge clair, présentant sur quelques points des taches blanches (caillot ancien). Les autres artères cérébrales, à droite et à gauche, sont normales. Il en est de même de la substance cérébrale du bulbe et du cervelet.

Examen histologique : Les caillots du cœur sont amincis, formés de couches de fibrine dont les plus externes montrent des striés fibrillaires et des globules blancs et les plus internes des granulations, débris de globules rouges et grand nombre de globules blancs. Au centre, globules graisseux et globules blancs.

Les fibres du cœur sont un peu granuleuses, mais la dégénérescence graisseuse n'est pas très-avancée; l'endocarde est normal. Les caillots de la mésentérique supérieure et de l'artère sylvienne gauche sont anciens, des certaines parties complétement décolorées, friables. D'autres parties sont fraîches et paraissent s'être formées, après coup, autour des noyaux blancs. Cette différence de coloration et de structure ne laisse pas de doute sur la provenance embolique. Si, en effet, il n'y avait eu que strombose, on aurait trouvé des stratifications successives et des nuances multiples entre les colorations extrêmes.

Le petit foyer de ramollissement cérébral offre des fibrines et des cellules graisseuses.

Réflexions. — En présence des lésions cadavériques, comment interpréterions-nous les symptômes observées du vivant des malades, comment expliquerions-nous la mort?

L'épanchement pleural se rencontre très-fréquemment dans les autopsies, mais c'est souvent un phénomène qui se produit dans l'agonie et sur lequel il est inutile d'insister.

Les poumons étaient hypérémiés, mais ne contenaient aucune trace d'embolie ou d'imfaretus. L'imfaretus ou apoplexie circonscrite est le résultat le plus fréquent de l'embolie surtout dans des vaisseaux aussi ténus que ceux qui forment le réseau du poumon. Son absence explique le caractère de l'expectoration du malade, et l'apyrexie complète où il se trouvait.

On peut du reste se rendre compte de la dyspnée excessive par l'hypérémie et l'œdème des poumons qu'on peut à leur tour rattacher au fonctionnement d'un cœur gauche dilaté et en voie de dégénérescence. L'intégrité des valvules du cœur pouvait être prévue, puisqu'il n'y avait aucun bruit anormal. La petite quantité de liquide contenue dans le péricarde, à moins qu'on ne la rapporte à la dernière période de la vie, nous explique l'assourdissement des bruits. Quant au dédoublement du deuxième temps observé un instant, il se rattache évidemment à un défaut d'harmonie dans le jeu des deux ventricules.

Les plaques athéromateuses, rencontrées dans les artères coronaires, pourraient à la rigueur être considérées comme le point de départ de tous les accidents. Pour donner raison de la mauvaise nutrition du parenchyme, des douleurs très-vives accusées par le malade, si l'on en croit les auteurs qui prétendent les avoir observées en concommittance avec des altérations de ces artères.

Le caillot ancien de fibrine trouvé à la pointe du cœur était l'origine des embolies cérébrales et intestinales. On pourrait le contester.

L'abstraction partielle de l'artère sylvienne gauche, à son origine, à la base du cerveau, rend compte jusqu'à un certain point de la paralysie limitée au bras droit. On sait en effet que les hémiplegies complètes dues à un arrêt de circulation se rencontrent le plus souvent lorsque l'embolie et le trombus siégent dans l'intérieur de cet organe, par exemple dans le corps strié. Quant aux troubles de l'intelligence et de la sensibilité, ils se manifestent souvent lorsqu'un point quelconque de la circulation cérébrale est atteint.

Mais ce qui devait nous surprendre le plus dans notre examen nécrologique, c'est l'existence d'un caillot assez étendu dans l'artère mésentérique supérieure, aucun symptôme n'ayant attiré notre attention du vivant du malade sur les fonctions abdominales. Ce caillot, ces hémorrhagies interstitielles et cet exsudat sérosanguinolent dans la cavité du péritoine ont dû se former les deux derniers jours, alors que le malade, plongé alternativement dans le coma et le délire, ne pouvait plus faire connaître la moindre de ses sensations.

S'il avait rendu par les selles des matières sanguinolentes, comme Wirchow l'a observé dans un cas analogue d'oblitération de l'artère mésentérique supérieure chez un homme de son service, et le professeur agrégé, Feltz, dans une de ses expériences sur un chien auquel il avait injecté de la poussière de charbon dans le système aortique, alors l'hypothèse d'une embolie se fût offerte d'elle-même à l'esprit; mais le malade était constipé. La veille et l'avant-vieille de sa mort, la scène se passe tout entière dans la cavité péritonéale et les parois intestinales. Il est facile d'expliquer la formation de l'exsudat sanguinolent et le dépôt consécutif de fibrine; ainsi que l'hémorrhagie interstitielle par l'embolie qui produit un arrêt de circulation dans le district où elle se forme. Les capillaires du voisinage recevant alors subitement une quantité de sang plus grande que celles qu'ils recevaient auparavant, une circulation collatérale supplémentaire n'ayant pas eu le temps de se développer, comme cela arrive lorsque l'obstacle se produit lentement, il devait forcément se faire des ruptures vasculaires, par suite d'un excès de pression locale; l'on pourrait, jusqu'à un certain point, donner raison du fait particulier, en vertu duquel l'exsudation ne s'est pas faite dans l'intestin même, en disant que le caillot obsturateur n'occupait pas des ramifications assez fines; et que dès lors c'étaient plutôt des artérioles que des capillaires qui devaient se rompre, c'est-dire les rameaux mésentériques et ceux qui se trouvent dans la couche la plus externe du tube intestinal. Quoi qu'il en soit, le mécanisme des embolies est maintenant parfaitement connu, et l'on peut à l'avance prédire quelquefois la maladie, et où l'on a à craindre le départ d'un caillot ou d'un détritus quelconque siégeant en n'importe quel point de l'économie, et expliquer des faits de mort subite ou simplement d'accidents imprévus qui jusqu'alors étaient inexplicables.

NOTE RELATIVE A LA DERNIÈRE ÉPIDÉMIE DE VARIOLE.

Par M. le docteur Martin.

(Lue à la Société de médecine de Paris.)

J'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation quelques faits observés dans la dernière épidémie de variole.

J'examinerai, dans cette note :

1° La fréquence de la maladie suivant les sexes;

2° Les dangers de l'emploi du masque mercuriel dans la variole confluente;

3° L'antagonisme qui pourrait bien exister entre la fièvre typhoïde d'une part, et certaines fièvres éruptives, la rougeole, la variole.

Ma pratique étant restreinte, mes observations sont partant peu nombreuses. Aussi est-ce un grand avantage pour moi que vous ayez bien voulu me faire l'honneur de m'admettre parmi vous. Des faits restés stériles entre les mains d'un observateur isolé peuvent être fécondés par le contrôle de votre expérience, et au besoin devenir le point de départ d'une discussion utile à la science.

I. — Les auteurs admettent que la variole atteint plus fréquemment les femmes que les hommes. J'ai pu vérifier cette assertion. Sur cinq cas traités par moi, il n'y avait qu'un homme d'atteint.

Il résulte d'informations que j'ai prises dans plusieurs maisons de Bercy ou de Petit-Ivry, où régnait l'épidémie, que le nombre des femmes atteintes a toujours été de beaucoup supérieur à celui des hommes. Ce fait s'explique assez naturellement, il me semble, par cette considération que les femmes d'ouvriers sont retenues aux foyers de la maladie, alors que leurs maris vont travailler au dehors. Elles se soignent mutuellement entre elles et courent naturellement plus de chances de contagion. Chez toutes mes malades, j'ai pu remonter à la source de la contagion; la maladie s'est déclarée chez des personnes qui avaient visité ou soigné des varioleux.

L'assertion des auteurs se trouve donc justifiée sur ce point qui, à moins de statistique contraire, nous paraît irrévocablement fixé pour la science.

II. — Mais il est une autre question, toute de pratique, qui nous paraît avoir plus d'importance : c'est celle de l'innocuité des applications répercussives sur la face dans les varioles confluentes.

Les applications répercussives variées, feuilles d'or, teinture d'iode, onctions d'axonge, collodion mercuriel ou non, lotions chlorées, acétate de plomb, nitrate d'argent, solution de potasse caustique et, en première ligne, onctions mercurielles, emplâtre de Vigo, tels sont les moyens mis en usage depuis Baillon, Zimmermann, Rosen, etc., jusqu'à nos jours, méthodes ou moyens qui ont pour eux l'autorité de noms bien connus dans la science : Serres, Saudras, Baudelocque, Aran, Nonat, Briquet, Piorry, Velpeau.

Il semblerait que des moyens mis en avant par des auteurs aussi recommandables dussent être acceptés sans inquiétude. En effet, nulle part il n'est question des accidents qu'ils pourraient déterminer; bien au contraire, si nous ouvrons un de nos classiques, nous y lisons des phrases de cette nature :

« M. Briquet conseille aussi de mettre le même emplâtre sur la plus grande partie de la peau; c'est là une pratique qu'il est prudent d'imiter, puisqu'elle a pour effet de s'opposer à la suppuration, à tous les accidents qui en sont la conséquence, de calmer les symptômes généraux, de les rendre moins graves..., Ce traitement n'offre aucun danger » (1).

Pardonnez-moi, Messieurs, cette longue citation, mais si les faits venaient prouver qu'il y a dans ces paroles d'un des maîtres une erreur préjudiciable aux malades et à la science, je serais heureux d'avoir été le premier à appeler l'attention de la Société sur une question aussi grave.

Je connais peu de faits, il est vrai, qui soient contre les méthodes répercussives préconisées; je n'ai rien trouvé dans les auteurs qu'une petite note ainsi conçue dans le *Dictionnaire des praticiens* (table analytique du journal de Lucas Championnière) :

« — Application d'un emplâtre de Vigo; mort. Congestion des principaux organes (art. n° 1789). »

N'ayant pu me procurer le volume du journal contenant cet article, je me bornerai à citer les deux faits qui m'ont déterminé à vous faire cette communication.

Deux faits, c'est bien peu pour résoudre une question de pratique aussi grave, mais c'est assez pour attirer sur elle votre attention et votre examen.

Voici le premier :

La femme M...-D..., âgée de 45 ans, d'une forte constitution, rue Nicolaï, 21, à Bercy, fut atteinte, huit jours après avoir visité une femme variolique, d'une variole confluente qui commençait à paraître le 2 mars, au moment où je fus appelé.

Le 2 et le 3, l'éruption sortit sans autre accident, sauf le ptyalisme signalé par Sydenham et une grande gêne de la déglutition due à une abondante éruption pustuleuse sur les parois pharyngiennes.

Le 4 mars, au matin, j'appliquai moi-même un grand masque d'emplâtre de Vigo. Le soir, la fièvre a augmenté, la gêne de la respiration et de la déglutition est plus prononcée. Pas d'accidents cérébraux. J'ausculte la malade. Le murmure vésiculaire s'entend, très-faible et comme lointain, en avant et en arrière. Quelques râles muqueux. Sinapismes promenés aux extrémités, un large vésicatoire à la partie antérieure de la poitrine. L'éruption a pris une teinte violacée. Je prescris une potion à l'acétate d'ammoniaque, 10 gr.

Les accidents augmentent encore le lendemain. Je ne songe même pas à enlever le masque. La malade, malgré des révulsifs énergiques, succombe dans la soirée du 5, par asphyxie.

A quelque temps de là, je fus appelé (le 29 mars) pour donner des soins à une femme R..., rue Souloges, 17, à Bercy.

Chez cette femme, l'éruption commence à peine; elle se fait normalement, sans accidents cérébraux ni pulmonaires; elle est très-confluente à la face, un peu moins sur le tronc et sur les membres. J'at-

(1) Grisolle. *Traité de pathologie interne*. 5e édit., 1852, tome Ier, p. 86 et 87.

tends qu'elle soit bien complète, et le 2 avril, j'applique moi-même un emplâtre de Vigo. Jusque là, tout allait bien. Le lendemain matin, j'apprends que la malade a été un peu agitée la nuit; la fièvre est modérée; pouls à 85; un peu de dyspnée; légère diminution du murmure vésiculaire. L'éruption est discrète sur la paroi pharyngienne; pas d'altération du timbre de la voix. Le soir, la dyspnée est très-intense. La fièvre a augmenté; pouls à 94; jactitation, inquiétude, tristesse. Je soulève le masque : l'éruption a une teinte blafarde; cependant elle n'a pas changé d'aspect sur les autres parties du corps. Je crains que le masque mercuriel ne soit pour quelque chose dans des accidents survenus aussi promptement. Je l'enlève aussitôt. La respiration s'entend à peine au sommet des deux poumons; l'intelligence est nette.

Je prescris des sinapismes, l'application d'un vésicatoire à la partie antérieure de la poitrine et une potion diaphorétique avec 8 grammes d'acétate d'ammoniaque.

Le 4 au matin, un peu d'amélioration, quoique la malade, très-indocile et mal soignée, n'eût pas voulu du vésicatoire et qu'elle n'ait pris que deux cuillerées de sa potion. J'insiste pour que celle-ci soit prise dans la journée; je réserve le vésicatoire pour le cas où les accidents reprendraient de l'intensité.

Le soir, l'amélioration s'est encore prononcée, bien que la malade, seule chez elle, se soit levée pour ouvrir sa porte à un enfant.

Je vous fais grâce du reste de l'observation.

Dès le 6, les accidents graves étaient conjurés, et le 14, je faisais ma dernière visite.

Je crois pouvoir conclure, de ces deux faits, que les enduits mercuriels (notamment l'emplâtre de Vigo) peuvent parfois présenter des inconvénients, sinon des dangers, dans la variole confluente, et que cette question mérite d'être remise à l'étude.

Ces deux femmes n'avaient commis aucune imprudence. La variole marchait bien jusqu'au jour où j'ai appliqué l'emplâtre mercuriel; c'est alors seulement que les symptômes s'aggravent subitement.

J'avais appliqué le masque à une troisième malade. J'ai appris que le lendemain matin, elle l'avait ôté; elle m'avait fait prier de ne pas revenir, disant qu'elle était à l'hôpital. J'ai appris depuis que cette femme s'est guérie toute seule, et qu'aucun de mes confrères n'a été appelé. Ici la variole n'était pas confluente.

Le masque avait-il aggravé les symptômes? Est-ce cette aggravation qui a déterminé la malade à le retirer et à remercier son médecin? Je l'ignore encore.

III. — La fièvre typhoïde est endémique au quartier du train, à Bercy. Tous les ans, nous en observons de vingt à vingt-cinq cas sur un effectif variant de 430 à 500 hommes.

Elle se répartit inégalement selon les mois. Ainsi, depuis 1867, nous en avons observé :

En mai (1867)	2
Juin	3
Juillet	0
Août	4
Septembre	3
Octobre	2
Novembre	2
Décembre	3
Janvier (1868)	1
Février	0
Mars	0
Avril	2
Mai	1

Cette fréquence de la fièvre typhoïde s'explique par l'arrivée, à intervalles inégaux, de jeunes soldats venus du dépôt de Vernon pour combler les déficits des compagnies de Paris. La fièvre se déclare habituellement dans les trois premiers mois qui suivent l'arrivée.

En me reportant aux chiffres ci-dessus, je remarque, vers la fin de juin et juillet 1867, la disparition totale de la fièvre typhoïde. En même temps, vers la fin de juin et dans le mois de juillet, sévissaient de nombreuses rougeoles dans le voisinage du quartier. Le 24 et le 30 juin, deux cas de rougeole se déclarent à la caserne, un autre est encore observé le 8 juillet, un autre le 9 août; c'était le dernier. La fièvre typhoïde reparaît en même temps que cette courte épidémie semble avoir épuisé son influence.

Le 12 novembre, apparaît le premier cas de varioloïde; la constitution médicale n'est pas encore sensiblement influencée par la variole, qui ne saurait contre-balancer l'essor donné à la manifestation de la fièvre typhoïde par l'arrivée, en octobre, de 81, et en novembre de 30 jeunes soldats, chiffre le plus élevé des arrivées de l'année; mais bientôt le génie variolique semble prendre le dessus, et comme la rougeole en juillet 1867, il semble que la variole domine et anéantit complétement en janvier, février et mars, la manifestation typhique à partir du 12 janvier date du dernier cas de fièvre typhoïde observé. Cette affection ne se manifeste plus du tout jusqu'au 28 avril. A ce moment aussi, l'épidémie variolique sévit avec la plus grande énergie dans la rue voisine du quartier, et nous nous estimons heureux d'être débarrassé pendant plus de trois mois de notre endémie habituelle au prix de deux varioles seulement, très-graves, il est vrai, déclarées l'une le 11 février, guérie le 14 mars; l'autre observée le 17 mars, guérie seulement le 26 mai et ayant nécessité, pour le complet rétablissement du malade, un congé de convalescence de six mois.

Je crois pouvoir conclure, de ce qui précède, qu'il y a peut-être un antagonisme entre les fièvres éruptives, rougeole, mais plus particulièrement variole, et la fièvre typhoïde.

Quelques faits isolés ne suffisent pas pour affirmer une question; je suis loin de vouloir, en un sujet aussi grave, en tirer aussi légèrement des conclusions. Dans un jour peu éloigné, une nouvelle épidémie peut venir me donner un démenti, mais alors je mettrais autant de bonne foi scientifique à vous faire connaître les faits contraires, persuadé que, sans probité scientifique, il n'est pas de science durable.

J'ai cru néanmoins devoir attirer l'attention de mes confrères et de mes maîtres sur ces quelques points de l'histoire de la variole, afin que si, parmi vous, Messieurs, quelqu'un était en mesure d'y ajouter des faits semblables ou des observations contradictoires, la lumière pût se faire plus rapidement, ou sinon que des études nouvelles fussent dirigées dans ce sens. Pour mon compte, je me promets, dès qu'une nouvelle occasion s'en présentera, de suivre les jalons que je viens de poser.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 16 août 1868, l'Empereur a nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur, M. le docteur Michau-Laperrière (Pierre-Eugène), ancien chirurgien sous-aide, ancien capitaine de garde nationale : 3 ans de services militaires (de 1813 à 1815), 50 ans de services civils, 3 campagnes. S'est distingué pendant les épidémies cholériques de 1832, 1849 et 1854.

— Le docteur E. Verrier commencera son cours d'accouchement et de manœuvres le mardi 1er septembre 1868, à quatre heures, à sa clinique, rue des Quatre-Vents, n° 6. Il le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants. MM. les élèves seront exercés au *toucher*. Le cours sera terminé le 15 octobre. — On s'inscrit au bureau de l'hôtel, rue des Quatre-Vents, n° 6, toute la journée.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 103. — JEUDI 3 SEPTEMBRE 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 3 SEPTEMBRE 1868. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Hospice de la Salpêtrière (M. Charcot). Leçons sur les maladies chroniques du système nerveux. — Observation de rachialgie compliquée de paraplégie, etc., par M. Peter. — Amputation de la cuisse à sa partie moyenne, etc., par MM. les docteurs Girouard (de Chartres). — Rougeole et scarlatine, etc., par M. le professeur Scoutetten (de Metz). — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Paris, le 2 septembre 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été très-courte et exclusivement occupée par des lectures.

Le Mémoire de M. le secrétaire perpétuel, Dubois (d'Amiens), sur Jules César, sera publié dans la *Revue de Paris*. Les applaudissements qui en avaient accueilli la première partie n'ont pas fait défaut à la seconde.

MM. Auzias Turenne et Leroy de Maricourt ont fait des communications dont nous donnons le résumé ou les conclusions au compte rendu.

— Nous avons eu raison de croire que M. Jules Guérin ne revendiquait pas la théorie des *épigenèses*, des générations spontanées, successives et sériaires, etc.

Tout ce système d'histologie transcendentale appartient bien en propre à M. le professeur Robin.

Mais ce que M. Guérin voudrait ne pas se voir contester, c'est le mérite d'avoir montré et fait admettre :

Que l'inflammation reste complétement étrangère à la réparation des plaies sous-cutanées;

Que cette réparation s'opère par un travail d'organisation semblable à celui qui effectue le développement de l'embryon; et que, loin de favoriser cette réparation, le sang épanché y fait obstacle, s'il est en quantité trop grande.

Deux citations, tirées d'ouvrages publiés par M. Guérin, ne permettent pas de conserver le moindre doute à cet égard.

« Au point de vue de la science, écrivait-il en 1844 dans le programme des conférences sur la chirurgie sous-cutanée (1), au point de vue de la science, on a devant soi un travail réparateur, reproducteur, dans lequel on peut suivre les diverses transformations de la matière organique, épier et surprendre peut-être les conditions suivant lesquelles cette transformation s'effectue. Est-il vrai, comme nous le pensons, que toute reproduction de tissu offre d'abord et à un certain point de vue, pendant le travail d'organisation sous-cutanée, la répétition de ce qui se passe dans l'organisation primitive chez le fœtus? Est-il vrai que, dans la série de ces transformations successives, le tissu nouveau prend graduellement les caractères du tissu auquel il appartient, sous l'influence d'une nutrition qui se spécialise par voie de continuité, et sous l'influence de l'exécution fonctionnelle propre à laquelle il participe? Il suffit d'indiquer à ce point de vue les plaies des tendons, des muscles, des vaisseaux et des nerfs, pour montrer tout l'intérêt qui s'attache à une pareille étude. »

Onze ans plus tard, il reprenait ainsi le même sujet dans un Mémoire présenté à l'Académie des sciences le 29 janvier 1855 (2) :

« Mais lorsque les tissus divisés sous la peau ont pu bénéficier du fait de l'organisation immédiate, les produits de cette organisation offrent des caractères qui sont, avons-nous dit, en rapport avec les milieux qui les influencent et les éléments qui y participent. J'ai à signaler à cet égard trois résultats principaux.

« Le premier, c'est que tous les tissus divisés sont susceptibles de produire entre leurs extrémités une portion de tissu analogue, sinon identique au point de vue anatomique et physiologique. Le tendon produit du tendon, le muscle du musle, le nerf du nerf, l'os de l'os. La matière fournie par les extrémités divisées est le blastème indispensable de cette nouvelle formation.

« Le second résultat est que, lorsque, entre les surfaces de jonction, il s'interpose une trop grande quantité de sang fourni par des vaisseaux environnants divisés, ce sang s'oppose par sa présence à l'exsudation directe des surfaces, prend la place du blastème spécifique et produit une interruption anatomique et physiologique du tissu. On a un exemple manifeste de ces deux résultats opposés dans la section sous-cutanée du nerf sciatique. Dans le premier cas, on peut constater le rétablissement de la continuité anatomique et physiologique du nerf, attestée par les caractères histologiques du tissu et par le rétablissement de la fonction, c'est-à-dire du mouvement; dans le second cas, on peut voir, entre les deux bouts du nerf, une matière amorphe qui maintient l'interruption, attestée elle-même par la persistance de la paralysie.

« Le troisième résultat est que, lorsque par suite de l'interposition d'une trop grande quantité de sang, ou, ce qui revient au même, par suite d'un trop grand écartement des surfaces divisées, ces surfaces ne peuvent plus être réunies au moyen de leur blastème propre, les tronçons du tissu divisé s'atrophient et perdent le caractère de leur organisation spécifique. Tels sont les tendons, les muscles, les artères et les nerfs. Ce fait n'est nulle part aussi évident que dans les artères : elles s'oblitèrent et se convertissent en cordes fibreuses, quelquefois de toute la longueur du membre. La dégénérescence des nerfs n'est pas moins remarquable, surtout dans le bout périphérique. Cette dégénérescence des vaisseaux et des nerfs contraste dans les deux cas avec leur état d'intégrité lorsque leur continuité a été maintenue ou rétablie à l'aide du produit direct de leurs extrémités. Pour ce qui est des artères, déjà Hunter avait établi la possibilité de l'osculation de leurs extrémités divisées sous l'influence de la réunion immédiate. J'ai pu m'assurer de mon côté, par des injections réitérées, que des artères d'un calibre médiocre bénéficient de ce privilége toutes les fois que l'écartement des lèvres de la plaie n'a pas été trop considérable ou qu'il ne s'est pas interposé un caillot trop volumineux.

« Je n'ai pas à faire connaître ici toutes les particularités de ces résultats généraux, à préciser par exemple les différentes phases de la métamorphose du blastème organique, depuis ses premiers rudiments jusqu'à son parfait développement. Cette révolution s'accomplit dans un temps qui varie pour les différents tissus. Plus rapide pour le tissu tendineux, elle exige des mois et des années pour les tissu musculaire et nerveux; mais j'ai pu, à l'aide du galvanisme, constater dans les muscles et dans les nerfs, aux différentes époques de son développement, une concordance intéressante entre l'accroissement de la forme organique et les progrès de la manifestation fonctionnelle : l'une est entièrement subordonnée à l'autre. »

On voit qu'alors M. Guérin avait à peu près les mêmes idées que M. Broca sur les blastèmes et la manière dont ils s'organisent.

Mais cette hypothèse, émise en passant, était tout à fait accessoire.

En effet, qu'on explique la formation normale des éléments anatomiques à la manière soit de M. Broca, soit de M. Robin, soit de M. Virchow, la méthode sous-cutanée n'en est pas moins bien établie.

Ses applications chirurgicales et ses données physiologiques sont indépendantes de systèmes histologiques controversés.

Dr Victor Revillout.

(1) Programme des conférences sur la chirurgie sous-cutanée ouvertes à l'hospice des Enfants. Paris, 1844.

(2) Essai d'une généralisation de la méthode sous-cutanée. — Mémoire lu à l'Académie des sciences dans les séances des 29 janvier et 6 mars 1855. Paris, 1856.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

LEÇONS SUR LES MALADIES CHRONIQUES DU SYSTÈME NERVEUX

(recueillies par M. BOURNEVILLE, interne des hôpitaux.)

I. — Des scléroses de la moelle épinière (1).

Dans l'énumération qui précède, nous avons surtout tenu compte des travaux ayant trait à l'anatomie pathologique, nous proposant d'insister plus tard sur ceux qui contiennent des détails cliniques. Aux renseignements que nous donneront les auteurs précités, nous en ajouterons d'autres puisés dans des observations inédites, et pour faciliter la compréhension de nos études, nous mettrons sous vos yeux des pièces anatomiques que nous avons conservées.

La sclérose en plaques disséminées, je vous l'ai dit, Messieurs, n'est pas une affection exclusivement spinale. Elle envahit le cerveau, la protubérance, le cervelet, le bulbe aussi bien que la moelle. Nous allons donc énumérer les altérations que l'on découvre, dans les cas les plus accentués, sur ces divers segments du système nerveux : 1° extérieurement; 2° sur des coupes.

(1) Suite. — Voir le numéro précédent de la *Gazette des hôpitaux*.

Commençons par la moelle et le bulbe. Au dehors, ni l'une ni l'autre ne sont modifiées dans leur forme. Le plus communément il n'existe pas de traces de phlegmasie sur les enveloppes. Quelquefois, néanmoins, la pie-mère a une coloration brune, ardoisée, ses cellules étoilées se remplissent d'éléments pigmentaires.

A travers la pie-mère, on apercevait souvent des taches grises, prenant une teinte rosée, analogue à celle de la chair de saumon, par le contact de l'air. Mais c'est principalement après l'ablation de cette membrane, ablation qui s'effectue sans peine, que l'on aperçoit les lésions. Ce sont des plaques d'un gris rosé, nettement circonscrites : ici saillantes, ainsi que M. Cruveilhier l'a noté et que je l'ai vu moi-même; là, de niveau avec le tissu environnant; d'autres fois enfin, rétractées, déprimées. Caractère important, ces plaques ne respectent pas les sillons, comme la sclérose rubanée ; elles passent d'un cordon au cordon voisin.

Ces variétés d'aspect des plaques dépendent probablement de l'époque plus ou moins avancée où l'on observe les lésions. Si l'on avait l'occasion de les voir à l'origine, au début, les plaques saillantes seraient sans doute la règle, parce que le tissu est alors turgescent, médiocrement dense. Si plus tard on aperçoit presque toujours des dépressions, c'est que le foyer, devenu réellement gris, se rétracte, acquiert une plus grande dureté.

Relativement à leur distribution, les plaques sont discrètes ou confluentes. La première condition est la plus ordinaire. Dans le second cas, les plaques, très-multipliées, sont à peu près confondues. Une planche de l'*Atlas* de M. Cruveilhier donne une idée exacte de cette disposition. Les parties saines sont pour ainsi dire nulles et réduites à de minces traînées blanches. Voilà pour la moelle.

Sur le *bulbe*, les plaques occupent isolément ou simultanément les olives, les pyramides, les corps restiformes. Sur la *protubérance*, elles siégent, en général, à la face antéro-inférieure. Si nous remontons plus haut, nous voyons affectés et les tubercules mamillaires et les pédoncules cérébraux. Les nerfs de la base, eux-mêmes, n'échappent pas à l'envahissement de la sclérose. Nerfs olfactifs, optiques, etc., nerfs rachidiens, offrent des altérations en tout semblables à celles de la moelle. Mais les nerfs le plus souvent frappés sont les nerfs optiques, et là on trouve des plaques ayant la même configuration que celles du bulbe, de la protubérance, etc., c'est-à-dire qu'elles sont sinueuses, taillées comme à l'emporte-pièce, et qu'elles n'occupent qu'une partie de la longueur des nerfs. Cette particularité les distingue de la dégénération grise, uniforme, qui se remarque dans l'ataxie locomotrice.

Là se bornent, Messieurs, les lésions visibles extérieurement, car ni la surface du cervelet, ni la convexité des hémisphères cérébraux ne présentent de plaques de sclérose.

Si maintenant nous pratiquons des coupes sur les différentes régions sclérosées, nous obtenons des notions plus précises. Les coupes nous montrent sur-le-champ qu'il ne s'agit pas de simples taches, mais de noyaux qui s'enfoncent dans la substance nerveuse à la manière d'un coin. On les suit très-nettement jusqu'à la substance grise. Là, en raison de leur couleur, les plaques ou les îlots, difficilement reconnaissables, paraissent se confondre avec la substance grise. Toutefois, à l'aide du microscope, il est facile de reconnaître leur existence.

Les mêmes manœuvres nous font constater dans la protubérance, les pédoncules cérébraux, etc., des masses scléreuses, à contours irréguliers, et plus ou moins épaisses. Sur les hémisphères cérébraux, détachés l'un de l'autre, on découvre assez fréquemment, à la face des ventricules latéraux, de belles et larges plaques de sclérose. Dans la planche annexée à la thèse de M. Ordenstein, j'ai figuré un exemple de cette disposition. Dans le cerveau, on trouve encore des plaques disséminées dans le centre ovale, le corps calleux, le *septum lucidum*. Cependant la substance grise, je le répète, ne jouit pas d'une immunité absolue. En effet, on rencontre quelquefois des plaques d'induration grise dans les couches optiques, les corps striés, les circonvolutions du cervelet.

Telle est, Messieurs, au point de vue de l'anatomie simple, la sclérose en plaques généralisée. Pour achever son étude anatomo-pathologique, il nous faudra entrer dans des détails histologiques minutieux. Ce sera là l'objet de notre prochaine réunion.

OBSERVATION DE RACHIALGIE

Compliquée de paraplégie. — Emploi d'un appareil orthopédique. — Amélioration.

Par M. le Dr PETER, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

Une jeune demoiselle présentait, depuis près de deux ans, les symptômes névropathiques qui, par une extension abusive et vraiment trop commode, se rapportent généralement à l'hystérie.

Ces symptômes sont, pour moi, ceux que Ollivier (d'Angers) et quelques auteurs anglais ont attribués à l'*irritation spinale*, c'est-à-dire de la douleur le long du rachis, avec irradiations douloureuses en ceinture au thorax et à l'abdomen, engourdissement des membres, surtout des membres inférieurs; faiblesse, difficulté de la marche, exagération de tous les symptômes à la suite d'une promenade en voiture et à cheval, troubles viscéraux multiples et surtout anorexie, dyspepsie, dyspnée et palpitations.

J'avais, depuis longtemps, conseillé, entre autres moyens, l'hydrothérapie. On s'était enfin décidé à employer cette méthode de traitement, mais d'une façon tout empirique. Un soir, la jeune personne s'était beaucoup fatiguée à la marche toute la journée; elle éprouve soudain une sensation insolite, quitte le salon pour sa chambre à coucher, et là tombe frappée de paraplégie, avec légère contracture. La paraplégie durait depuis cinq mois, exaspérée de temps à autre, soit aux époques menstruelles, soit sous l'influence d'une tentative de mouvement trop brusquement imprimé au tronc : alors se produisaient les contractures les plus violentes dans les membres supérieurs, les inférieurs restant inertes, et la paraplégie était encore aggravée pour quelques jours; mais jamais il n'y avait d'attaques d'hystérie. On avait appelé successivement ou simultanément en consultation trois des médecins les plus justement célèbres de Paris : MM. Sée, Guéneau de Mussy et Axenfeld. M. Sée avait conseillé l'emploi de l'électricité à courants continus, mais cette application fut impossible en raison même de l'impossibilité de transporter la malade; MM. Axenfeld et Guéneau de Mussy conseillèrent de nouveau l'hydrothérapie. On n'avait jamais cessé l'emploi des lotions froides le long du rachis, combiné à celui des applications de teinture d'iode ou des vésicatoires en cette région, moyens qui, tous, avaient pour effet de calmer la rachialgie, mais ne modifiaient guère la paraplégie. Cependant, j'avais remarqué que lorsque ma malade, démesurément grande, était assise, sa colonne vertébrale *se tassait*, pour ainsi dire, de telle façon que la concavité dorso-lombaire devenait une convexité; j'avais remarqué, en outre, que cette convexité était toute temporaire, qu'elle résultait de la faiblesse des muscles extenseurs de la région (les parties i férieures de la colonne fléchissant sous le poids des parties supérieures du tronc), qu'elle disparaissait dès qu'on soulevait la malade sous les aisselles, redressant ainsi artificiellement le tronc qui s'affaissait sur lui-même; j'avais remarqué enfin que ce redressement avec allongement de la colonne vertébrale avait pour effet immédiat de soulager au plus haut degré la rachialgie, qui, par contre, reparaissait plus vive si on abandonnait brusquement la colonne à elle-même, laissant ainsi sans précaution les vertèbres se tasser. L'indication, dès lors, me parut évidente : les conditions du problème thérapeutique étaient celles-ci : *redresser*, en l'*allongeant* et en l'*immobilisant*, la colonne vertébrale, et cela d'une façon permanente. La solution ne fut pas très-difficile : je fis fabriquer un appareil consistant en une ceinture d'acier prenant son point d'appui sur les os iliaques, et de chaque côté de laquelle ceinture s'élevait une tige verticale en acier, terminée par une crosse axillaire analogue à celle des béquilles. Les crosses soulevaient les aisselles, entraînaient dans leur ascension la colonne vertébrale et redressaient celle-ci en l'immobilisant.

Après quelques tâtonnements, le corset fut enfin réalisé, et si bien, qu'une fois appliqué, la malade, n'éprouvant plus dans son rachis la douleur habituelle, s'enhardit à se lever et fit quelques pas dans la chambre. Il y avait plus de cinq mois qu'elle n'avait marché!

Depuis lors, deux semaines se sont écoulées; chaque jour, la malade s'est levée et a marché en s'aidant de béquilles d'abord, sans béquilles maintenant.

Les douleurs rachidiennes sont considérablement amoindries. Néanmoins, pendant deux jours, la malade a été obligée de garder le lit, à la suite de fatigues trop considérables. La faiblesse, l'engourdissement des membres inférieurs diminuent également, mais existent toujours ainsi que la constriction en ceinture. Evidemment, la *congestion méningée*, qui est la lésion anatomique de l'irritation spinale et sa cause matérielle, persiste, bien que moindre. Ce sera l'affaire de l'hydrothérapie, cette fois bien conduite.

Ce que j'ai voulu surtout faire ressortir, c'est la nécessité indispensable en pareil cas d'annuler la rachialgie en soutenant, relevant et immobilisant la colonne vertébrale. Il y avait disproportion, en raison de la trop haute stature, entre le squelette et les ligaments ainsi que les muscles rachidiens, entre la masse à mouvoir et les puissances tutrices et motrices de cette masse. Le corset et ses tuteurs suppléent à la *tonicité* musculaire actuellement insuffisante. La médication tonique générale pourvoira à l'avenir.

Ce que j'ai voulu faire voir encore, c'est qu'il n'y avait là ni paralysie, ni contractions des muscles rachidiens, mais l'exagération de cette fausse position de la colonne vertébrale, que les mères reprochent souvent à leurs filles en leur disant « qu'elles se tiennent mal ». Or, cette *fausse positiom*, portée trop loin et durant trop, augmente nécessairement la rachialgie, et ajoute sa cause toute matérielle à celle toute organique qui dérive de la congestion méningée. Le traitement mécanique et son résultat prouvent assez l'importance de cette cause matérielle de la rachialgie et la nécessité absolue de la faire disparaître.

AMPUTATION DE LA CUISSE A SA PARTIE MOYENNE

Procédé à lambeaux. — Écoulement du pus par des ouvertures béantes pratiquées à leur base à l'aide de caustiques. — Nouveau procédé de compression des vaisseaux.

Par MM. les Drs GIROUARD (de Chartres).

Le 1er novembre 1867, mon père et moi fûmes consultés par madame S..., de Paris, pour une affection du genou gauche de nature encéphaloïde : cette dame, âgée de 30 ans, d'un tempérament nerveux, d'une très-faible constitution, avait eu à supporter de longues souffrances et des pertes de sang considérables occasionnées par les végétations encéphaloïdes du genou gauche dont nous venons de parler.

Après un examen attentif, nous fûmes convaincus que les condyles, dans leur entier, et le corps du fémur, dans son quart inférieur, étaient cariés; les glandes de l'aine du côté correspondant commençaient à se tuméfier, mais elles ne nous parurent pas cancéreuses, aussi nous proposâmes l'amputation de la cuisse, qui fut acceptée.

La faiblesse de la malade était si grande que, pour la pratiquer avec succès, il fallait qu'il ne s'écoulât pas de sang, et craignant que la compression de l'artère crurale sur le pubis ne fût insuffisante pour intercepter le cours du sang, les artères et les veines de la cuisse pouvant avoir pris du développement, nous adoptâmes le procédé que voici :

Le 2 novembre, à 7 centimètres au-dessus des limites du mal, à l'endroit même où la section du fémur devait être faite, nous appliquâmes deux traînées de caustique de Vienne, chacune d'un demi centimètre de largeur sur deux de longueur, l'une en dedans et l'autre en dehors de la cuisse; l'interne dirigée un peu obliquement de bas en haut et d'arrière en avant, l'externe également oblique, mais en sens inverse, toutes les deux correspondant dans presque toute leur étendue à l'axe du fémur.

Dans les escarres formées par le caustique de Vienne, nous pratiquâmes des ouvertures pénétrant jusqu'au fémur, ce qui nous permit d'introduire des lames de pâte de zinc solide et d'obtenir de chaque côté de la cuisse une cautérisation intéressant toute l'épaisseur des parties molles.

Quatre jours après, le 6 novembre, le gonflement du membre causé par la cautérisation ayant disparu, l'amputation fut pratiquée.

La malade étant chloroformée, on allongea la jambe, qui depuis longtemps était fléchie sur la cuisse, les végétations se déchirèrent et donnèrent lieu à un écoulement en nappe de sang veineux; après avoir comprimé sans résultat l'artère crurale sur le pubis, nous introduisîmes au côté externe de la cuisse, à l'extrémité supérieure de la cautérisation, une sonde métallique courbée de telle façon qu'après avoir contourné la partie postérieure du fémur elle sortit à l'extrémité supérieure de la cautérisation faite au côté interne de la cuisse; à la sonde nous substituâmes l'une des tiges d'un compresseur composé de deux tiges d'acier et nous plaçâmes l'autre tige sur la peau de la partie postérieure du membre; ces deux tiges étant pourvues à chaque extrémité d'un écrou, nous les rapprochâmes au moyen de vis qui nous permirent de comprimer exactement les parties molles renfermant les gros vaisseaux; le sang veineux fourni par les végétations cessa de couler. Devenus maîtres du cours du sang, la malade étant toujours sous l'influence du chloroforme, deux lambeaux furent taillés à partir des cautérisations dont nous avons parlé, l'un antérieur et l'autre postérieur, en rasant le fémur, autant pour avoir le moins possible de tissus aponévrotiques et tendineux à la surface des lambeaux que pour ne pas blesser les gros vaisseaux; enfin, l'os fut scié au niveau du compresseur et les ligatures furent faites avec la plus grande facilité; il n'y avait pas eu de rétraction artérielle et la plaie était à peine teinte de sang, car pendant l'opération il ne s'en était écoulé que quelques gouttes.

Ayant retiré le compresseur, nous plaçâmes les ligatures au côté externe du moignon et à la base des lambeaux, puis les lambeaux furent maintenus en contact à l'aide de trois points de sutures placées à leur sommet et tout le moignon fut enveloppé de linges enduits d'onguent de la mère et de cérat de Galien que nous fixâmes solidement au moyen de bandelettes de linge et de quelques tours de bandes.

Dans les trois premiers jours qui suivirent l'opération, il y eut un peu d'agitation, à peine de la fièvre, très-peu de douleur dans la partie opérée; bouillons et légers potages pour nourriture; pas de pansement.

Le quatrième jour, la plaie est d'un bon aspect, le pus est louable, il s'échappe facilement par les ouvertures béantes situées à la base des lambeaux, mais surtout par l'ouverture du côté externe qui est la plus basse; les pièces de l'appareil changées, nous remarquâmes que l'extrémité des lambeaux était réunie dans presque toute son étendue; les points de suture furent enlevés, celui du milieu excepté, et pour soutenir encore les lambeaux des bandelettes enduites d'onguent furent appliquées.

Les jours suivants, les forces augmentent, la cicatrisation marche rapidement, régulièrement, et le quinzième jour il ne reste plus qu'une petite plaie à la base des lambeaux.

Le vingtième, les ligatures tombent, la malade marche avec des béquilles, et le trentième, la plaie étant complétement fermée, madame S... quitte Chartres pour retourner à Paris.

Aujourd'hui, 20 février 1868, elle jouit d'une santé parfaite; les glandes de l'aine ont disparu.

Cette question nous paraît mériter de fixer l'attention des praticiens de la manière suivante :

La compression des vaisseaux, faite ainsi que nous venons de le décrire, permet de suspendre complétement le cours du sang et de le rétablir à volonté avec la plus grande facilité, ce qui est important dans les amputations, car en général la perte de sang est toujours grave chez les vieillards, chez les malades anémiques, cacochymes, épuisés par de longues souffrances, surtout lorsqu'ils sont sous l'influence de certaines conditions atmosphériques ou climatériques.

A l'aide de ce procédé, on peut pratiquer des amputations presque sans aide, ce qui est important surtout dans les campagnes.

Les ouvertures restées béantes à la base des lambeaux permettent au pus de s'écouler facilement : et partant point de séjour de pus, point d'infiltration, causes si puissantes d'accidents mortels.

Si rien ne s'oppose à la réunion immédiate, elle doit se faire. C'est ce qui a eu lieu dans ce cas-ci à cause de l'absence des surfaces tendineuses ou aponévrotiques : ces tissus ne se prêtent pas à la réunion par première intention, mais bien à celle par seconde intention, lorsque la suppuration a entraîné ces tissus par lambeaux; aussi est-ce cette dernière que l'on obtient le plus souvent.

Par ce procédé, on devra éviter bien des accidents et diminuer ainsi la gravité des amputations; c'est ce que tend à prouver cette observation.

ROUGEOLE ET SCARLATINE

Erreurs et préjugés concernant le traitement de ces maladies

Par le professeur SCOUTETTEN (de Metz).

Chaque année, à des époques variables, mais surtout vers la fin de l'hiver ou au commencement du printemps, on voit fréquemment apparaître la rougeole et la scarlatine, quelquefois l'une et l'autre en même temps.

Ces maladies n'étaient point connues des médecins grecs et latins; dans tous les cas, il est certain qu'ils ne les ont pas signalées. C'est à Rhazès (1), médecin arabe qui vivait au neuvième siècle, que revient l'honneur d'avoir décrit le premier ces affections éruptives.

Quels lieux ont vu naître ces maladies? Quelles circonstances ont provoqué leur apparition? Quels moyens ont été employés au début pour les combattre? Nous l'ignorons. L'éloignement des temps, la confusion des faits, l'insuffisance de la science, rendent désormais ces questions insolubles.

Notre intention n'est pas, d'ailleurs, de faire l'histoire complète des affections éruptives de la peau, nous ne voulons nous appesantir que sur les accidents qui peuvent aggraver la maladie et sur les erreurs qui, en compliquant le traitement, augmentent les dangers et quelquefois les font naître.

Rappelons rapidement les principaux symptômes des maladies que nous voulons examiner.

§ 1er. *Rougeole.* — La plupart des auteurs modernes définissent la rougeole, une maladie éruptive générale, caractérisée par une phlegmasie de la peau, précédée et accompagnée de fièvre, de coryza, quelqefois d'angine, de larmoiement et de toux.

Les signes principaux sont : de petites taches rouges, un peu proéminentes, semblables à des morsures de puces, séparées les unes des autres par des espaces anguleux où la peau conserve sa teinte naturelle, apparaissant d'abord à la face, puis au cou, au thorax, aux membres inférieurs. L'éruption s'étend sur les membranes muqueuses, la langue prend une teinte rouge uniforme, sans occasionner de douleur, cette couleur s'étend au pharynx et même au delà.

Cette maladie est contagieuse, elle dure sept à huit jours, et n'attaque ordinairement qu'une seule fois dans la vie : ces taches disparaissent dans l'ordre de leur éruption et bientôt elles sont suivies de la desquammation de l'épiderme.

Complications. — La marche de la rougeole n'est pas toujours aussi régulière et aussi simple que nous venons de la présenter, il survient assez souvent des complications, notamment une ophthalmie, une angine, de l'agitation, du délire et un état pyrétique d'une intensité variable.

Cette fièvre était le phénomène qui appelait le plus vivement l'attention des médecins, surtout celle de Pierre Franck, l'un des plus distingués de la fin du siècle dernier; cette fièvre occupait à l'instant le premier rang parmi les phénomènes morbides, et, selon qu'elle paraissait mériter le nom d'*inflammatoire*, de *gastrique*, de *nerveuse*, de *putride*, etc., la rougeole prenait aussitôt le nom de la fièvre, et on admettait des rougeoles inflammatoires, gastriques, nerveuses, putrides, etc. C'était une grave erreur, qui, malheureusement, n'a pas totalement disparu : il en résultait des traitements variables, tantôt calmants, rafraîchissants, tantôt toniques, excitants, etc., selon l'idée admise sur la nature de la maladie. Nous reviendrons, dans quelques instants, sur ce sujet important.

§ 2. *Scarlatine.* — Cette maladie présente la plus grande analogie avec la rougeole; elle en diffère cependant par le développement et l'intensité habituelle des phénomènes morbides. Le début en est souvent annoncé par un sentiment profond de lassitude, par du frisson, des horripilations, la perte d'appétit : dès le deuxième jour de larges taches apparaissent sur la face et le cou, elles grandissent rapidement, se réunissent, descendent sur la poitrine, le tronc, les membres, elles les colorent uniformément comme si on avait étendu sur toute la peau une teinture rouge d'une grande finesse. En général, l'éruption est complète le sixième jour, elle décroît à partir de ce moment en suivant l'ordre de l'envahissement.

Complications. — Bien que la scarlatine soit généralement une maladie simple et bénigne, elle devient quelquefois une affection grave mortelle, non par elle-même, mais par l'inflammation des organes internes. Le plus souvent ce sont les amygdales, le larynx, les bronches et même les poumons qui s'enflamment et occasionnent les accidents redoutables auxquels on a donné les noms de *scarlatine angineuse*, *croupale*, etc. Lorsque le mal s'accroît, que les amygdales et le larynx se couvrent de fausses membranes grisâtres ou noirâtres, les auteurs donnent alors à la maladie le nom de *scarlatine angino-gangréneuse*; ils ont aussi admis, de même que pour la rougeole, une *scarlatine inflammatoire*, *nerveuse*, *putride*, etc.; puis, selon la manifestation de quelques signes extérieurs et tout à fait accidentels, ils ont *inventé* les noms de *scarlatine lisse*, *miliaire*, *pustuleuse*, etc.

§ 3. *Explications théoriques.* — Quelle est la valeur scientifique des diverses expressions employées concernant la rougeole et la scarlatine? Sur ce point, les médecins ne se sont pas nettement expliqués, on est même étonné de la confusion qui existe dans leurs écrits. Selon la majorité d'entre eux, tous les accidents qui se manifestent pendant le cours de la rougeole et de la scarlatine tiennent à la présence d'un virus spécial, introduit dans le sang, troublant profondé-

(1) Rhazès, ou plus exactement Razi, a écrit plusieurs ouvrages, où il est question de la rougeole et de la scarlatine; le plus estimé a été traduit de l'arabe par Channing, sous ce titre : *Rhazes de variolis et morbillis, cum aliis nonnullis ejusdem argumenti.* — Londres, 1766, in-8°. Cette édition est la plus estimée; la version en a été reproduite par Haller, dans le tome VII de son *Artis medicæ principes*, in-8, Lausanne 1772. — Ce traité est divisé en quatorze chapitres, Haller y a ajouté quelques réflexions personnelles, puis des extraits provenant des *Opera parva* et du livre XVIII du *Continent de Rhazès* Tous traitent de *Variolis et Morbillis*.

ment l'organisme, et qu'il faut l'en expulser si l'on veut obtenir la guérison de la maladie et le rétablissement de la santé. De cette théorie découle un traitement dont nous ne tarderons point à faire ressortir les inconvénients et les dangers.

En ce qui concerne la cause des maladies éruptives que nous étudions, la science l'ignore encore ; elle n'a pas découvert, comme pour la vaccine, des sporules nageant dans un liquide d'où on peut les extraire, et avec lesquelles on reproduit avec certitude une affection semblable à celle qui leur a donné naissance. Pour la rougeole et la scarlatine, la nature fait tout les frais ; c'est elle qui prépare la cause du mal, qui dispose l'organisme à en subir l'action et qui généralement le préserve d'une seconde atteinte.

Dans tous les cas, le fait important c'est que le virus de la rougeole et celui de la scarlatine s'épuisent et s'éteignent d'eux-mêmes dès qu'ils ont agi, c'est qu'ils n'ont aucune analogie avec celui de la syphilis qui se reproduit sans cesse, sous des formes variables, il est vrai, mais qu'il faut combattre directement et par des moyens spéciaux, si on veut en obtenir la destruction.

Ces faits, révélés par l'expérience, nous signalent l'erreur que nous commettons lorsque, traitant la rougeole ou la scarlatine, nous nous attachons au principe inconnu qui a occasionné les accidents morbides. Les organes malades doivent seuls appeler toute notre attention et le traitement doit être le même que si la maladie n'était point compliquée d'un phénomène accidentel, passager, et sur lequel nous ne pouvons exercer aucune action.

Ne tombons pas toutefois dans une exagération qui entraînerait aussi à des erreurs regrettables. Il est évident qu'un malade, jeune encore, déjà troublé profondément par un travail éruptif accompagné de fièvre, et chez lequel survient une pneumonie ou une angine grave, se trouve dans des conditions moins favorables que si l'une ou l'autre de ces maladies s'était développée spontanément et chez un sujet bien constitué.

Mais n'est-ce point commettre une faute plus fâcheuse encore que de s'attacher au virus, de lui attribuer tout les accidents et de diriger tous les moyens thérapeutiques dans le but de rappeler le sang à la peau si l'éruption a pâli ou disparu ? Dans ce dernier cas, on prend l'effet pour la cause, et on ne paraît pas soupçonner que si l'inflammation cutanée a diminué c'est que l'inflammation interne a augmenté et qu'elle exerce ainsi une véritable révulsion.

En résumé, nous devons déclarer que nous ignorons la nature du principe qui donne naissance à la rougeole et à la scarlatine, que nous ne connaissons pas mieux les causes qui en favorisent le développement ou qui en amène la destruction, que nous ne pouvons ni atteindre ni combattre les unes et les autres dans les organes malades, conséquemment que nous devons nous borner au traitement régulier et physiologique des accidents survenus dans l'organisme et qui méritent notre attention exclusive.

§ 4. *Traitement.* — Le traitement peut être divisé en trois périodes : la première, traitement préservatif ; la deuxième, traitement curatif ; la troisième, traitement préventif des accidents consécutifs.

Première période. — Traitement préservatif. — Il n'existe aucun traitement préservatif de la rougeole et de la scarlatine ; un demi-siècle d'observation personnelle m'a démontré l'inutilité de toutes les mesures que la crainte inspire. J'ai vu des parents inquiets éloigner de la maison les enfants que la maladie n'avait point atteints, et, avant leur retour, faire blanchir les plafonds, renouveler les tapisseries, faire des fumigations de tout genre, et, cependant, peu de jours après, la maladie éclatait quelquefois parmi les enfants précédemment épargnés. Aujourd'hui je ne recommande aucune précaution spéciale, je laisse les parents parfaitement libres d'agir selon leurs inspirations ou leur préventions, et je vois fréquemment, dans une même famille, plusieurs enfants épargnés tandis que l'un des frères est atteint.

Deuxième période. — Traitement curatif. — Lorsque les phénomènes morbides ont peu de gravité, lorsqu'ils se bornent à une fièvre légère, à une éruption modérée, à un trouble sans importance des fonctions digestives ou respiratoires, les médecins prudents ne font qu'une médecine expectante, c'est-à-dire qu'ils mettent le malade à la diète, lui font prendre des boissons tièdes et adoucissantes, évitent toute cause de refroidissement et font garder le lit.

Les médecins alarmistes, ou ceux que l'expérience n'a pas suffisamment éclairés, se laissent entraîner aussitôt à des précautions exagérées : le malade est enfermé dans sa chambre, les fenêtres en sont rigoureusement closes, il doit conserver constamment les mains sous les couvertures ; s'il est indocile, on lui enferme les bras dans de longues manches, qu'on réunit et qu'on fixe au montant du lit ; on fait du feu dans la chambre, on en élève la température à l'excès ; en un mot, on rend la situation presque intolérable pour le malade et pour les assistants : on se félicite alors des précautions prises pour éviter que la rougeole ne puisse rentrer.

Si des complications surviennent, soit qu'il se manifeste une amygdalite, une inflammation des membranes muqueuses des voies aériennes ou digestives, et que par suite l'éruption cutanée soit entravée, on ne voit rien de plus urgent que d'appeler le sang à la peau, afin d'y provoquer la réapparition de l'éruption. Aussitôt on surélève la température de la chambre, on couvre l'enfant de plumons, de vêtements de laine, on lui donne des boissons très-chaudes, on lui applique des cataplasmes stimulants, des vésicatoires, on le met même dans un bain fortement sinapisé, en un mot, on provoque par tous les moyens possibles une excitation générale, qui bientôt augmente la fièvre, occasionne le délire, des accidents de tout genre et finalement la mort.

Cette méthode perturbatrice, que la science réprouve et que l'expérience condamne n'est que la conséquence des idées erronées concernant l'action du virus sur l'organisme, on ne saurait trop énergiquement la combattre et trop promptement l'abandonner.

Quelle voie faut-il donc suivre pour être dans la vérité et obtenir du traitement les meilleurs effets possibles ?

Il faut se rappeler d'abord que la maladie a une durée limitée qui ne s'étend guère au delà de huit à neuf jours, que pendant tout ce temps on doit se borner à observer la marche de la maladie, favoriser la régularité de toutes les fonctions, ne rien exagérer, pas même la diète, lorsque les malades sont en état de supporter une alimentation légère, ce qui arrive lorsqu'il n'y a plus de fièvre, quoique l'éruption n'ait pas complétement disparu.

Comme nous ne connaissons pas le principe du mal et qu'il est impossible d'agir directement sur lui, il ne nous reste d'autre soin que de surveiller les organes malades, de combattre par les moyens antiphlogistiques ordinaires les accidents inflammatoires, lorsqu'ils prennent des proportions trop fortes ; ainsi ne point hésiter à mettre des sangsues au cou dans le cas d'angine, à l'épigastre et à l'anus lorsque l'inflammation s'est développée à l'estomac ou dans une des parties de l'intestin : toutefois, il faut ménager l'écoulement du sang qui souvent est très-fluide chez les enfants atteints d'affections éruptives et dont l'organisme d'ailleurs est quelquefois profondément ébranlé par la maladie.

A ce moyen thérapeutique, dont l'emploi n'est pas absolu, on peut substituer, quelquefois avec grand avantage, l'emploi méthodique de l'eau froide. Ce n'est pas sans mûre réflexion, et surtout sans avoir acquis, par une longue expérience, la certitude que ce moyen donne des résultats supérieurs à tous les autres, que je le mets en relief et que je propose de le substituer à ceux habituellement employés, lorsqu'il y a nécessité de faire cesser des accidents qui troublent la marche régulière de la maladie.

Erreurs et préjugés. — Malgré tous les inconvénients qu'entraîne la lutte contre les erreurs et les préjugés généralement répandus, nous l'entreprendrons avec la fermeté que donne la conviction d'être dans le vrai.

Nous savons que le public et les médecins craignent et même redoutent toute cause de refroidissement sur un malade atteint d'affection éruptive. Cette crainte ne serait fondée que si l'action du froid était prolongée jusqu'à l'exagération, mais si on se maintient dans des limites convenables, si on ne descend pas au-dessous de la température habituelle des chambres à coucher, c'est-à-dire de 12 à 16 degrés centigrades, on est alors dans d'excellentes conditions.

Ce n'est pas la première fois que l'emploi de l'eau froide est recommandé dans le traitement de la rougeole et de la scarlatine ; des médecins d'un grand mérite, dont les ouvrages ont fait longtemps et font encore autorité dans la science, l'ont signalé comme moyen très-efficace : je citerai en première ligne le célèbre Hufeland, auteur de la *Macrobiotique*, qui en était l'un des plus ardents promoteurs. Lorsque j'eus l'honneur de lui faire ma première visite à Berlin, au mois de septembre 1831, il me parla aussitôt des heureux effets qu'il obtenait de l'eau froide au début de la rougeole, de la scarlatine et fièvres aiguës : ses succès le déterminèrent à appeler l'attention des médecins sur ce sujet, et déjà, dès 1821, il avait proposé un prix de cinquante ducats pour l'auteur qui traiterait le mieux la question. Trois mémoires furent envoyés en réponse par les docteurs Frœlich, Reuss et Pitschaft. Le travail de Frœlich obtint le prix ; pour compléter son œuvre, Hufeland publia ces trois mémoires, en 1823, dans un supplément de son journal (1).

Frœlich s'était déjà fait connaître par un ouvrage fort intéressant sur les bains froids ou tièdes dans la fièvre nerveuse, la scarlatine et plusieurs maladies aiguës et chroniques. Cet auteur prétend que la scarlatine, traitée dans la première période par des ablutions froides, est rarement suivie d'anasarque, accident fréquent à l'époque de la desquammation (2).

Hufeland et ses élèves avaient été précédés eux-mêmes, dans l'emploi thérapeutique de l'eau froide, contre plusieurs maladies aiguës et éruptives, par divers médecins anglais, italiens et allemands. Parmi ces derniers il faut d'abord citer Frédéric Hoffmann, célèbre professeur de l'université de Halle, qui, en 1712, publia sa curieuse dissertation : *De aqua medicina universali* (3).

Un des contemporains du professeur de Halle, Jean-Sigismond Hahn, qui exerçait son art avec distinction à Schweidnitz, en Silésie, acquit une réputation fort étendue, qu'il dut en grande partie aux guérisons nombreuses qu'il opéra à l'aide de l'eau froide administrée intérieurement et extérieurement. Le livre qu'il publia sur ce sujet est l'un des plus complets de l'époque, aussi eut-il quatre éditions en peu d'années (4).

Parmi les Anglais, nous citerons le docteur Wright, qui publia, en 1786, plusieurs observations, et spécialement l'histoire de sa propre maladie qui fut traitée avec succès par l'eau froide (5).

Mais ce sont les travaux de Currie, publiés en 1792, et surtout son principal ouvrage, qui parut en 1798, qui appelèrent spécialement l'attention publique sur l'emploi de l'eau froide dans le traitement des maladies aiguës. Currie insiste vivement sur les affusions d'eau froide et salée dans les cas de fièvre maligne et contagieuse : il a conservé l'histoire détaillée de cent cinquante-trois malades qu'il a traités de cette manière, et pour lesquels il n'a presque pas employé de remèdes pharmaceutiques (6).

En Italie, Giannini (7) se montre un chaleureux partisan de l'eau froide, il l'employait contre les maladies aiguës et repousse presque complétement tous les médicaments, sous quelque forme qu'ils soient proposés.

Quant au mode d'administration de l'eau, Giannini rejette les affusions employées par Wright et Currie, les frictions recommandées par de Hahn, Brandreth et Gregory, la méthode de Cyrillo et les frictions glaciales de Samoîlowitz ; il se décide pour les immersions froides. A cet effet, il se servait des baignoires ordinaires ; il les faisait remplir journellement d'eau froide, au degré où elle se trouvait naturellement en sortant du puits, en hiver comme en été. Deux infirmiers adroits et intelligents transportaient le malade qui, entièrement nu, était plongé dans l'eau froide, où il restait assis un temps qui variait de cinq à quinze minutes, selon sa force et les phénomènes morbides qu'il présentait. Lorsqu'il en sortait on le remettait dans son lit après l'avoir négligemment essuyé, car on tenait pour utile de conserver un reste d'humidité.

Giannini employait ce traitement contre les fièvres intermittentes, dans la période de chaleur, et, dans la période apyrétique, il administrait le quinquina. Il s'en servait aussi contre les fièvres continues (pag. 404, 1er vol.). Il conseillait les immersions froides contre la peste (pag. 266, 2e vol.), contre la fièvre jaune (pag. 269), contre la variole (pag. 284), contre la rougeole et la scarlatine (pag. 288 et 289, 2e vol.).

Il nous serait facile d'ajouter aux noms des auteurs que nous avons cités une liste non moins longue d'écrivains qui ont proclamé les mérites de l'eau froide contre les accidents déterminés par les maladies éruptives de la peau, nous nous en abstiendrons. Nous n'omettrons pas cependant de rappeler le mémoire des docteurs Schaal et Hessert, qui depuis longtemps faisaient usage de l'eau froide pour combattre la fièvre miliaire, et qui en obtinrent d'excellents résultats pendant une épidémie qui, en 1812, envahit le département du Bas-Rhin, et pendant laquelle 634 personnes furent attaquées. Ces médecins se servaient de l'eau en lotions et en ablutions, très-rarement sous forme de bains ; Herssert fait connaître (pag. 55 de son livre) que depuis dix-sept ans il employait cette méthode avec succès (1).

Comment s'est-il fait qu'une méthode, dont on ventait ainsi les heureux effets en Allemagne, en Italie, en France, dans toute l'Europe, ait été totalement abandonnée, et que le plus grand nombre des médecins aujourd'hui se croiraient coupables d'imprudence et de tentatives dangereuses s'ils y avaient recours ? C'est que très-probablement des exagérations et des maladresses ont été commises, c'est que les adversaires de la méthode les ont mises en relief pour effrayer les parents des enfants malades ; et comme une sorte d'instinct aveugle nous porte à nous éloigner de l'eau froide, les préventions ont triomphé et le préjugé s'est établi.

Malgré cette disposition des esprits, nous déclarons que l'emploi de l'eau froide, au début de la rougeole et de la scarlatine, lorsque l'éruption cutanée est entravée, produit les plus heureux effets, et que, depuis trente-six ans que nous l'avons adopté, nous avons toujours eu à nous en féliciter.

(La suite prochainement.)

(1) Frœlich, Reuss und Pitschaft : Ueber die ausserliche Anwendung des Kalten Wassers in hitzigen Fiebern. — Supplém. au journ. de *Hufeland*, 22e année. Berlin, 1823.

(2) Abhandlung über die kraftige, sichere und schnelle Wirkung der Uebergieszungen, oder der Bader von kaltem oder lauwarmen Wasser, in Faul-, Nerven-, Gall-, Brenn- und Scharlachfiebern, etc., von Anton Frœlich. Wien, 1820, in-8°.

(3) Frider. Hoffmann. Opera omnia physico-medica, etc. Genevæ, 1761, in-f°, page 201, t. III.

(4) Unterricht von Krafft und Würkung des frischen, Wassers in die Leiber des Menschen, von Joh. Siegm. Hahn, Breslau et Leipzig, in-4°, 1743. — La 1re édition est de 1738. — Mes citations se rapportent à celle de 1743.

(5) Wright (William), practical observations on the treatment of acutes diseases. London, 1797, in-8°.

(6) Currie (J.). — Medical reports of the effects of water, cold and warm, as a remedy in fever and other diseases, etc. Liverpool, 1798, in-8° ; 2e édition en 2 vol., 1804.

(7) Giamini, Jus. — Della natura delle febri e del miglior methodo di curare. Milano, 1805, 2 vol. in-8°. — Cet ouvrage a été traduit en français par N. Heurteloup. 2 vol. in-8°, Paris, 1808. — Les pages citées appartiennent à l'édition française.

(1) Précis historique et pratique sur la fièvre miliaire qui a régné épidémiquement dans plusieurs communes du Bas-Rhin pendant l'année 1813. — Strasbourg, 1813, in-4°.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 1er septembre 1868. — Présidence de M. RICORD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture, du Commerce et des Travaux publics transmet deux demandes en autorisation d'exploiter des sources minérales pour l'usage médical (renvoyées à la Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite se compose d'une lettre de M. Sirus Pirondi, qui remercie l'Académie de l'avoir nommé membre correspondant.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de Clot Bey, membre associé de l'Académie, qui a rendu de grands services et qui a porté aussi haut que possible la médecine française en Orient.

LECTURE.

Recherches historiques et médicales sur les incidents du meurtre de Jules César.

Par M. le Secrétaire perpétuel DUBOIS (d'Amiens).

M. BÉCLARD achève la lecture de ce mémoire.

COMMUNICATIONS.

Hygiène des pêcheurs d'éponge.

M. le docteur LE ROY DE MÉRICOURT lit sur ce sujet une note dont voici le résumé :

Après quelques détails succincts sur les lieux de pêche, la manière dont on recueille les éponges, l'importance de cette industrie, notre confrère fait un historique rapide de l'application des appareils sous-marins à cette pêche. Malgré une vive résistance de la part des plongeurs de plusieurs îles de l'Archipel ottoman, cette nouvelle méthode tend à prendre une grande extension. Tandis qu'il ne survient jamais d'accidents sérieux chez les pêcheurs qui plongent à nu, même à des profondeurs considérables, pendant la campagne de 1867, sur 24 hommes qui pêchaient avec 12 scaphandres de fabrication anglaise, par des fonds de 45 à 54 mètres, 10 sont morts, 3 presque subitement en revenant à l'air libre, les 7 autres après plusieurs mois de souffrance, et ayant tous offert la paralysie des membres inférieurs et de la vessie. Aucun accident n'est survenu parmi les hommes qui plongeaient munis de l'appareil régulateur à air comprimé de MM. Rouquayrol et Denayrouse. M. de Méricourt pense que les pêcheurs qui ont succombé ont dû être atteints d'hémorrhagie médullaire, produite par la tension des gaz libres en solution qui saturaient leur sang.

Lorsqu'on séjourne longtemps à de grandes profondeurs, muni d'un appareil dans lequel le débit de l'air et le degré de pression ne sont pas régularisés, et surtout si, lors de la décompression, on ne procède pas avec une prudente lenteur, il doit y avoir production de bulles de gaz dans le sang, et, par suite, déchirures de capillaires. Le sang de l'homme, dans ce cas, se trouve dans les conditions physiques du contenu d'une bouteille d'eau gazeuse que l'on débouche. L'extrême richesse du système vasculaire de la moelle, d'une part, et de l'autre, l'exercice très-fatigant des membres inférieurs des plongeurs pendant leur séjour sous l'eau, rendraient compte du siége des hémorrhagies.

Les travailleurs qui descendent avec l'appareil Denayrouse n'ont pas éprouvé d'accidents puisque, grâce au régulateur, l'air leur est fourni en quantité proportionnelle aux besoins de la respiration et à une pression mathématiquement égale à celle du milieu ambiant; mais ils ont surtout dû l'immunité dont ils ont joui à ce qu'ils n'ont pas dépassé la profondeur de 32 mètres et qu'ils ont été décomprimés très-lentement.

M. de Méricourt espère qu'avec des précautions on pourrait arriver à atteindre sans danger des profondeurs plus grandes, les bénéfices commerciaux augmentant d'une manière très-sensible avec la profondeur à laquelle on pêche.

Comme conclusion il formule les propositions suivantes :

1° Il faut apporter le plus grand soin au choix des hommes qui doivent être engagés comme plongeurs. Du moment qu'il s'agit de faire usage des appareils sous-marins, les plongeurs émérites de l'Archipel ne présentent aucune supériorité sur les hommes d'une bonne constitution qui ne sont pas habitués à plonger à nu. En effet, ce qui constitue la supériorité des plongeurs de profession, c'est qu'ils peuvent séjourner longtemps sous l'eau sans respirer, tandis que ce qui rend dangereux le séjour à de grandes profondeurs avec les appareils sous-marins, c'est de respirer pendant un certain temps un air soumis à une très-forte pression.

Les marins qui s'engagent comme plongeurs doivent être préalablement soumis à l'examen minutieux d'un médecin. Ils doivent être âgés de 20 ans au moins et de 35 ans au plus. Ils doivent être d'une constitution robuste, mais exempts d'embonpoint marqué. L'intégrité des fonctions de la respiration et de la circulation doit être parfaite.

2° Pendant la durée de la campagne de pêche, les plongeurs devront recevoir une alimentation largement réparatrice. Les jours de travail il sera accordé un litre de vin par homme entre les différents repas. Pour les hommes de religion musulmane, on remplacerait le vin par du café.

3° Les appareils sous-marins à air comprimé, munis d'un régulateur de la pression et du débit de l'air, doivent être préférés, surtout pour les grands fonds.

4° Les plongeurs descendront aussi vite que possible à l'aide d'échelles de corde, sans toutefois aller assez rapidement pour ressentir de vives douleurs d'oreilles.

5° Si la profondeur à laquelle ils doivent travailler ne dépasse pas 30 mètres, le plongeur pourra séjourner deux heures sur le fond s'il ne ressent aucune gêne.

6° Des essais peuvent être tentés pour dépasser cette limite, mais avec des pêcheurs déjà habitués à ce genre de travail et en réduisant la durée du séjour sur le fond proportionnellement à l'augmentation de la profondeur. Les essais ne se feront que graduellement et en augmentant de 5 mètres chaque fois seulement.

7° La décompression devra être d'autant plus prudente que la profondeur atteinte aura été plus grande. La durée d'une minute par mètre d'ascension de retour nous paraît suffisante.

8° La présence d'un médecin sur les lieux de pêche, à proximité d'un groupe d'embarcations, est indispensable afin de pouvoir porter des secours immédiats en cas d'accidents.

Les mêmes considérations sont naturellement applicables aux plongeurs qui se livrent à la pêche du corail, qu'on ne recueille généralement que par de très-grands fonds.

Manifestations de la rage.

M. Auzias Turenne formule à ce sujet les conclusions suivantes :

1. La rage offre, comme la plupart des maladies virulentes inoculées, un accident local et des accidents éruptifs généraux.

2. L'accident primitif est représenté par le travail dont la blessure devient le siége (chancre rabique) et par les lysses ou vésicules qui s'y montrent.

3. Les accidents généraux consistent surtout dans des lysses sous-linguales.

L'auteur cite des exemples d'accidents primitifs et d'accidents généraux.

Quand les lysses primitives se groupent en grand nombre et tardivement vers la cicatrice, cela paraît être un signe favorable.

La cautérisation des lysses sous-linguales n'arrête pas la rage.

On s'expose à ne plus trouver ces dernières si on les recherche trop tard, et surtout sur des cadavres.

Il faut en outre inspecter les langues plusieurs fois par jour.

L'auteur donne une statistique.

C'est l'histoire et l'analogie qui l'ont conduit à chercher les lysses.

La séance est levée à 4 heures et demie.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour com... le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Asthénopie et hypermétropie.

Hier, à l'hôpital des Cliniques, s'est présenté un nouvel exemple des méprises auxquelles peut donner lieu l'asthénopie.

Une jeune dame, bien constituée et de très-bonne santé apparente, était venue de province uniquement pour consulter sur l'état de ses yeux.

Elle s'en inquiétait d'autant plus vivement, qu'un médecin lui avait prescrit un régime débilitant, l'abstinence de vin, etc., ce qui la fatiguait beaucoup.

Interrogée sur les phénomènes qui avaient motivé cette prescription, elle fit le récit suivant.

Ordinairement elle voyait bien, soit à distance, soit de près; mais sa vue se fatiguait vite.

Il suffisait qu'elle écrivît pendant un certain temps, pour qu'elle éprouvât une douleur assez intense dans les régions sus-orbitaires; alors ses yeux s'emplissaient de larmes, et elle ne pouvait bientôt plus distinguer les caractères qu'elle traçait.

On lui avait conseillé de porter des lunettes : elle en avait deux paires, dont une colorée en bleu; mais elle ne croyait pas avoir tiré de leur emploi un grand avantage.

Par l'examen ophthalmoscopique, on constata que les deux yeux paraissaient parfaitement sains. Les vaisseaux de la rétine et du choroïde étaient normaux.

Évidemment la fatigue de la vue ne pouvait pas tenir à un état congestif; elle devait se rattacher à un ordre de causes que le régime débilitant ne pouvait pas modifier utilement, au contraire : c'est-à-dire à cette affection que Donders a si bien décrite sous le nom d'asthénopie.

M. Adolphe Richard a donné une notion superficielle de cette affection dans un chapitre fort bien écrit de sa « Pratique journalière de la chirurgie »; et M. Wecker a inséré, dans son « Traité des maladies des yeux », l'ouvrage de Donders traduit par M. Javal. Nous y renverrons nos lecteurs, nous bornant à dire quelques mots sur cette question qu'il est nécessaire de bien connaître dans tous ses détails.

On confondait souvent, autrefois, l'asthénopie avec l'amblyopie; c'est-à-dire qu'on prenait pour un affaiblissement de la fonction visuelle, pouvant aboutir à une amaurose complète, ce qui était seulement une insuffisance de l'accommodation chez un *hypermétrope*.

L'hypermétrope est, pour ainsi dire, un presbyte qui peut voir de près par un effort d'accommodation.

Cette définition est inexacte en ce que, même pour voir distinctement de loin, l'hypermétrope devra déjà accommoder son œil. En effet, le globe oculaire est chez lui trop court d'avant en arrière, au lieu d'être trop long comme chez le myope.

Il en résulte que le cristallin serait trop près de la rétine pour que le foyer des rayons qui lui viennent d'un objet et qu'il rend convergents, tombât jamais exactement sur cette membrane, si la faculté d'accommodation n'existait pas.

Dans l'accommodation, le cristallin devient plus convexe; il agit comme une lentille plus puissante, à foyer plus court.

Suivant M. Donders, cette modification dans la forme du cristallin tient à l'action du muscle ciliaire, dans lequel il est enchâssé comme dans un anneau.

Le muscle ciliaire, qu'on nommait ligament ciliaire alors qu'on n'en connaissait pas la nature réelle, serait donc l'agent exclusif de l'accommodation. En se contractant comme un sphincter, il comprimerait le cristallin par ses bords et le ferait bomber : plus ou moins, suivant que la pression serait plus ou moins forte.

Les hypermétropes, qui le sont à un haut degré, devant recourir, pour voir de près, à des contractions permanentes très-énergiques du muscle ciliaire, on comprend que chez eux ce muscle se fatigue.

Il se fatiguera d'autant plus vite que l'attention se fixera sur des objets moins éloignés; car le foyer des rayons réfractés par une lentille convergente en est toujours d'autant plus distant que leur source est plus rapprochée.

Il faut alors que le cristallin ait une convexité progressivement accrue pour que la vision soit distincte.

Le cristallin est très-élastique pendant l'enfance; il le devient de moins en moins à mesure qu'il durcit par les progrès de l'âge. C'est pourquoi les inconvénients de l'hypermétropie vont en augmentant avec les années.

En effet, le muscle ciliaire aurait beau se contracter toujours avec une égale énergie, le cristallin, résistant davantage à sa pression, bomberait moins, et l'effort d'accommodation serait moins efficace.

L'insuffisance de la puissance accommodatrice, l'*asthénopie*, peut donc tarder plus ou moins longtemps à se manifester chez les hypermétropes, suivant l'état plus ou moins dense du cristallin; comme elle peut varier suivant la fatigue ou la faiblesse plus ou moins grande du muscle ciliaire.

Quels en doivent être le traitement et le pronostic?

Le traitement est des plus simples : il consiste exclusivement dans l'emploi de bonnes lunettes.

Le cristallin agit comme un lentille convexe ; si donc il ne peut pas être rendu suffisamment convexe par la pression du muscle ciliaire, il faut chercher, en dehors de lui, ce qui lui manque de réfraction.

On y parvient facilement à l'aide de verres grossissants, dont le numéro soit bien choisi.

Dès lors, disparaissent à la fois et la faiblesse de la vue et les douleurs sus-orbitaires et le larmoyement. La guérison est obtenue sans remède interne et sans régime particulier.

Mais il existe un préjugé contre l'usage des lunettes grossissantes. On croit qu'elles affaiblissent la vue et peuvent conduire à la cécité. Ces craintes n'ont aucun fondement, suivant M. Donders.

On pourrait donc choisir dès le début un numéro tel qu'il contrebalançât entièrement l'hypermétropie; mais le muscle accommodateur est accoutumé, depuis longtemps, à un surcroît d'activité; et si l'on veut ne pas l'affaiblir, il vaut mieux laisser cette tension excessive diminuer progressivement. Il peut donc y avoir avantage à conseiller d'abord un numéro trop faible.

Quant au pronostic, il n'est pas grave; car l'asthénopie par accommodation insuffisante n'a aucun rapport avec les maladies, paralytiques ou autres, de la rétine.

Causes et propagation du typhus famélique.

Nous venons de recevoir une conférence faite cette année par M. Virchow sur le typhus famélique, qui a régné dans certains districts de la Prusse occidentale.

Cette conférence a été traduite par M. Henri Hallopeau, ancien interne des hôpitaux de Paris.

M. Virchow assimile les unes aux autres plusieurs espèces de typhus : celui des armées, celui des navires, celui des prisons et le typhus dit *famélique*, au moins sous une de ses formes.

Selon lui, toutes ces affections sont dues aux mêmes causes : à l'encombrement et à l'infection par la malpropreté et les immondices.

Le manque de nourriture et la mauvaise qualité des aliments ne sauraient les produire : elles peuvent seulement y prédisposer.

Mais comment comprendre l'encombrement dans des villages dont la population n'a pas augmentée, au contraire?

M. Virchow fait remarquer que le typhus famélique paraît l'hiver, lorsque les paysans, déjà affaissés par la famine, et craignant le froid, restent enfermés apathiquement dans leurs étroites habitations.

« Il se développe alors un miasme des maisons, l'on peut même dire un miasme des chambres, comme, dans un navire encombré, le miasme des navires. Et, de même que, parmi l'équipage ou les passagers, il se produit la fièvre des navires, de même il se forme là une épidémie limitée que l'on peut, sans scrupules, désigner sous le nom de typhus des maisons ou

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Choléra.

Étiologie et prophylaxie, etc., ou Exposé des travaux de la Conférence sanitaire internationale de Constantinople, mis en ordre et précédé d'une Introduction par A. Fauvel, délégué du Gouvernement français, médecin de l'Empereur, médecin de l'Hôtel-Dieu, inspecteur général du service sanitaire, etc., etc., avec une carte coloriée indiquant la marche du choléra en 1865 (1).

Pendant qu'à l'Académie de médecine nous n'en sommes encore qu'au rapport de l'épidémie cholérique de 1853-54, voici un livre revêtu d'un cachet presque officiel qui nous met au courant des idées régnantes sur le choléra, et dont, — faveur bien rare maintenant, — la dédicace a été acceptée par le Chef de l'État.

Le livre de M. Fauvel répondait-il à un besoin, comme le dit ou le pense quiconque publie un volume? Heureusement non : le choléra n'est pas à nos portes.

En 1865, nous étions dans la plus profonde quiétude, on se le rappelle. Un membre de la Société médicale des hôpitaux de Paris avait même répondu par la négative à cette question : « Aurons-nous le choléra cette année? (2) » Puis tout à coup voici le fléau qui vient surprendre l'Europe étonnée. Vers le commencement de mai, le choléra s'était manifesté parmi les caravanes de pèlerins réunis à la Mecque pour les fêtes religieuses de l'Islamisme. S'était-il développé spontanément au milieu de la caravane, ou bien les pèlerins l'avaient-ils transporté avec eux? On l'ignorait, quand il se déclara en Égypte et apparut presque soudainement sur les côtes de la Méditerranée.

(1) 1 vol. in-8, chez J.-B. Baillière.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1865, 30 septembre.

On sait le reste : on sait le nombre des victimes qu'il a faites à Paris, qui, d'après le rapport du service sanitaire de la Préfecture de police, a été de 6,383 (1), nombre bien inférieur à ceux de 1832, de 1849 et de 1854. On se rappelle que des médecins français (2) partirent immédiatement pour la vieille terre des Pharaons et que leur dévouement n'a été attristé par aucun deuil.

Le retour de cette épidémie préoccupa vivement les esprits, et l'on se demanda s'il ne serait pas possible de prévenir une nouvelle invasion du choléra.

Il appartenait surtout au Gouvernement de provoquer des études sur cette grave question qui intéresse toute l'humanité, et le 5 octobre 1865, MM. Drouin de Lhuys et Béhic adressèrent à l'Empereur, qui l'approuva, un rapport ayant pour but de réunir une conférence où seraient représentées les puissances intéressées aux réformes que réclamait l'organisation du service sanitaire en Orient. M. Fauvel, auteur du livre que nous annonçons, était à cette époque médecin sanitaire à Constantinople, et fut chargé de remplir les fonctions de rapporteur général du congrès sanitaire. Dix-sept États, y compris l'Égypte, envoyèrent des délégués à la conférence, qui compta seize diplomates et vingt et un médecins.

Le 13 février 1866, la conférence s'ouvrit avec solennité dans le palais Galata Séraï, en présence du ministre des affaires étrangères de Constantinople et sous la présidence de Salih-Effendi : elle fut close le 29 août 1866, après huit mois d'un travail assidu et pénible.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 32. — En 1832 : 18,402 décès (Tardieu, choléra épidémique, 1849, p. 73). — En 1849 : 17,861 décès, non compris ceux des hôpitaux militaires.
(2) MM. Davesne, Du Vivier, Horteloup, V. Revillout, en mission du gouvernement français. MM. Favre, Durieu, envoyés par le frère du vice-roi d'Égypte.

Que se passa-t-il dans les quarante-quatre séances de la conférence sanitaire internationale? On l'ignorerait presque sans le livre que vient de publier M. Fauvel. Les travaux de la conférence ont été publiés, il est vrai, mais aux frais du gouvernement ottoman : ils forment un gros volume in-4 de plus de 1,000 pages, tiré à un très-petit nombre d'exemplaires, dont la distribution n'est guère sortie, chez nous, des régions officielles; et ceux que ces questions semblent le plus intéresser, — les médecins, — n'ont pu en prendre connaissance.

Rapporteur général de la conférence, M. Fauvel a compris que ce travail devait être connu du corps médical, et il a eu la bonne idée de faire réimprimer, non pas la totalité des travaux de la conférence, mais la collection des rapports discutés et adoptés par elle. C'est le livre que nous avons entre les mains.

Toutes les questions traitées à la conférence se divisent en trois groupes :

1° Questions relatives à l'origine et à la genèse du choléra;

2° Questions se rapportant à la transmissibilité et à la propagation du choléra;

3° Questions ayant trait à la préservation, c'est-à-dire aux moyens restrictifs et préventifs propres à éteindre le choléra dans son principe ou à en empêcher la propagation.

Le livre de M. Fauvel nous rapporte le résumé de chaque séance, se terminant par la conclusion adoptée par la conférence sanitaire. Cette conclusion, rédigée en quelques lignes et en lettres italiques, forme comme un aphorisme qui frappe les regards et le grave dans l'esprit.

Toutes les séances sont rapportées sans divagation oiseuse; la conférence a voulu aborder toutes les questions sans se perdre dans des discussions hypothétiques : elle a, comme on le dit vulgairement, attaqué le taureau par les cornes.

Si les questions du premier groupe ont pour nous un certain inté-

typhus des chambres. Quiconque pénètre et séjourne quelque temps dans l'espace infecté, est exposé à contracter la maladie, mais non par contagion : on est alors frappé par le typhus, comme on l'est par la fièvre intermittente dans une contrée marécageuse. La maladie peut même être transportée par les vêtements ou autres objets, sans qu'il y ait, dans le sens ordinaire du mot, contagion de l'homme à l'homme. »

On voit qu'une pensée a dirigé M. Virchow dans cette étude : le desir de mettre à néant l'hypothèse d'une épidémie proprement dite. Il ne croit pas à ce que l'on nomme « la constitution médicale », à l'influence de certaines causes siégeant dans l'air et agissant sur toute une population.

Le typhus naît du miasme humain. Le miasme s'attache aux objets sans vie; et la propagation du mal se fait ainsi par une sorte de contagion.

Il y aurait trop à dire sur cette théorie pour que nous songions à en faire aujourd'hui l'examen critique.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. Hervieux.

Traitement de la péritonite puerpérale généralisée ou générale d'emblée.

La péritonite généralisée, malgré son extrême gravité, peut guérir. Ce fait est considérable, et il suffit qu'il soit hors de doute pour que le praticien ne reste jamais désarmé en présence de cette redoutable maladie. Nous ne saurions donc apporter trop de soin dans l'examen des principales médications qui ont été proposées pour la combattre.

Emissions sanguines. — Parmi les moyens à employer contre la péritonite puerpérale, la saignée du bras est un de ceux qui ont joui de la plus longue faveur. Hippocrate, Aetius, Paul d'Egine, Avicenne, Félix Plater, Guillemeau, Mauriceau, Delamotte, Puzos, Levret, Delaroche, Armstrong, Robert Thomas, Al. Gordon, W. Hey, Gasc, etc., ont tour à tour préconisé ce mode de traitement.

D'autres auteurs, tels que Hulme, Deumann, Leake, Legouais, Bandelocque, l'ont conseillé avec certaines restrictions, les uns pensant que la saignée du bras devait être réservée pour la première période de la maladie, les autres qu'elle n'était applicable qu'aux cas sporadiques.

De nos jours, ce moyen thérapeutique a été complétement abandonné. M. Paul Dubois a donné le premier le signal de la défiance, défiance aussi sage que légitime, puis d'une désertion complète, et il a été suivi dans cette voie par tous les praticiens. Le savant accoucheur avait noté qu'après une saignée de deux ou trois palettes, on voyait bientôt la scène changer, une faiblesse extrême succéder à l'exaltation des forces; le pouls, auparavant dur et développé, devenait mou et dépressible, et enfin se manifestait tout un cortége d'accidents typhoïdes. MM. Voillemier, Alexis Moreau, Tarnier ont remarqué, dans les épidémies dont ils nous ont laissé la description, que la saignée du bras avait toujours mal réussi, qu'elle plongeait les malades dans une prostration complète et aggravait les accidents généraux.

Je déclare, quant à moi, que dans le petit nombre de cas où j'ai cru devoir faire usage de la saignée du bras, je n'en ai jamais retiré aucun bénéfice. Il est vrai que je n'y ai eu recours qu'avec une extrême réserve et dans la mesure la plus étroite. Il est vrai que je ne pratiquais pas, comme Al. Gordon, des saignées de 20 à 24 onces (650 à 750 grammes). Il est vrai que je n'avais pas recours, ainsi que Ozanam l'a vu faire à l'hospice Sainte-Catherine de Milan, à *huit ou dix saignées des plus généreuses pour apprivoiser le mal.*

La condamnation de la saignée du bras se trouve dans les considérations suivantes : 1° la marche rapide de la maladie ne permet pas à l'organisme de se relever de la faiblesse où le jette une soustraction plus ou moins copieuse de sang; 2° la débilité qui résulte des grandes pertes de sang favorise singulièrement l'infection *totius substantiæ* par les matières putrides contenues dans l'abdomen; 3° la péritonite épidémique, celle qui provient d'une intoxication contractée dans les maisons d'accouchement, devrait être au moins très-sévèrement exclue du nombre des cas où les émissions sanguines sont applicables; 4° les pertes de sang considérables, soit spontanées, soit artificielles, m'ont paru prédisposer les femmes en couches au frisson. Or, le frisson est très-souvent le symptôme précurseur des accidents les plus graves.

L'expérience a démontré que, pour la forme sporadique comme pour la forme épidémique, pour la forme inflammatoire comme pour la forme typhoïde de la péritonite puerpérale, les saignées locales devraient être toujours préférées aux saignées générales.

Les saignées locales ont pour avantages incontestables : 1° de ne pas débiliter comme les émissions sanguines générales; 2° d'amoindrir et souvent même de faire disparaître sur-le-champ la sensibilité des organes où siége le processus inflammatoire; 3° de soustraire le sang presque directement des parties enflammées; 4° d'opérer à la peau une véritable révulsion.

Tous ces avantages sont communs aux sangsues et aux ventouses. Mais une grande pratique m'a appris à mettre les ventouses bien au-dessus des sangsues dans le traitement de la maladie qui fait l'objet de cette étude.

Les sangsues exposent à plusieurs inconvénients graves : 1° elles donnent lieu dans quelques cas à des hémorrhagies abondantes dont le danger est facile à concevoir dans les conditions spéciales où se trouvent les femmes en couches; 2° leur application exige qu'on expose, pendant un temps indéterminé et toujours très-long, à l'action de l'air extérieur et par conséquent à toutes les causes de refroidissement des parties qu'on a tant d'intérêt à préserver d'une aussi fâcheuse influence; 3° les piqûres de sangsues sont sujettes à s'enflammer et à s'ulcérer; elles peuvent servir de point de départ à des érysipèles d'autant plus à redouter qu'ils se manifestent à une période plus avancée de la maladie; enfin, dans certaines épidémies, les petites plaies deviennent gangréneuses, et la mortification peut s'étendre à une partie plus ou moins considérable de la surface abdominale antérieure.

Aucun de ces inconvénients ne peut être reproché aux ventouses, même scarifiées, si multipliées qu'on les applique.

La quantité de sang qu'on retire par les ventouses scarifiées n'a jamais besoin d'être considérable pour que l'effet soit prompt et énergique chez les femmes en couches. Comme il n'y a pas d'hémorrhagie à craindre, on n'extrait jamais que juste la dose voulue de liquide sanguin.

L'application des ventouses scarifiées, surtout quand elle est faite par une main exercée, peut toujours être assez rapide pour n'exposer le malade à aucune cause de refroidissement.

Je n'ai jamais vu, même dans les péritonites les plus graves, les scarifications devenir le siége de quelque lésion inquiétante, telles que l'érysipèle, la gangrène, ou même une suppuration prolongée.

La cicatrisation des incisions est si prompte que l'on peut dès le lendemain appliquer, s'il y a opportunité, un vésicatoire volant sur la partie ventousée, sans craindre d'y déterminer quelque inflammation malsaine.

On a objecté aux ventouses scarifiées la douleur qu'elles déterminent, les tiraillements exercés sur la peau d'une région où la sensibilité est devenue excessive. Ces reproches étaient fondés peut-être à l'époque où les verres à ventouse étaient d'une dimension exagérée, où l'on raréfiait l'air contenu dans les verres avec certains corps comburants, tels que le papier, le coton, l'étoupe, au lieu de se servir d'une lampe à alcool, où l'on employait le bistouri au lieu du scarificateur. Mais aujourd'hui que l'application des ventouses est aussi simple, aussi rapide et aussi perfectionnée que possible, les objections précédentes n'ont plus de fondement. En tout état de cause, je dis que les ventouses scarifiées sont infiniment moins douloureuses, et j'ajouterai qu'elles effraient beaucoup moins les malades que les sangsues.

Admettons que les ventouses scarifiées ne soient pas exemptes de quelques inconvénients, combien ne seraient-ils pas largement balancés, ces inconvénients, par les avantages thérapeutiques importants dont nous sommes journellement redevables à l'application d'un moyen si précieux. Enumérons :

1° Les ventouses scarifiées, au nombre de huit, dix, douze, quinze, suivant les cas, atténuent toujours, quand elles n'abolissent pas complétement les douleurs aiguës, parfois intolérables qui parcourent les diverses régions de l'enceinte abdominale dans la péritonite généralisée;

2° En supprimant ou en apaisant la douleur, elles amènent une détente dans l'état général, laquelle se traduit par un amoindrissement notable dans la tension des parois du ventre, l'amélioration du pouls, l'abaissement de la température cutanée, le retour de la physionomie à son expression naturelle, le repos succédant à l'agitation et à l'insomnie, etc.;

3° Les ventouses scarifiées, appliquées de bonne heure dans le traitement de la péritonite généralisée, enraient parfois la marche de la maladie, mais le plus ordinairement elles ne produisent qu'une atténuation des accidents, laquelle devra être complétée soit par de nouvelles applications de même nature, soit par l'emploi d'autres agents thérapeutiques.

Les ventouses scarifiées constituent l'une des bases les plus importantes de la méthode de traitement que j'ai l'habitude d'opposer à la péritonite généralisée. J'ai expérimenté bien des médications diverses, et je déclare ici que je n'en ai rencontré aucune qui m'ait procuré des résultats aussi constants. Je ne sache pas une malade qui, interrogée le lendemain ou le jour même de l'application, n'ait reconnu le soulagement qu'elle en avait éprouvé. Plus cette application a lieu à une époque rapprochée du début, plus le soulagement est manifeste. Ce qui n'implique pas qu'on ne puisse y recourir plusieurs fois. Mais l'effet des ventouses étant d'abolir ou de calmer la douleur, c'est contre chaque poussée douloureuse que je dirige cette médication. Plus tard, quand la tympanite est considérable et le ventre indolent à la pression, il n'y a aucun avantage à espérer de l'application des ventouses.

J'ai souvent employé comparativement les ventouses sèches et les ventouses scarifiées. Mais ces dernières l'emportent sur les premières de toute la distance qui sépare un moyen accessoire d'un moyen actif et de première valeur.

(*La suite prochainement.*)

ROUGEOLE ET SCARLATINE (1)

Erreurs et préjugés concernant le traitement de ces maladies

Modes d'application des moyens hydrothérapiques. — Ils ont varié, inévitablement, selon les lieux, le temps, et surtout selon la pensée qui dirigeait le médecin; tantôt on se bornait à une simple affusion faite une seule fois, ailleurs on plongeait le malade dans un bain d'eau froide et on l'y laissait plusieurs minutes : ces exagérations doivent être évitées.

(1) Fin. — Voir le numéro de jeudi dernier.

rêt, celles du second, relatives à la transmissibilité et à la propagation du choléra, en ont un non moins grand.

La conférence est convaincue que la transmissibilité du choléra asiatique est une vérité incontestable, prouvée par des faits qui n'admettent aucune autre interprétation. Mais est-ce l'atmosphère qui est l'agent de propagation? La commission ne le croit pas, car aucun fait n'est venu prouver jusqu'ici que le choléra puisse se propager au loin par l'atmosphère, et jamais une épidémie de choléra ne s'est propagée d'un point à un autre dans un temps plus court que celui nécessaire à l'homme pour s'y transporter. C'est donc l'homme qui est l'agent de communication; les animaux le sont peut-être aussi, et les linges, les hardes, etc., ayant servi aux malades, peuvent transmettre la maladie, qui est d'autant plus intense qu'elle sévit au milieu de grandes agglomérations d'hommes, dans de mauvaises conditions hygiéniques, etc. D'après la commission, c'est par les voies respiratoires et par les voies digestives que le choléra pénétrerait dans l'économie, d'où le caractère contagieux des matières vomies, des déjections cholériques, etc.

Quant au troisième groupe, qui traite des mesures hygiéniques, il se résume en moyens connus de tout le monde médical. Mais ce que la conférence a jugé utile pour prévenir une nouvelle invasion, c'est la création d'un établissement sanitaire à l'entrée de la mer Rouge, c'est l'observation rigoureuse de mesures d'hygiène dans les lieux où s'accomplit le pèlerinage, c'est l'interruption du pèlerinage de la Mecque dans le cas où le choléra se manifesterait dans l'Hedjaz. Enfin, le livre se termine par toutes les questions relatives aux lazarets, aux systèmes des quarantaines, aux cordons de sûreté et enfin par les moyens de désinfection.

On peut suivre toute la marche du choléra sur la carte qui est à la fin du volume.

Tel est, en résumé, le livre de M. Fauvel que devront lire tous ceux qui s'occupent d'épidémiologie. Mais toutes les conclusions admises par la conférence n'ont pas été adoptées à l'unanimité; quelques-unes ont été discutées, et, quel qu'ait été le résultat du scrutin, beaucoup d'entre nous hésiteront quelque temps avant de se ranger à l'avis de la conférence.

Aujourd'hui les médecins sont encore divisés en deux camps, les uns admettant, les autres niant la contagion. Il nous souvient qu'au congrès médical de 1867, lorsque la question du choléra fut mise à l'ordre du jour, le docteur Shrimpton se déclara tellement anti-contagioniste, qu'il s'offrit de partager le lit d'un malade affecté de choléra; le docteur Revillout nous fit savoir que, lors de sa mission en Égypte, il s'est enveloppé plusieurs nuits dans des couvertures imprégnées de sueurs de cholériques. Il me souvient que, lorsque j'habitais le département de l'Aisne, en 1854, le docteur Cordier (de Saint-Quentin) porta pendant plusieurs jours des chemises de malades, exemple qui a été suivi par plusieurs de nos confrères et dont aucun ne fut victime. Voici, quant aux déjections, un fait que je tiens d'un de mes honorables confrères et amis, le docteur Donon, de Saint-Cyr (Seine-et-Marne), fait dont il a été témoin et dont il m'a certifié l'authenticité. Lors de l'épidémie de 1854, un curé de campagne venait de faire communier un pauvre cholérique moribond que soignait mon ami. Des vomissements revenant peu après la communion, l'hostie fut rendue; le curé prit l'hostie parmi les matières vomies et l'avala. Quoique peu au courant des règlements canoniques, il me semble que c'était une grande imprudence de faire communier ce moribond; mais c'en fut une bien plus grande d'avaler l'hostie vomie par le malade. Le curé — c'est un curé de campagne — n'en a été nullement incommodé, et je le crois encore en très-bonne santé.

L'application des moyens proposés par la commission nous préservet-elle d'une nouvelle invasion du choléra? Je l'ignore et le désire; car si l'apparition du fléau est une période triste et douloureuse pour l'humanité, pour les affaires commerciales, etc., elle ne l'est pas moins pour le corps médical qu'on trouve toujours quand il s'agit de dévouement, — qui sait aussi mourir sur son champ de bataille à lui, et dont la veuve ou les enfants ne reçoivent pas les secours que le Gouvernement accorde à ceux qui ont péri dans les rangs de l'armée. Le 30 septembre 1865, mourait à Toulon, où il s'était rendu spontanément à ses frais, notre confrère et ami le docteur Tourrette. Ce confrère, que nous voyions assidûment tous les mardis à l'Académie de médecine, est mort dans un lit d'hôpital, loin de sa femme et de ses trois enfants, victime de son dévouement, victime de sa foi dans le traitement du choléra par l'eau fraîche.

Sur sa tombe, le docteur Jules Roux, médecin en chef de la marine à Toulon, retraça en quelques lignes la vie de dévouement du docteur Tourrette et terminait par ces paroles :

« Lorsque, dans une épidémie, un médecin périt au sein des populations où il exerçait sa noble profession, il tombe sur la brèche, victime du devoir : mais quand, abandonnant sa demeure paisible, il accourt volontairement et succombe au fléau qu'il espérait conjurer pour tous, il fait plus que le devoir, il meurt pour l'humanité! »

Si Tourrette eût été un médecin de l'armée, il y aurait une pension pour sa veuve, des bourses pour ses enfants : pour nous autres médecins civils, il n'y a qu'un peu de terre et un souvenir... Je termine par un vœu. Le gouvernement italien vient de décréter que les veuves des médecins morts victimes de leur dévouement pendant les épidémies auraient droit à une pension. Que n'en serait-il de même chez nous? L'association générale a à sa tête des confrères puissants; que ne tenteraient-ils quelques démarches dans ce but?

Puisse l'exemple donné par l'Italie être suivi par la France!...

Dr A. Corlieu.

De la pneumonie caséeuse, par M. le docteur Ciaudo. Un vol. in-8°. Prix : 25 cent. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Règle générale. — Aussi longtemps que la maladie suit une marche régulière, qu'il n'y a ni trop d'agitation ni trop de fièvre, que l'éruption se développe avec facilité, il n'y a rien à faire; on doit se borner à des boissons adoucissantes et à surveiller les fonctions du ventre.

Survient-il de l'agitation, de la fièvre, l'éruption s'arrête-t-elle? Au lieu de se colorer vient-elle à pâlir, il faut aussitôt s'efforcer de ramener le calme et la régularité de l'expansion des phénomènes morbides. En général, on y parvient parfaitement et rapidement en faisant une lotion froide sur tout le corps; j'y procède comme il suit: une serviette est trempée dans de l'eau froide contenue dans une cuvette, on comprime cette serviette suffisamment pour que le linge ne soit plus que fortement humide et on frotte toutes les parties du corps mises successivement à nu. Si une seule friction ne suffit pas pour arrêter les accidents, on fait une seconde dans la journée. Est-elle encore insuffisante, on en fait une ablution plus large et plus prolongée, mais qui ne doit pas dépasser trois ou quatre minutes; immédiatement après on enveloppe dans une couverture de laine, douce et épaisse, le malade dont le corps est nu; cet enveloppement est semblable à celui d'un enfant au maillot; bientôt la réaction s'opère, la chaleur se rétablit et lorsque la sueur commence à paraître on retire l'enfant de la couverture et on le met dans un lit très-légèrement chauffé; bientôt le calme survient et il est rare, très-rare, que l'éruption ne soit pas complète dès le soir même.

Si les complications tiennent au développement d'une angine simple, il faut ajouter aux moyens précédemment indiqués l'application sur le cou, et faisant cravate, d'une compresse pliée en deux ou trois doubles, trempée dans de l'eau froide et renouvelée dès qu'elle s'échauffe : le gargarisme sera aussi de l'eau froide.

Quelque excellents que soient les moyens que je viens d'indiquer, ils peuvent ne pas suffire, ce qui est fort rare; alors le médecin a recours aux ressources que lui offre la thérapeutique, et il agit selon les indications qui lui sont données par les phénomènes morbides et surtout par les conditions physiques du malade.

Admettons maintenant que l'affection éruptive a terminé régulièrement la marche des diverses périodes qu'elle devait parcourir et que la convalescence commence; avec elle vont débuter de nouveaux dangers, mal connus dans leurs causes, et qui ont fait naître encore des erreurs et des préjugés fâcheux.

Troisième période. — Convalescence et traitement préventif des accidents consécutifs. — Cette période de la maladie est la plus redoutée pour les jeunes malades qui viennent d'être atteints de la rougeole et de la scarlatine; en effet, les médecins ont remarqué depuis longtemps que c'est à cette époque que surviennent souvent des accidents forts graves qui occasionnent la mort et qui, particulièrement dans les villages, où les soins hygiéniques sont mal observés, font de nombreuses victimes.

Sous l'influence d'une cause jusqu'à présent mal connue, mais que les médecins et le public attribuent généralement au refroidissement de la peau, on voit survenir la toux, l'hydropisie abdominale, les infiltrations des membres inférieurs, l'albuminurie, la diarrhée, une sécheresse extrême de la peau, à laquelle on donne alors le nom de peau parcheminée, puis l'amaigrissement de tout le corps et finalement la mort.

Ces résultats affligeants ont provoqué nécessairement la recherche de la cause du mal; de là une théorie qui attribue exclusivement au refroidissement de la peau l'origine de tous les maux et qui a conduit à des prescriptions bizarres, presque impossibles à observer et qui entraînent avec elles des inconvénients et même des dangers.

Dès qu'il fut admis que le refroidissement de la peau est la cause de tous les maux, les médecins recommandèrent de soustraire rigoureusement le jeune convalescent à l'influence de l'air; il doit être maintenu à la chambre pendant quarante jours sans permettre d'ouvrir les fenêtres, et on le fait rester au lit le plus longtemps possible sans être même autorisé à changer de linge. On comprend, sans explication, les impatiences de l'enfant qui s'efforce d'échapper à sa prison et les craintes des parents qui redoutent une imprudence.

Toutes ces angoisses peuvent être évitées aux parents ainsi que les dangers aux enfants; il suffit pour atteindre ce but de faire l'analyse physiologique de tous les phénomènes observés et de bien constater les changements produits dans les tissus de la peau pendant la durée de la maladie.

Que se passe-t-il au début de l'affection? La peau rougit, elle gonfle, l'épiderme est distendu; comme cette dernière membrane n'est pas élastique, qu'elle ne peut pas suivre le mouvement de retrait du derme lorsque le sang se retire et que l'inflammation cesse, il se détache et tombe nécessairement par petites écailles lorsque l'éruption s'est manifestée sous forme de rougeole, ou bien par lames étendues, grandes comme la main, et au delà, quand c'est la scarlatine qui a sévi.

Quelle que soit la forme de la maladie, l'étude nous a appris que l'épiderme détaché est imperméable, que la sérosité sécrétée par les vaisseaux sudorigènes ne peut plus s'échapper, ce qui est parfaitement démontré par les vésicatoires qui présentent une vésicule volumineuse contenant de la sérosité, qui reste emprisonnée parce que l'imperméabilité de l'épiderme s'oppose à l'issue du liquide.

Admettons maintenant, ce qui est d'ailleurs un fait réel, que l'épiderme tout entier ait été plus ou moins soulevé, la transpiration cutanée ne se fait plus qu'incomplétement et même ne se fera plus du tout si la peau est tout à coup refroidie par un courant d'air à basse température. Cette transpiration cutanée, ralentie ou supprimée, et qui dans les vingt-quatre heures doit fournir environ six à huit cents grammes d'eau chez un enfant de huit à dix ans, ne pouvant plus s'échapper, est refoulées vers les organes intérieurs, surtout vers les reins et les membranes séreuses qui, obligés de suppléer la peau dans ses fonctions, s'irritent, s'enflamment; de là des épanchements séreux dans les plèvres, le péritoine, le tissu cellulaire de la peau, l'œdème général, enfin l'albuminurie, qui est aussi la conséquence de l'irritation des reins.

Les médecins, avertis par l'expérience, espèrent échapper à ces dangers, en recommandant les précautions minutieuses que nous avons indiquées; ils réussissent assez souvent parce qu'il faut en effet trente ou quarante jours pour que l'épiderme soit renouvelé, que la peau ait repris ses fonctions normales et qu'elle n'ait plus la sensibilité maladive qui la rendait très-impressionnable. Ce succès apparent, justifié par l'empirisme, mais que la science n'avait pas expliqué, doit être remplacé désormais par une méthode prompte, facile, d'un résultat certain.

Que faut-il faire pour atteindre ce but? Il suffit de débarrasser la peau de ce vernis imperméable constitué par l'épiderme desséché et qui s'oppose à l'accomplissement des fonctions du derme; on y parvient très-aisément par des moyens d'une application facile et possible en tous lieux.

Afin de rendre à la peau la souplesse indispensable à l'accomplissement de toutes ses fonctions, il faut la frictionner totalement avec de l'huile d'amandes douces, et si cette huile fait défaut, on doit se servir d'huile d'olives. Voici comment cette friction doit être pratiquée.

On trempe un morceau de flanelle de santé dans l'huile légèrement chauffée au bain-marie; on en frotte aussitôt toute les parties du corps, sans en excepter ni la face ni les pieds. La friction terminée, le malade est remis au lit où il reste environ deux heures : le lendemain matin on lui fait prendre un bain tiède à la température de 35 à 36 degrés centigrades, il doit en sortir après une heure, puis se recoucher aussitôt, et lorsque la peau est bien sèche, on refait une nouvelle friction avec de l'huile.

Habituellement, deux frictions et un seul bain suffisent pour éloigner tout danger, mais si la peau n'a pas repris entièrement sa souplesse, si on voit reparaître des écailles plus ou moins grandes de l'épiderme, si la sécheresse persiste et qu'il y ait des rugosités permanentes, il faut renouveler la friction huileuse jusqu'à ce que la souplesse de la peau ait complétement reparu; j'ai rarement eu besoin d'aller au delà de trois bains et de quatre frictions.

Ces précautions prises, je n'hésite pas à laisser sortir les enfants à l'air libre; les nombreux succès obtenus m'inspirent la confiance la plus entière; jusqu'à ce jour elle n'a été trompée par aucun revers; toutefois, nous n'allons pas jusqu'à prétendre qu'une circonstance exceptionnelle n'en puisse occasionner.

Une dernière question reste à traiter. Faut-il, pendant la convalescence, administrer un purgatif? Cet usage est généralement adopté, il devait être l'une des conséquences du préjugé qui admet que les maladies éruptives tiennent à un virus qui a pénétré dans le corps et dont il faut l'expulser. Cette pratique peut être suivie très-souvent sans inconvénient, elle satisfait la croyance populaire, et l'on sait qu'il n'est pas toujours prudent de vouloir rompre immédiatement et violemment avec elle; mais il faut la repousser si l'enfant est faible, si des traces d'inflammation intestinale persistent, enfin, si la maladie a été grave et qu'il y ait danger à provoquer un nouvel ébranlement.

Quelles conclusions tirer de tous les faits exposés? Évidemment c'est que les erreurs physiologiques acceptées avaient conduit à l'application d'un traitement fâcheux, à des pratiques pénibles et dangereuses, enfin, à des résultats déplorables, puisque la mortalité en était augmentée.

Ainsi que nous l'avons dit, on poursuivait une cause inconnue et insaisissable et on négligeait les organes malades, ou tout au moins on les soumettait à un traitement spécial que la science actuelle ne justifie pas.

Les accidents survenus pendant la convalescence et même dans le cours de la maladie étaient attribués à des refroidissements, tandis qu'il fallait les rapporter à l'état pathologique de la peau, qui, il est vrai, était rendu plus impressionnable par la maladie inflammatoire qu'elle venait de subir. Mais on commettait une erreur en poursuivant un virus désormais impuissant et totalement épuisé. Les premiers soins, au début, devaient être de calmer par des lotions aqueuses froides l'enveloppe cutanée, et plus tard, lorsque cette membrane était durcie, écailleuse et presque imperméable, de lui rendre sa souplesse et de rétablir ses fonctions par des bains et des frictions huileuses.

Maintenant que la physiologie et l'expérience ont parlé, c'est aux médecins à agir; ils agiront sans doute, car ils sont hommes de progrès, et ils savent d'ailleurs qu'à leur décision et à leurs actes se rattachent des intérêts dont ils comprennent toute l'importance.

DE L'AUGMENTATION DE VOLUME DU CŒUR

Pendant l'état puerpéral

Par M. le Docteur P. Duroziez.

Notre travail n'apporte pas un fait nouveau. On a constaté l'augmentation de poids du cœur chez des femmes enceintes ou récemment accouchées; je n'ai pas eu le détail des observations, mais on ne peut pas absolument conclure de l'état pathologique à l'état physiologique : or, c'est avec des femmes mortes qu'on a fait de la physiologie. Il y avait donc quelque intérêt à mesurer le cœur pendant la vie, sachant bien que nous n'aurions pas le degré d'hypertrophie, mais seulement le degré de développement.

Nous ne nous dissimulons pas la difficulté d'arriver à quelque précision par la simple percussion, mais la longue habitude donne aux doigts une délicatesse suffisante pour échapper aux grosses erreurs; puis, en accumulant les chiffres, les erreurs légères disparaissent, et enfin nous n'avions pas besoin d'une rigueur absolue; nous recherchions si en général l'état puerpéral augmentait le volume du cœur.

Chez les femmes à l'état normal, le sac péricardique mesure 9 centimètres en hauteur sur 12 en largeur. Chez la femme à l'état puerpéral, le sac péricardique a-t-il des dimensions plus grandes?

Nous prenons 135 femmes dans les salles de la clinique d'accouchements, c'est-à-dire des femmes en général sur le point d'accoucher ou venant d'accoucher : sur ces 135 femmes, nous prenons 181 fois la mesure du cœur. Voici les chiffres que nous trouvons, sans faire de catégories :

Hauteur.		Largeur.	
7 cent.	1 fois.	11 cent.	3 fois.
8	11 —	11,5	1 —
8,5	15 —	12	6 —
9	34 —	12,5	2 —
9,5	32 —	13	15 —
10	47 —	13,5	3 —
10,5	13 —	14	15 —
11	2 —	14,5	3 —
12	6 —	15	20 —
13	1 —	16	18 —
		16,5	2 —
		17	6 —
		17,5	1 —
		18	5 —

Nous voyons déjà que, pour la hauteur, sur 175 mesures, 95 dépassent la normale, et que, pour la largeur, sur 95 mesures, 85 dépassent la normale.

Le chiffre le plus fréquent est 10 centimètres pour la hauteur et 15 centimètres pour la largeur, mesure qui est celle du cœur de l'homme.

Nous trouvons donc, en général, une augmentation de volume du cœur pendant l'état puerpéral, mais pouvons-nous expliquer la variation des chiffres?

Les causes peuvent être nombreuses, on le comprend : nous n'examinerons que celles qui se rattachent directement à l'état puerpéral. Et d'abord le nombre des grossesses.

Plus le nombre des accouchements est élevé, plus le cœur tend à rester gros.

Pour les primipares (78 cas), nous trouvons 31 cas mesurant 9 cent. au plus.

Pour deux accouchements (61 cas), 20 cas mesurant 9 cent. au plus.

Pour trois accouchements (14 cas), 7 cas mesurent 9 cent. au plus.

Pour quatre accouchements (4 cas), les chiffres dépassent 9 cent.

Dans un cas de cinq grossesses, nous avons trouvé 9 cent. 5 mil.

Nous donnons en détail les cas dépassant cinq grossesses.

La femme S..., âgée de 43 ans, passementière, accouche à terme de son treizième enfant, mort-né. Elle ne nourrit pas. Jamais elle n'a gardé le lit pour aucune maladie. Nous la voyons six jours après l'accouchement. Le pouls est à 68. Les bruits du cœur sont prolongés, comme dédoublés. Le cœur mesure 10 en hauteur sur 16 en largeur. (Je rappelle que les dimensions normales sont 9 sur 12.)

La femme M..., 36 ans, accouche de son douzième enfant, le 28 novembre 1866. Elle a allaité 10 enfants jusqu'à 3 et 4 ans, mais en leur donnant quelques aliments dès le lendemain de leur naissance. A chaque grossesse, ses varices augmentent puis disparaissent en partie. Nous trouvons du pouls veineux et des claquements dédoublés. Le 1er décembre, c'est-à-dire le quatrième jour, nous trouvons pour le cœur 11 sur 17.

Le 4 décembre, le pouls veineux a disparu; j'entends le souffle au premier temps avec dédoublement du second claquement; le cœur mesure 11 sur 16.

La femme O... accouche de son neuvième enfant (mort-né, pesant 3,960 gr.), le 9 mai 1868. Le 12 mai, le cœur mesure en hauteur près de 12 centimètres. Le 14 mai, il mesure 11 cent. 5. Le pouls est à 72. On entend un premier bruit prolongé, un peu soufflant sur toute la surface du cœur.

La femme R..., 39 ans, accouche de son neuvième enfant, le 28 novembre, à 8 mois de grossesse. L'enfant pèse 2,020 gr. Il y a une insertion vicieuse du placenta. Un mois avant l'accouchement, hémorrhagie considérable. Seconde hémorragie, sept jours avant l'accouchement et suintement sanguin continuel depuis cette époque. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie pendant l'accouchement.

Cette femme a toujours été bien portante; tous ses enfants sont venus à terme; il lui en reste quatre. Le 29 novembre, le cœur mesure 9,75 sur 15; pouls veineux parfaitement net. Les claquements sont comme dédoublés, augmentés d'intensité; pas de souffle notable; chant modulé dans la jugulaire, paraissant parfaitement en rapport avec le rhythme des battements de la jugulaire et disparaissant aussi souvent que l'on applique le doigt entre le sthétoscope et la tête de la malade.

Le 1er décembre, pouls à 72; pouls veineux; souffle à la pointe avec dédoublement des claquements, le cœur mesure 9,5 sur 13,5.

Le volume du cœur a dû être diminué par les abondantes hémorrhagies; il est encore au-dessus de la normale.

La femme B..., 35 ans, est enceinte de 7 mois, pour la sixième fois. Elle a eu des hémoptysies et est tuberculeuse au troisième degré. Le cœur mesure 12 sur 18. On perçoit un souffle au premier temps sur toute la surface du cœur.

D..., 28 ans, sixième grossesse. Elle est accouchée à 8 mois et demi, le 5 février 1867, d'un enfant de 2,700 gr. Pouls à 44; premier bruit un peu prolongé. Le 7 février (second jour de l'accouchement), le cœur mesure 9,75 sur 16,5.

T..., 31 ans, sixième accouchement, le 30 décembre 1866. Elle nourrit. Le 3 janvier, le cœur mesure 10 cent. en hauteur.

Dans un cas, nous ne trouvons pas le cœur développé.

P..., 36 ans, sixième accouchement, le 27 décembre 1866. Le 5 janvier (dixième jour), le cœur mesure 8,5 sur 11. La femme ne nourrit pas.

Ici le cœur a déjà pu diminuer de volume.

Influence de la période de la puerpéralité. Période de la grossesse.

Sur 26 chiffres pour la hauteur, nous en trouvons 17 qui dépassent la normale, le chiffre le plus fréquent étant 10 centimètres.

Sur 13 chiffres pour la largeur, il en 12 au-dessus de la normale, les chiffres les plus fréquents étant 13 et 16 centimètres.

L'époque de la grossesse variait entre 7 et 9 mois.

Le cœur diminue-t-il de volume immédiatement après l'accouchement ou pendant la première journée?

Voici les chiffres que nous trouvons.

Pour la hauteur :

8 cent.	4 fois.
8,5	1 —
9	5 —
9,5	4 —
10	2 —
10,5	1 —
11	3 —
12	1 —

La hauteur paraît avoir diminué; le chiffre le plus fréquent est 9 centimètres et non plus 10. Le ventricule gauche serait donc revenu sur lui-même.

En est-il de même pour la largeur?

12 cent.	1 fois.
13	2 —
14	3 —
14,5	1 —
15	6 —
16	2 —
17	1 —

La largeur aurait augmenté plutôt que diminué.

La femme Y..., 26 ans, bipare.

4 février 1868. — Le cœur mesure 10 cent. en hauteur.

5 février. — Elle accouche; 53 heures de travail.

6 février. — Le cœur mesure 8 cent. en hauteur.

10 février. — 8,5 sur 13.

13 février. — 8 sur 12.

18 février. — 8,5 sur 12,5.

La femme V..., 25 ans, primipare, accouche le 26 novembre 1866, à 9 heures du soir, d'un enfant de 2,200 gr.

27 novembre. — Le cœur mesure 9 sur 13. Pas de bruits anormaux.

29 novembre. — Le cœur mesure 10 sur 16. Souffle à la pointe. P. 72.

4 décembre. — Le cœur mesure 10 sur 14. P. 60.

8 décembre. — 8 sur 15. P. 52.

Que devient le cœur le second jour?

8,5	1 fois.
9	4 —
9,5	2 —
10	5 —
10,5	1 —
11	2 —
13	1 —

Le cœur semble avoir repris plus de volume; le chiffre 10 se trouve 5 fois; le chiffre 8 a disparu.

Pour la largeur, nous trouvons :

13,5	2 fois.
14	2 —
16	2 —
16,5	1 —
17	1 —

La largeur est au-dessus de la normale, puisque le chiffre le plus bas est 13,5, la normale étant 12

Au troisième jour apparaît un phénomène nouveau, *la montée du lait, la fluxion des seins.* Le cœur, sous cette influence, tend-il à augmenter en volume?

Hauteur.		Largeur.	
9 cent.	3 fois.	11 cent.	1 fois.
9,5	3 —	15	2 —
10	5 —	16	2 —
11	3 —	17	3 —
12	1 —	18	1 —

Le cœur a augmenté de volume en hauteur et surtout en largeur. Après avoir diminué en hauteur immédiatement après l'accouchement, il aurait de nouveau augmenté dans tous ses diamètres au moment de la fluxion des seins.

Pour le quatrième jour :

9 cent. en hauteur	2 fois.
9,5	1 —
10	5 —
11	1 —

A partir du cinquième jour apparaît un nouvel élément d'augmentation du volume du cœur : c'est l'allaitement qui prolonge l'état puerpéral.

Si nous mettons en parallèle les femmes qui nourrissent et celles qui ne nourrissent pas, à partir du cinquième jour, voici les chiffres que nous obtenons :

	Nourrissant.	Ne nourrissant pas.
8 cent.	1 fois.	3 fois.
8,5	1 —	5 —
9	4 —	11 —
9,5	5 —	3 —
10	11 —	7 —
10,5	5 —	3 —
11	1 —	2 —
12	2 —	

Ainsi, pour les femmes qui nourrissent, sur 30, 24 dépassent 9 c., tandis que pour celles qui ne nourrissent pas, sur 34, 15 seulement dépassent 9 centimètres. Vers quelle époque le cœur tend-il à diminuer de volume chez les femmes qui ne nourrissent pas?

Du sixième au dixième jour le cœur tend déjà à diminuer, et au-dessus de dix jours nous trouvons les chiffres suivants :

8 cent.	1 fois.
8,5	3 —
9	7 —
9,5	2 —
10	3 —

Le chiffre le plus fréquent est 9 cent., chiffre de la femme non enceinte.

On peut constater par la percussion l'augmentation de volume du cœur pendant l'état puerpéral. Le cœur augmente pendant la grossesse.

Pendant la journée qui suit l'accouchement, les cavités gauches diminuent de volume, les cavités droites restent dilatées.

Au moment de la fluxion des seins, c'est-à-dire vers le troisième jour, la hauteur du cœur augmente de niveau.

Le cœur reste gros tant que dure l'allaitement; il diminue au contraire si la femme ne nourrit pas.

Chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, le cœur est plus gros que chez celles qui ont eu un ou deux enfants seulement.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 105. — MARDI 8 SEPTEMBRE 1868. 41e ANNEE. MARDI 8 SEPTEMBRE 1868. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour com[illegible] le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 7 septembre 1868.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX.

Académie des sciences. — On n'a pas oublié que M. Davaine attribue aux bactéridies la pustule maligne et la morve.

Suivant MM. Estor et Béchamp, les granulations moléculaires contenues dans les cellules animales pourraient, dans certaines conditions, se transformer d'elles-mêmes en bactéries; de telle sorte que la présence de ces dernières dénoterait un effet et non point une cause de maladie.

M. Estor revient aujourd'hui sur ce sujet.

« M. Béchamp et moi, dit-il, avons adressé à l'Académie une note sur l'évolution des microzymas ou granulations moléculaires des cellules, des animaux. Ces microzymas, dans des conditions que nous avons spécifiées, se groupent deux à deux ou en plus grand nombre, puis s'allongent légèrement, enfin davantage, de manière à représenter de vraies bactéries. Ces faits résultent d'un grand nombre d'expériences faites sur des animaux divers. L'observation suivante démontre que les mêmes transformations peuvent avoir lieu chez l'homme. J'ai extirpé, il y a trois jours, un kyste de la grande lèvre, rempli par une matière demi-liquide, verdâtre. Un examen immédiat au microscope a montré des microzymas à toutes les périodes de leur évolution : des granulations isolées, d'autres associées, d'autres un peu allongées, enfin de vraies bactéries. »

— L'Académie a reçu en même temps, de M. Béchamp, une autre communication sur les microzymas.

Les microzymas contenus normalement dans les cellules de l'œuf peuvent y provoquer une fermentation alcoolique et acide. M. Béchamp a étudié les produits de cette fermentation sur deux œufs d'autruche qui lui avaient été remis par M. Donné. Le blanc et le jaune de ces œufs avaient été préalablement mêlés par de vigoureuses secousses, et cette manœuvre suffit pour amener la production de gaz qui furent reconnus pour être de l'acide carbonique et de l'hydrogène, avec quelques traces d'hydrogène sulfuré.

Dans le contenu altéré de ces œufs, M. Béchamp ne trouva plus de sucre, mais de l'alcool et un acide gras, probablement de l'acide leutyrique.

« La matière, dit M. Béchamp, ne se transforme pas d'elle-même.

« Quelle est donc la cause de cette transformation remarquable que je viens d'étudier? Si l'on admet qu'elle vient du dehors, pourquoi tous les œufs abandonnés à eux-mêmes ne subissent-ils pas le même sort, et pourquoi, comme le fait remarquer avec raison M. Donné, n'est-il pas si facile qu'on le croit d'obtenir des œufs pourris? Car enfin le blanc et le jaune ne se putréfient pas si facilement. On peut les abandonner, séparément ou réunis, mais non confondus, même au large contact de l'air, sans qu'ils se putréfient; tandis que, intimement mêlés, à l'abri de l'air autant que possible, ils dégagent rapidement un mélange d'acide carbonique, d'hydrogène et d'hydrogène sulfuré, dans le même temps, je le répète, qu'exposés séparément à l'air libre, ils se dessèchent sans subir d'altération.

« L'œuf porte en lui-même, normalement, la cause de cette fermentation, et c'est surtout dans le jaune que réside cette cause. Un autre travail montrera que j'aurais pu intituler cette Note :

« Des microzymas de l'œuf considérés comme organismes « producteurs d'alcool et d'acide acétique. »

— *Association britannique pour l'avancement des sciences.* Cette société vient de tenir sa session annuelle à Norvich. Plusieurs mémoires intéressants y ont été lus dans la section de biologie.

Le professeur Hugues Bennet (d'Edimbourg) a fait des recherches expérimentales sur l'action du mercure comme cholalogue.

En Angleterre, cette action est généralement admise, et c'est pourquoi on y fait grand usage du calomel, comme purgatif spécial.

Les expériences de M. Bennet, loin de confirmer cette théorie, tendent à la faire abandonner.

En pratiquant des fistules biliaires sur des animaux, il a pu constater que la sécrétion de la bile, loin d'être augmentée, était plutôt diminuée par l'administration du mercure.

Si cet agent thérapeutique n'excite pas le foie, peut-être excite-t-il le pancréas. Cette hypothèse, émise par M. Richardson, demanderait une vérification expérimentale.

— Nous avons déjà mentionné les recherches de M. Richardson sur la réfrigération des centres nerveux. L'illustre expérimentateur est entré dans de nouveaux détails sur ce sujet.

Les animaux à sang froid, anesthésiés par la congélation de l'axe cérébro-spinal, sont dans un état de mort apparente, qui cesse lorsqu'on les a dégelés avec précaution. Jusqu'alors toutes les fonctions sont abolies et la respiration ne se fait plus. Aussi peut-on plonger dans des milieux toxiques les animaux ainsi traités. M. Richardson a vu la vie reparaître chez des grenouilles qu'il avait laissé séjourner un certain temps dans un flacon d'éther dont la température n'était pas assez élevée pour faire cesser la congélation.

Cette expérience est fondamentale pour les doctrines physiologiques, car elle prouve que la vie peut persister d'une manière latente, en l'absence de tout fonctionnement.

— La faculté du langage et l'aphasie ont été l'objet d'une discussion assez vive à laquelle M. le professeur Broca a pris une part importante.

Il a insisté sur l'urgence d'employer une terminologie plus précise, et de distinguer : 1° les cas dans lesquels la parole manque parce que l'intelligence elle-même est affectée « alogie »; 2° ceux dans lesquels la mémoire des mots est seule atteinte, « amnésie »; 3° ceux qu'on doit rapporter à un défaut dans la faculté proprement dite du langage, « aphémie »; 4° enfin ceux qui tiennent à une articulation défectueuse, par paralysie musculaire ou toute autre cause : « alalie ».

— M. le professeur Béhier a communiqué une observation qui confirme les théories de M. Virchow sur la nature des plaques de Peyer et des follicules isolés de l'intestin.

Pour M. Virchow, ces prétendues glandes ne sont autre chose que des ganglions lymphatiques étalés. Elles peuvent contribuer, comme les autres ganglions lymphatiques, à la production des globules blancs; et si elles entrent en activité d'une manière exagérée, elles peuvent amener une « leucémie ».

En effet, suivant M. Virchow, les globules blancs du sang, les leucocytes, sont des cellules qui ont toujours pour origine le système lymphatique, ou les glandes qui, comme le thymus, comme la rate, sont comparables dans quelques-uns de leurs éléments à des ganglions lymphatiques.

La « leucémie », c'est l'envahissement du système circulatoire par les globules blancs : cellules engendrées par les cellules constitutives des ganglions et autres organes analogues, et qui, une fois libres dans le sang, si elles s'y trouvent en trop grand nombre, étouffent, pour ainsi dire, les globules sanguins proprement dits, les globules rouges.

Ainsi la leucémie peut avoir pour point de départ un des appareils organiques dans lesquels se forment les globules blancs :

Il y aura une leucémie splénique, due au fonctionnement exagéré des corps blancs de Malgighy qui se trouvent répandus dans le parenchyme de la rate. Cette leucémie par affection splénique a souvent été constatée sur le vivant et sur le cadavre.

Il y aura une leucémie par maladie des ganglions lymphatiques ordinaires, par adénie. On a aussi déterminé pathologiquement cette espèce.

Il y aura une leucémie par hyperphésie des éléments lymphatiques des glandes de Peyer et des follicules solitaires de l'intestin :

On en avait eu des exemples dans le choléra et dans la fièvre typhoïde, etc.; mais, en pareil cas, la maladie était aiguë, et la leucémie disparaissait presque derrière les symptômes prédominants.

M. Béhier a observé chez un malade une leucémie chronique dont ce malade est mort, et qui avait pour cause exclusive une altération des plaques de Peyer et des follicules isolés de l'intestin. Aucun ganglion lymphatique proprement dit n'était affecté, la rate était absolument saine, et cependant le sang contenait une proportion considérable de leucocytes.

Maintenant que les journaux anglais ont mentionné cette communication, nous pouvons, sans indiscrétion, signaler ce fait, qui nous avait intéressé très-vivement lorsque M. Béhier nous en parla, il y a plusieurs semaines.

Hôpitaux. — M. le docteur Blachez tend à faire de la thoracentèse une méthode générale de traitement contre les épanchements pleurétiques.

Dernièrement, à l'hôpital de la Charité, nous lui avons vu pratiquer cette opération chez un jeune homme qui était atteint de pleurésie depuis quelques semaines. L'épanchement siégeait du côté gauche, il s'étendait jusqu'au sommet de la plèvre et avait déplacé le cœur.

Il est possible qu'on ait pu amener une guérison par l'emploi des vésicatoires, etc. Quelque temps avant, dans le service de M. Gallard, nous avons vu un épanchement pleurétique aussi abondant céder à l'emploi des ventouses, des vésicatoires et de l'émétique administré à hautes doses.

Mais cette médication est pénible et relativement toujours longue; tandis que la thoracentèse peut guérir en moins de temps et à moins de frais.

M. Blachez a commencé par produire l'anesthésie locale du point où devait pénétrer son instrument. Puis il a enfoncé un trocard presque capillaire dont la canule était munie de la chemise habituelle, en baudruche.

Le liquide s'est mis à couler très-lentement. Il y en avait deux litres, et pour l'évacuer il a fallu 35 minutes.

Mais le malade a eu les bénéfices de cette lenteur. Le poumon s'étant dilaté graduellement, il n'y a pas eu ces quintes de toux parfois si pénibles pour ceux qui subissent la thoracentèse pratiquée avec un gros trocard.

L'épanchement ne s'est pas reproduit, et le bruit respiratoire s'entendait le huitième jour jusqu'à la base de la poitrine.

Cinq autres succès analogues, obtenus déjà par M. Blachez, permettent de bien augurer de cette méthode.

Théoriquement, on peut supposer qu'elle doit avoir l'avantage de mettre obstacle à la formation des fausses membranes qu'eût déposées le liquide plastique en se résorbant.

— Signalons le fait, assez rare, d'une gangrène du nez, survenue spontanément chez un homme encore jeune (39 ans).

Ce malade se trouve couché à la Charité, dans le service de M. Duplay, suppléant de M. le professeur Gosselin.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUENEAU DE MUSSY.

Fissure du col de la vessie.

(Leçon clinique rédigée par M. Choussy.)

Au n° 15 de la salle Saint-Bernard se trouve une jeune femme accouchée depuis le 14 janvier et qui n'était pas entrée à l'hôpital pour son propre compte, mais pour y faire soigner son enfant, arrivé au dernier degré d'une cachexie par inanition. Cette femme était accouchée depuis deux mois. Depuis son accouchement, qui avait été facile, elle éprouvait une sensation de cuisson toutes les fois qu'elle urinait.

C'est un phénomène qui n'est pas rare après les couches laborieuses, quand la tête de l'enfant est restée longtemps au passage, et surtout quand, par sa position, elle a pressé plus directement sur les organes urinaires, ou quand on a appliqué le forceps; toutes les fois enfin que le col de la vessie et l'urèthre ont été violemment contus par un traumatisme quelconque. Il y a alors de la dysurie. L'émission de l'urine est douloureuse, quelquefois même impossible, et il peut devenir nécessaire de recourir au cathétérisme.

Chez notre malade, l'affection qui s'était produite avec tant de facilité ne tarda pas à s'aggraver. Au bout de quatre semaines, la miction était devenue très-douloureuse et très-fréquente. A certains moments même, la malade ne pouvait pas retenir son urine, qui s'échappait par un jet subit, brusque, interrompu. Elle éprouvait en même temps une douleur, d'abord légère, mais qui devenait atroce à la fin de la miction et se prolongeait pendant un quart d'heure, une demi-heure après. L'urine était mélangée de sang, et de muco-pus. Elle laisse déposer une couche jaunâtre qui occupe le quart ou le tiers inférieur du verre dans lequel on la reçoit, et au-dessus de celle-ci une autre couche d'un rouge sombre, dont la composition, facile à reconnaître au simple examen direct, est déterminée d'une manière incontestable à l'aide du microscope; car on trouve en abondance, ici des globules sanguins et là des leucocythes.

La malade n'appela notre attention sur cet état que quinze jours après son entrée dans le service, c'est-à-dire deux mois et demi après leur début. Depuis quelques jours, elle avait ressenti des frissons; elle avait perdu l'appétit et le sommeil; elle éprouvait du malaise : en un mot, elle avait de la fièvre.

En ayant égard à la douleur qu'éprouvait la malade à la fin de la miction et pendant le temps qui succédait à cet acte, nous avions à nous demander s'il n'y avait pas de calcul dans la vessie; car lorsque la vessie, en se vidant, applique ses parois sur un calcul, qu'elle coiffe en quelque sorte et qu'elle pousse contre son col, si surtout ce calcul est très-dur et irrégulier, comme sont par exemple ceux d'oxalate de chaux, il en résulte une irritation très-douloureuse de la muqueuse. La tunique musculeuse peut redoubler alors ses contractions et augmenter et prolonger ainsi les souffrances des malades.

Je m'enquis en conséquence de la manière dont s'accomplissait le jet de l'urine, s'il s'interrompait quelquefois, comme il arrive lorsqu'un calcul vient se placer au devant de l'orifice supérieur de l'urèthre et l'obture momentanément. Il me fut répondu qu'il y avait en effet des interruptions, mais qu'elles ne se produisaient pas ainsi. La malade éprouvait une sensation de resserrement, un spasme subit du col de la vessie, et le jet d'urine s'arrêtait pour reprendre aussitôt par un mouvement brusque, entrecoupé de nouveau, et ainsi plusieurs fois de suite, avec des douleurs très-vives. C'était, en somme, le tableau complet de ce qu'on a appelé le ténesme vésical, et je n'y voyais rien qui caractérisât la présence d'un calcul. Mais quand il est question de calculs, il ne faut pas se contenter de signes rationnels, et toutes les fois qu'on a seulement quelque motif d'en soupçonner l'existence, il est sage d'en pratiquer une exploration directe avec la sonde. C'est ce que nous fîmes en cette circonstance; l'opération fut douloureuse et ne nous révéla la présence d'aucun corps étranger dans la vessie. D'un autre côté, une néphrite assez intense pour jeter dans l'urine du sang et du pus comme il y en avait là, eût été accompagnée d'autres symptômes dont nous n'avions aucune trace. Nous ne devions donc pas aller chercher au delà de la vessie l'explication de tout ce mal.

En examinant l'orifice du canal de l'urèthre et le vagin, nous trouvâmes la muqueuse d'un rouge purpurin assez foncé. Le méat était saillant et très-injecté, soit par suite d'une irritation qu'aurait produite le contact du muco-pus, soit par propagation de l'inflammation développée à l'origine du canal.

Dans l'examen que nous avions fait de l'urine, nous nous étions mis en garde contre les causes d'erreur qu'aurait pu occasionner le mélange des sécrétions vaginale et uréthrale; nos observations avaient porté sur de l'urine retirée de la vessie à l'aide de la sonde, comme on doit toujours le faire quand on examine l'urine d'une femme.

Nous nous arrêtâmes au diagnostic : *cystite du col avec uréthrite*, sans toutefois en être complétement satisfaits, car il ne nous rendait pas un compte suffisant de tous les accidents observés. C'était d'ailleurs une circonstance assez singulière qu'une cystite avec hématurie se développant après l'accouchement sans autre cause appréciable.

Je consultai à ce propos un de nos confrères de cet hôpital qui s'est occupé d'une manière spéciale des affections des voies urinaires, M. le docteur Voillemier. Il me dit qu'il avait observé un fait semblable et qu'il avait cru pouvoir en déterminer la nature avec certitude.

Une femme, quelques jours après ses couches, avait été prise de douleurs pendant la miction, avec ténesme, hématurie et tous les mêmes symptômes qu'a présentés notre malade. On pensa à un polype du col de la vessie : une sonde fut introduite, elle ne rencontra pas de polype, mais elle fut retenue par une contraction du col : M. Voillemier diagnostiqua une *fissure du col vésical*, par des raisons analogues à celles qui nous font reconnaître la fissure à l'anus.

Le rapprochement était en effet parfaitement légitime. Dans les cas de fissure à l'anus, le passage du bol fécal éveille d'abord une sensation pénible qui se transforme promptement en une douleur vive; et celle-ci, croissant de plus en plus, acquiert une extrême véhémence sous l'influence de la contraction spasmodique du sphincter. Ces phénomènes se prolongent plus ou moins longtemps après la défécation, et puis s'apaisent petit à petit jusqu'à une nouvelle garde-robe. N'est-ce pas là le tableau exact de ce qui se passait chez nos malades au moment de la miction? et n'était-on pas autorisé à rapporter ces mêmes phénomènes à une même cause, une fissure?

Quoi qu'il en soit, M. Voillemier, agissant comme s'il eût eu à traiter une fissure, mit en œuvre le procédé qui a été imaginé par Récamier pour la guérison de la fissure à l'anus, la dilatation forcée. Après avoir chloroformé la malade, il introduisit dans le canal de l'urèthre une pince à deux branches longues et minces, de manière à la faire pénétrer jusque dans la vessie, et il la retira en la tenant avec force demi-ouverte. Le soulagement fut immédiat, et quelques jours après il n'y avait plus de sang dans les urines.

Malgré l'ingéniosité et le succès de cette opération, je préférai, avant d'y recourir, épuiser les ressources d'une thérapeutique moins violente; dans les maladies qui ne compromettent pas la vie, l'intervention chirurgicale doit être l'*ultima ratio* du médecin. D'ailleurs nous avions déjà entrepris un autre traitement qui m'avait paru rationnel et qui commençait à donner de bons résultats; il était donc sage de le continuer.

J'avais d'abord fait faire des injections émollientes dans la vessie; après quoi, au bout de quelques jours, j'avais ordonné des injections avec une solution de nitrate d'argent dont j'élevais graduellement la dose : pendant deux jours on mit 20 centigrammes de nitrate d'argent cristallisé dans 400 grammes d'eau distillée; et puis on mit 30 centigrammes; deux jours après, 40 centigrammes. Nous nous arrêtâmes à 50 centigrammes.

Après quatre ou cinq jours, les douleurs avaient notablemen diminué; elles finirent par cesser tout à fait. Il n'y eut plus de sang dans les urines, bientôt plus de pus; et, en quinze jours de traitement, la malade fut guérie.

Que s'était-il donc passé chez elle? — Je crois bien qu'elle avait eu une fissure du col de la vessie. Mais je dois dire que c'est là une présomption qui manque de preuves rigoureuses. Personne que je sache n'a encore démontré par l'exploration directe l'existence des fissures du col de la vessie. Dans ce cas, l'endoscope de M. Desormeaux pourrait rendre un grand service et permettrait d'arriver à la constatation d'une ulcération du col vésical. Cette opinion n'est fondée jusqu'ici que sur une simple induction. Toutefois il ne répugne nullement de l'admettre. La fissure à l'anus, elle aussi, a longtemps échappé à l'attention des observateurs. Il n'y a pas plus de cinquante ans que Boyer en donnait la première description un peu détaillée; et pourtant c'est une affection qui n'est ni rare ni insignifiante. Son histoire est aujourd'hui parfaitement connue, et on ne peut pas n'être pas frappé de la ressemblance qu'elle a avec celle qui nous occupe et dont elle se rapproche encore par cette circonstance qu'elle n'est pas rare après l'accouchement. Dans la fissure à l'anus, au début il se produit un simple suintement muqueux avec peu ou point de douleur. Il semble dans quelques cas que l'épithélium soit seul endommagé. Peu à peu la membrane muqueuse se fendille dans toute son épaisseur, et les malades ressentent à son niveau une sensation de brûlure qui devient plus intense par la dilatation ou par le contact de matières irritantes. Mais lorsque la fissure atteint la couche musculaire elle-même, les fibres charnues, directement excitées, se contractent spasmodiquement, la douleur devient atroce, la circulation locale est accélérée, le sang y afflue, la congestion se propage aux parties voisines et il se forme une sécrétion sanguinolente et mucoso-purulente. C'est exactement ce qui s'est produit du côté de la vessie chez la malade de M. Voillemier et chez la nôtre, et pour compléter la ressemblance, je trouve que la guérison a été obtenue chez une de ces malades par la dilatation forcée qui réussit si bien dans la fissure de l'anus; chez l'autre par l'emploi topique du nitrate d'argent, qui, appliqué, solide il est vrai, sur l'ulcération anale, a plus d'une fois amené la guérison. Peut-être convient-il aussi de faire une part dans le résultat à la dilatation produite par les injections.

Quand on cherche sous quel titre on a pu ranger les cas de cette nature qui se sont présentés jusqu'ici à l'observation, il semble probable qu'on les ait confondus avec une cystite et plus souvent encore avec une névralgie du col de la vessie.

M. Voillemier n'est pas le seul qui ait admis l'existence d'une fissure vésicale; M. Nélaton m'a dit qu'il croyait en avoir rencontré deux exemples : frappé de l'analogie symptomatique qui existe entre cette affection et la fissure anale, il avait tenté de leur appliquer le même traitement; il avait même fait fabriquer un instrument pour pratiquer la dilatation. Mais cette opération ne fit pas cesser les accidents. Peut-être l'ancienneté de la maladie a-t-elle rendu inefficace un traitement qui, dans un cas où l'affection serait plus récente, pourrait être suivie de succès. Peut-être aussi y avait-il comme complication une névralgie du col à laquelle la fissure a pu se surajouter sans en être la condition pathogénique.

On trouve dans la science des observations de guérison, par le cathétérisme forcé, d'affections vésicales dont quelques-unes pouvaient bien être des fissures. Cette question me semble mériter l'attention des chirurgiens et des accoucheurs. Je ne crois pas qu'avant MM. Nélaton et Voillemier, personne en ait parlé; c'est ce dernier qui m'a éclairé sur la nature probable d'une maladie que je rencontrais pour la première fois, et dont le diagnostic me paraissait très-obscur. L'avenir décidera si le traitement que j'ai employé, en me fondant sur les phénomènes extérieurs de la maladie, et qui m'a si bien réussi, est appelé à rendre quelque service.

FISTULE STERCORALE

Suppression fréquente du gorgeret.

Par M. G. A. Delattre,

ancien chirurgien-major de la marine.

Les fistules anales obligent à avoir un aide, qui tient ou la sonde cannelée ou le gorgeret pendant l'incision; de préférence, c'est la sonde, pour que l'opérateur amène le gorgeret avec le bistouri, ce qui rend plus certaine la section complète des tissus profonds.

Dans la plupart des cas, on peut se passer d'aide et de gorgeret; en effet, le plus souvent, les deux ouvertures peuvent être traversées par la sonde cannelée, vu qu'elles ne sont pas trop distantes l'une de l'autre et que l'épaisseur des chairs n'est pas excessive. Si l'on trouvait l'inverse, ce qui est l'exception, on recourrait forcément au gorgeret; mais d'ordinaire, nous le répétons, on n'en aura pas besoin.

On fera entrer la sonde cannelée par l'ouverture de la peau et sortir par l'anus. Si l'on est gêné par l'inflexibilité de l'instrument, on emploiera le stylet cannelé en argent que l'on courbera un peu pour qu'il embrasse mieux le pont charnu qui aurait une certaine épaisseur et ne se prêterait pas à la roideur de la sonde. Ce dernier instrument est à préférer si l'on peut le faire passer, sa cannelure étant plus large.

L'instrument étant en place, il n'y a plus qu'à sectionner les chairs. Par là, l'opération est bien simplifiée.

NOTE

Sur trois nouveaux cas d'atrophie musculaire graisseuse progressive de l'enfance, chez une mère et ses deux enfants,

Par le Dr Duchenne (de Boulogne) (1).

Dans l'une des séances de la Société de médecine de Paris (du 5 juin 1868) dont le compte rendu a été publié par la *Gazette des Hôpitaux* (2), à l'occasion d'un employé soumis à son examen par l'Administration municipale, et qui était atteint d'*atrophie musculaire graisseuse progressive*, j'ai exposé sommairement les caractères distinctifs de cette espèce morbide *chez l'adulte*.

Dans l'une des séances précédentes, j'avais attiré l'attention de la Société sur l'*atrophie musculaire graisseuse progressive de l'enfance*, en exposant le résumé du diagnostic différentiel de la *paralysie pseudo-hypertrophique* (3). J'avais rappelé que l'atrophie musculaire graisseuse progressive de l'enfance attaque primitivement les muscles moteurs des lèvres, et reste ainsi localisée plusieurs années avant de reprendre sa marche progressive, de la même manière que chez l'adulte.

Les nouveaux faits cliniques que j'ai à relater vont faire ressortir l'importance des caractères distinctifs de cette maladie de l'enfance. Il s'agit d'abord d'un garçon âgé de 9 ans qui m'était adressé comme étant atteint d'une paralysie spinale (paralysie atrophique graisseuse) de l'enfance. Telle a été aussi ma première impression; mais j'ai changé d'avis dès que j'ai remarqué sa physionomie, qui était étrange. Ses lèvres sont, en effet, très-épaisses; au repos, elles restent écartées l'une de l'autre, et l'inférieure est tombante; son orbiculaire des lèvres est immobile; il ne peut froncer les lèvres; ses autres muscles moteurs des lèvres ont perdu leur action; aussi plus d'abaissement des lèvres par les muscles carré et triangulaire des lèvres; plus de rire par les grands zygomatiques, ni de pleurer par les petits zygomatiques. La faradisation ne provoque plus la contraction de ces muscles; sa face ne présente pas de traces de sillons noso-labiaux, et lorsqu'il rit, sa bouche est agrandie transversalement par la contraction de ses buccinateurs, et ses lèvres se renversent un peu en avant, ce qui donne à son rire une expression des plus singulières (il rapporte que ses camarades se moquent de lui, en lui disant qu'il *rit en cul de poule*).

Cet ensemble de troubles dans la motilité de ses lèvres, cette expression caractéristique de son rire, que j'ai rencontrés dans tous les cas d'atrophie musculaire graisseuse progressive de l'enfance, m'a révélé ou m'a fait soupçonner du moins, l'existence de cette même maladie chez ce petit garçon.

Voici, en résumé, d'après la relation de sa mère, comment elle s'est développée chez cet enfant.

Né bien conformé, il a commencé à marcher à treize mois. Vers l'âge de trois ans, sa physionomie, qui jusqu'alors n'offrait rien d'anormal, s'est altérée progressivement, et en quelques mois, elle a pris l'expression que l'on remarque aujourd'hui et qui vient d'être décrite. A l'âge de cinq ans, amaigrissement progressif du tronc, puis des membres inférieurs, et de six à sept ans, atrophie des membres supérieurs. Il serait trop long d'exposer dans tous ses détails l'histoire de cette atrophie musculaire. Je me borne à dire que le deltoïde du côté droit est entièrement atrophié et que le grand dentelé du côté opposé est également profondément atteint dans sa nutrition (Ici, je ferai remarquer en passant que, malgré l'atrophie de son deltoïde, cet enfant peut élever son humérus sur le scapulum en le portant en dehors, à l'aide de son sus-épineux, qui est encore intact; j'en tire cet enseignement physiologique, à savoir, que le sus-épineux est un élévateur assez puissant du bras sur l'épaule, contrairement à l'opinion du célèbre anatomiste Winslow, qui allait même jusqu'à nier théoriquement que ce muscle pût être auxiliaire de cette fonction). Il est à noter aussi que les sterno-mastoïdiens ont presque entièrement disparu.

En somme, ce jeune garçon est atteint d'une atrophie musculaire graisseuse progressive de l'enfance. A l'appui de ce diagnostic, j'ajoute que cette maladie n'a été précédée ou accompagnée ni de fièvre, ni de paralysie en masse de ses membres ou de l'un de ses membres. Ces signes négatifs la distinguent de la paralysie atrophique graisseuse (spinale) de l'enfance, dont le pronostic est infiniment moins grave que celui de l'atrophie musculaire graisseuse progressive, en raison de la marche fatale et de l'hérédité de cette dernière.

Une fois ce diagnostic établi, j'ai soupçonné que l'atrophie musculaire pouvait bien s'être déclarée héréditairement chez cet enfant.

Sa mère a soutenu d'abord que personne, dans sa famille, n'avait été atteint d'une affection musculaire semblable. Cependant, elle déclare qu'à l'*âge de treize à quatorze ans*, elle a commencé à éprouver de la faiblesse dans l'élévation du bras droit, mais qu'elle ne s'en est jamais préoccupée. Aujourd'hui, l'on constate chez elle l'atrophie siégeant, à des degrés divers, dans un assez grand nombre des muscles du tronc du bras, surtout de son deltoïde et de son grand dentelé droits, ce dont elle ne paraît pas se douter. L'on remarque, en outre, qu'elle a, comme son fils, de grosses lèvres (c'est, dit-elle, un caractère de famille).

Interrogée sur l'état de son fils aîné, âgé de 14 ans, elle me déclare qu'il n'offre rien de particulier et qu'il est assez fort pour apprendre l'état de chaudronnier; mais que, depuis quelques mois, son bras droit s'affaiblit progressivement et qu'il éprouve quelque peine à soulever son marteau. J'ai aussi constaté, chez ce dernier garçon, de même que chez son frère et sa mère, une atrophie assez avancée du grand dentelé, du deltoïde, des deux tiers inférieurs de son grand pectoral correspondant, et de quelques autres muscles du tronc. Enfin pour compléter l'histoire de cette atrophie musculaire de famille, héréditaire, j'ajouterai que ses lèvres sont aussi très-grosses, et qu'il les fronce difficilement.

Ces deux garçons ont une autre sœur âgée de 20 ans, qui n'a pas été atteinte comme eux d'atrophie musculaire progressive. Sa mère dit qu'elle est grande et forte comme son mari, dont elle a la ressemblance physionomique.

(1) Les sujets dont il est question ont été montrés par M. Duchenne (de Boulogne) à la Société de médecine de Paris.

(2) Voir dans le numéro 90, 1er août 1868, Société de médecine de Paris.

(3) Voir dans le numéro 36, 26 mars 1868 : *Paralysie pseudo-hypertrophique; diagnostic différentiel.*

En résumé, on a vu dans les faits cliniques exposés ci-dessus :

1° Que l'atrophie musculaire graisseuse progressive a débuté dans l'enfance, chez deux frères, par les muscles moteurs des lèvres qui se sont atrophiés à des degrés divers; qu'elle y est restée stationnaire pendant quelques années, après lesquelles elle a repris sa marche progressive et envahissante, en attaquant successivement les muscles des membres, du tronc; que ces deux cas, en conséquence, concordent avec les quinze autres rapportés antérieurement pour démontrer que tels sont le début et la marche de l'atrophie musculaire progressive de l'enfance,

2° Que ces deux cas d'atrophie progressive de l'enfance ont été transmis héréditairement par la mère, qui en avait été atteinte elle-même dès l'âge de treize ans, ce qui, ajouté aux autres cas analogues observés antérieurement, montre que l'atrophie musculaire de l'enfance est, en général, héréditaire.

3° Que cette atrophie musculaire progressive de l'enfance n'a pas atteint un troisième enfant (une fille) qui, par sa physionomie et sa force, paraît tenir de son père, homme très-fort et bien portant; ce qui rappelle un fait clinique analogue, dans lequel le germe de cette maladie héréditaire dans une famille n'avait atteint que deux enfants sur cinq et dans lequel le père avait transmis ce germe à ces deux enfants, avant qu'il en fût lui-même atteint après bien des années.

OVARIOTOMIE

Obs. LII. — Ovariotomie pratiquée le 28 octobre 1867. Guérison.

Par E. Kœberlé.

Madame d'I..., de Simbirsk (Russie orientale), âgée de 42 ans, d'une très-forte constitution, mais pâle et fort amaigrie, avait eu trois grossesses à terme et avait toujours été bien portante jusqu'à sa dernière couche, qui a eu lieu au mois d'avril 1867. Quelques jours à la suite de cette couche, survinrent des crampes utérines et des douleurs abdominales très-vives. On découvrit alors dans le bas-ventre une petite tumeur qui prit un accroissement très-rapide. On fit subir à la malade un traitement par les diurétiques, les émissions sanguines locales, les purgatifs, le calomel et l'iodure de potassium. L'usage répété du calomel détermina une salivation abondante et un affaiblissement considérable. Madame d'I... se remit pourtant et recouvra peu à peu des forces sous l'influence d'un bon régime, des ferrugineux, du quinquina, et me fut adressée par M. le professeur Elatitsch, de Kazan.

La tumeur abdominale était manifestement ovarique, fluctuante, d'un petit volume, mobile, quoique adhérente à la paroi abdominale. L'utérus était normal, central; le col utérin était un peu dévié à droite; le pouls était à 82; l'ovariotomie devait présenter des difficultés d'exécution en raison des adhérences probablement générales, mais qui ne devaient pas être très-vasculaires, parce qu'elles n'étaient pas encore trop anciennes. D'ailleurs, en supposant des adhérences générales, elles ne devaient néanmoins pas être très-étendues, attendu que la tumeur n'avait que 26 centimètres de diamètre. Différer l'opération, c'eût été aggraver la situation.

L'ovariotomie eut lieu le 28 octobre 1867, en présence de MM. Socin, professeur à l'université de Bâle, Hausser (de Cernay) Kien, Muller (de Bade) et Grollemund.

Incision de 22 centimètres. Le kyste était tellement adhérent et confondu avec la paroi abdominale par l'intermédiaire d'épaisses masses fibrineuses qui commençaient à se vasculariser, qu'il fut impossible d'en établir la limite et qu'il fut directement ouvert par le bistouri. Il contenait quatre litres de liquide purulent. Il était adhérent sur toute sa surface, à l'exception d'une étendue d'environ 8 centimètres à sa partie inférieure. Les adhérences à la paroi abdominale, à l'épiploon, au mésentère et à l'intestin grêle furent peu à peu séparées avec les doigts ou divisées par le bistouri.

Les vaisseaux qui donnaient du sang furent saisis, à mesure que le sang jaillissait, par des pinces qu'on laissait à demeure. Les parties saignantes de l'épiploon et de l'intestin restèrent exposées au dehors au contact de l'air pendant près d'une demie-heure. Le kyste provenait de l'ovaire droit. On appliqua sur le pédicule un fil de fer à l'aide d'un serre-nœud; l'ovaire gauche était sain. Lorsqu'on enleva les pinces des parties saignantes, l'hémorrhagie était entièrement arrêtée, excepté en un point de l'épiploon où l'on appliqua une ligature. L'épiploon, l'intestin et l'excavation pelvienne ayant été convenablement nettoyés, la plaie, qui avait été successivement prolongée jusqu'à 7 centimètres au-dessus de l'ombilic, fut réunie par cinq points de suture profonde et neuf points de suture superficielle. La perte de sang a été de 400 grammes environ. L'opération a duré une heure et un quart.

Après l'opération, douleurs abdominales générales, assez vives pendant quelques heures. Il n'y eut pas de vomissements chloroformiques et pas d'hémorrhagie consécutive. Le lendemain matin, le pouls était à 90; la soif était presque nulle, et la douleur s'était presque complétement dissipée. Infusion de thé noir et eau rougie. Le soir, le pouls descendit à 75 pulsations.

Le troisième jour, pouls à 70; le quatrième, à 66; le cinquième, à 54.

La guérison et la cicatrisation ont été complètes le vingt-cinquième jour. La menstruation, qui avait fait défaut depuis la dernière grossesse, se rétablit quelques jours après, et madame d'I... n'a pas tardé à retourner en Russie, où elle a continué à jouir d'une santé parfaite.

Le kyste présentait à l'intérieur, sur une assez grande étendue, une surface rouge, couverte de granulations à l'instar d'une plaie suppurante, et contenait de grands amas de fibrine, adhérente partiellement, provenant de caillots décolorés. En dehors du kyste purulent, se trouvait en saillie un kyste péritonéal séreux du volume du poing. L'ensemble de ces parties, avec le liquide purulent, pesait 4 kilogrammes et demi.

Remarques. — Si l'on avait différé l'ovariotomie pendant quelques mois encore, l'opération aurait été accompagnée d'une perte de sang bien plus considérable. Les adhérences seraient devenues beaucoup plus vasculaires, et il aurait fallu faire un grand nombre de ligatures de vaisseaux, ce qui aurait considérablement prolongé l'opération et l'aurait rendue bien plus dangereuse.

Les vaisseaux étaient déjà très-développés sur un grand nombre de points; mais l'hémorrhagie a pu être heureusement arrêtée par l'application de fortes pinces hémostatiques, de la forme des pinces à pansement, susceptibles d'exercer une très-forte pression, de manière à parcheminer les tissus comprimés. Sans l'emploi de ces pinces, il aurait fallu faire au moins une dizaine de ligatures perdues, ce qui aurait notablement prolongé l'opération. Ces instruments, dont je me sers avec grand avantage depuis quelque temps dans toutes les operations chirurgicales, doivent rester en place pendant quelques minutes, jusqu'à ce que les tissus se trouvent desséchés par compression. L'hémorrhagie est ainsi arrêtée définitivement, comme à la suite d'une cautérisation au fer rouge. On applique vite les pinces à mesure que les vaisseaux sont divisés, et l'on continue l'opération jusqu'à ce que les tissus ou les organes que l'on se propose de retrancher soient extirpés. On gagne ainsi du temps, ce qui est très-important dans les opérations de gastrotomie surtout, et les plaies ne sont pas compliquées d'eschares, de ligatures, etc.

Après l'opération, il n'y a pas eu de vomissements chloroformiques, ce qui est une circonstance très-heureuse lorsque la surface traumatique est considérable. Les vomissements, chez les opérées dont les tumeurs étaient adhérentes, provoquent toujours une hémorrhagie, quand même l'hémostase a été parfaite. Il se forme alors des caillots qui ne tardent pas à se décomposer, et les malades meurent en général de septicémie et de péritonite.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 17 juillet 1868. — Présidence de M. Chausit.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Duchenne (de Boulogne) présente à la Société les malades dont il a relaté l'histoire dans la dernière séance.

Coup de feu dans la région temporale. — Extraction d'une balle de l'orbite. — Absence d'accidents propres à ce genre de lésion. — Présentation du malade.

(Communication de M. le docteur Jules Worms.)

Dans un instant je vais avoir l'honneur de vous présenter un malade en présence duquel je ne pourrais vous dire qu'il a tenté de se suicider. Il est au regret de cet acte commis dans un moment d'excitation, et il cherche à se persuader lui-même qu'il a agi sans responsabilité.

Je fus appelé auprès de lui le dimanche 21 juin, à 11 heures et demie du matin. Il a tenté la veille au soir, me dit-on, de se suicider en se tirant un coup de pistolet à la tempe.

Le malade, âgé de 26 ans, est couché au 5e étage, dans une petite chambre bien éclairée; sur une commode se trouve un petit pistolet dit coup de poing; le canon est rayé et l'arme se charge en vissant le canon sur le tonnerre. Cette arme est encore couverte de cette couche fine de charbon que l'on remarque sur les armes récemment déchargées. Sur la cheminée il y a une capsule qui a éclaté. Dans le tiroir de la commode, dans l'angle droit, je trouve un deuxième pistolet absolument pareil à celui qui a servi; ce deuxième pistolet est chargé d'une quantité de poudre qui atteint l'excavation destinée à recevoir la balle, et d'une balle en plomb sphérique. A côté de cette arme que je décharge, se trouve une boîte en fer-blanc remplie de poudre et une balle en plomb.

Le blessé, qui s'exprime le plus librement possible, raconte que la veille, vers minuit, étant pris de vin, il est entré dans sa chambre et que dans un moment de folie il a tiré ce coup de pistolet sans savoir ce qu'il faisait.

Il suppose que c'est à minuit et demi qu'il s'est frappé; c'est du reste vers cette heure que, dans la maison voisine et à la hauteur du même étage, dans des chambres contiguës, que l'on a entendu ce coup de feu.

J'insiste sur ces détails parce que le siége de la blessure n'est pas celui que le plus souvent on rencontre dans les cas de suicide, et que cette circonstance, si l'on ne tenait compte de tout ce qui l'accompagne, pouvait faire naître l'idée d'un meurtre. Cette hypothèse disparaît complétement devant les faits que je signale.

Le blessé n'a eu qu'un souvenir vague de ce qui s'est passé après la détonation; il croit cependant se rappeler qu'il s'est mis au lit et qu'il a dormi jusqu'au matin. En se réveillant, il s'est vu couvert de sang, et, rassemblant ses souvenirs, il a appelé au secours.

C'est alors que je l'ai vu. Il existe, à deux centimètres en dehors du rebord orbitaire externe et dans le prolongement de l'arcade sourcilière, une plaie contuse à bords déchiquetés d'un centimètre et demi de diamètre. Le périmètre de cette plaie est noirci par la poudre, et la portion externe du sourcil est brûlée. Une assez grande quantité de sang recouvre le visage, le cou, l'oreiller; il en existe à l'entrée du conduit auditif du côté opposé; mais un examen attentif démontre qu'il ne provient pas du fond de l'oreille et qu'il a dû couler d'un côté de la face à l'autre.

Les bords de la plaie ne sont que très-légèrement gonflés.

Un stylet introduit dans la plaie avec beaucoup de précaution pénètre à six centimètres dans une direction absolument horizontale, mais oblique d'avant en arrière, de telle sorte que son prolongement en ligne droite passerait du côté opposé dans l'axe de l'apophyse mastoïde.

Le stylet pouvait se mouvoir un peu à droite et à gauche dans le pertuis, et voici quelles sont les particularités que cette exploration révélait.

On rencontrait une cavité osseuse dénudée à 2 centimètres de profondeur; en faisant suivre à l'extrémité du stylet le bord de cette cavité, on décrivait un cercle sur un rebord osseux. Un peu plus profondément, à 4 centimètres de la surface cutanée, on rencontrait un petit fragment osseux à droite et à gauche duquel le stylet pouvait passer. Enfin, au fond de la plaie on trouvait un corps étranger assez mobile, de forme singulière. Il présentait le volume d'une balle de plomb de petit calibre, mais au lieu d'être sphérique, il offrait dans la surface qui était dirigée vers l'ouverture da la plaie une espèce de crête longitudinale et à côté de laquelle était un petit sillon dans lequel le stylet s'engageait.

La mobilité de ce corps étranger, son volume, l'assertion du malade qui affirmait qu'une balle sphérique, en tout semblable à celle qui se trouvait dans le deuxième pistolet, avait été placée par lui dans l'arme, me donnèrent la conviction que le stylet rencontrait au fond de la plaie une balle, et que celle-ci avait été déformée par le choc sur les os.

Après avoir cherché en vain à la faire cheminer en dehors au moyen de la portion rugueuse d'une branche d'une pince à pansement démontée, j'introduisis la pince fermée dans la plaie, dans laquelle elle pénétra au delà du point de croisement des branches. Alors, la pince entrouverte et horizontalement placée dans la plaie, je pus saisir la balle entre les deux mors de l'instrument, et après une traction assez violente, j'amenais au dehors le projectile que je vous présente ici.

C'est une balle en plomb d'un poids de 9 grammes 50, de 12 millimètres de diamètre; elle est aplatie sur un de ses pôles et du côté opposé elle est divisée par une échancrure longitudinale béante, avec un bord tranchant légèrement écarté, l'autre aplati. On dirait qu'on a cherché à diviser la balle au moyen d'un fort couteau. Or, ni le stylet dont je me suis servi, ni la pince à pansement, les seuls instruments qui aient été en contact avec la balle, n'ont pu en aucune façon la déformer. Cette échancrure a sans doute été déterminée par la rencontre de l'apophyse malaire; quant à l'aplatissement du côté opposé, s'il est bien vrai que la balle était sphérique quand l'arme a été chargée, je ne puis me l'expliquer.

L'extraction, quoique pénible, ne détermina dans ce moment aucun accident; et pour ne pas abuser de vos moments, je me hâterai de vous esquisser les phénomènes qui se sont produits depuis le 21 juin, jour de l'accident, jusqu'à ce jour (17 juillet).

D'accidents cérébraux, il n'y en a pas eu un seul. La vision a toujours été absolument distincte; sur la sclérotique il n'y a jamais eu la moindre ecchymose. L'examen ophthalmoscopique n'a révélé aucune altération; les mouvements de la pupille et de l'œil ont toujours été normaux; il n'y a eu qu'une très-légère diminution dans la puissance contractile du muscle supérieur, et la rotation en haut était de 2 millimètres au plus moindre que celle du côté opposé.

Une autre modification de fonctions, mais qui a été très-légère, a consisté dans une petite gêne pour ouvrir la bouche, déterminée évidemment par la lacération du muscle temporal.

Il n'y a pas eu d'accidents nerveux dans la suite; le pourtour de la plaie s'est un peu tuméfié; pendant 24 heures, cette tuméfaction a pris un caractère érysipélateux et s'est étendue à la moitié droite de la face, mais cela n'a pas duré. La plaie, maintenue béante, a donné issue à une assez grande quantité de pus et de parcelles osseuses et a diminué petit à petit de profondeur, sans pourtant que l'ouverture osseuse se soit rétrécie jusqu'à présent.

Aujourd'hui, et alors qu'il n'existe plus de traces de gonflement ni des parties molles, ni de l'os, vous voyez que ce stylet que j'introduis avec précaution dans la plaie pénètre encore à une profondeur de 3 centimètres et demi et dans l'axe transversal de la tête. Si je voulais appuyer, je pourrais l'enfoncer de 5 millimètres de plus. Depuis le début, il y a donc une diminution de 2 centimètres et demi, dans laquelle il faut tenir compte de la disparition du gonflement des parties molles qui pouvait être estimé à 1 centimètre et demi.

Or, en appliquant sur ce crâne d'adulte la pointe du stylet exactement dans le même point que celui où est entrée la balle chez notre malade, vous voyez que je touche le point de jonction du frontal de l'os malaire et du sphymoïde et qu'en l'engageant dans l'ouverture que j'ai pratiquée sur ce crâne, et en lui imprimant une direction analogue à celle qui suit chez le malade, horizontale et légèrement oblique en arrière, je pénètre dans l'orbite dont je rase le plancher supérieur. En maintenant extérieurement à l'ouverture une longueur du stylet de 2 centimètres, laquelle représente à peu près l'épaisseur de la peau et du muscle temporal, il y a encore 1 centimètre et demi qui pénètre dans l'orbite, lequel, à cette hauteur, n'a que 3 centimètres de diamètre. Car ici nous sommes à la partie supérieure de l'orbite et séparés de la cavité cranienne par une épaisseur osseuse de 4 millimètres seulement.

Il ne me semble pas douteux, en l'absence de tout phénomène cérébral, que la balle chez notre malade n'a pas pénétré dans la cavité cranienne, mais qu'elle a été se loger contre la paroi interne de l'orbite après avoir fracassé la paroi externe. C'est contre le rebord naso-orbitaire qu'était appuyée la balle quand je l'ai extraite.

Ce qui m'a engagé à insister autant sur les détails de cette observation, c'est qu'il a été possible de déterminer le plus exactement possible le siége, la direction et la profondeur de la plaie, et qu'il est hors de doute que dans le cas présent une balle de 12 millimètres de diamètre a pu pénétrer dans l'orbite et y demeurer pendant 10 heures sans déterminer de gêne notable dans les mouvements de l'œil et sans donner lieu à un signe considéré jusqu'à présent comme pathognomonique des plaies pénétrantes de l'orbite avec ecchymose sous-conjonctivale.

M. Worms présente le malade qui fait le sujet de l'observation précédente.

M. Forget. Je demande à ce que M. Worms précise bien dans quelle direction il a dû agir pour extraire la balle.

M. Worms présente un crâne sur lequel il a déterminé avec la plus grande précision le point où a pénétré la balle dans le cas qu'il vient de soumettre à la Société. Au niveau de ce point, il a percé un trou dans la direction exacte qu'a suivie la balle. Il est ainsi arrivé dans le fond de la cavité orbitaire. Il avait prévu que le projectile n'avait pas pu se loger ailleurs; mais il n'a été convaincu que lorsqu'il a pu constater sur cette pièce la réalité de sa supposition.

M. Forget. Je trouve ce fait d'autant plus extraordinaire qu'il y a absence complète des ecchymoses et de tous les symptômes qui accompagnent d'habitude les lésions de cette nature. Je ne suis pas absolument de l'avis de M. Worms; je réserve même mon opinion sur

la région où la balle a pénétré; ce que je constate seulement, c'est que le blessé n'est point encore tout à fait guéri; le traumatisme a produit une hyperostose qui pourra amener une névrose consécutive.

M. Worms. Je comprends l'étonnement de M. Forget, et je l'ai partagé moi-même; mais les faits sont patents. Le stylet que nous faisons pénétrer dans le trajet du projectile arrive dans l'orbite ou dans la cavité crânienne. Pour moi, je crois avoir démontré qu'il est dans l'orbite.

M. Simonot. Si nous admettons l'hypothèse de M. Worms, et si nous supposons que la balle a pénétré dans l'orbite, elle a dû, par son propre poids, tomber sur la paroi inférieure de l'orbite, ce qui aurait dû rendre sa recherche et son extraction plus difficiles. En outre, qu'est devenu l'éclat de l'ouverture de sortie de l'os?

M. Worms. Il m'est bien difficile de résoudre toutes ces objections, et je suis obligé de me circonscrire dans les faits. Les choses se sont sans aucun doute passées d'une façon anormale, mais elles ne peuvent être interprétées autrement que je l'ai fait.

M. Peter. Je crois que l'hypothèse de M. Worms est exacte. L'axe de l'orbite est occupé par les organes de la vision, mais le reste de la cavité renferme une masse de tissus graisseux où l'on comprend très-bien que le projectile ait pu se loger sans produire de symptômes graves.

M. Forget. Je désirerais savoir si M. Worms a pu faire exécuter des mouvements en divers sens par son stylet, une fois qu'il eut pu le faire pénétrer dans ce qu'il croit être la cavité de l'orbite.

M. Worms. Ne sachant pas exactement, lorsque je sondai la plaie pour la première fois, dans quelle région j'étais arrivé, croyant même que mon stylet avait pénétré dans le cerveau, je dus être prudent et je ne lui fis faire de mouvements dans aucun sens.

M. Gallard. Ces explications et la démonstration avec une pièce que nous a données M. Worms, me paraissent établir d'une façon certaine que la balle a bien pénétré dans la cavité orbitaire. Quant aux ecchymoses de l'œil dont a parlé M. Forget, elles accompagnent les fractures de la partie supérieure de l'orbite, et il ne faut pas oublier que nous avons ici affaire à une fracture de la paroi externe de cette cavité; il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'ecchymose ne se soit pas produite.

En dehors de la clinique, on pourrait présenter, au sujet de ce fait, quelques observations qui auraient trait surtout à la médecine légale.

On pourrait se demander notamment qui a tiré le coup de pistolet, si le coup a été tiré à bout portant. On trouverait dans la direction du trajet de la balle, dans l'état de la plaie extérieure, etc., des éléments pour résoudre ces questions qui pourraient avoir leur importance.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel : Dr Aimé Martin.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

194. Mossel (Émile). Des Kystes séreux du cou.
195. Ponte (Jules). Des Effets physiologiques et pathologiques du froid.
196. Machenaud (Camille). Étude sur la ligature de l'artère fémorale.
197. Oulie (Alexandre). Du Rhumatisme cérébral.
198. Camuset (Georges). Thérapeutique des altérations fonctionnelles de la vue.
199. Comte (Antoine). De la Cachexie palustre, symptômes et traitement.
200. Callé (François). Du Spérygion.
201. Avellaneda (E.). Pansement des plaies chirurgicales et traumatiques par l'alcool et l'aspiration continue.
202. Bertrand. Considérations sur les hémorrhagies méningées.
203. Mauquié (Paul). Coup d'œil sur l'ataxie locomotrice progressive.
204. François (François). Essai sur le nitrate d'argent appliqué au traitement des ophthalmies.
205. Vélut (Jules). De l'Amblyopie par l'alcool et le tabac.
206. Grenier (Pierre). Du Ramollissement sénile.
207. Cotard. Étude sur l'Atrophie cérébrale.
208. Bustamente. Études sur le placenta (anatomie, physiologie, pathologie).
209. Deu (Felipe). Emploi des mercuriaux dans la syphilis.
210. Lombard (Henri). Quelques recherches sur l'antagonisme entre la fièvre des marais et la phthisie pulmonaire.
211. Ferron (Louis). Du Rhumatisme noueux blennorrhagique.
212. Lolliot (Jules). Étude physiologique de l'Arsenic, applications thérapeutiques.
213. Boucher (Paul). Étude sur les Kystes congénitaux du cou.
214. Pilate (Marie). De la Compression dans le traitement des tumeurs blanches.
215. Salaun (Gustave). De l'Éclampsie puerpérale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Pihan Dufeillay fils, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'école de médecine de Nantes, vient de mourir dans cette ville.

L'éloge funèbre de ce médecin savant et dévoué, qui laisse des regrets unanimes, a été prononcé par le docteur Heurtaux, son ancien collègue et ami.

— M. Auzias-Turenne commencera un cours public sur la syphilis le samedi 12 septembre, à quatre heures, rue des Poitevins, 6.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des grandes épidémies et de leur prophylaxie internationale, avec le texte des lois, décrets, arrêtés, ordonnances et instructions qui s'y rattachent, par Léon Depautaine, docteur en médecine. Paris, 1868, 1 vol. in-8°. 4 francs. J.-B. Baillière et fils, éditeur.

Congrès médical international de Paris (août 1867). Contenant toutes les communications faites pendant les séances de jour et les séances du soir et le compte rendu des discussions auxquelles elles ont donné lieu. 1 fort vol. grand in-8° de près de 800 pages. Prix : 12 francs. Paris, 1868, P. Asselin, éditeur.

Des soins à donner aux calculeux traités par la lithotricie, par le docteur Mousteu. In-8°, 1866. . . . . 1 fr.

Pourquoi l'on avait autrefois de meilleures dents qu'aujourd'hui. Conseils aux parents sur la manière de diriger la seconde dentition de leurs enfants, par le docteur E. Andrieu, chirurgien-dentiste. 1 vol. in-8°. 1865. . . . . 2 fr. 50

Ces Ouvrages se trouvent à la librairie A. Coccoz, 30 *et* 32, *rue de l'École-de-Médecine.*

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 9 septembre 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une discussion improvisée, pour ainsi dire, à propos des rétrécissements infranchissables de l'urèthre, a utilement occupé une grande partie de la séance.

M. le professeur Gosselin avait présenté un rapport assez favorable sur un Mémoire de M. le docteur Bitot, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.

Le titre de ce Mémoire devait effaroucher, car il semblait indiquer que M. Bitot préconisait le cathétérisme forcé pour franchir les rétrécissements. Or, cette méthode, qui a dominé pendant longtemps, est aujourd'hui presque universellement abandonnée, et M. Gosselin ne songeait pas à la défendre.

Heureusement le savant rapporteur, en analysant les observations de M. Bitot, a pu montrer que, le plus souvent, ce chirurgien avait eu affaire à autre chose qu'à de véritables rétrécissements, et qu'il n'avait presque jamais, sinon jamais, eu l'occasion de pratiquer le cathétérisme forcé proprement dit.

Il avait procédé sagement, d'après les principes admis par la plupart des hommes compétents. Il avait attiré de nouveau l'attention sur l'utilité de ces principes, et l'instrument dont il s'était servi dans une circonstance délicate, le cathéter cannelé à extrémité olivaire, pouvait être essayé en pareil cas.

Il y avait donc lieu d'approuver, sinon la théorie, du moins la pratique de l'ingénieux professeur bordelais.

Les conclusions du rapporteur furent adoptées sans opposition. Le Mémoire de M. Bitot sera renvoyé au Comité de publication, et l'auteur sera remercié au nom de l'Académie. Ceci ne faisait pas difficulté.

Mais la question soulevée par le rapport était trop grave pour passer ainsi inaperçue.

M. le docteur Ricord, dont le nom fait si légitimement autorité en pareille matière, a développé son opinion sur ce sujet; et cette opinion n'est pas absolument contraire au cathétérisme forcé, proprement dit.

Cette méthode expose aux fausses routes : mais les fausses routes qui aboutissent d'une part au méat urinaire et de l'autre dans la vessie, ont certainement moins d'inconvénients que les fistules périnéales. Malheureusement, on n'est pas sûr de pénétrer dans la vessie, une fois qu'on s'est écarté des voies naturelles; on ne doit même pas le tenter. Mais quand, sans le vouloir, on y a réussi, il faut entretenir avec soin le nouveau canal et *méthodiser* la fausse route accidentelle.

Dans la brillante improvisation de M. Ricord, ce point seul était discutable et fut discuté.

M. Huguier particulièrement s'éleva contre ce brevet d'innocuité donné, pour ainsi dire, à certaines fausses routes. Il y vit un encouragement pour les tentatives imprudentes des ignorants et des maladroits.

Mais quel procédé peut-on choisir avec une entière sécurité pour les maladroits et les ignorants, en présence d'une vessie dilatée par l'urine et d'un rétrécissement infranchi?

Des trois moyens qui peuvent remédier à la rétention : 1° le cathétérisme forcé; 2° l'uréthrotomie externe, sans conducteur; 3° la ponction de la vessie, il n'en est pas un qui n'ait ses dangers et qui ne demande une certaine habileté chirurgicale.

En sortant de l'Académie, nous avons relu les chapitres que M. Voillemier consacre à cette question dans son ouvrage magistral sur les maladies de l'urèthre, et nous y avons trouvé les plus sages réflexions sur les indications et contre-indications de chacune de ces méthodes.

Comme M. Ricord, M. Voillemier ne repousse pas absolument le cathétérisme forcé, bien qu'il insiste plus vivement sur le danger des fausses routes. Il n'est pas non plus adversaire de l'uréthrotomie externe dans des circonstances déterminées; mais il donne, en outre, une place très-importante à la ponction de la vessie.

Contre cette dernière opération, on peut dire qu'elle est simplement provisoire; tandis que les autres ont un caractère plus définitif. Mais s'il est possible de retrouver la voie naturelle, si l'on peut finir par pénétrer à travers l'urèthre, il vaudra certainement mieux n'avoir pas tracé en dehors de lui un autre canal dont la présence n'eût pas permis de l'utiliser.

Le cathétérisme forcé ne conduit évidemment pas dans tous les cas, à faire une fausse route; mais lorsqu'on a pénétré ainsi dans la vessie, la fausse route méthodisée est définitive. On ne recherche plus le véritable urèthre, et la miction doit désormais s'accomplir en dehors des conditions normales. Ceci est-il indifférent? Là est la question. S'il restait une certaine portion d'urèthre en rapport avec la vessie, le séjour de l'urine au fond de cette espèce de diverticulum ne pourrait-il pas amener, à la longue, une irritation qui se propagerait à la vessie, etc.? Nous admettons que le conduit artificiel se soit organisé sans aucun accident et soit devenu définitif. Or, combien de fois les fausses routes n'ont-elles pas amené la mort par elles-mêmes?

Aussi les fausses routes sont-elles considérées comme un accident plus ou moins grave, mais toujours comme un accident du cathétérisme forcé.

Pour l'uréthrotomie externe, quand elle réussit bien, on peut utiliser les parties intactes de l'urèthre dans toute leur longueur; on les réunit par un bout du conduit nouveau le plus court possible.

Cette brièveté relative de la fausse route est un grand avantage; et l'on comprend la préférence qu'ont pour cette méthode beaucoup de chirurgiens.

Mais l'uréthrotomie externe, surtout suivant le procédé de M. Bourguet (d'Aix), est encore une opération trop délicate pour être l'objet de prédilections exclusives, pour qu'on la choisisse et qu'on la pratique sans hésitation.

— M. le professeur Dupré, professeur libre d'anatomie et de médecine opératoire, bien connu des jeunes docteurs, a lu un mémoire intéressant sur la contention des hernies et les nouveaux bandages imaginés par lui.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. Hervieux (1).

Traitement de la péritonite puerpérale généralisée ou générale d'emblée (1).

Émétiques. — Lorsqu'on a pratiqué nombre de fois l'autopsie des femmes atteintes de péritonite puerpérale, lorsqu'on a vu les énormes quantités de bile qui peuvent s'amonceler dans l'estomac et les intestins de ces malades, on comprend les succès qu'a pu obtenir la médication vomitive entre les mains de Doulcet et la faveur immense dont elle a joui à la fin du siècle dernier.

Déjà, bien avant lui, Willis, White, Hulme, Leake, Stoll, Finke avaient conseillé l'usage des émétiques. Ils administraient le tartre stibié à petites doses, la poudre de James, l'ipécacuanha. Mais c'est surtout à Doulcet que revient l'honneur d'avoir placé l'ipéca au premier rang parmi les remèdes qui doivent servir de base au traitement de la terrible maladie que nous étudions.

Bien que méconnue par Broussais, cette médication est restée dans la pratique. Doublet, Hufeland, Osiander, Cliet (de Lyon), Desormeaux, sans partager l'enthousiasme de Doulcet, ont reconnu et proclamé les bons effets de l'ipéca. Et l'on sait que Beau avait établi en principe qu'il fallait administrer un éméto-cathartique à toutes les femmes, dans les premières heures qui suivent l'accouchement.

Quelle est la valeur réelle des émétiques et en particulier de l'ipéca dans le traitement de la péritonite puerpérale?

Administré dès le début, alors qu'il n'existe encore que des symptômes d'embarras gastrique, anorexie, langue sale, bouche amère, l'ipéca peut couper court à tout accident en provoquant des vomissements bilieux, des selles copieuses et une diaphorèse abondante. Il n'a pas toujours, il est vrai, la puissance d'enrayer complétement les progrès du mal, mais il a l'avantage de nettoyer la place pour ainsi dire, de nous débarrasser de l'élément bilieux, ce qui nous laisse toute notre liberté d'action pour combattre la douleur et les accidents péritonéaux proprement dits.

On a reproché à l'ipéca de provoquer une diarrhée qu'on a souvent beaucoup de peine à arrêter. Il est très-vrai que l'on voit tous les jours les selles diarrhéiques se continuer bien au delà des limites dans lesquelles se renferme d'ordinaire l'action de l'ipéca. Mais est-il juste de s'en prendre à l'ipéca de la continuation de cette diarrhée? Ne savons-nous pas que, dans la péritonite puerpérale, la diarrhée se produit aussi bien à la suite d'un simple lavement émollient ou de l'administration de 15 grammes d'huile de ricin, qu'elle n'attend qu'un prétexte pour se manifester, et que, quand bien même vous ne lui fourniriez aucun prétexte, elle se déclarerait encore spontanément? D'ailleurs, du moment où l'estomac et l'intestin sont surchargés du produit de la sécrétion biliaire, ne faut-il pas les en délivrer? Ne savons-nous pas que ces évacuations amènent fréquemment un soulagement réel et dans quelques cas une solution heureuse de la maladie?

J'emploie donc presque toujours l'ipéca, au début, à la dose de 1 gramme 50 centigrammes, mais je ne le répète jamais dans le cours de la maladie. Car il serait alors plus nuisible qu'utile en aggravant les vomissements et la diarrhée.

L'ipéca me paraît bien préférable, en tant qu'émétique, au tartre stibié qui fatigue beaucoup les malades et ajoute à la prostration dont elles sont déjà atteintes.

Purgatifs. — Du moment qu'il est acquis à la pratique que les vomitifs sont d'une incontestable utilité dans le traitement de la péritonite puerpérale, il semblerait que toute médication évacuante en général, et les purgatifs en particulier, dussent donner d'excellents résultats. Eh bien! l'expérience en a décidé autrement.

Je considère les purgatifs comme des auxiliaires qui peuvent remplir avantageusement certaines indications, mais qui ne sauraient être érigés en méthode principale de traitement. Cette opinion était celle de White, Puzos, Hulme, Deumann, Chaussier, Gordon, Hey; mais elle a été soutenue principalement par Legouais dans sa Dissertation inaugurale, et par Baudelocque dans son Traité de la péritonite.

Ce que j'ai observé concernant l'action des purgatifs peut se résumer dans les propositions suivantes :

Les purgatifs réussissent à merveille dans la péritonite sporadique ou dans la péritonite épidémique bénigne, lorsqu'il y a tendance à la constipation.

Les purgatifs n'arrêtent la diarrhée, dans la péritonite puerpérale, qu'autant que cette diarrhée est légère et les accidents généraux peu intenses.

Les purgatifs sont contre-indiqués quand la diarrhée est abondante et l'état général grave, attendu qu'ils ont pour effet habituel d'exaspérer la diarrhée au lieu de l'arrêter, parfois même de rendre les selles involontaires, et dans tous les cas d'ajouter à la prostration des forces.

Révulsifs. — Les vésicatoires pouvant être considérés comme l'agent le plus énergique de la médication révulsive, c'est de leur action que je m'occuperai spécialement.

L'emploi des vésicatoires dans la péritonite puerpérale a été très-vivement combattu par Baglivi, John Clarke, Manningham, Baudelocque. On accusait alors ce moyen thérapeutique d'exaspérer l'inflammation péritonéale, de provoquer le délire, d'aggraver tous les symptômes généraux. De tels reproches ne sont rien moins que fondés, et ils sont réduits à néant par les résultats les plus positifs de mon expérience personnelle.

Lorsque je remplaçai M. Delpech dans la direction du service médical de la Maternité, j'y trouvai les vésicatoires largement employés dans le traitement de la péritonite puerpérale. Je m'effrayai d'abord de l'énergie du moyen et des douleurs qu'il devait ajouter aux douleurs aiguës dont le ventre était le siége. Mais je ne tardai pas à reconnaître que le vésicatoire avait pour effet constant et indiscutable :

1° D'amoindrir ou même de faire cesser complétement la douleur;

2° D'enrayer la marche des accidents dans les cas légers;

3° De prolonger la situation dans les cas graves, de manière à mettre du côté de l'organisme quelques chances favorables de plus dans la lutte inégale qu'il soutient contre la maladie.

Ces avantages sont d'ailleurs achetés au prix de quelques inconvénients qu'il importe de rappeler :

1° Les malades répugnent souvent à l'application des vésicatoires par la crainte des douleurs qu'ils occasionnent;

2° Les vésicatoires donnent lieu fréquemment à des accidents de cystite qu'il importe d'éviter chez les femmes en couches que la parturition prédispose à la rétention d'urine et à l'inflammation de la vessie;

3° La surface des vésicatoires se couvre parfois d'une matière pulpeuse grisâtre, au-dessus de laquelle se forment de vastes

(1) Suite. — Voir la *Gazette des hôpitaux* du 5 septembre 1868.

ulcérations de mauvaise nature et qui n'est autre chose que la pourriture d'hôpital.

Mais je ferai observer comme correctif de ces inconvénients :

1° Que les malades opposent rarement une résistance sérieuse à l'application des vésicatoires;

2° Qu'en saupoudrant de camphre l'emplâtre à vésicatoire, on atténue considérablement, si l'on ne prévient pas tout à fait, les effets de l'absorption du principe actif des cantharides;

3° Que, quand les vésicatoires sont frappés de diphthérie ou de pourriture d'hôpital, l'état des malades peut être considéré comme étant déjà, indépendamment de cette circonstance, au-dessus des ressources de l'art.

D'ailleurs, quel est l'agent thérapeutique qui n'a pas sa part d'inconvénients, et puis quand on possède, contre une affection aussi redoutée que la péritonite puerpérale un remède de premier ordre comme les vésicatoires, peut-on renoncer à leur emploi par des considérations aussi minces que celles qui viennent d'être mentionnées?

Mercuriaux. — C'est en Angleterre que paraît avoir été faite la première application des mercuriaux au traitement de la péritonite puerpérale. Dans le cours d'une épidémie qui régna en 1811 dans le comté de Sommerset, Bradley prescrivit le calomel à haute dose comme purgatif. En 1812, Chaussier avait recours à la pommade mercurielle en frictions sur le ventre, pour combattre la péritonite des femmes en couches. La même pratique était suivie, en 1818, par Laënnec et Lerminier. Mais c'est à Vandenzande, professeur au grand hôpital civil d'Anvers, qu'il faut rapporter l'honneur d'avoir érigé les mercuriaux en méthode principale de traitement.

Plus tard, 1829, Velpeau publiait dans les Archives un mémoire sur l'emploi du mercure dans le traitement de la péritonite, mémoire où il citait 14 femmes, sur 19, rendues par ce moyen à la santé. Il prescrivait 8 à 12 grammes d'onguent napolitain en frictions sur le ventre toutes les deux heures, et à l'intérieur, 1 décigramme de calomel aux mêmes intervalles, jusqu'à production de la salivation. Les malades du docteur Tonnelé ont été soumises à ce traitement avec des résultats variables. Un auteur anglais, Gooch (*An account of the most important diseases of women*, p. 102, in-8°, London, 1831), a suivi les mêmes errements; il donnait seulement le calomel à la dose de 1 décigramme toutes les deux heures, en l'associant à l'opium et à l'ipéca. Enfin, M. Guérard, à l'Hôtel-Dieu, et M. Depaul à la Clinique, ont retiré des avantages marqués de l'emploi de cette méthode thérapeutique.

Le but que l'on se propose, en administrant les mercuriaux dans le traitement de la péritonite des femmes en couches, est de produire la salivation. Or, il s'agit de savoir quel est de ces deux moyens, le calomel ou les frictions mercurielles, celui qui conduit le plus vite et le plus sûrement à ce résultat. A cet égard l'expérience, et une expérience que j'ai répétée bien des fois, a formellement prononcé. Ce sont les frictions mercurielles qui constituent, du moins chez les femmes en couches, le plus puissant excitateur des glandes salivaires.

Le calomel administré seul n'a guère qu'un effet laxatif. Aussi l'ai-je complétement abandonné. Je n'ai retenu, de la médication mercurielle, que l'onguent napolitain en frictions sur le ventre, et voici dans quelles circonstances je le prescris.

Lorsque j'ai fait cesser les premiers symptômes d'embarras gastriques par un ipéca, lorsque j'ai combattu les douleurs abdominales d'abord par les ventouses scarifiées répétées autant de fois qu'il y a lieu, puis par les larges vésicatoires volants renouvelés eux-mêmes jusqu'à extinction totale de la sensibilité du ventre, s'il reste du météorisme ou de l'engorgement dans quelque point de la zone hypogastrique, j'ai recours aux frictions mercurielles et je les continue avec persévérance jusqu'à salivation. Arrivé à ce point, je les suspends, et je ferai remarquer que, quand on obtient la salivation, on obtient en même temps un amendement notable dans les symptômes locaux et généraux.

Nous avons suivi, M. Chantreuil et moi, des malades chez lesquelles nous avons dû revenir plusieurs fois à l'usage des onctions mercurielles, et, chose bien digne de remarque, chaque fois que se produisait la tuméfaction et la rougeur gingivales, nous voyions reparaître le mieux qui nous avait fui après la cessation momentanée des frictions.

Toutefois, la confiance que j'accorde aux onctions mercurielles ne saurait être mise en parallèle avec celle que m'inspirent les ventouses et les vésicatoires. Les onctions mercurielles n'ont pas, comme ces derniers agents, le pouvoir de supprimer la douleur, de rendre aux malades le calme et le repos que les premières explosions de la péritonite avaient si profondément troublés, de replacer l'organisme dans des conditions plus favorables à la guérison. Les frictions mercurielles sont un complément utile de ces importantes médications; elles deviennent un auxiliaire d'autant plus précieux qu'à une période avancée de la maladie, on ne peut plus employer les ventouses scarifiées, dans la crainte de prostrer trop profondément les forces. On ne peut pas davantage recourir aux vésicatoires, de peur que, sous l'influence de l'adynamie, ils ne s'ulcèrent ou ne se gangrènent. Les onctions mercurielles méritent donc d'être conservées pour cette période de la péritonite puerpérale.

(*La suite prochainement.*)

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND.

M. Fleury, professeur.

Déchirure du périnée. — Abcès urineux. — Infection purulente. — Mort.

(Observation recueillie par M. Trapenard, interne à l'Hôtel-Dieu.)

Les agents contondants qui frappent le périnée déterminent, comme sur toutes les autres parties du corps, des effets divers suivant la violence de la pression qu'ils exercent; mais la présence de l'urèthre dans cette région leur donne un degré de gravité tout particulier. Nous savons que les rétrécissements les plus difficiles à franchir sont ceux qui ont succédé à une déchirure de ce canal; le tissu inodulaire qui les constitue offre en effet une résistance bien plus grande à tous les agents dilatants que les produits plastiques qui sont la suite d'une uréthrite, et lorsqu'un obstacle insurmontable se présente, nous pouvons être assurés à l'avance qu'il est formé par un tissu cicatriciel.

Ces lésions se présentent assez souvent à notre observation; elles sont le résultat de violences extérieures et se produisent surtout à la suite de chutes sur des corps plus ou moins résistants, lorsqu'on tombe sur les cuisses écartées.

Si la violence du coup n'a pas été trop grande, les malades n'y attachent aucune importance; mais au bout de quelques mois ils viennent nous consulter et nous parler de la difficulté qu'ils éprouvent à uriner. L'un est tombé à cheval sur un balcon, l'autre sur une pièce de bois, un troisième sur le bord d'une cuve, un quatrième sur une tige d'arbre, un pieu enfoncé dans terre, une pierre plus ou moins aiguë, etc. Quelques gouttes de sang se sont échappées par le méat urinaire, une douleur assez vive a été la conséquence de la chute, mais elle n'a pas eu une longue durée, et ils ont pu reprendre leurs occupations. Le plus souvent même ils ignorent la cause de la dysurie dont ils se plaignent.

Comme au périnée les parties molles offrent une assez grande élasticité, elles fuient devant l'agent contondant, et c'est la portion membraneuse ou spongieuse de l'urèthre, bien plus résistante, qui cède à la pression et qui se déchire.

Si le coup est plus violent, la contusion s'étend jusqu'au col de la vessie, la miction devient impossible et l'art doit intervenir, rétablir le cours naturel des urines ou leur frayer une voie artificielle.

Quelle est l'indication à remplir dans ces circonstances? Introduire une sonde dans la vessie pour donner passage à l'urine et la laisser dans le canal afin de prévenir le retrait du tissu cicatriciel; agir, en un mot, comme nous le faisons dans les brûlures lorsque nous voulons prévenir des adhérences vicieuses.

Malheureusement, au lit des malades les choses ne se passent pas aussi facilement qu'on l'indique dans les livres, le cathétérisme a été souvent impossible et la ponction de la vessie devient indispensable. Fût-il même praticable, les malades ne peuvent souvent pas garder leur sonde.

M. Fleury fut appelé, il y a quelques années, auprès d'un enfant d'une douzaine d'années, qui, en se laissant glisser d'un talus d'une grande route, tomba violemment sur la tige d'un acacia qui avait été récemment coupé : le périnée, sans être déchiré à l'extérieur, était gonflé, douloureux, ecchymosé, la miction n'était pas possible et le petit malade éprouvait des douleurs excessives. Le cathétérisme fut impraticable, un obstacle existait à la partie membraneuse du canal. On ne pouvait guère songer à la dilatation graduelle, il fallait prendre un parti décisif. La ponction suspubienne fut pratiquée pour prévenir une infiltration d'urine qui devait s'effectuer, car l'urèthre était déchiré; la tumeur périnéale fut ensuite incisée d'avant en arrière.

Dans la soirée, il survint un écoulement de sang artériel assez abondant, mais une compression modérée exercée avec des tampons de charpie en eut facilement raison.

La canule du trocart qui avait été laissée dans la vessie et fixée autour du bassin fut retirée au bout de quelques jours; les urines s'écoulèrent par l'ouverture du périnée, ce qui ne laissa aucun doute sur la déchirure du canal, mais il n'y eut aucune infiltration d'urine et le malade se rétablit en conservant une fistule qui fut traitée sans succès plus tard à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand. Lorsque l'enfant, après quelques mois, vint à l'hôpital, il toussait et offrait tous les symptômes de la phtysie pulmonaire.

Le traitement ne peut donc pas être continué longtemps. Plus tard, il succombait aux suites de l'affection de poitrine dont il était atteint.

Un fait analogue s'est offert quelques années après à l'observation :

Au mois d'octobre 1862, le nommé D... Antoine, âgé de 26 ans, appartenant au 3e zouaves en congé à Lussat, fit, étant ivre, une chute d'un premier étage. Quelques plaies existaient à la tête, mais il se plaignait surtout de ne pouvoir uriner. Le médecin qui fut appelé à lui donner des soins ne put parvenir à le sonder et le fit transporter immédiatement à l'hôpital de Clermont, où il fut admis le 14 octobre.

La vessie formait à l'hypogastre une saillie volumineuse, les douleurs étaient vives, il existait au périnée une tumeur dure et violette, indiquant que cette région avait dû être violemment frappée (le blessé ne put dire s'il était tombé sur un corps étranger quelconque). On devait le présumer au siége de la contusion. Une sonde fut introduite dans le canal, mais elle s'arrêta au niveau de la tumeur et il fut facile de reconnaître à la mobilité de son bec qu'elle avait dû pénétrer dans une cavité qui avait succédé à une déchirure de l'urèthre.

Une incision, dirigée d'arrière en avant dans le sens du grand diamètre de cette tumeur, mit à nu un foyer sanguin assez étendu qui arrivait jusqu'au canal, car, en y introduisant le doigt, on sentait la sonde en argent à découvert au fond de cette cavité; le doigt indicateur de la main gauche, introduit dans cette poche, la face palmaire dirigée en haut, servit de conducteur à la sonde qui put heureusement arriver dans la vessie et donner issue au liquide qu'elle contenait. On put lui substituer une sonde en gomme qui fut fixée et que l'on dût y maintenir en la renouvelant de temps en temps jusqu'au 13 janvier.

Comme chez le précédent malade, une hémorrhagie avait eu lieu dans la nuit du 18 octobre; elle se reproduisit à deux reprises différentes dans la nuit du 19 au 20, mais un tamponnement exercé avec de la charpie l'avait arrêtée assez promptement.

La sonde était donc restée en place pendant trois mois, elle avait été bien supportée; mais la perte de substance qui existait à l'urèthre avait dû être considérable, car, en la retirant, une ouverture fistuleuse existait encore au périnée. — Pendant trois semaines, des attouchements avec un pinceau de charpie imbibé de teinture d'iode furent pratiqués tous les matins. La fistule laissait toujours passer quelques gouttes d'urine.

D... quitta l'hôpital le 29 janvier, avec la recommandation d'introduire souvent une bougie dans l'urèthre pour en conserver la perméabilité.

Nous avons revu le malade il y a peu de temps, sa guérison était complète.

Chez ce second malade, la ponction de la vessie n'avait pas été utile, puisqu'une sonde avait pu arriver dans la cavité.

Cette opération est du reste tellement bénigne, ses suites en sont si peu fâcheuses qu'il n'y a pas à reculer devant son exécution et qu'il y a moins d'inconvénients à frayer à l'urine une voie artificielle qu'à prolonger un cathétérisme qui est presque toujours infructueux et qui a l'inconvénient d'irriter un organe qui a été le siége d'un traumatisme violent.

Arrivons maintenant à l'observation qui fait le sujet de cette note :

D... François, 42 ans, est doué d'une bonne santé, sa constitution est vigoureuse, il exerce à Saint-Maurice la profession de cultivateur.

Le 13 juillet dernier, cet homme, occupé à tasser du foin dans une grange, tombe à califourchon sur le bord d'une cuve et éprouve à l'instant même une douleur très-vive qui s'irradie dans toute l'étendue du canal de l'urèthre. Il suspend son travail, mais ce n'est qu'au bout de quelques heures qu'il rend quelques gouttes de sang par le méat urinaire.

Une rétention complète d'urine est la conséquence de cette chute. — Le lendemain seulement, on se décide à faire appeler un médecin; mais comme celui-ci n'a aucune sonde à sa disposition, il engage son client à se faire conduire à Clermont, où il arrive le surlendemain 15.

La douleur n'était pas alors bien vive, puisque la route avait pu se faire à pied.

Il existe au périnée une tumeur dure, allongée, d'un brun noirâtre, offrant quelque analogie avec celle que l'on observe chez les individus qui ont une infiltration d'urine. Les bourses sont le siége d'une ecchymose qui remonte jusqu'à la peau de la verge.

La vessie s'élève au-dessus du pubis et arrive jusqu'à l'ombilic.

Je tente le cathétérisme avec une sonde en caoutchouc sans mandrin; elle arrive à 15 centimètres à peu près, mais ne peut aller au delà. En la retirant, on la trouve teinte de sang, ses yeux sont bouchés par des caillots. Une seconde tentative est faite, mais cette fois l'instrument muni de son mandrin pénètre facilement et livre passage à une grande quantité d'urine dont la transparence ne laisse aucun doute sur l'état d'intégrité de la vessie.

Le soulagement a été instantané. Des compresses imbibées d'eau blanche sont appliquées au périnée.

A la visite du jour suivant, M. Fleury voit le malade.

La petite quantité de sang qui s'est écoulée quelques heures après l'accident doit nous faire supposer, dit-il, que la déchirure de l'urèthre est légère, mais il faut prévenir un rétrécissement qui n'est que trop commun après ce genre d'accidents. — Par conséquent, la sonde qu'il a introduite dans la vessie restera à demeure.

La réserve pour le pronostic est très-grande.

On continue l'emploi des résolutifs. Dans la journée, le malade est calme, n'éprouve que peu ou point de douleurs, mais le contact de la sonde est tellement insupportable qu'il la retire.

Le soir, l'interne de garde est forcé de vider la vessie.

Le 18, état satisfaisant; le régime est porté à la demie; le malade a appris à se sonder, l'urine sort même sans le secours de l'instrument.

Cette amélioration persiste ainsi jusqu'au 23.

Ce jour-là, il ne peut pratiquer le cathétérisme, et après une tentative faite avec facilité par l'interne de garde, il rend une très-grande quantité de sang par le méat urinaire.

A la visite du lendemain, D... paraît tout radieux, le sang qu'il a perdu la veille l'a, dit-il, beaucoup soulagé. Nous ne partageons pas sa satisfaction. On peut craindre, au contraire, que la déchirure soit plus étendue qu'on ne l'avait cru les premiers jours. Son état, du reste, est toujours satisfaisant; le cours des urines est libre, ou il se sonde pour peu qu'il éprouve quelques difficultés à les rendre.

Le 27, un léger frison, suivi de chaleur à la peau, nous fait craindre le début d'une fièvre urineuse, peut-être même d'une infection purulente.

La tumeur périnéale s'est ramollie; une ponction exploratrice donne issue à une petite quantité de pus; le foyer est largement ouvert dès que la nature du produit est reconnue.

L'urine ne s'écoule pas par cette ouverture, ce qui peut faire espérer qu'elle ne communique pas avec l'urèthre. Il n'y a pas eu de nouveaux frissons et cependant l'état général est moins bon, les forces ont diminué, la peau a pris une teinte légèrement jaunâtre.

Le 3 août, nouveaux accès de fièvre, les liquides qui s'écoulent par la plaie ont une odeur fétide, les sueurs exhalent une odeur ammoniacale.

Le 5 août, les frissons reparaissent, des crampes se manifestent dans les jambes, l'infection purulente ne peut pas être mise en doute, le coude gauche devient douloureux, la respiration s'embarrasse et le malade succombe le 9 août.

Des abcès métastatiques existent dans les deux poumons; le coude, qui a été douloureux, contient un vaste foyer de pus.

On observe au niveau de la région membraneuse de l'urèthre, à la partie inférieure du canal, un point ramolli, au centre duquel est une ouverture, point de départ de plusieurs trajets fistuleux qui aboutissent au scrotum et à l'abcès qui a dû être ouvert.

C'est par cette voie évidemment que l'urine s'est infiltrée dans les tissus. C'est donc à cette lésion qu'il faut attribuer l'infection purulente qui a entraîné la mort du blessé.

La conclusion de ces trois faits est bien simple, ajoute le professeur. Chez les deux premiers malades, les lésions étaient tellement graves qu'il a fallu inciser le périnée pour prévenir une infiltration d'urine dans les tissus; ils ont guéri sans que le moindre incident soit venu entraver la cure. Le troisième, au contraire, a succombé à des désordres infiniment moins profonds.

Aurait-on pu les prévenir en laissant une sonde à demeure? C'est possible. Mais il faudrait qu'elle eût pu être supportée et qu'on eût pu en laisser l'ouverture constamment béante. Encore, malgré cette précaution, est-il bien difficile d'empêcher l'urine de filtrer dans les tissus divisés.

Une incision au périnée préviendrait une terminaison aussi fâcheuse.

Si le canal n'était pas déchiré et que la contusion fût bornée aux parties molles extra-uréthrales, elle n'aurait d'autres inconvénients que d'exposer à l'air un foyer sanguin. Mais si, au contraire, comme cela a lieu le plus souvent, l'urèthre participait à la déchirure, elle préviendrait une infiltration d'urine qui peut avoir les conséquences les plus graves.

Il est donc préférable, dans le doute, d'agir avec énergie que d'exposer les malades à des désordres auxquels, plus tard, on ne peut remédier.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 8 septembre 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre de M. le préfet de la Charente-Inférieure qui réclame contre l'indication inscrite dans le rapport général sur les épidémies de 1866, en regard du nom de ce département, et qui est ainsi conçue : « Pas de documents produits. »

M. Briquet, rapporteur de la Commission des épidémies, répond que les rapports sur lesquels porte la réclamation de M. le préfet de la Charente-Inférieure, ayant trait au choléra, ne devaient pas être mentionnés dans le rapport général sur les épidémies, mais bien renvoyés à la Commission du choléra, dont le rapporteur est M. Barth.

2° Des rapports d'épidémie par MM. les docteurs Chevance (de Vassy), Jacquez (de Lure) et Lagardelle (de Niort) (Commission des épidémies).

3° Un rapport de M. le docteur Niepce sur le service médical des eaux minérales d'Allevard (Isère) pour l'année 1866 (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une circulaire de la commission d'organisation du congrès d'hygiène et de médecine navale du Havre, qui rappelle que l'ouverture de ce congrès est fixée au 28 septembre, et en fait connaître le programme.

2° Une note de M. le docteur de Mayrignac relative à un instrument dit sphéroïde, destiné à porter sur le col utérin des solutions médicamenteuses de toute espèce sans injection et sans spéculum.

3° Un pli cacheté contenant le dessin et la description d'un nouveau sphygmographe, par M. Longuet, interne des hôpitaux.

M. Ricord communique une lettre qui lui a été adressée par M. le docteur Mac Readie (de Calcutta), et qui est relative à la guérison d'un cas de rage canine chez l'homme par la salivation mercurielle.

M. Depaul dépose sur le bureau, de la part de M. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, la deuxième édition du huitième volume de ses *Leçons cliniques sur les maladies cutanées*.

RAPPORT

Sur le cathétérisme forcé.

M. Gosselin lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Bitot (de Bordeaux,) intitulé : « Du cathétérisme forcé dans les cas de rétention d'urine par obstacles infranchissables. »

Le rapporteur établit d'abord que, malgré la ressemblance des noms, le procédé de M. Bitot n'a aucun rapport avec ceux qu'employèrent Desault, Boyer et Roux. M. Bitot procède toujours avec une force moyenne, il ne violente pas le canal comme on le faisait autrefois. Il présente quatre observations.

Le premier malade, âgé de 15 ans, fut pris de rétention d'urine à la suite de phénomènes attribués à une prostatite aiguë, maladie assez insolite à cet âge. Il fut sondé un peu difficilement le premier jour; le lendemain une sonde métallique n° 16 étant arrêtée dans la région prostatique par un obstacle qui faisait dévier l'instrument, M. Bitot a porté le doigt dans le rectum pour diriger le bec de l'instrument qui pénétra, mais sans amener d'urine. La sonde étant alors retirée, on en trouva les yeux obstrués par du pus, puis on la réintroduisit de la même manière et l'urine sortit avec force. En somme, il y avait un abcès de la prostate qui fut ouvert par la sonde. On ne peut pas dire qu'il y ait là un cathétérisme forcé.

Chez le second malade, âgé de 60 ans, la rétention d'urine est attribuée à une affection de la prostate. On put le sonder pendant plusieurs jours, mais bientôt une uréthro-prostatite se déclare, et la sonde ne pénètre plus. A l'aide de la même manœuvre, en introduisant le doigt dans le rectum pour la guider, en même temps qu'il abaisse son pavillon, M. Bitot fait pénétrer facilement une sonde métallique n° 16.

La troisième observation est intitulée : *Rétrécissement infranchissable de la portion membraneuse*. Il s'agit d'un soldat dont l'âge n'est pas indiqué et qui, après avoir eu plusieurs blennorrhagies et avoir subi quatre ans auparavant un traitement par les bougies, fut pris de nouveau de difficulté de la miction avec douleurs et besoins très-fréquents. M. Bitot et plusieurs autres chirurgiens essayèrent en vain de le sonder pendant plusieurs jours. Les instruments étaient arrêtés à une profondeur de 14 centimètres. Alors une rétention complète se déclara et on eut à opter entre la ponction de la vessie, l'uréthrotomie externe sans conducteur et le cathétérisme forcé. M. Bitot procéda à ce dernier de la façon suivante. Le premier jour il scarifia la muqueuse au devant de l'obstacle, de manière à faire une sorte de saignée locale; le lendemain il endormit le malade et le sonda avec le cathéter cannelé à bout olivaire, à plaque large, dont on se sert pour l'opération de la taille. Lorsqu'il fut arrêté par l'obstacle, il introduisit le doigt dans le rectum et s'en servit pour diriger l'extrémité du cathéter tandis qu'il en abaissait le pavillon. L'opération se fit ainsi facilement.

On ne peut point encore dire qu'il y ait eu dans ce cas un cathétérisme forcé proprement dit. A 14 centimètres de profondeur, si la verge n'était pas tiraillée lors de la mensuration, le rétrécissement devait siéger sur la portion prostatique.

Reste la quatrième observation : ici, il s'agit bien d'un rétrécissement, qui, commençant à 4 centimètres du méat, occupait une assez grande étendue de la portion spongieuse. Le malade était âgé de 50 ans et avait été traité plusieurs fois par l'uréthrotomie. Pris de rétrécissement, il fut soumis à beaucoup de tentatives de cathétérisme; aucun instrument ne pénétrait, même les bougies les plus fines. M. Bitot fit alors, au devant du rétrécissement, une incision avec l'uréthrotome de M. Ricord, dans le but de faciliter la formation d'une fausse route. Il introduisit, aussitôt après, un cathéter qui s'égara et fit une fausse route dont la direction n'était pas celle de la vessie. M. Bitot retira alors le cathéter au devant de l'obstacle, et en ayant soin de ne plus quitter la ligne médiane, il le dirigea vers la vessie, où il pénétra. La voie nouvelle fut maintenue ouverte par l'emploi de la sonde à demeure, et il y eut comme complication un abcès urineux qui fut suivi d'une fistule urineuse.

Si la seconde fois, lorsque l'instrument fut maintenu sur la ligne médiane, M. Bitot avait créé une nouvelle fausse route, ce qui ne paraît pas évident d'après son récit, cette opération rentrerait bien dans celles qui ont reçu le nom de cathétérisme forcé. Si, au contraire, il a tout simplement dilaté un canal rétréci, il s'agissait d'un cathétérisme modéré qui a réussi, dit M. Gosselin, parce qu'il était fait avec un instrument dont la rigidité se trouvait adaptée à la variété de la coarctation.

De tout ce qui précède, on doit conclure qu'il y a deux choses à distinguer dans le travail de M. Bitot : 1° des manœuvres opératoires; 2° une expression pour les caractériser.

1° Les manœuvres opératoires sont au nombre de trois principales : la scarification préalable du devant de l'obstacle; l'emploi d'un instrument très-rigide; le cathéter cannelé de la taille; puis le toucher rectal. De ces trois manœuvres, la première, c'est-à-dire la scarification préalable a-t-elle une grande importance? M. Bitot le croit, mais la lecture des quatre observations n'en montre qu'une tout au plus, la quatrième, où cette scarification ait pu avoir les avantages qu'il lui attribue, de préparer la voie au cathéter rigide et de lui faire tracer une fausse route sur la ligne médiane.

L'emploi du cathéter cannelé de la taille paraît, au contraire, une heureuse innovation. Son olive terminale facilite l'introduction; les bords de la cannelure, la cannelure elle-même, sont plus faciles à sentir et à diriger avec le doigt placé dans le rectum. La plaque large et inégale de son pavillon donne une grande facilité à la main. C'est le moment de rappeler que certains rétrécissements uréthraux sont plus facilement traversés par des instruments rigides que par des instruments souples. Les succès de Décamp, au commencement de ce siècle, tenaient à cette cause plus qu'à toute autre.

Il pratiquait la cautérisation du point rétréci à l'aide d'une cuvette rigide qui pouvait effectuer la dilatation lorsqu'on la dégageait de la sonde en gomme.

Il y a, du reste, à ce point de vue, de grandes variétés dans les rétrécissements, et avant d'en déclarer un infranchissable, il faut avoir essayé beaucoup de procédés et d'instruments.

Quant au toucher rectal, son emploi n'est pas nouveau. Conseillé d'abord par les partisans du cathétérisme forcé, il a été employé souvent pour le cathétérisme modéré.

Mais un mérite du travail de M. Bitot, c'est d'avoir rappelé l'attention sur cette manœuvre si utile.

2° Reste maintenant l'expression dont s'est servi M. Bitot pour caractériser l'ensemble des moyens dont il s'est servi. Cette expression ne nous paraît pas admissible. Il n'y a pas là de cathétérisme forcé, dans le sens que l'usage attribue à ces termes.

Faire le cathétérisme forcé, c'est passer en déchirant la voie naturelle, en ouvrant des voies artificielles, c'est entrer dans la vessie n'importe par quel chemin, après une manœuvre longue, laborieuse, et pour beaucoup de chirurgiens même, c'est faire cette manœuvre avec une sonde conique. Or, M. Bitot ayant sondé ses malades assez vite avec une sonde mousse, ayant fait à peine saigner les urèthres, ne paraissant pas, à part peut-être dans le dernier fait, avoir ouvert de fausse route pour arriver à la vessie, on est en droit de trouver que son cathétérisme n'était pas forcé.

Cette réserve faite, la Commission propose d'accueillir favorablement le travail de M. Bitot en le renvoyant au comité de publication, et d'adresser à l'auteur une lettre de remerciments. (Adopté.)

M. Ricord. A propos du rapport de M. Gosselin, et comme membre de la même Commission, je désire parler de quelques faits de ma pratique personnelle. J'ai pour principe de ne jamais dire qu'un rétrécissement est infranchissable, mais seulement qu'il est infranchi, et je nomme cathétérisme forcé celui qu'on est forcé à faire, quand on ne peut plus attendre pour vider la vessie. Souvent, j'ai vu que plus les sondes ou les bougies qu'on employait étaient petites, moins on pénétrait facilement, tandis qu'en prenant des cathéters d'un assez gros volume, on entrait sans difficulté.

Tout récemment encore, j'ai essayé en vain, pendant un mois, de sonder un malade avec les bougies les plus fines. Enfin, un jour, j'ai pris un numéro 18 des bougies calibrées, et j'ai réussi. Je ne crois donc pas qu'il y ait, à proprement parler, de rétrécissements infranchissables, mais certainement il y en a d'infranchis.

M. Bitot a recommandé un procédé que tout le monde connaît, lorsqu'il a conseillé d'introduire le doigt dans le rectum. Ce procédé, je l'ai mis en usage très-fréquemment. Quand on peut arriver à diagnostiquer un abcès de la prostate, comme je l'ai pu récemment encore chez un pharmacien important, l'introduction du doigt dans le rectum permet d'ouvrir cet abcès au moyen d'un scarificateur agissant d'avant en arrière. Toutes les fois que les difficultés du cathétérisme tiennent à un obstacle prostatique, cette manœuvre peut être utile; mais elle ne sert absolument qu'en pareil cas.

Le grand art est d'entrer dans la vessie comme l'on peut, en connaissant bien tous les trous, si je puis m'exprimer ainsi, que l'on rencontre dans l'urèthre. Cathéter cannelé, gros cathéter, bougie en cire, etc., tout est bon, du moment où l'on peut s'en servir. Ce que j'ai proposé et ce qui m'a souvent réussi, c'est d'inciser le rétrécissement à l'aide de mon uréthrotome, d'avant en arrière, en formant d'abord une sorte d'entonnoir coiffant l'instrument, et tâchant de suivre la ligne médiane. Parfois on dévie. Desault, Boyer, Roux, ont fait des fausses routes. On devrait ne pas tant crier contre la sonde conique, qui est au fond une sonde cylindrique présentée par l'extrémité. Si dans la sonde conique on augmente le diamètre, c'est pour augmenter l'épaisseur des parois, pour qu'elle ne plie pas; mais le segment qui doit pénétrer à travers le rétrécissement agit comme une sonde cylindrique.

Qu'on l'emploie ou non, il peut arriver qu'on fasse des fausses routes. Les anciens en faisaient souvent sans le savoir. Ils les entretenaient par des cathétérismes souvent répétés, et l'urine reprenait son cours à travers elles. C'était là des fausses routes méthodisées, pour ainsi dire. Il arrivait alors ce qu'il arrive lorsque des fistules urinaires s'organisent; elles livrent passage à l'urine comme un vrai canal. Or, les fausses routes méthodisées sont des fistules pratiquées dans le sens de l'urèthre et aboutissant au méat urinaire. Cela ne se voit pas, mais cela sert. Elles sont moins gênantes, elles valent mieux à tous les points de vue que les fistules externes. J'ai vu ouvrir ainsi un canal artificiel chez tel ou tel malade dont l'urèthre n'existait plus, ayant été entièrement détruit par suppuration ou par autre cause.

Dans ce cas là, on a la ressource de l'uréthrotomie externe, on va par l'extérieur chercher la partie encore existante de l'ancien canal, et cette opération, entre des mains habiles, est très-belle. J'en ai vu récemment une qui a été exécutée par M. Demarquay d'une manière très-remarquable; mais je préfère encore une fausse route heureuse à cette opération.

M. Gosselin. Si j'avais à choisir entre la fausse route méthodisée ou l'uréthrotomie externe, je me prononcerais certainement et formellement pour cette dernière. Depuis que MM. Bourguet (d'Aix) et Gaillard (de Poitiers) en ont formulé les principes, l'uréthrotomie externe sans conducteur n'est plus une opération très-difficile. Pour moi, j'ai eu quatre fois déjà l'occasion de la pratiquer, toujours avec succès; tandis qu'en essayant de faire une fausse route, vous n'êtes jamais sûr de rester sur la ligne médiane et de pénétrer dans la vessie; vous pouvez aller jusqu'au rectum.

M. Ricord. Je n'ai pas dit qu'il fallait chercher la fausse route, mais que souvent on la trouvait, et qu'alors on était heureux de l'avoir produite sans l'avoir cherchée.

M. Demarquay. Je remercie M. le président de ce qu'il a dit à mon sujet. Je veux faire remarquer seulement que le procédé préconisé par M. Gosselin n'est pas nouveau et qu'il appartient à M. Monod. Il y a quelques années déjà, j'avais fait plusieurs tentatives infructueuses de cathétérisme à l'aide de très-petites bougies, chez un malade de la maison de santé. M. Monod demanda une grosse bougie et l'introduisit de vive force et rapidement dans la vessie. Ainsi, le cathétérisme forcé peut réussir, mais il ne faut pas l'entreprendre sans être prêt à faire l'uréthrotomie externe, s'il le faut.

En effet, le malade urine encore avant cette tentative, mais la muqueuse de l'urèthre est ramollie par l'inflammation; elle peut être déchirée et refoulée comme un bouchon dans l'endroit rétréci. Alors le malade n'urine plus et il faut faire l'uréthrotomie.

M. Gosselin. Je n'ai rien préconisé, je me suis borné à dire que, d'après M. Bitot, le cathéter cannelé était bon à employer, mais je ne suis pas partisan exagéré de cette méthode; je ne l'ai pas employée moi-même. Seulement, c'est une chose à essayer dans certaines espèces de rétrécissement. Lorsqu'on est en présence de ces rétrécissements cicatriciels très-étendus où le canal est à peu près détruit, alors c'est le cas de recourir à l'uréthrotomie externe.

M. Demarquay. L'uréthrotomie externe convient aussi et surtout lorsqu'un calcul se trouve engagé dans la partie membraneuse de l'urèthre.

M. Huguier. Une fausse route est toujours une mauvaise chose. Je n'aime pas le mot de fausse route dont s'est servi M. Ricord. Dans le cas de rétrécissements infranchissables, on peut faire deux choses, ou bien la restauration de la voie naturelle ou l'établissement d'une voie artificielle pour la remplacer.

M. Ricord. Mais c'est là une fausse route puisqu'on n'est plus dans la bonne voie.

M. Huguier. Non, ce n'est pas une fausse route; c'est, je le répète, l'établissement d'une voie artificielle pour pénétrer dans la vessie.

M. Ricord. Nous sommes en ce moment dans une question de mots.

M. Huguier. Les mots ne sont pas indifférents, car il ne faut pas encourager les ignorants et les maladroits qui font des fausses routes en leur parlant de fausses routes méthodisées.

M. Ricord. Dans cette enceinte je ne parle pas à des maladroits ou des ignorants. Non, je ne crains pas que mes paroles soient mal interprétées, et, je le répète, si on pouvait être sûr d'arriver dans tous les cas à donner passage à l'urine par une fausse route, une fistule interne, je préférerais encore ce moyen à l'uréthrotomie externe qui produit une fistule externe.

La parole est à M. Dupré pour une lecture.

COMMUNICATION.

Nouveau système de contention herniaire.

M. le docteur Dupré rappelle dans un mémoire étendu qu'il avait, en 1857, présenté à l'Académie un nouveau système de contention herniaire, différent, et par sa construction et par sa conformation, des systèmes connus jusqu'alors.

Il est venu le reproduire devant la savante Société, mais cette fois en apportant à l'appui de sa théorie le concours d'une pratique de onze années.

Le système est représenté par un arc en acier appliqué en travers sur la face antérieure des pelotes, allant d'une branche à l'autre et même se reployant derrière elles.

Le bandage est calqué sur la conformation du bassin. Il est bon de remarquer à ce sujet que M. Dupré a surtout en vue la contention des hernies inguinale et crurale.

Les deux extrémités de l'arc métallique sont reliées entre elles par deux rubans, un pour chaque extrémité, qui se bouclent à la façon d'une patte de pantalon, et le bandage se trouve ainsi fixé et serré.

Le bandage agit alors par simple traction antéro-postérieure, et non pas comme la ceinture, par constriction circulaire et tension du sous-cuisse, mainte fois intolérable et néanmoins susceptible de relachement. Le plus souvent, la tension du sous-cuisse ne suffit pas à la contention des hernies tant soit peu difficiles.

Le mécanisme du bandage transversal diffère également du retrait élastique des ressorts que l'on ne peut jamais soumettre à un calcul précis, n'en déplaise aux assertions contraires des bandagistes. Trop faibles, les ressorts ne contiennent rien, trop forts, ils violentent la région sacrée en même temps qu'ils défoncent par devant la paroi abdominale.

Les principaux inconvénients des ressorts sont, après celui-ci : les déplacements en travers, la projection en avant, d'où résulte le soulèvement de la pelote et par suite son défaut de pression. Puis vient encore la détorsion du ressort sur son axe (bandage français, ou la débascule de la pelote, bandage anglais). Ici, rien de pareil, l'arc transversal assujettit les pelotes sans rien perdre de sa force par une pression intempestive sur les côtés de la face antérieure du bassin. On se serre à volonté à l'aide du ruban bouclé et d'après les exigences de la contention.

La pression peu sensible de ce ruban sur la région sacrée ne peut être comparée à la dureté d'application des ressorts.

Les deux qualités essentielles du bandage sont sa fixité et sa pression méthodique; il n'est pas seulement le meilleur des bandages inguinaux, il est encore le seul qui puisse assurer d'une manière certaine la contention des hernies crurales. Telles sont les conclusions de l'auteur.

M. Dupré répond, en terminant, à certaines objections adressées au nouveau système.

On a prétendu, dit-il, qu'il convenait mieux aux hernies difficiles qu'aux hernies faciles. C'est là, sans contredit, une singulière objection qui, du reste, fait déjà l'éloge du système.

M. le docteur en appelle au sens commun et surtout à la pratique qui vient tous les jours s'inscrire en faux contre une pareille assertion. En affirmation contraire, l'auteur soutient qu'aucun bandage autre que le bandage transversal n'a le droit, avec une réduction aussi notable dans l'épaisseur, d'affronter l'impulsion d'une hernie ordinaire.

L'*imperceptible* des bandagistes doit être, à tout jamais, banni d'une saine et sévère pratique.

Quant au reproche adressé à M. Dupré sur la nécessité d'être astreint, pour conformer son appareil, à la présence de la personne qui doit en faire usage, il répond simplement :

Ceci ne prouve qu'une chose, la conscience du praticien. Si, au lieu d'être praticien j'étais industriel, je ne viendrais me soumettre au jugement de l'Académie.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, M. Aubrée, chirurgien des hospices de Rennes, maire et membre du conseil général d'Ille-et-Vilaine, a été nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— Dans sa dernière séance, la Société de médecine légale avait à nommer plusieurs membres correspondants nationaux; ont été élus à la majorité des suffrages :

M. le docteur Bertherand, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de l'Algérie*, à Alger;

M. le docteur Bijon, à Quimperlé;

M. le docteur Bonneau à Mantes;

M. le docteur Brunet, médecin en chef de l'asile d'aliénés, à Dijon;

M. Dieulefait, professeur de physique, à Toulon;

M. le docteur Jeannel, professeur à l'école de médecine, à Bordeaux;

M. le docteur Laurent, médecin en chef de l'asile d'aliénés, à Fains (Meuse);

M. le docteur Marchand, médecin directeur de l'asile d'aliénés, à Toulouse;

M. le docteur Mascarel, à Chatellerault;

M. Mouton, procureur impérial, à Rodez;

M. le docteur Subert, à Nevers.

La Société a décidé que dix-huit autres membres correspondants nationaux seront nommés dans la séance du 9 novembre. Le rapport, qui servira de base à cette élection, comprendra toutes les candidatures qui seront parvenues au secrétariat avant la fin du mois de septembre.

— La Société de chirurgie, actuellement en vacances, reprendra ses séances le mercredi, 7 octobre.

Notice sur les eaux thermales sulfureuses de Vernet-les-Bains (Thermes Mescader), (Pyrénées-Orientales), par le docteur MASSE, médecin consultant. 1 vol. avec une planche lithographiée. Prix : 1 franc, Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour com . . . le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE : Théories dermatologiques de M. Bazin. Formation du tissu osseux. — Hôpital de la Maternité (M. Hervieux). Traitement de la péritonite puerpérale généralisée ou générale d'emblée. — Emploi de l'acétate de fer en médecine. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Théories dermatologiques de M. Bazin (1).

Une des plus grandes difficultés que l'on rencontre lorsqu'on veut comparer entre elles les théories médicales émises sur un même sujet, c'est que chaque auteur se fait à la fois une doctrine et une langue à part.

En passant d'une école à l'autre, les termes prennent des acceptions très-différentes, et il en résulte bien des méprises pour les esprits inattentifs.

Si l'on veut, par exemple, étudier le système dermatologique de M. Bazin, il faut commencer par savoir ce que désignent pour lui les expressions de « maladies, affections, diathèses ».

Là sont les clefs de voûte de son édifice, les principes sur lesquels tout le reste doit s'appuyer. Aussi chaque série de leçons, chaque volume publié par M. Bazin contient-il, comme introduction indispensable, ces premières définitions.

Pour M. Bazin, l'affection est subordonnée à la maladie

L'affection, caractérisée par des lésions et des symptômes, *affecte* une partie plus ou moins vaste, mais limitée, du corps humain; elle n'atteint jamais à la fois tous les appareils et tous les tissus : la maladie peut exister indépendamment de tous phénomènes actuels, et elle occupe l'homme entier.

La roséole syphilitique, les plaques muqueuses et les gommes sont autant d'affections distinctes : la syphilis est la maladie constitutionnelle, toujours la même, dont elles résultent.

L'affection n'est pas une entité; mais la maladie en est une.

Celle-ci naît, grandit, se développe avec des phases successives, et s'éteint, ou meurt comme un être à part.

Elle ne peut jamais rétrograder dans son évolution, pas plus que l'homme ne le pourrait lui-même.

Le vieillard aux cheveux blanchis ne redevient pas le jeune homme aux cheveux noirs. La syphilis ne produit plus de chancres ou de roséoles, alors que déjà elle a fait paraître des périostoses ou des gommes.

— Ce qui distingue la maladie de la diathèse, c'est que la dernière donne toujours un même produit. Ainsi, la diathèse cancéreuse se manifeste exclusivement par du cancer, comme la diathèse tuberculeuse par du tubercule.

La diathèse n'a pas une marche fixe; elle peut durer indéfiniment, et garde la même physionomie depuis le premier jusqu'au dernier jour.

Ce n'est pas un être progressif, pour ainsi dire, mais une influence qui se fait sentir plus ou moins longtemps.

Faire d'une diathèse une maladie ou d'une maladie une diathèse, c'est en changer absolument toute l'histoire pathologique.

— La syphilis est bien le type des maladies constitutionnelles. Chacun est d'accord pour lui reconnaître un point de départ et une évolution parfaitement déterminés.

Ses périodes se succèdent d'après un certain ordre, affectant des parties de plus en plus profondes.

Entre ses diverses manifestations, il peut exister des intervalles plus ou moins longs, comme de sommeil; mais si elle se réveille, elle reprend sa marche en avant, sans rétrograder.

En est-il de même de la scrofule, de l'arthritis, de l'herpétisme, maladies constitutionnelles pour M. Bazin? L'originalité du système inventé par le célèbre dermatologiste consiste surtout à le prétendre.

Bien d'autres sans doute, avant lui, avaient regardé comme scrofuleuses, rhumatismales ou dartreuses, certaines maladies de la peau.

Mais pour eux la dartre, l'arthritis ou la scrofule étaient des diathèses.

(1) Voir : *Leçons historiques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les éruptions scrofuleuses, etc.*, par le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc., rédigées par le docteur Jules Besnier. 2e édition, 1868. Paris, Delahaye.

Voir aussi : *Examen critique de la divergence des opinions actuelles en pathologie interne.* Paris, 1866, Delahaye. Et les leçons, du même auteur, sur la scrofule, les syphilides, les maladies parasitaires, etc.

Si elles avaient déjà produit une affection, une lésion locale, un trouble fonctionnel, à un moment déterminé, c'était une raison pour croire que des affections, des lésions, des troubles semblables, apparaissant plus tard chez le même individu, pouvaient se rattacher à la même cause. Et l'on recherchait avec soin, pour confirmer cette donnée étiologique, les autres manifestations d'une même diathèse, qui avaient pu paraître dans l'intervalle.

Un lupus et des tubercules considérés comme scrofuleux pouvaient faire admettre la nature scrofuleuse d'un eczéma qui leur succédait.

— Pour M. Bazin, ce serait exactement l'inverse.

Il ne faut pas oublier ce principe : les maladies constitutionnelles ne peuvent jamais rétrograder.

Chaque période a ses phénomènes et ses affections qui lui sont propres.

Or, l'eczéma est, dans la scrofule, une affection qui appartient à une période moins avancée que le lupus et les tubercules. S'il les précède, il est probablement de même nature; mais jamais, s'il les suit.

Ainsi le système de M. Bazin ne repose pas simplement, comme on le lui a reproché à tort, sur quelques considérations d'étiologie banale, qui, au lieu d'être au second plan, seraient reportées au premier.

Non, les données d'étiologie courantes ne sont point celles de M. Bazin, et si les doctrines de ce médecin devaient être admises, ce que nous examinerons un autre jour, la pathologie serait transformée de fond en comble.

— Nous avons vu ce que c'était que les maladies constitutionnelles et les diathèses. Entre ces deux grandes classes, maintenant M. Bazin en introduit une troisième : les cachexies.

Dans les cachexies, il fait entrer la lèpre, le scorbut et le rachitis, qu'il avait d'abord considérés comme des maladies constitutionnelles, et, en outre, le pemphigus chronique et successif, la maladie de Brigth et la maladie d'Addison.

« Toutes ces maladies, dit-il, diffèrent des diathèses par la variété des accidents et la multiplicité des produits; tandis qu'elles s'en rapprochent par la continuité de leurs manifestations.

« Elles tiennent ainsi à la fois des maladies constitutionnelles et des maladies diathésiques; on doit donc les considérer comme formant un groupe intermédiaire aux deux ordres de maladies précédentes.

« Pour les distinguer, je les comprends, malgré les différences qu'elles offrent entre elles, dans un même groupe; et, en raison de leur gravité, je les désigne sous le nom de *maladies cachectiques*.

« Cette dénomination, qui leur a été imposée par divers nosologistes, me paraît leur convenir en raison de ce fait, que c'est l'état général qui domine dans leur histoire et qu'il entraîne presque fatalement la cachexie. »

Cette modification récente au système de M. Bazin ne nous semble pas des plus heureuses.

Comment rapprocher l'une de l'autre la maladie de Bright et la lèpre?

La lèpre, maladie sûrement héréditaire et peut-être communicable; qui a ses prodromes et ses périodes, ses manifestations multiples, atteignant successivement des systèmes organiques de plus en plus profonds; qui diffère plutôt de la syphilis par une *individualité* mieux accusée, pour ainsi dire, en ce que sa marche, plus fatale et plus continue, a moins d'imprévu : y voir une simple cachexie analogue à celle qui suit une lésion, peut-être à l'origine inflammatoire, de l'appareil rénal! Nous ne pouvons considérer un semblable rapprochement comme un progrès.

Si nous formulons, en passant, cette critique, c'est que M. Bazin nous paraît entrer dans une voie très-dangereuse pour ses doctrines.

Ces doctrines, nous ne voulons pas les apprécier en ce moment; mais il est certain que leurs adversaires ne seront jamais désarmés par des concessions de détail.

Que leur importe le classement des maladies laissées dans l'ombre?

La première question est de savoir si la scrofule, l'arthritis, l'herpétis sont des *entités* pathologiques à marche réglée; si les affections, les lésions, les symptômes qui en dépendent, se suivent fatalement dans un ordre déterminé, comme les anneaux d'une chaîne qui se déroule jusqu'au bout.

Voilà ce qu'il faut démontrer et ce qu'on nie.

Peu importe donc que l'on détache les premiers anneaux de cette chaîne et qu'on rejette dans le groupe des maladies accidentelles un certain nombre d'arthritides ou d'herpétides, comme vient de le faire M. Bazin.

Il s'agit aussi de savoir si ces maladies constitutionnelles, comme autant de chaînes différentes, peuvent se rencontrer et progresser parallèlement, sans jamais s'unir; si, par exemple, la syphilis et la scrofule ne peuvent jamais s'influencer et se combiner dans leurs produits; si le mot de M. Ricord : « *scrofulate de vérole* » est un non-sens.

C'est là encore une des propositions fondamentales de M. Bazin, où devait fatalement le conduire l'idée qu'il se fait de la maladie constitutionnelle.

Cette idée, nous l'avons déjà dit, peut s'exprimer clairement par un mot dont M. Bazin ne s'est pas servi, le mot « entité ».

Ce mot dépeint la maladie constitutionnelle infiniment mieux que la définition longue et embarrassée formulée par M. Bazin.

Une entité est un être abstrait, un être de raison, que l'on isole par un acte d'intelligence.

On lui reconnaît une naissance, un développement progressif; aussi bien qu'aux êtres concrets, aux êtres réels.

Cet individu intangible, impalpable, a donc son histoire et pour ainsi dire sa physiologie.

M. Bazin s'est appliqué à discerner et à décrire quatre entités qui, isolément ou se rencontrant sans se confondre, peuvent habiter l'homme : la syphilis, la scrofule, l'arthritis, l'herpétis.

— M. Hardy, qu'on rapproche souvent de M. Bazin, parce qu'il décrit comme lui des syphilides, des scrofulides, des herpétides ou « dartres », M. Hardy s'en écarte au contraire absolument, en ce qu'il rattache ces affections à des « diathèses », à des états de l'organisme, et non point à des entités.

Formation du tissu osseux.

Nous avons vu récemment un malade auquel M. le professeur Gosselin avait pratiqué, quelque temps avant, la résection du coude, et qui pouvait fléchir et étendre son bras avec une certaine force. Chez lui on sentait distinctement une saillie osseuse qui tenait la place de l'olécrane. Cette saillie osseuse semblait ne point se rattacher immédiatement au radius, mais, au contraire, s'être développée isolément dans le tendon du triceps. Elle n'en jouait pas moins le rôle de poulie, rendant ainsi les mouvements plus faciles et plus étendus.

D'où viennent ces productions osseuses qui tantôt se font et tantôt manquent à la suite des résections? Comment l'os se forme-t-il et grandit-il? Comment peut-il se consolider en cas de fracture, se régénérer en cas de perte de substance?

Toutes ces questions sont étudiées avec les plus grands développements dans l'ouvrage de M. Ollier (1) que l'Académie des sciences a couronné l'année dernière.

Cet ouvrage remplit les promesses de son titre; c'est bien un « Traité expérimental et clinique de la régénération des os. »

Le rôle du périoste n'y a point été exagéré comme on pouvait s'y attendre; nous avons déjà remarqué que M. Ollier se distingue par l'appréciation la plus impartiale de ses propres travaux, comme de ceux d'autrui.

Il a changé de théorie histologique, ce qu'il est bon de savoir. Autrefois il interprétait ses expériences et leurs résultats par la théorie des blastèmes.

L'os devait se former et se régénérer par un exsudat que le périoste devait lui fournir.

L'autorité de M. Ollier est encore invoquée dans le traité des tumeurs, de M. Broca, pour soutenir cette théorie des blastèmes.

Or, maintenant M. Ollier s'est complétement rattaché à la théorie cellulaire.

Il explique, comme M. Virchow, la formation et les transformations des cellules osseuses; et la seule différence qu'on puisse noter encore entre les idées de M. Virchow et les siennes, c'est qu'il sépare plus absolument l'ossification proprement dite du simple envahissement par les sels calcaires.

Comment donc se fait l'ossification d'après M. Virchow?

Les cellules du cartilage et du périoste deviennent celles de l'os, comme celles de l'os deviennent celles de la moelle; bien que la forme, l'aspect extérieur, etc., des unes et des autres soient on ne saurait plus différents.

Les cellules du cartilage sont grosses, sphériques, envelop-

(1) *Traité expérimental et clinique de la régénération des os et de la production artificielle du tissu osseux*, par M. Ollier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Deux volume grand in-8, 1867. Paris, Victor Masson.

pées d'une membrane capsulaire, et séparées par une substance intercellulaire à peu près amorphe;

Les cellules du périoste forment un tissu conjonctif très-dense avec une énorme quantité de fibres élastiques; elles sont petites et serrées;

Les cellules de l'os sont étoilées, elles ont des prolongements multiples et sont plongées dans une substance intercellulaire imprégnée de sel calcaire;

Les cellules médullaires sont à l'origine petites, rondes, à noyaux uniques ou multiples.

Eh bien! cependant, les cellules du cartilage ou du périoste, en se segmentant, se divisant, se subdivisant, proliférant, donnent naissance aux cellules osseuses.

La matière inter-cellulaire du cartilage se ramollit pour laisser les cellules se grouper autrement; celle du périoste s'épaissit et devient presque cartilagineuse avant de se charger de sels calcaires; en même temps, les cellules deviennent étoilées et l'os se trouve constitué.

Puis, lorsque l'os se transforme en moelle dans les parties centrales, ce changement s'opère par une nouvelle division et prolifération des mêmes cellules qui, d'étoilées, redeviennent rondes, en même temps que les sels calcaires sont absorbés.

Bientôt, les cellules de la moelle à noyaux simples ou multiples (ce que M. Robin nomme les « médullocelles » et les « myéloplaxes ») se chargent de graisse et cessent de proliférer.

Mais sous l'influence d'une irritation, elles peuvent se dépouiller de leur graisse et rentrer dans la vie active.

Elles redeviennent étoilées, attirent de nouveau les sels calcaires et régénèrent le tissu osseux.

Nous avons vu que l'irritation, qui serait mieux nommée « incitation », a, dans le système de M. Virchow, le plus grand rôle.

Sous son influence, les propriétés ostéogènes du périoste sont surexcitées au plus haut point; le périoste se tuméfie et ses cellules prolifèrent rapidement.

Ainsi la théorie explique un fait bien connu des chirurgiens et qui domine l'histoire pratique des régénérations osseuses. Pour qu'on les obtienne aisément sur les adultes, il faut que le périoste soit préalablement excité, tuméfié par la présence d'un os mort ou par tout autre cause.

Dans les évidements d'os cariés, les cellules médullaires, celles qui garnissent les canaux de Havers font en majeure partie les frais de l'os nouveau.

Dans les fractures, le périoste, la moelle, et même les tissus conjonctifs du voisinage fournissent les éléments du cal.

Tous les tissus dont nous avons parlé font également partie des tissus conjonctifs dont on trouve les éléments répandus partout dans l'organisme.

Les autres tissus du même groupe, le tissu connectif (autrefois cellulaire), la névroglie, etc., pourraient donc former à la rigueur de vrais os, si un processus irritatif particulier avait imprimé cette direction à leurs cellules.

Cette conséquence presque forcée de la doctrine cellulaire ne sera pas facilement admise par M. Ollier.

Il considère encore comme étant de nature essentiellement différente l'os à cellules étoilées, à « ostéophytes », et la tumeur d'apparence osseuse, produite par le simple dépôt de sels calcaires entre des cellules de toute autre forme.

Tandis que, pour M. Virchow, dans le cartilage, la calcification constitue un premier stade, à peu près obligé, de l'ossification complète.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. Hervieux

Traitement de la péritonite puerpérale généralisée ou générale d'emblée (1).

Réfrigérants. — Malgré l'autorité des hommes qui les ont recommandés depuis longtemps contre la péritonite puerpérale, les réfrigérants n'ont jamais pu entrer sérieusement dans la pratique. C'est en vain que Schmucker et Cullen ont conseillé les cataplasmes froids ou la glace en applications sur le ventre lorsqu'il existe beaucoup de météorisme; que Sutton, d'après Robert Thomas, assure avoir obtenu de bons effets de l'application sur l'abdomen de l'eau froide camphrée; que Hufeland donne le conseil d'appliquer des cataplasmes froids quand la tuméfaction abdominale est considérable; que Van Swieten et Sarcona assurent avoir retiré un grand avantage des fomentations froides dans la péritonite des femmes en couches; que Sigault, effrayé de la mortalité qui régnait à l'Hôtel-Dieu de Paris dans le service des accouchements, a recours, en désespoir de cause, à la projection de douches d'eau froide sur le ventre. C'est en vain que, le 1er avril 1862, M. Béhier lit à l'Académie de médecine un travail important sur les avantages de l'application continue du froid humide dans le traitement de la péritonite puerpérale. Tous ces efforts, successivement tentés par des hommes de grande valeur, n'ont jamais réussi à faire prévaloir la méthode des réfrigérants dans la thérapeutique de la maladie que nous étudions.

J'ai moi-même institué à la Maternité, en 1862, la médication réfrigérante contre la péritonite généralisée, en me conformant d'ailleurs aux dispositions conseillées par M. Béhier.

(1) Suite. — Voir la *Gazette des hôpitaux* du 10 septembre 1868.

Or, le résultat a été si décourageant que j'ai dû renoncer entièrement à ce mode de traitement. Je l'ai appliqué, en dehors de l'état puerpéral, chez une élève sage-femme atteinte de péritonite et que M. Danyau a vue en consultation avec moi, et la malade a succombé. J'ai eu recours, en ville, aux applications réfrigérantes (compresses d'eau froide et glace sur l'abdomen) chez une jeune dame également atteinte de péritonite et pour laquelle j'avais fait appeler M. Depaul. Nous avons dû abandonner l'emploi de ce moyen, et la mort a eu lieu le sixième jour des couches.

La glace ne m'a réussi qu'une seule fois, c'était dans un cas de péritonite diaphragmatique. Il est vrai que les réfrigérants avaient été précédés de l'application de 15 ventouses scarifiées sur le côté douloureux.

Malgré le peu d'avantages que j'ai retirés de cette médication, m'est avis qu'elle ne doit pas être condamnée sans appel. Il ne faut pas oublier qu'elle a donné d'excellents résultats entre les mains de M. Béhier. Voici pour ceux qui désireraient tenter de nouveaux expériments dans cette voie, le *modus faciendi* adopté par le savant professeur :

Une compresse pliée en plusieurs doubles, largement imprégnée d'eau, est appliquée sur le ventre, et une ou deux larges vessies de caoutchouc, aux deux tiers remplies de fragments de glace et bien fermées, sont placées par dessus le linge mouillé. Une alèze, rabattue exactement et épinglée au besoin, maintient l'appareil tout entier en place et permet aux malades d'exécuter dans leur lit tous les mouvements nécessaires.

Collodion. — Le 18 octobre 1863, M. Robert-Latour lisait, à l'Académie de médecine, une observation de péritonite aiguë dans laquelle il avait employé avec succès le collodion élastique.

Le 8 janvier 1859 paraissait, dans *l'Union médicale*, une nouvelle observation de métro-péritonite puerpérale promptement vaincue par l'application d'une couche de collodion sur l'abdomen. Cette observation était signée : De Robert de Latour. J'ai lu attentivement ces deux faits, et il m'eût été impossible d'en tirer aucune conclusion favorable au collodion, si un homme sérieux, le professeur Dohrn de Marbourg, n'avait fait connaître les résultats de sa pratique dans le traitement de la péritonite puerpérale.

De son travail publié dans le *Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkraukreiten*, 5e liv., 1865, et reproduit par la *Gazette hebdomadaire* du 17 novembre 1865, il résulterait que le collodion a été employé dans 31 cas de péritonite, et que 3 fois seulement il n'aurait pas donné de résultats avantageux. Mais l'analyse de ces faits démontre que l'enduit imperméable n'a été appliqué que dans des cas de péritonite partielle, et pas une seule fois dans la péritonite généralisée. Or, la péritonite partielle guérit tout aussi bien, et j'ajouterai même plus sûrement par les moyens connus.

Je lisais en outre, dans *l'Union médicale* du 27 février 1866, que le docteur Isnard (de Marseille) avait publié, dans le *Bulletin* de la Société de médecine de cette ville, un Mémoire sur l'emploi des enduits imperméables, où sont relatés des faits de péritonite traitée avec succès par les applications de collodion. Je n'ai pas eu ce Mémoire entre les mains et n'ai pu juger par moi-même de la valeur des faits qu'il contient.

Désirant toutefois savoir à quoi m'en tenir sur les effets de ce nouveau mode de traitement, j'instituai dans mon service une série d'expériments dont je vais faire connaître le résultat. Ces expériments, je les ai commencés à une époque où il n'existait depuis plusieurs mois, à la Maternité, aucune trace d'épidémie puerpérale, et je les ai continués ultérieurement dans l'état épidémique, afin de pouvoir apprécier les effets du collodion dans ces deux conditions. Quatorze malades ont été soumises à cette médication, neuf dans l'état épidémique, six en dehors de cet état. Une seule d'entre elles a survécu.

De ce que nous avons perdu 14 malades sur 15 en employant le collodion, faut-il en conclure que le collodion est responsable de ces 14 décès? Nullement. Il n'avait mérité ni cet honneur ni cette injure. Considéré à un point de vue général, le collodion est un agent inoffensif qui n'a à se reprocher la mort de personne. Il ne blesse ni ne tue; son grand défaut, c'est de laisser mourir.

Malgré tout mon désir d'être clément au collodion, je ne puis toutefois, dans l'intérêt de la vérité scientifique, m'abstenir de signaler quelques inconvénients attachés à son emploi.

De deux choses l'une : ou bien le collodion est appliqué sur la totalité de la surface abdominale antérieure, ou bien l'application n'en comprend qu'une partie, la zone hypogastrique, par exemple.

Dans le premier cas, lorsque le météorisme augmente dans une proportion considérable, ainsi qu'il arrive presque toujours dans la péritonite généralisée, la paroi antérieure de l'abdomen ne pouvant plus se distendre, empêchée qu'elle est par l'inextensibilité de l'enduit perméable, c'est vers le diaphragme que se fait la poussée, et dès lors on conçoit la gêne qui en résulte pour l'expansion pulmonaire, d'où l'anxiété respiratoire et la tendance asphysique.

Dans le second cas, le collodion bridant la zone hypogastrique à l'égal d'une sangle inflexible, c'est vers la région épigastrique que se fait la distension, et l'on voit cette dernière région faire, au-dessus de l'hypogastre, une saillie qui explique la douleur qu'accusent les malades au niveau de l'estomac, et, comme dans le cas précédent, on voit apparaître la dyspnée et les accès de suffocation.

C'est à cette anxiété respiratoire, à cette dyspnée, à cette douleur épigastrique qu'il faut attribuer la résistance opposée par certaines malades à de nouvelles applications de collodion et les efforts violents tentés par quelques-unes de ces pauvres femmes pour se débarrasser de la couche imperméable.

Est-il vrai que le collodion appliqué à la péritonite généralisée, fasse tomber la fièvre et abaisse la température de la peau. A cet égard, l'analyse de mes observations m'a conduit à un résultat diamétralement opposé à celui des auteurs que j'ai déjà cités. L'accélération du pouls et la chaleur de la peau n'ont cessé, malgré le collodion, de suivre une marche ascendante, et si le ventre, en particulier, a paru dans quelques cas modifié extérieurement dans sa température, cela tenait simplement à l'évaporation du chloroforme qui entre dans la composition du collodion.

En résumé, le collodion ne peut rien contre la péritonite généralisée puerpérale aiguë; en s'opposant avec trop d'énergie au ballonnement abdominal, il refoule le diaphragme et trouble quelquefois sérieusement les fonctions respiratoire; il n'arrête pas le développement de la fièvre, et s'il ne cause point la mort, du moins est-il impuissant à la prévenir.

(La suite prochainement.)

EMPLOI DE L'ACÉTATE DE FER EN MÉDECINE.

Les préparations d'acétate de fer sont peu employées en médecine; les anciennes formules comme les nouvelles sont à peu près inusitées. Ces composés ferrugineux ont cependant toutes les propriétés de leurs congénères, et leur conservation, quoique difficile, n'est pas impossible.

Le sirop d'acétate de fer, entre autres, possède incontestablement, au plus haut degré, les vertus tonique et reconstituante des meilleurs ferrugineux. Son action prompte et énergique, son goût agréable, réclament en sa faveur, nous ne dirons pas la préférence, mais une sérieuse attention de la part du médecin, et lui réservent bon accueil auprès des malades.

Avant d'énumérer les qualités qui le recommandent, nous croyons utile d'indiquer sommairement les caractères généraux des sels de fer, lorsqu'ils sont en présence du suc gastrique.

Les études expérimentales faites sur les diverses préparations ferrugineuses et plus particulièrement sur l'acétate de fer, ont démontré que tous les sels de fer solubles, le chlorure ferrique excepté, ont cela de commun qu'ils précipitent le suc gastrique ou se combinent avec lui pour former des précipités (1).

Il n'y a de différence réelle entre eux que par le volume floconneux de ces précipités et par le temps que met le précipité à se former.

Avec le concours du microscope, on voit chez tous une matière amorphe semblable au précipité que l'on obtient en chauffant le suc gastrique jusqu'à 60°. On retrouve aussi les cristaux des sels ferrugineux.

On a constaté également que l'action dissolvante du suc gastrique sur les sels de fer insolubles ou peu solubles est très-variable.

1 gramme lactate de fer mis en dissolution dans 100 grammes suc gastrique frais, de très-bonne qualité, et soumis pendant quatre heures à une température de 38° a donné en moyenne, pour cinq analyses :

1°................	0,126	fer pur dissous (2).
2°................	0,138	
3°................	0,147	
4°................	0,131	

Voici, pour 1 gramme de sel ferrugineux, la moyenne de fer pur dissous par 100 grammes suc gastrique :

Lactate de fer........................	0,135,5
Fer réduit........................	0,165,2
Limaille de fer........................	0,439,6
Carbonate ferreux........................	0,170
S. carbonate de fer........................	0,012,6
Ethisops martial........................	0,011,9
Phosphate de fer........................	0,007,7

Ces quantités sont le résultat obtenu par dix analyses pour chacun des sels de fer.

Quant à l'action digestive du suc gastrique, elle varie selon la nature des sels ferrugineux mis en contact avec lui et en raison de son action dissolvante sur ces différents sels (3).

Puisque tous les sels de fer précipitent le suc gastrique, puisque l'action dissolvante du suc gastrique est si variable lorsqu'il est en contact avec des sels de fer insolubles, il est tout naturel qu'on donne la préférence à la composition martiale qui offre le plus d'avantages et de garanties, soit comme agrément, soit comme solubilité, soit surtout comme dose exacte de fer pur absorbable.

L'acétate de fer est le composé ferrugineux qui nous a paru le mieux remplir toutes ces indications. Mais pour qu'on pût l'employer en médecine, il fallait le rendre maniable. Or, si sa préparation est facile, on ne peut en dire autant de la manière de le conserver. Ce produit s'altère très-vite, soit que, par le contact de l'air, il passe à l'état de peroxyde, soit que, à l'état de peroxyde, il laisse déposer une partie de sa basse. Ce n'est que mélangé à du sirop que M. Savoye, pharmacien à Lyon, est parvenu à le conserver sans altération.

Pour cette préparation, il se sert de l'acétate de fer au minimum additionné d'un peu d'ammoniaque qui en sature l'acidité, l'associe, en proportions déterminées, à du sirop qu'il aromatise avec la teinture d'écorce d'orange.

(1) Ne sont pas compris dans la liste des sels de fer solubles les composés de fer médicamenteux mixtes, comme l'iodure de fer, etc., etc.

(2) Nous ferons observer que le lactate de fer est soluble en partie dans l'eau, et que, de plus, celui dont on s'est servi était à l'état de sel effleuré, par conséquent contenant plus de fer qu'un poids égal de lactate cristallisé qui représente 25, 1 0/0 de fer pur.

(3) Le suc gastrique est sujet à varier quant à l'activité de sa vertu digestive, à la nature de son acide et à la quantité fournie par l'estomac dans un temps donné. Lorsque l'atmosphère est à l'orage, le suc recueilli par les mêmes procédés que les autres jours est moins abondant et moins digestif. Ce phénomène est constant et a été remarqué chez tous les chiens qui ont servi à ces expériences chaque fois que le temps était mauvais.

La dose d'acétate de fer représente *deux* grammes de fer pur par 1,000 grammes de sirop, soit 6 centigrammes par cuillerée de 30 grammes.

Il a, de préférence à la forme de pilules ou de pastilles, adopté la forme de sirop comme étant celle qui offre le plus d'agrément, le plus de promptitude d'action et le moins d'inconvénients dans la généralité des cas où le fer est employé. En effet, outre que le composé ferrugineux s'altère rapidement au contact de l'air, les pilules préparées depuis quelque temps acquièrent une dureté, une cohésion telle, qu'elles résistent plus ou moins à la désagrégation dans les liquides intestinaux, et par suite sont péniblement digérées, quelquefois même ne le sont pas du tout. D'ailleurs, sans compter les enfants, beaucoup de grandes personnes ne peuvent avaler facilement les pilules. Quant aux pastilles, le travail de mastication qu'elles nécessitent développe inévitablement dans la bouche la saveur atramentaire des ferrugineux.

Nous ne voulons pas discuter ici la valeur comparée des diverses préparations martiales, nous voulons seulement résumer les avantages positifs du sirop d'acétate de fer que M. Savoye appelle *Sirop anti-anémique*.

1° Dans son composé, le sel de fer est au minimum, c'est-à-dire à l'état le plus convenable pour en favoriser l'absorption et l'assimilation dans le sang.

2° Son acide, de nature organique, est peu tenace, volatil, et laisse sa base métallique s'engager facilement dans les combinaisons physiologiques des substances alimentaires et du sang. On sait que les acides végétaux sont moins hostiles à l'économie que les acides minéraux et qu'ils se transforment aisément en acide carbonique, comme l'ont démontré les expériences de Whœler. Quant à l'oxyde de fer mis en liberté, il se trouve dans les meilleures conditions pour s'unir intimement avec les matériaux de l'absorption intestinale et avec les éléments réparateurs des globules sanguins.

3° Peu astringent par lui-même et par les substances qui lui sont associées, l'acétate de fer est d'un doux contact pour la muqueuse digestive; il n'exerce point sur elle une corrugation nuisible à l'activité de l'absorption. Il est, en outre, peu apte à former un précipité insoluble avec les sucs digestifs et les matières alimentaires qu'il rencontre sur son parcours.

4° L'addition de teinture d'écorce d'orange donne à ce sirop un goût très-agréable qui lui assure bon accueil auprès des personnes les plus difficiles en fait de remèdes, et même en fait une friandise pour les enfants et les jeunes filles. Une cuillerée dans un demi-verre d'eau ordinaire ou gazeuse constitue une des boissons les plus rafraîchissantes qu'on puisse avoir en été; point de goût atramentaire, pas de saveur styptique, et son usage ne noircit pas les dents.

5° Cette préparation est toujours très-soluble, très-limpide, inaltérable; douée de la plus grande facilité d'assimilation, elle contient assez de fer pour enrichir rapidement le sang, sans qu'il soit besoin d'en faire usage longtemps. Souvent il faut, dans la médication ferrugineuse, varier la dose, la composition et le mode d'administration des martiaux pour arriver à un degré convenable d'efficacité et de tolérance. Eh bien! cinq années d'expériences cliniques ont prouvé que le sirop anti-anémique est, de tous les composés ferrugineux, celui qui est le mieux supporté, le plus apéritif, le meilleur digestif, qu'on prend toujours avec un nouveau plaisir, et qui donne le moins lieu aux inconvénients de la constipation. Aucun ne convient mieux à la pluralité des cas qui sont tributaires de la médication martiale. Depuis le simple effet hygiénique jusqu'au résultat médicamenteux le plus prononcé, on peut tout obtenir de son emploi approprié et gradué suivant les indications.

Nous recommandons le moment des repas comme le plus favorable pour l'administration du sirop anti-anémique, de façon à ce que le fer puisse s'incorporer aux aliments pendant qu'ils subissent les élaborations digestives qui préparent l'absorption.

Dr Bardel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 7 août 1868. — Présidence de M. Chausit.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Lunier présente à la Société : 1° un mémoire sur les placements volontaires dans les asiles d'aliénés de 1867, lu au congrès aliéniste, et 2° un ouvrage sur l'aliénation mentale et le crétinisme en Suisse. Paris, 1868. — Il indique, en quelques mots, les principaux points sur lesquels il s'est particulièrement étendu dans ces travaux.

M. Grisolle, membre titulaire de la Société ayant demandé le titre de membre honoraire, M. le Président désigne MM. Boys de Loury, Dolbeau et Blondeaux, rapporteur, pour faire partie de la Commission chargée de présenter un rapport sur cette demande.

M. Worms annonce à la Société que le malade qui fait le sujet de l'observation qu'il a lue dans la dernière séance, continue à aller bien.

M. Richard présente une pierre qu'il a retirée de la vessie d'une femme âgée de 70 ans environ. Une tumeur énorme comprimait la vessie, et cette compression a imprimé à la concrétion calculeuse une forme très-singulière, on peut la comparer à une écaille d'huître. La difficulté de l'opération a été très-augmentée par la présence de cette tumeur qui pesait sur la pierre et empêchait qu'on pût la faire pivoter. Pour arriver à l'extraire, il a été nécessaire de débrider le col de la vessie et l'urèthre, ce qui a produit une incontinence d'urine, qui n'a pas, du reste, empêché la guérison.

M. Aimé Martin lit le mémoire suivant sur l'emploi des injections hypodermiques d'iodure de mercure et de potassium dans le traitement de certains accidents de la syphilis secondaire et tertiaire :

Je viens entretenir succinctement la Société de faits qui m'ont paru offrir un véritable intérêt.

Je ne suis encore qu'au début d'une série d'expériences que j'ai entreprises; mais les résultats obtenus, quoiqu'en petit nombre, sont dignes, je le crois, d'attirer votre attention. J'espère pouvoir bientôt vous présenter une certaine quantité de faits nouveaux du même ordre, avec les détails les plus circonstanciés.

Il s'agit d'une application nouvelle de la méthode hypodermique, de son application au traitement de la syphilis.

J'ai, de tout temps, été frappé de la ténacité de certains accidents syphilitiques, qui résistent, pendant des mois, des années entières à la médication usuelle et s'accompagnent, au bout d'un certain temps, d'un état d'anémie et d'affaiblissement considérable, d'un véritable état cachectique.

J'avais déjà essayé avec succès, il y a quelques années, contre ces cas rebelles et désespérants, l'usage des frictions mercurielles, pratiquées suivant les diverses méthodes de Scatigna, de Cyrillo, et suivant la vieille méthode classique qui n'avait guère plus pour défenseur alors que l'éminent professeur Sigmund, de Vienne; j'en avais obtenu les meilleurs effets et je vous en ai rendu compte dans un mémoire que j'ai lu devant la Société, à la fin de l'année 1865.

Je suis loin, du reste, d'avoir renoncé à l'usage des frictions mercurielles; je viens même d'obtenir, par leur emploi continué pendant plusieurs mois, sans le moindre inconvénient pour le malade, la guérison d'une syphilide cornée palmaire et plantaire, qui, depuis près de dix ans, avait résisté à tous les traitements, et sur la nature de laquelle, en désespoir de cause, les syphiliographes et les dermatologues les plus autorisés avaient fini par hésiter.

Mais les frictions mercurielles appliquées suivant la méthode classique, la seule qui m'ait donné constamment de bons résultats, ne sont point d'un emploi facile; elles exigent, de la part du malade auquel on les prescrit, une assiduité et un soin extrême qu'il n'est pas toujours facile d'obtenir de lui. J'ai donc été réduit à réserver cette médication très-efficace pour les cas exceptionnellement graves et j'ai cherché, pour les cas plus ordinaires, un mode de traitement d'une application plus facile; la méthode hypodermique me parut, *à priori*, devoir remplir cette condition essentielle.

J'avais pu sur moi-même, il y a quelques mois, constater les effets vraiment prodigieux des médicaments introduits dans l'économie par la voie sous-cutanée. Atteint de douleurs gastro-entéralgiques atroces qui résistaient à des doses de 40 à 50 centigrammes d'extrait d'opium, prises à l'intérieur dans une journée, et n'étaient même pas affaiblies par elle, j'avais été soulagé *instantanément* par une injection hypodermique faite à la dose relativement très-faible de 2 centigrammes et demi de chlorhydrate de morphine; ces injections, répétées 10 ou 12 fois, avaient produit toujours le même effet et avaient fini par triompher de la maladie.

Je fus frappé, on le comprendra sans peine, de cette efficacité surprenante due à l'absorption *immédiate* et *totale* du médicament et je me demandai s'il n'en serait pas pour la médication hydrargyrique, en général si mal supportée par l'estomac et si mal absorbée, de même que pour la médication opiacée. Je me promis d'essayer à la première occasion. Restaient deux points importants.

Contre quelle forme d'accidents devais-je employer ces injections? Quelle préparation devais-je choisir?

Décidé à employer d'abord une préparation dérivée du mercure, ce médicament si indispensable et si efficace (quoi qu'en disent quelques médecins contemporains très-sérieux et quoi qu'en aient dit quelques empiriques du commencement de ce siècle), je devais songer d'une manière exclusive au traitement des accidents secondaires contre lesquels son action médicatrice est surtout employée; néanmoins, la composition du liquide de l'injection que je choisis, et dans lequel l'iodure de potassium entre pour une certaine partie, élargissait mon champ d'observation et me fit espérer que je pourrais en obtenir aussi de bons effets contre les accidents tertiaires : cet espoir s'est depuis lors réalisé. Le liquide que je me décidai à employer contient 4 centigrammes de bi-iodure d'hydrargyre pour 1 gramme d'eau distillée. Afin de rendre le bi-iodure soluble, on le mélange à l'iodure de potassium; on produit ainsi un iodure de mercure et de potassium. La solution est très-transparente, d'un jaune citrin, nullement acide; elle a même une réaction légèrement alcaline.

J'ai tenté les injections hypodermiques de cette solution dans trois cas d'accidents secondaires dont je vais vous donner la relation abrégée.

Dans le premier cas j'avais affaire à un syphilitique de 30 ans, employé dans une grande administration, d'une constitution vigoureuse, qui, depuis deux ans, était atteint de lésions secondaires de la peau et des muqueuses, et qui avait subi, sans succès et à de très-courts intervalles, un certain nombre de traitements différents, ou du moins de formes différentes du traitement mercuriel interne : il avait pris plus de 300 pilules de proto-iodure, sans modification appréciable de son état. Je le vis pour la première fois dans les derniers jours de décembre 1867. A cette époque, 27 mois après l'apparition du chancre infectant, source de tous ses maux, mon malade était couvert de papules syphilitiques qui occupaient surtout la poitrine, les bras et la partie supérieure du dos, où elles se trouvaient en très-grand nombre; on en remarquait, en nombre plus restreint, disséminées sur les reins et la partie antérieure des cuisses; quelques-unes de ces papules, recouvertes de croûtes peu épaisses, semblaient indiquer un mélange d'éruption pustuleuse, symptôme d'une période déjà avancée de la maladie. L'alopécie des papules caractéristiques de la paume des mains et de la plante des pieds, les ulcérations profondes des amygdales, de la langue, des gencives et des parois internes des joues quelques énormes plaques muqueuses de la marge de l'anus et du gland au point où avait jadis siégé le chancre, de l'induration duquel on retrouvait encore quelques traces, un engorgement très-marqué des ganglions inguinaux et cervicaux postérieurs, complétaient la liste des accidents variés que j'avais à observer. Joignez à ces lésions un affaiblissement considérable, une inappétence presque complète, une décoloration des tissus, une flaccidité des chairs et des muscles, une mollesse et un découragement profond, et vous aurez une idée de l'état dans lequel était réduit mon malade. Je ne pouvais songer à lui faire continuer le traitement mercuriel à l'intérieur; il avait été déjà plusieurs fois obligé de l'interrompre à cause de l'intolérance de l'estomac et de l'intestin, et d'un gonflement douloureux des gencives, accompagné de salivation. J'essayais en premier lieu, pendant près d'un mois, outre le traitement local des ulcérations buccales par la cautérisation, une médication tonique et reconstituante qui ne produisit aucun effet, et le 10 janvier 1868, je me décidais à pratiquer une première injection hypodermique avec un demi gramme du liquide dont j'ai donné la formule, c'est-à-dire en introduisant sous la peau 2 centigrammes de bi-iodure. Je pratiquai cette injection à la partie antérieure de la poitrine, au niveau de la partie moyenne du sternum. Le malade accusa une cuisson assez forte au point où avait eu lieu la piqûre. Cette cuisson ne cessa que quatre ou cinq heures après la petite opération, qui ne fut suivie d'aucune réaction inflammatoire et qui ne produisit aucun effet fâcheux général ou local. Je ne revis le malade que huit jours après, le 18 janvier. A cette date, son état s'était considérablement amélioré; l'éruption papuleuse était en voie de résolution; les plaques muqueuses du gland et de l'anus avaient presque disparu; les adénopathies cervicales et inguinales avaient diminué et l'état général me sembla meilleur. Je n'hésitai pas à pratiquer une seconde injection de 2 centigrammes de bi-iodure, à 2 centimètres au-dessous du point où j'avais fait la première.

Cette seconde opération, aussi inoffensive que la précédente, sauf un gonflement léger des gencives qui ne persista pas plus de huit ou dix jours, produisit un résultat vraiment inespéré. Quinze jours après cette seconde injection, et sans autre traitement, tous les symptômes que j'ai énumérés avaient presque complétement disparu, les forces étaient revenues en partie, et l'état moral s'était fort amélioré. J'ai pu, depuis lors, soumettre mon malade à un traitement tonique qui lui a rendu rapidement sa santé d'autrefois, et j'ai pu même, au mois de mai dernier, pour une récidive légère des ulcérations des amygdales et de papules cutanées discrètes, lui faire prendre à l'intérieur quelques cuillerées de liqueur de Van-Swieten et de solution d'iodure de potassium qu'il a très-bien supportées et qui ont eu rapidement raison de ces lésions autrefois si tenaces.

Le second cas se rapporte à une femme de 26 ans, qui vint me consulter le 9 avril dernier; elle avait été atteinte d'un chancre infectant à la fin de 1865, et consécutivement d'un certain nombre d'accidents qui ne me laissèrent aucun doute sur la nature de certaines plaques cuivrées et squammeuses qu'elle présentait à la paume des mains et à la plante des pieds. A son refus de se soumettre au traitement hydrargyrique à l'intérieur, je lui conseillai les frictions mercurielles, appliquées méthodiquement; je ne pus obtenir d'elle le soin et l'assiduité que nécessite ce traitement, qu'elle limita aux points malades.

Le 6 mai, ne trouvant pas son état amélioré, je la décidai, non sans peine, à me laisser pratiquer à la partie interne et moyenne de l'avant-bras gauche une injection de 2 centigrammes de bi-iodure; cette injection donna lieu malheureusement à une réaction inflammatoire assez vive et produisit une escharre de la dimension d'une pièce de 20 centimes. Cet accident léger effraya la malade et je ne pus obtenir d'elle qu'elle se soumît à une nouvelle épreuve; je pus néanmoins constater, à la suite de l'injection, une amélioration très-marquée.

Le troisième fait se rapporte à un jeune homme de 23 ans, attaché comme élève à un service de nos grands hôpitaux, atteint de chancre infectant depuis le milieu du mois de décembre 1867. Le traitement interne et même quelques frictions mercurielles, pratiquées il est vrai d'une façon incomplète, n'étaient pas arrivés à modifier son état au 12 juin dernier. A cette époque, il était atteint de nombreux accidents : ulcérations profondes des amygdales et de la langue, plaques muqueuses de la commissure des lèvres, alopécie, croûtes dans les cheveux, énormes papules ulcérées dans la barbe, plaques cuivrées de la face palmaire des mains, adénopathie énorme des ganglions cervicaux postérieurs et des ganglions inguinaux, anémie, langueur, affaiblissement physique d'autant plus remarquable que le malade a, d'ordinaire, une plus vigoureuse santé et une force musculaire plus grande.

Je pratiquai, le 12 juin, au niveau de la partie moyenne du muscle trapèze gauche, entre l'épine de l'omoplate et les ganglions cervicaux postérieurs engorgés, une injection de 2 centigrammes de bi-iodure. Le malade éprouva une douleur assez vive au point où l'injection avait été faite; cette douleur cessa rapidement et il ne se produisit aucune inflammation au niveau de la piqûre.

Tous les accidents disparurent en quelques jours, après l'injection; je dois seulement constater que les gencives devinrent un peu sensibles et saignantes. Malgré une affection intestinale, de peu de durée du reste, survenue depuis chez ce malade, son état général s'est constamment amélioré. Au 7 juillet, les gencives vont très-bien, aucun accident nouveau ne s'est reproduit, les forces sont presque complétement revenues.

Les résultats des injections hypodermiques de bi-iodure de mercure dans deux des faits que je viens de vous soumettre me semblent très-concluants.

Le léger accident causé par la piqûre de la peau, dans le second cas que j'ai cité, ne me paraît pas de nature assez grave pour faire hésiter dans l'emploi de cette médication, dont l'action rapide et héroïque est incontestable.

Je n'ai pu vous présenter encore que mes essais dans le traitement des accidents secondaires ou de transition; une injection que je viens de pratiquer, il y a quelques jours, dans un cas de syphilis tertiaire, caractérisée par une périostose gommeuse de la clavicule, a produit un bon effet; mais je devrai probablement répéter plusieurs fois l'opération avant d'obtenir un résultat complet.

Je serais heureux, Messieurs, après avoir appelé votre attention sur une méthode que je crois destinée à rendre quelques services dans la guérison d'une maladie souvent si rebelle, que vous voulussiez bien l'expérimenter et grossir ainsi le nombre de faits malheureusement restreints que je puis observer par moi-même.

M. Lagneau. Les succès obtenus par M. Aimé Martin avec les injections hypodermiques au bi-iodure de mercure et de potassium dans le traitement de la syphilis, viennent s'ajouter à ceux qui ont été obtenus déjà par quelques médecins étrangers avec d'autres préparations hydrargyriques et méritent d'autant plus d'attirer l'attention.

Jusqu'à présent, malgré la prompte efficacité des doses médicamenteuses si minimes administrées par la méthode sous-cutanée, je n'ai pas eu recours à ce genre de traitement, parce qu'il ne m'a pas paru indemne de tout inconvénient; parfois, en effet, on aurait observé des escharres, des abcès et diverses autres lésions au niveau des piqûres faites pour pratiquer les injections. M. le professeur Scarenzio, de Pavie, employa d'abord en 1864 le calomel préparé à la vapeur, en suspension dans la glycérine; il préféra ensuite l'eau comme véhicule. Sur huit malades ainsi traités, sept furent rapidement guéris, mais ils présentèrent un ou deux abcès dans le voisinage des piqûres. M. Barkeley Hill, en 1866, a traité plusieurs syphilitiques par les injections hypodermiques de sublimé, mais parfois de la douleur et quelques pustules se seraient montrées autour des piqûres; quelquefois aussi, au delà de faibles doses, les malades auraient éprouvé des coliques, de la diarrhée.

Avant d'essayer le traitement hypodermique, j'aurais désiré être plus amplement renseigné sur les 700 cas de syphilis constitutionnelle traités par M. Georges Lewin, médecin en chef de l'hôpital de la Cha-

rité de Berlin, au moyen d'injections hypodermiques de sublimé mêlé à une petite quantité de morphine. Ces recherches cliniques ne nous sont connues que par une courte note insérée dans le bulletin de l'Académie de médecine du 27 août 1867.

Puisqu'il est question d'injections sous-cutanées dans le traitement des maladies vénériennes, je rappellerai aussi que M. Scarenzio a également employé avec succès les injections sous-cutanées périnéales au chlorhydrate de morphine dans la chaude-pisse cordée.

M. Richard. Je félicite d'abord M. Lagneau de l'érudition avec laquelle il a fait, *ex professo*, l'historique des divers essais qui ont été tentés dans la voie suivie par notre collègue M. Aimé Martin; mais je ne partage pas sa défiance contre cette méthode nouvelle qui semble nous apporter des facilités inespérées pour la guérison de quelques cas rebelles de syphilis. Sommes-nous donc si sûrs de la guérir toujours cette redoutable maladie, que nous puissions, de gaieté de cœur, nous priver des moyens nouveaux que l'on nous offre dans ce but, surtout lorsqu'ils paraissent si inoffensifs, qu'on ne peut mettre à leur passif que quelques lésions insignifiantes? Au reste, le mercure si attaqué est, dans les cas graves de la syphilis, le meilleur des reconstituants. Il tonifie et répare les forces, alors que tous les toniques sont impuissants : je n'aurais, pour ma part, aucune répugnance à l'employer par la méthode hypodermique.

M. Aimé Martin. Je considère surtout comme important, dans les expériences dont j'ai communiqué les résultats à la Société, la composition du liquide que j'ai employé pour mes injections. C'est par là que je crois avoir innové. En effet, les expérimentateurs dont M. Lagneau nous a cité les noms avaient employé, soit le calomel, sel insoluble, soit le sublimé, caustique violent; ce que j'ai cherché et ce que je crois avoir trouvé, c'est une préparation parfaitement soluble et non irritante localement. Ma solution a encore l'avantage de contenir à la fois, et en quantités presque égales, le mercure et l'iodure de potassium, les deux panacées de la syphilis. Je suis convaincu que la plupart des accidents locaux, escharres, abcès, etc., qui effrayent mon honorable contradicteur, ne se produiront que très-rarement avec mon système qui pourra être dirigé contre la syphilis avec autant de succès dans sa période tertiaire que dans sa période secondaire.

Je n'ai pas la prétention de traiter tous les cas de syphilis constitutionnelle par les injections sous-cutanées de bi-iodure de mercure et de potassium; je réserve, ainsi que je l'ai dit, cette médication pour les cas graves, rebelles au traitement ordinaire.

En terminant, je veux dire à M. Richard combien je trouve juste son appréciation des effets du mercure sur les syphilitiques. Je crois, comme lui, que ce médicament si attaqué est, dans certains cas graves, le meilleur des reconstituants. Avant de pratiquer des injections hypodermiques, j'avais employé les frictions mercurielles méthodiques, dans les cas graves de syphilis secondaire, et je voyais, sous leur influence, renaître pour ainsi dire à la vie et à la santé des malades profondément affaiblis et anémiés qui avaient essayé en vain de tous les toniques pour réparer leurs forces. J'ai communiqué, il y a trois ans, à la Société un certain nombre d'observations de ce genre.

M. Lagneau. En rappelant que le traitement hypodermique pouvait avoir quelques inconvénients, j'ai voulu montrer que, jusqu'à plus ample informé, il paraissait ne devoir être appliqué que dans les syphilis rebelles au traitement ordinaire, dans les cas exceptionnels, en un mot.

M. Guibout. Le mercure est un reconstituant, a dit M. Richard, certains médecins le considèrent comme un altérant dans tous les cas. Il y a du vrai dans les deux opinions. Je n'ai jamais vu, pour ma part, de cas de syphilis rebelle au mercure, mais il est nécessaire de savoir donner ce médicament d'une façon opportune. Au début de la maladie, je donne le proto-iodure; s'il ne produit pas les résultats que j'en attends, c'est que j'ai affaire à un cas de syphilis maligne ou bien à un tempérament strumeux. Dans ces deux cas, dans le dernier surtout, l'adjonction de la médication tonique à la médication mercurielle est indispensable si on veut arriver à la guérison. En résumé, le mercure est le meilleur des anti-syphilitiques; dans les cas où on l'a accusé d'inefficacité, c'est qu'on n'a pas su le donner.

M. Lagneau. Ainsi que M. Guibout, je crois que les préparations mercurielles sont la base du traitement de toutes les syphilis et qu'on ne rencontre que très-exceptionnellement des cas rebelles à des traitements hydrargyriques et iodurés bien administrés et bien suivis.

Relativement à l'iodure de potassium, comme tous les médecins, je lui reconnais de grands avantages dans le traitement des accidents osseux, fibreux et viscéraux que M. Richard désigne sous le nom d'accidents tertiaires; mais lorsque je faisais des recherches pour mon ouvrage sur les maladies syphilitiques du système nerveux, j'ai remarqué que les anciens syphiliographes, qui n'avaient pas ce précieux médicament à leur disposition et qui ne faisaient pas de distinction entre les accidents, employaient avec succès le sublimé à l'intérieur ou les onctions mercurielles contre les accidents syphilitiques craniens ou encéphaliques. Aussi ai-je prescrit parfois très-avantageusement les hydrargyriques et particulièrement le bi-chlorure contre certains accidents dits tertiaires.

M. Guibout. On prétendait autrefois, et M. Huguier a soutenu énergiquement cette opinion, que le mercure administré aux femmes enceintes produirait l'avortement. J'ai eu, à Saint-Louis, l'occasion de faire de nombreuses expériences pour arriver à avoir une conviction sur l'opportunité ou la non-opportunité de l'administration du traitement mercuriel aux femmes enceintes. Je n'ai pas constaté de résultats bien positifs; il y a eu avortement ou accouchement à terme à peu près dans la même proportion chez les femmes soumises au traitement et chez celles qui n'y étaient pas soumises. Je désirerais connaître, sur ce point, l'opinion de ceux de nos collègues qui ont observé des cas analogues.

M. Lagneau. Je crois que la syphilis, sans intervention d'aucun traitement hydrargyrique, détermine souvent l'avortement en occasionnant la mort du fœtus; telle femme syphilitique qui a avorté une ou plusieurs fois parvient à accoucher à terme après un traitement anti-syphilitique.

M. Devillers a étudié cette influence de la syphilis maternelle sur l'avortement et l'opportunité du traitement hydrargyrique. Quoique quelques faits contradictoires aient été produits récemment à la Société de chirurgie, les cas que j'ai eu l'occasion d'observer et l'ensemble des travaux dont j'ai pu prendre connaissance m'engagent, en général, à prescrire aux femmes syphilitiques enceintes un traitement hydrargyrique, seulement à doses modérées, de manière à ne pas fatiguer les voies digestives.

M. Aimé Martin. Je me range absolument à l'avis de M. Lagneau. J'ai administré le traitement mercuriel à un certain nombre de femmes enceintes et je n'ai vu, chez la plupart d'entre elles, se produire ni avortement, ni accident d'aucune espèce attribuable au traitement. Ainsi que l'a dit M. Lagneau, l'avortement dans ce cas est presque toujours causé par la mort du fœtus, qui succombe à des lésions viscérales que le mercure peut seul guérir; il me semble donc logique de donner le traitement.

M. Chausit. A l'appui de ce qui vient d'être dit, je puis citer un fait de ma pratique personnelle. J'ai soumis au traitement, il y a 7 ou 8 ans, une femme enceinte atteinte de syphilis. Son enfant est venu à terme et il se porte parfaitement aujourd'hui. L'administration du traitement mercuriel aux femmes enceintes, atteintes de syphilis, me parait indispensable.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire annuel, Dr Aimé Martin.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 108. — MARDI 15 SEPTEMBRE 1868. 41e ANNEE. MARDI 15 SEPTEMBRE 1868. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL DES ENFANTS. — M. BOUCHUT.

De la méningite rhumatismale : sa nature, son diagnostic à l'ophthalmoscope et son traitement.

(Leçon recueillie par M. Coqueret.)

Vous avez vu cette année dans ma clinique des méningites simples, des méningites tuberculeuses, des méningites typhoïdes, des méningites cérébro-spinales, et il ne vous manquait que d'y observer une méningite rhumatismale pour avoir vu toutes les variétés de méningite que comprend la nosographie. En voici un exemple au n° 5 de la salle Sainte-Catherine. C'est un fait rare chez l'adulte et tellement rare chez les enfants, que c'est le premier que j'observe. Je n'ai pas besoin de cet exemple pour vous montrer que la pathologie de l'enfance est la même que celle de l'adulte, et que, sauf la taille des sujets, ou certaines modifications dans les symptômes et des différences thérapeutiques de nosologie, la médecine de l'enfance diffère assez peu de celle de l'adulte. Diathèses, maladies du cerveau, maladies du cœur, maladies des poumons, maladies des reins, maladies du foie, des intestins, maladies des os, etc., le cadre est le même, et il n'y a plus que certaines maladies spéciales auxquelles le jeune âge prédispose d'une façon toute particulière.

Aujourd'hui que se présente à vous un cas de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endocardite et de méningite, profitons-en pour étudier ce que la méningite rhumatismale offre de particulier à l'enfance et ce qu'elle a de commun avec la méningite rhumatismale de l'adulte. Ces faits ne sont pas tellement communs que ce ne soit une bonne fortune pour vous d'en étudier un avec la scrupuleuse attention que vous me voyez mettre dans toutes mes études cliniques.

Il se rattache d'ailleurs à ce sujet de la méningite rhumatismale tant de questions intéressantes de pathologie générale, de diagnostic simple et cérébroscopique, ou de traitement, que je m'arrêterai volontiers sur ce sujet pour vous dire ce que je sais à cet égard.

Au point de vue de la pathologie génerale, la *méningite rhumatismale*, que d'autres appellent le *rhumatisme cérébral*, nous met en face de la grande question des *métastases*, dédaignée par quelques médecins comme n'étant qu'un tissu d'hypothèses, prise en grand honneur par ceux qui y croient sans réserve, et enfin controversée par ceux qui cherchent à en donner la théorie la plus satisfaisante.

Il y a une méningite rhumatismale. Cela n'est plus contestable. Admise par Storck-Stoll, Scudamore, Lorry, Ferrus, Requin, ainsi que la méningite goutteuse, on disait d'une façon familière : Le rhumatisme s'est porté au cœur; la goutte est remontée à l'estomac, au cerveau; mais dans ces locutions vulgaires, l'anatomo-pathologiste est resté longtemps sans savoir ce qu'elles avaient de tangible et de précis. Ce n'est que depuis l'observation de Requin, publiée par Gosset, et peu après, depuis les observations de Bourdon, de Vigla, de Cossy, de Gubler, de Sée, etc., que l'idée du rhumatisme cérébral et de la *méningite rhumatismale* est définitivement entrée dans la science. Nous avions l'endocardite et la pleurésie rhumatismale décrites par Bouillaud. Nous y ajoutons maintenant la méningite rhumatismale.

Quelle est la cause de la méningite rhumatismale? Est-ce une métastase, c'est-à-dire un principe morbide parti d'un point du corps d'où il gagne le cerveau, ou n'est-ce qu'une affection sympathique engendrée par ce que Bichat, dans son *Anatomie générale*, considère comme une solidarité du système séreux? ou bien serait-ce une métastase embolique due à la migration de quelque parcelle fibrineuse échappée des valvules malades du cœur?

Au temps des doctrines humorales, lorsqu'on voyait dans le rhumatisme une entité morbide, un principe diathésique, un vice du sang, les migrations du rhumatisme étaient considérées comme un déplacement du principe rhumatismal qui, partant des articulations malades, venait se fixer sur la séreuse interne ou externe du cœur ou sur la séreuse des poumons. Cette doctrine a perdu faveur et n'a plus que de rares représentants. Elle a été combattue : 1° par ceux qui croient que le rhumatisme n'est qu'une phlegmasie du tissu fibro-séreux des articulations et qui pensent que la même cause externe, le froid, par exemple, agit sur les séreuses articulaires et en même temps sur les séreuses cardiaques ou pulmonaires; et 2° par ceux qui, s'inspirant des propriétés vitales que Bichat accordait au tissu séreux, déclaraient que les séreuses viscérales ne s'enflammaient dans le cours du rhumatisme articulaire aigu que par suite de la solidarité ou de la sympathie que les séreuses d'une partie exercent sur les séreuses d'une autre partie. Pour ces médecins, c'était là une *métastase réflexe*, ou, si l'on préfère, une *métastase sympathique*.

Pour moi, sans méconnaître l'importance des idées doctrinales que je viens d'exposer et qui trouvent leur application dans la théorie du rhumatisme cardiaque ou pleural, je me demande si elles sont aussi applicables à la pathogénie du rhumatisme cérébral. Sans nier qu'elles puissent rendre compte de la migration du rhumatisme sur le cerveau, je crois que, dans le cas actuel, il y a une autre supposition à faire, et, comme vous allez le voir, l'hypothèse que je vais vous offrir n'est pas dénuée de vraisemblance. Notre malade a une endocardite rhumatismale, c'est-à-dire un épaississement des valvules sigmoïdes et mitrales; elle a dans le cœur, sur le bord des valvules aortiques ou sur les colonnes tendineuses de l'orifice auriculo-ventriculaire, de minces exsudations fibrineuses, ou enfin, dans ces anfractuosités des colonnes charnues du cœur de petits coagulums adhérents, dont une parcelle peut s'échapper et pénétrer dans l'aorte, puis dans les carotides, pour aller dans les artères les plus déliées du cerveau former une *métastase embolique*. Si l'on réfléchit que la plupart des malades qui ont eu des accidents cérébraux de délire, de coma, de paralysie généralisée ou d'hémiplégie dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, avaient en même temps une endocardite aiguë avec exsudation fibrineuse valvulaire, on peut supposer, sans faire un grand effort d'imagination et sans rien dire que l'observation ne puisse justifier, qu'il a pu se faire une embolie cérébrale. Les cas où il y a eu hémiplégie sont particulièrement favorables à cette manière de voir, car on ne comprend guère une métastase rhumatismale de la moitié du cerveau produisant l'hémiplégie, tandis qu'on peut plus facilement placer cet accident sous l'influence d'une embolie capillaire.

Quoi qu'il en soit de cette manière de comprendre la formation des meningo-encéphalites rhumatismales, je crois qu'on peut, dans le cas actuel soumis à votre examen, considérer mon explication comme étant de nature à rendre le mieux compte des accidents cérébraux qui se sont produits. Il s'est passé ici ce qu'on peut produire expérimentalement sur des animaux, et ce que, à l'exemple de Vulpian, Prévost et Cotard-Feltz, etc., j'ai déterminé à l'aide d'injections de graines de pavot ou de tabac dans les carotides. Une seule de ces graines s'arrêtant dans les capillaires du cerveau produit instantanément la paralysie générale, ou l'hémiplégie, ou le coma et bientôt après la mort. Par ce temps de laboratoires qui se préparent et qui semblent destinés à renouveler la face de la science, cette expérience reproduit exactement ce que l'on observe dans la métastase rhumatismale du cerveau, c'est-à-dire la production subite d'accidents comateux ou paralytiques, quelquefois passagers, mais le plus souvent mortels.

Donc, en matière de rhumatisme cérébral, vous voyez que si l'on ne veut pas s'en tenir uniquement à la constatation pure et simple des symptômes et qu'on veuille approfondir le mode de formation du mal, on se trouve tout à coup en face d'un des problèmes les plus difficiles de la pathologie générale, celui qui concerne les métastases. J'ai discuté les différentes hypothèses que soulève cette question, et je vous ai dit quelle était celle qui, dans le cas actuel, avait mes préférences. Voyons maintenant quelle a été la forme de ce rhumatisme cérébral et par quelles voies j'ai pu en établir le diagnostic. Pour cela, relisons les notes dictées publiquement au lit de la malade.

Rhumatisme articulaire aigu. — Endocardite et méningite rhumatismales. — Névrite optique. — Vératrine; guérison.

Eugénie A..., âgée de 12 ans, entrée le 6 juillet 1868 au n° 5 de la salle Sainte-Catherine.

Cette enfant, malade depuis huit jours, s'est mise dans un bain chaud étant en sueur et le lendemain elle a été prise de douleurs articulaires avec gonflement sans rougeur. Les douleurs ont occupé les pieds, les genoux, les poignets, les doigts et les épaules; aujourd'hui elles occupent encore tous ces points.

L'enfant a un peu de gêne à la région cardiaque, où il y a une matité de 5 centimètres carrés. L'impulsion est faible, les battements un peu sourds et le claquement valvulaire peu prononcé. Du côté de l'aisselle surtout, le claquement valvulaire s'entend à peine et il y a, au premier temps, un petit prolongement formant du souffle.

Langue blanche, peu de soif, peau assez chaude, le pouls un peu faible, 132.

Deux pilules avec vératrine.......... 0,05} pour 10 pilules.
avec opium............ 0,05}

8 juillet. — Même état. Trois pilules de *vératrine* et un *lavement émollient*.

9 juillet. — Hier, vers deux heures, l'enfant a été prise de délire et cette nuit elle a voulu se lever. Ce matin, elle est agitée, se tourne sur les côtés du corps, et toutes les articulations sont encore douloureuses. Le souffle, au premier temps du cœur, est un peu plus marqué, et la matité cardiaque un peu plus étendue, 6 centimètres; peau modérément chaude, le pouls faible, 108.

Vératrine : 4 pilules.

Les yeux examinés à l'ophthalmoscope présentent une forte *hypérémie papillaire* masquant le côté externe de la papille sous un voile rouge et *une hypérangie rétinienne* considérable avec peu de dilatation des veines.

Vératrine : 5 pilules; lavement émollient.

10 juillet. — L'enfant a dormi toute la journée et le soir elle a eu un peu de délire sans sortir du lit. Cette nuit, elle a dormi assez tranquillement et elle reste encore ce matin dans un sommeil profond. Les jointures sont assez douloureuses et le cœur est dans le même état.

Peau modérément chaude; pouls petit, régulier, 92; température axillaire, 39; peu de soif, pas de vomissements, pas de diarrhée.

Vératrine : 5 pilules.

11 juillet. — Les douleurs ont beaucoup diminué, elles n'occupent plus que les articulations du bras et de la jambe droite, encore sont-elles peu aiguës. L'état du cœur est le même. Il y a eu moins de somnolence, mais le soir beaucoup de délire, qui a cessé vers huit heures. La nuit a été assez calme; point de mal à la tête, quelques bourdonnements d'oreilles et pas de troubles visuels.

Les yeux présentent la même hyperémie papillaire voilant la papille et une énorme augmentation des vaisseaux rétiniens, qui sont plus nombreux que dilatés.

Soif fréquente; langue un peu blanche; quelques nausées; pas de vomissements; pas de coliques; ventre un peu ballonné; une selle naturelle.

Température axillaire 38,2 ; peau modérément chaude; pouls 92.

Vératrine : 6 pilules; lavement émollient.

12 juillet. — L'enfant a eu encore du délire toute la soirée, mais elle est moins endormie. Les douleurs articulaires sont moindres et n'occupent que le côté droit du corps.

Langue blanchâtre; peu de soif; nausées; peu de coliques; pas de diarrhée; pouls 92.

Les yeux examinés à l'ophthalmoscope présentent la même hypérémie papillaire externe. Du côté interne, les bords de la papille sont plus visibles; les veines rétiniennes sont tout aussi nombreuses, mais un peu moins grosses.

Vératrine : 6 pilules; lavement émollient.

13 juillet. — Les douleurs occupent toujours le côté droit et ne sont pas revenues à gauche; elles ont perdu leur intensité. Le cœur est dans le même état. Le délire a cessé, mais il a été remplacé par un coma assez profond. Point de nausées, de coliques, de diarrhée, pouls 96.

Vératrine : 6 pilules; un lavement émollient.

14 juillet. — Les douleurs ont quitté le côté droit et sont revenues dans l'épaule et la main gauche qui est fortement tuméfiée et douloureuse. Le bruit de souffle est plus fort et se prolonge dans l'aorte. La matité du cœur a augmenté, elle est de 6 cent. carrés. Il n'y a pas eu de délire ni de coma. La somnolence a été moins grande.

Les yeux, vus à l'ophthalmoscope, sont à peu près dans le même état. Langue blanchâtre; peu de soif; une selle provoquée par le lavement et pas de colique. *Pouls régulier*, 96.

Vératrine : 6 pilules; un lavement émollient.

15 juillet. — L'enfant a vomi une fois et n'a pas été à la garde-robe, malgré le lavement. Les douleurs articulaires ont cessé, mais non le bruit de souffle. Pouls régulier, petit, 84.

Vératrine : 5 pilules; un lavement.

16 juillet. — Pas de vomissements ni de garde-robe. Les douleurs articulaires ont disparu, et l'enfant a pu sortir seule de son lit. Le bruit de souffle au cœur est plus manifeste. Pouls 96.

Vératrine : 6 pilules.

17 juillet. — Pas de vomissements, pas de coliques. Les douleurs n'ont pas reparu. Une garde-robe provoquée par le lavement; même état du cœur; pouls 84.

Vératrine : 6 pilules; lavement émollient.

20 juillet. — La malade est guérie, et elle ne souffre plus. On diminue tous les jours le nombre des pilules de vératrine, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à une pilule, puis on cesse toute médication.

La malade sort guérie à la fin de juillet.

Si l'on compare ce fait à ceux qui existent dans la science

et qui ont été publiés par Gosset, Bourdon, Gubler et Requin, on voit que ces accidents cérébraux se sont présentés d'une manière subite; que la malade a eu tout à coup du délire, a voulu sortir de son lit malgré ses douleurs articulaires qu'elle ne sentait plus, et qu'elle est ensuite tombée dans un coma profond, mélangé de délire affaibli, et qu'enfin elle a repris l'usage de ses sens pour revenir à ce qu'elle était avant cette complication. Des deux formes d'accidents cérébraux observés dans le rhumatisme et indiqués par Bourdon, savoir : la *forme apoplectique* et la *forme méningitique*, elle a eu la dernière, et ce qu'il y a de curieux, c'est qu'elle en est guérie. La remarque n'est pas inutile, car, ainsi que nous le verrons, la mort est si fréquente dans cette complication du rhumatisme articulaire aigu, qu'il y a lieu de signaler en les soulignant les faits de guérison qu'on observe.

Au reste, si le diagnostic a pu être fait par les symptômes ordinaires de délire et de coma subit, il a été confirmé par l'emploi de l'ophthalmoscope, qui vous a montré dans l'œil les lésions caractéristiques de la congestion cérébrale et de l'inflammation des méninges. Plusieurs d'entre vous ont pu les voir avec moi et vérifier l'exactitude du dessin colorié que je mets sous vos yeux. C'est la répétition d'un autre dessin chromolithographié qui se trouve dans l'atlas de mon *Traité de diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscope*, et qui a été pris sur un des notables armuriers de Paris, également guéri d'une méningite rhumatismale survenue au troisième jour d'un rhumatisme articulaire aigu (1).

Dans ces deux cas, les seuls où l'examen ophthalmoscopique ait jamais été fait, j'ai constaté : 1° l'hypérémie partielle externe de la papille couvrant d'une arborisation capillaire rosée très-fine le bord du nerf optique; 2° la multiplication excessive des vaisseaux de la rétine, d'ailleurs peu dilatés et formant un réseau anormal; 3° enfin une forte congestion choroïdienne. Pour moi, il y a dans ces lésions, différentes de celles qu'on observe dans la méningite tuberculeuse, la démonstration positive de la phlegmasie méningo-encéphalique la plus accentuée, et sans tenir compte des symptômes offerts par la malade, ces lésions pourraient suffire à l'affirmation d'une maladie cérébrale. Elles ne signifient pas qu'il s'agit d'une méningite plus que d'une encéphalite; elles indiquent une affection cérébrale aiguë, et voilà tout. Or, c'est bien quelque chose, car dans une maladie qui laisse si peu de traces sur le cadavre, qui ne produit qu'exceptionnellement la suppuration des méninges, qui n'engendre que l'hypérémie méningée avec suffusion séreuse sous-arachnoïdienne, si l'on peut voir dans l'hypérémie du réseau capillaire de la papille, de la rétine et de la choroïde, la preuve d'un état analogue dans la circulation cérébrale et méningée, on fait ainsi de l'anatomie pathologique sur le vivant, et on arrive ainsi à conclure qu'il existe une méningite rhumatismale plutôt qu'un rhumatisme cérébral. Voir dans le fond de l'œil les lésions similaires du cerveau et de la moelle, telle est la prétention de la cérébroscopie que je vous apprends à pratiquer, et ici encore vous voyez que la méthode n'est pas en défaut, puisqu'elle vous donne le moyen de constater d'une façon positive des lésions intra-oculaires, produites par une lésion cérébrale, que la marche des symptômes forcerait bien d'admettre, si l'ouverture des cadavres n'en avait pas déjà démontré la réalité.

En voilà assez sur ce point, et vous voyez, avec moi, *que la méningite rhumatismale, comme la plupart des méningites tuberculeuses, peut être constatée à l'ophthalmoscope.*

Un fait curieux dans le fait qui se passe sous vos yeux, c'est la marche des accidents, leur décroissance et leur guérison. C'est le second cas de méningite rhumatismale que je vois guérir. L'autre est relatif à cet armurier de Paris dont je parlais tout à l'heure et qui, étant tout à coup pris de délire dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, me parut tellement compromis, que j'employai pour le sauver la médication révulsive la plus énergique. J'envoyai chez Charrière prendre une botte ventouse qu'on appliqua sur les deux membres inférieurs, et on y fit un vide tellement puissant que les jambes et les cuisses se couvrirent d'ecchymoses et de pétéchies énormes. Il est impossible de déplacer, sans soustraction réelle, une plus grande quantité de sang; et si cette opération ne désemplit pas les capillaires hypérémiés du cerveau, je ne sais vraiment pas ce qu'il faudrait faire pour les vider. L'opération fut recommencée le lendemain et le jour d'après, mais alors tous les accidents cérébraux avaient disparu et le malade guéri est encore aujourd'hui dans l'état le plus satisfaisant.

J'aurais bien voulu faire de même dans le cas actuel, mais il m'a été impossible de me procurer un appareil assez petit pour les jambes de la malade, et j'ai dû recourir à une autre médication dont je parlerai tout à l'heure et qui a réussi.

Voilà donc deux cas de méningite rhumatismale suivis de guérison, et cela est important à connaître; car la dernière statistique faite sur les terminaisons de cette complication du rhumatisme par Vigla est vraiment sinistre. Sur trente-neuf cas rassemblés par cet observateur, savez-vous combien il y a de morts? Eh bien, il y en a trente, c'est-à-dire les trois quarts. Si l'on multipliait le nombre des observations, on arriverait peut-être à un résultat moins triste; mais, sachez-le bien, la léthalité de la méningite rhumatismale est énorme, et ce qui ajoute encore à la gravité du pronostic, c'est qu'en général, la mort est si prompte qu'elle est presque foudroyante. Quand on ne meurt pas en quelques heures, on a beaucoup de chance de se rétablir. En général, les malades sont pris subitement, perdent connaissance, tombent dans le coma ou dans un état de paralysie nettement accusé, et ils succombent enfin en huit heures. J'ai été le témoin de quelques faits de ce genre et je ne les oublierai jamais.

Maintenant finissons en indiquant les causes prédisposantes qu'on a invoquées pour expliquer l'apparition de cette forme de méningite et en disant quel est le meilleur traitement à suivre pour en obtenir la guérison.

A part l'influence prédisposante du froid qui est acceptée de la plupart des médecins, Bourdon et Vigla, se faisant l'écho d'une opinion assez en faveur, pensent que toute médication perturbatrice de l'affection rhumatismale, et notamment la médication du sulfate de quinine, peut provoquer l'apparition de la méningite cérébrale. Cela est possible, surtout de la part du sulfate de quinine qui, on le sait, donne des vertiges, de l'amaurose et de la surdité par ischémie cérébrale, mais cela n'est pas suffisamment démontré. En effet, de toutes les observations connues de méningite rhumatismale, il n'y en a qu'un petit nombre où l'action nuisible du sulfate de quinine puisse être invoquée. Pour mon compte, j'ai vu quatre cas de ce genre dont deux morts, et dans aucun d'eux il n'y avait eu de sulfate de quinine administré. En revanche, on compte par centaines les rhumatismes articulaires aigus traités par ce remède sans qu'on ait eu à regretter l'apparition d'accidents cérébraux. Chez notre malade nous n'avons pas employé de quinine. Nous n'avions encore administré que de la *vératrine* à la dose non perturbatrice de 15 milligrammes lorsque les accidents cérébraux se manifestèrent, et loin d'abandonner ce remède, nous en avons au contraire élevé la dose, ce qui nous a réussi. Je dirai pourquoi tout à l'heure. Il est donc impossible, quant à présent, de déterminer d'une façon bien rigoureuse quelles sont les causes prédisposantes de la métastase du rhumatisme sur le cerveau, ou, selon l'idée qu'on se fait du phénomène, quelles sont les causes de la localisation rhumatismale des méninges. Si l'embolie cérébrale d'une parcelle fibrineuse des valvules du cœur dans les capillaires de l'encéphale est pour quelque chose dans la production des accidents, cela devra suffire, et la question des causes prédisposantes devra être reléguée dans l'ombre.

Voyons maintenant quel est le traitement à suivre dans la méningite rhumatismale et cherchons à savoir si la médecine est aussi désarmée qu'on le pense en face de cas aussi graves, puisqu'ils donnent une mortalité de trois sur quatre malades.

Il faut d'abord savoir que la méningite rhumatismale est une phlegmasie congestive, plutôt qu'une phlegmasie suppurative, puisque dans les autopsies qui ont été faites on n'a trouvé que l'hypérémie méningée, l'infiltration séreuse opaline de la pie-mère et, par exception, la suppuration des méninges. Dans ces conditions, il est évident qu'une médication révulsive ou produisant l'ischémie cérébrale a plus de chances de succès que s'il s'agissait d'une phlegmasie franche.

C'est sous l'influence de cette idée que dans les deux cas que j'ai eu à traiter, une fois j'ai employé *le vide sur les membres inférieurs* par l'application de la botte ventouse, et dans le cas actuel j'ai employé la *vératrine.*

Chez le premier de ces malades, dès que par l'invasion subite du délire j'ai cru à une méningite rhumatismale dont la cérébroscopie a confirmé l'existence, la botte ventouse a été appliquée sur les deux membres inférieurs. Le vide a été si considérable, qu'il en est résulté de vastes ecchymoses sous-cutanées et d'innombrables pétéchies. Il est impossible de déplacer subitement une aussi grande quantité de sang par tout autre moyen, et si cette révulsion énergique ne dégage pas le cerveau, il est évident que rien ne pourra le dégager. Le lendemain et le jour d'après, on a recommencé l'opération, et au troisième jour, le malade était hors de danger. Je crois fermement que c'est à la médication révulsive qu'il faut attribuer cet heureux résultat.

Dans le cas actuel, j'aurais bien voulu employer la même méthode curative, mais cela m'a été impossible. Je n'avais pas à ma disposition de botte ventouse appropriée au volume de la cuisse chez l'enfant, et le temps qu'il aurait fallu attendre pour en fabriquer une aurait pu être fatal à la malade. J'ai donc dû essayer autre chose, et comme la vératrine est un agent qui augmente la tension artérielle et ralentit le pouls, ce qui décongestionne le cerveau, j'ai continué le traitement par ce remède, en ayant soin d'en élever la dose.

J'avais prescrit selon la formule suivante :

Vératrine........................	5 centigr.
Opium............................	5 —

Pour dix pilules argentées, ce qui fait des pilules de cinq milligrammes.

J'avais prescrit deux pilules le premier jour et trois le second, lorsque la méningite rhumatismale constatée à l'ophthalmoscope s'est subitement déclarée. Au lieu d'incriminer le médicament, qui n'avait produit aucun effet de nausée, de colique ou de diarrhée, et qui n'avait pu exercer aucune action perturbatrice sur le rhumatisme articulaire, je résolus d'en continuer l'emploi. Dans ma pensée, ce médicament devait combattre l'hypérémie cérébrale en ralentissant le cœur et en contractant les capillaires. Je donnai donc quatre, cinq et six pilules par jour. Dès le premier jour, le délire cessa presque entièrement et fut remplacé par du coma. Le second jour, le coma fut moindre et le délire ne revint pas; puis l'enfant se réveilla avec de faibles douleurs articulaires, qui ne tardèrent pas à se dissiper. Aujourd'hui, les douleurs ont cessé, la malade peut s'asseoir, et le pouls, un peu serré, marque 84 par minute. Il est probable que l'enfant va guérir et il ne lui restera qu'une affection cardiaque dont la durée est impossible à déterminer.

En résumé, la méningite rhumatismale se traduit par des accidents de délire, de coma ou d'apoplexie qui surviennent dans le cours du rhumatisme articulaire aigu.

Elle se révèle à l'ophthalmoscope par des lésions hypérémiques de la papille, de la rétine et de la choroïde.

Elle peut guérir par une forte révulsion opérée sur les membres inférieurs au moyen du vide exercé par une botte ventouse, ou par des remèdes tels que la vératrine, qui produisent avec une forte tension artérielle une notable anémie du cerveau.

(1) L'observation de cette méningite rhumatismale porte le n° CLVII, à la page 139, de mon *Traité de diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscope.*

ESSAI SUR LA CONJONCTIVITE LACRYMALE

Et son influence sur la vue.

Par M. le Dr Xavier Galezowski.

Les affections des voies lacrymales sont très-importantes à étudier tant au point de vue de leur évolution ordinaire, que des complications et des affections consécutives qu'elles peuvent amener.

Parmi ces dernières affections, l'inflammation de la conjonctive joue un rôle des plus importants. Le stationnement prolongé des larmes dans le cul-de-sac conjonctival peut entraîner une irritation et même une vraie inflammation de cette membrane. C'est cette inflammation de la conjonctive que je me propose de décrire sous le nom de *conjonctivite lacrymale.*

Les auteurs anciens et modernes ne se sont point occupés de cette affection; ceux même qui ont observé l'irritation et la rougeur conjonctivale accompagnant les tumeurs lacrymales, comme Scarpa, ont cherché à démontrer que le fluide visqueux, secrété par la conjonctive, qui se mêle aux produits des glandes de Meibomius, passé dans le sac lacrymal pour y développer une tumeur lacrymale.

Pilz, Warthon-Jones signalent l'inflammation de la conjonctive dans les inflammations aiguës ou chroniques du sac. M. Wecker a confondu la conjonctivite simple avec la catarrhale. En s'occupant de cette dernière affection, il déclare avoir rencontré des catarrhes très-persistants qui sont dus à un rétrécissement des conduits lacrymaux. Évidemment c'était des conjonctivites simples ou lacrymales, qui n'ont rien de commun avec le catarrhe de conjonctives. Enfin Mackensie parle d'une malade qui a été soignée, pendant longtemps, par un chirurgien pour une conjonctivite, et chez qui le canal lacrymal supérieur était seul affecté.

Tels sont les faits qu'on trouve chez les auteurs; le plus souvent, ils ne les signalent que d'une manière accidentelle, sans y attacher l'importance qu'ils méritent.

Depuis 1866, j'étais frappé de la fréquence considérable des conjonctivites lacrymales, même dans les cas où, en apparence, il n'y avait pas d'affection des voies lacrymales. Les résultats de mes observations ont été publiés dans la *Klinika*, journal de médecine de Varsovie. Depuis, mes recherches m'ont conduit à des conclusions bien plus importantes. La fréquence de la maladie est tellement grande, que je n'hésite pas à lui assigner un cadre nosologique à part. Ainsi, sur 363 cas de conjonctivite, je l'ai rencontrée 72 fois.

L'excellente thèse de doctorat de M. Etchecoin (1) résume plusieurs de mes idées à ce sujet, que je chercherai à développer dans ce travail.

Le séjour prolongé des larmes dans le sac conjonctival ne peut nullement provoquer d'irritation, lorsque les larmes sont complétement neutres et que leur quantité n'est pas très-grande. Mais il n'en est pas de même lorsque leur composition change.

On connaît la composition chimique des larmes. D'après Arlt, sur 100 parties, il y a 1,257 de chlorure de sodium, 0,504 d'albumine et 0,016 d'autres parties salines. D'autres auteurs ont trouvé des compositions différentes. Selon M. Robin, elles contiennent aussi du phosphate de chaux et de soude. Selon Pilz, il y a 98,70 d'eau, 0,94-1,30 de parties solides, 0,14-0,32 d'épithélium, 0,08-0,10 d'albumine, 0,72-0,88 de chlorate de soude, de phosphate, ainsi que d'autres sels.

Cette diversité d'analyses chimiques prouve suffisamment que la composition des larmes n'est pas constamment la même. Mes propres recherches faites sur tous les malades atteints d'affections du côté des organes lacrymaux, m'ont aussi prouvé que la composition de ce liquide change selon les individus et selon les prédispositions morbides. C'est à cet effet que je soumets mes malades à l'examen des larmes en introduisant le papier de tournesol ou acide entre les paupières. Cela permet immédiatement de constater l'acidité ou l'alcalinité des larmes.

Dans les yeux normaux, les larmes sont complétement neutres ou à peu près, et il n'y a aucune réaction sur le papier d'épreuve; mais il n'en est pas de même dans les affections des voies lacrymales; elles sont, le plus souvent, très-fortement alcalines.

On comprend, dès lors, que le séjour d'un liquide fortement alcalin dans le cul-de-sac conjonctival doit produire une certaine irritation de la conjonctive. Cela a lieu d'autant plus facilement, que la sécrétion graisseuse ou huileuse secrétée par les glandes de Meibomius, et qui se répand aussi à la surface de l'œil et le garantit contre l'action irritante des larmes, que cette sécrétion, dis-je, va être transformée en une espèce de savon avec les sels alcalins des larmes, et que les nouvelles quantités de larmes qui vont arriver trouvant la cornée et la conjonctive complétement sèches et non graissées, les irriteront d'une manière très-sensible. On a alors tous les signes d'irritation, de sensibilité qui amèneront ensuite une inflammation de la conjonctive ou du bord des paupières, et au bout de quelque temps, l'affection des voies excrétoires des larmes, des canaux lacrymaux et du sac.

Nous ne nous occuperons, pour le moment, que des affections de la conjonctive et des troubles de la vue qui en résultent.

A. *Conjonctivite lacrymale.* — Elle peut se présenter sous deux formes tout à fait différentes : chronique ou aiguë. La première est la

(1) Etchecoin, thèse de doctorat, 1868, sur la conjonctivite lacrymale.

plus fréquente; elle est caractérisée par la chronicité excessive et la persistance des mêmes symptômes pendant des mois et des années. Les signes de cette maladie sont les suivants :

a. Tous les matins, les yeux sont chassieux; les cils et les angles de l'œil sont couverts de croûtes ou mucosités.

b. Le malade, en se réveillant, a les yeux tellement sensibles pour la lumière du jour, qu'il a beaucoup de peine à les ouvrir. Il y a une vraie photophobie qui dure cinq, dix ou quinze minutes. Aussitôt que les yeux sont lavés avec de l'eau fraîche, la sensibilité disparaît.

c. Les conjonctives palpébrales et bulbaires sont injectées, surtout dans les deux angles, et il y a souvent des traînées vasculaires s'étendant jusqu'au bord de la cornée, ce qui fait souvent supposer l'existence de phlyclènes.

d. Les paupières, à l'extérieur, sont le plus souvent saines, et il n'y a quelquefois de la rougeur de la peau qu'à l'angle externe.

e. Le matin ordinairement, la sensibilité diminue progressivement, et au bout d'une heure ou deux, on peut reprendre les occupations. Mais dans la journée, aussitôt que le malade sort au grand jour, il lui est impossible de supporter la lumière du soleil; c'est une photophobie telle, qu'il est constamment forcé de porter des conserves foncées.

f. En même temps, il y a le larmoiement; mais souvent il n'existe qu'au grand jour, ou au vent; à l'ombre ou dans une chambre demi-sombre, le larmoiement disparaît. Les malades, questionnés sur le larmoiement, donnent souvent des réponses négatives, ce qui rend le diagnostic plus difficile.

g. Vers le soir, et à la lumière vive de la lampe, les mêmes symptômes reviennent : photophobie, sensibilité des yeux, sensation du gravier entre les paupières, rougeur conjonctivale très-marquée simulant complétement une conjonctivite catarrhale.

h. Tout travail du soir devient impossible. Il y a une sensibilité telle qu'on ne peut rien fixer; les lettres se doublent, et le brouillard apparaît sur tout ce qu'on veut voir.

i. Le phénomène des cercles irisés, colorés, pareils aux cercles d'arcs-en-ciel autour d'une flamme, peut apparaître, mais il n'est pas constant. Il est dû à l'accumulation des larmes au bord des paupières qui jouent le rôle d'un prisme décomposant la lumière.

Un fait des plus intéressants à cet égard, s'est présenté dans ces derniers temps à mon observation, que je crois utile de rapporter :

Observation. — M. X..., âgé de 47 ans, est venu me consulter, au mois de janvier 1868, pour son œil gauche, qui s'affaiblissait notablement depuis quelques semaines, époque à laquelle il s'était blessé avec une branche métallique qui lui a fendu les deux paupières; on y apercevait encore des cicatrices.

L'œil est rouge, les conjonctives fortement injectées, le malade ne voit pas bien au loin et de près, les larmoiements le tourmentent souvent, et il se plaint de voir constamment des arcs-en-ciel autour d'une flamme de bougie. Voyant l'accumulation des larmes au bord des paupières, je lui fait tenir les deux paupières largement ouvertes et écartées, et aussitôt le signe d'arc-en-ciel disparaît pour revenir immédiatement après qu'on a relâché les paupières. Évidemment, il s'agissait là d'une affection des voies lacrymales; l'injection faite par le point lacrymal inférieur ne passait qu'en partie. J'ai fait une incision du point lacrymal inférieur, et j'ai passé la sonde; cela a suffi pour guérir complétement le malade.

Ce fait présente d'autant plus d'intérêt pratique que le trouble de la vue qu'il accusait, survenant après la blessure, accompagné de douleurs dans l'œil, de photophobie et d'arcs-en-ciel, pouvait faire craindre un commencement de glaucome.

k. La conjonctivite lacrymale est une affection chronique; elle dure des années; les malades s'habituent petit à petit aux inconvénients qu'ils éprouvent, et ce n'est que par moments qu'ils sont pris d'accidents plus graves qui les empêchent de travailler.

l. Lorsque la conjonctivite se développe chez les sujets âgés, ou qu'elle dure de longues années, elle peut occasionner le renversement des paupières en dehors, et donner lieu à cet ectropion qu'on a appelé sénile, et qui n'est pour nous qu'un simple ectropion lacrymal.

m. La conjonctivite lacrymale chronique peut se transformer subitement en une conjonctivite subaiguë et donner lieu à tous les symptômes qui caractérisent la conjonctivite catarrhale. Il y a alors gonflement des paupières, suppuration assez abondante, douleurs de l'œil, sensation du gravier, et tous les autres signes de cette dernière affection. C'est peut-être à cause de cette ressemblance que les auteurs modernes décrivent la conjonctivite catarrhale et la conjonctivite simple comme une seule et même maladie. Mais comme la cause de la maladie dont nous nous occupons est mécanique, c'est-à-dire qu'elle est produite par les larmes qui, en séjournant entre les paupières, irritent ces dernières, le traitement doit être différent.

La cause de la conjonctivite lacrymale réside dans une partie quelconque des voies excrétoires des larmes; tantôt c'est la déviation, tantôt c'est le rétrécissement ou l'obstruction du point ou des canaux lacrymaux, ou du canal nasal. On peut s'en convaincre facilement, en faisant une injection des points lacrymaux avec de l'eau tiède. Du moment qu'on aura constaté le rétrécissement ou l'obstruction, on procédera immédiatement à l'opération qui aura pour but de rétablir le passage libre pour les larmes.

Traitement. — Dans cette affection, de même que dans beaucoup d'autres maladies oculaires, la conduite du médecin doit varier selon les symptômes que le malade accuse. Le rétrécissement des voies lacrymales, une fois bien établi, il est urgent de remédier à cet état de choses, en faisant d'abord des injections d'eau tiède par les lacrymaux au moyen d'une petite seringue d'Anel, et puis, aussitôt que les circonstances le permettent, il faut recourir à la dilatation de points lacrymaux au moyen de mon dilatateur, ou bien à l'incision du canal lacrymal et à l'introduction de sondes graduées dans le canal nasal. Par ce moyen radical, on réussit à faire disparaître le larmoiement ainsi que la conjonctivite lacrymale.

Mais à part le traitement chirurgical, qui n'est pas toujours accepté par le malade, il faut savoir trouver les moyens qui puissent calmer les symptômes principaux qui les tourmentent. C'est ici que l'usage des compresses froides sur les yeux peut apporter un soulagement considérable; tandis que les cataplasmes et les compresses d'eau chaude, qui font tant de bien dans la conjonctivite catarrhale, aggravent ordinairement la première.

La pommade de concombre fraîche est très-bonne pour adoucir les paupières irritées et prévenir leur agglutination pendant la nuit.

Parmi les collyres qui peuvent être avantageusement employés, je considère le collyre au sulfate de zinc comme le plus favorable pour combattre cette phlegmasie simple ou lacrymale. Je l'emploie ordinairement dans la proportion que voici :

Eau distillée 100 grammes, sulfate de zinc 0,25 centigrammes. Se bassiner les yeux matin et soir.

Dans une conjonctivite lacrymale subaiguë, quelques cautérisations de la paupière inférieure avec un cristal de sulfate de zinc et la dilatation des voies lacrymales rétrécies suffisent pour arrêter cette phlegmasie.

DES DANGERS DE LA MÉTHODE EXPECTANTE

Dans le traitement de la pneumonie des adultes,

Par M. le docteur L. Fournier (d'Angoulême),

Ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital d'Angoulême.

Legendre a résumé les conclusions de son intéressant mémoire sur l'expectation dans la pneumonie par la proposition suivante :

« La pneumonie franche, se développant accidentellement au milieu d'une bonne santé, est, au moins chez les enfants, une maladie qui se termine habituellement, pour ne pas dire toujours, d'une façon favorable. »

Notre excellent maître, M. le docteur Barthez, a confirmé cette manière de voir, en ce qui concerne l'enfance, dans un travail lu à l'Académie de médecine le 8 avril 1862; et quand nous remplissions les fonctions d'interne à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de cet observateur distingué, nous nous sommes convaincu que la pneumonie franche, chez les enfants de deux à quinze ans, pouvait être abandonnée aux seules ressources de la nature. Mais on a été plus loin, et nous avons entendu plusieurs médecins distingués, plus affirmatifs que Legendre, soutenir, avec quelques auteurs allemands, qu'on pouvait abandonner aussi à la nature médicatrice la pneumonie accidentelle des adultes.

Certes, il y a des cas, et nous en avons observé, où l'hépatisation pulmonaire suit son cours et arrive à résolution sans qu'il y ait besoin d'une active intervention médicale.

Mais conclure de ces faits qu'on doit, en présence d'une maladie si grave, renoncer aux ressources de la thérapeutique, c'est s'exposer et exposer ceux qui seraient tentés de vous imiter à de bien cruels déboires dans la pratique.

Nous avons observé trois faits que nous allons relater et dont la discussion nous paraît devoir établir nettement la proposition que nous venons d'émettre.

Observation n° 1. — *Pneumonie gauche restée sans soins pendant huit jours. Mort le neuvième jo...* — Le 26 février 1866, je suis appelé dans la commune de Dirac, près Angoulême, pour voir le nommé L..., cultivateur, âgé de 37 ans, de constitution robuste et n'ayant jamais fait de maladie sérieuse.

Cet homme a été pris, il y a huit jours, de frissons, de fièvre, d'une toux très-intense et d'un point de côté à gauche, et, par suite d'une négligence trop fréquente dans les campagnes, il ne songe à réclamer les secours de la médecine qu'après huit jours de souffrances qui vont toujours en s'aggravant.

Le 26, à mon arrivée à quatre heures de l'après-midi, je constate une matité considérable au niveau des deux tiers postérieurs de la poitrine, du côté gauche, ainsi qu'un souffle bronchique très-fort dans les mêmes régions; l'oppression était extrême, la langue sèche, la peau très-chaude et le pouls, irrégulier, intermittent, était d'une fréquence extrême.

Cet homme est mort dans la soirée, avant le retour de la personne qui était allée à la ville chercher les médicaments prescrits.

N'est-il pas évident qu'une médication active (saignée, émétique, vésicatoires) aurait enrayé l'inflammation pulmonaire chez ce paysan robuste?

Observation n° 2. — *Pneumonie suppurée. Mort. Durée vingt et un jours, dont quinze jours hors de l'hôpital sans soins.* — La nommée Marie V..., âgée de 40 ans, est entrée à l'hôpital d'Angoulême le 4 juillet 1866. Cette femme, journalière de son état, dit s'être mise au lit avec de la fièvre, de la toux, de l'oppression et un point de côté, il y a quinze jours, et depuis cette époque être restée sans réclamer les soins d'un médecin, ne prenant que du bouillon et de la tisane. Le 5, à la visite, je constate les symptômes suivants :

Toux fréquente et sèche, rougeur des pommettes, oppression modérée, pouls petit, dépressible, fréquent, peau froide et cyanosée; à l'auscultation on perçoit de gros râles sous-crépitants très-abondants à la base gauche, qui donne également une matité très-étendue à la percussion. Malgré le traitement le plus actif par les révulsifs, par le quinquina et le kermès, cette femme a succombé le 10 juillet.

L'autopsie nous a permis de constater une hépatisation complète du poumon gauche, excepté dans la languette antérieure, ainsi qu'un vaste foyer purulent qui occupe la base de ce poumon dans toute l'étendue du tiers inférieur.

L'observation de cette femme, qui meurt d'un abcès du poumon après quinze jours passés sans intervention médicale, mérite d'être soumise aux méditations des partisans absolus de l'expectation.

Observation n° 3. — *Pneumonie gauche brusquement enrayée par un large vésicatoire et l'émétique à dose rasorienne.* — Le 6 mars 1868, je suis appelé auprès du nommé P..., âgé de 36 ans, facteur enregistrant à la gare d'Angoulême. Cet homme présente tous les signes d'un embarras gastrique fébrile : langue large, saburrale, etc., etc... Je lui prescris en conséquence une bouteille d'eau de sedlitz à 50 grammes. Le surlendemain, le malade ne va pas mieux, il a toussé toute la nuit, a été très-oppressé et se plaint depuis la veille d'une violente douleur dans la poitrine, du côté gauche. La face est rouge, vultueuse, la respiration est gênée, le pouls est fort et fréquent. A l'auscultation je constate en arrière, à gauche et en bas de la poitrine, un souffle très-intense, accompagné d'une diminution de sonorité dans les parties correspondantes. Je prescris une potion avec 30 centigrammes de tartre stibié et un large vésicatoire embrassant la partie postérieure gauche de la poitrine.

Le vésicatoire a produit une ampoule énorme, et l'émétique déterminé des vomissements et des selles extrêmement copieux. Le lendemain la scène a changé complétement. Le malade est calme, la fièvre a baissé, la toux est grasse, et à l'auscultation on ne rencontre plus le souffle intense de la veille. Il n'y a plus que des râles sous-crépitants généraux comme dans une bronchite ordinaire. Huit jours après le malade reprend son service.

Il est évident que cette congestion pulmonaire que nous avons attaquée si énergiquement était une pneumonie à sa naissance et que cette affection a été enrayée, jugulée par une révulsion active du côté de la peau et de l'intestin.

Conclusions. — Les faits que nous venons de citer portent avec eux leur enseignement. Nous voyons, en effet, d'un côté, deux adultes atteints de pneumonie succomber, et pour nous cette terminaison fatale ne peut être attribuée qu'à l'absence d'une intervention médicale active; d'un autre, nous voyons un malade chez lequel un traitement énergique fait disparaître le second jour une pneumonie dont l'apparition s'était manifestée par des symptômes caractéristiques.

Dès lors, n'est-il pas évident que, du moment qu'une pneumonie abandonnée à elle-même peut se terminer d'une façon aussi fâcheuse que chez les malades de nos deux premières observations, et que, traitée avec énergie, elle peut entrer en résolution avec autant de rapidité que chez celui de notre troisième observation, un praticien prudent ne doit pas se fier à l'expectation, mais doit, au contraire, faire appel à toutes les ressources de la thérapeutique.

Nous croyons donc qu'autant la méthode expectante est justifiée dans le traitement de l'hépatisation pulmonaire localisée de l'enfance, autant elle doit être condamnée dans celui de la même affection chez les adultes.

OVARIOTOMIE

Obs. LIII. — Ovariotomie pratiquée le 9 novembre 1867. Guérison.

Par E. Kœberlé.

Madame M..., de Besançon (Doubs), âgée de 32 ans, amaigrie, était affectée d'un kyste de l'ovaire dont le début remontait probablement à plusieurs années, mais dont on reconnut seulement l'existence en 1865. Du côté droit de l'abdomen et dans le bassin se trouvait une masse de kystes multiloculaires surmontés d'une grande loge qui paraissait contenir 12 à 15 litres de liquide. Il y avait des adhérences abdominales autour de l'ombilic dans un rayon de 20 à 25 centimètres. La matrice n'était pas mobile. Le col utérin était élevé et refoulé en avant et à droite par la tumeur qui remplissait l'excavation pelvienne. Cette circonstance est presque toujours défavorable au succès de l'ovariotomie parce qu'elle indique des adhérences graves dans l'excavation pelvienne et à la matrice. L'hémorrhagie, dans ces cas, est toujours très-difficile à arrêter; il se produit généralement des hémorrhagies consécutives, des foyers hémorrhagiques qui se décomposent et qui donnent lieu à la septicémie. La malade fut considérée comme inopérable malgré un état général excellent, et fut renvoyée chez elle après avoir été ponctionnée au mois de juin 1867. Une nouvelle ponction qui fournit 18 litres de liquide a été faite au mois d'octobre par M. le professeur Coutenot (de Besançon), qui m'avait adressé la malade. En examinant de nouveau, au mois de novembre, madame M..., qui insistait beaucoup pour être opérée, je trouvai que l'utérus était devenu plus central et moins élevé, mais toujours fixe. Le bassin était plus libre dans sa partie inférieure. Les circonstances étaient moins défavorables; les adhérences pelviennes s'étaient probablement allongées. Comme le cas, quoique très-mauvais, présentait ainsi néanmoins quelque chance de guérison, l'ovariotomie fut décidée. L'état général, du reste, était assez satisfaisant; la malade était à même de supporter sans danger une hémorrhagie assez considérable.

L'ovariotomie eut lieu le 9 novembre 1867, en présence de MM. Richard, de Paris, Mairel, de Thann, Cros, Kien et Grollemund.

Incision de 28 centimètres, prolongée à 8 centimètres au-dessus de l'ombilic. Évacuation du liquide contenu dans la grande loge de la tumeur. On détruisit rapidement les adhérences abdominales qui étaient étendues d'une crête iliaque à l'autre et qui cédèrent assez facilement à la pression des doigts. La partie multiloculaire du kyste (cysto sarcome), d'un diamètre de 24 centimètres, ne pouvait être réduite de volume et dut être extraite en masse après avoir été isolée des parties latérales du bassin et de toute la face postérieure de la matrice qui était très allongée et à laquelle elle adhérait très-intimement. Les vaisseaux ovariques avec la trompe gauche se trouvaient en avant et à gauche du kyste qui recevait encore des vaisseaux volumineux par une large bride qui partait de la face postérieure de la matrice. On divisa cette bride après l'avoir entourée d'un fil de fer. Une autre fil de fer servit à étreindre les vaisseaux du pédicule, et la tumeur fut excisée. Le sang ruisselait de tous les côtés avec abondance. On plaça rapidement des pinces sur les parties qui fournissaient le plus de sang. L'hémorrhagie fut très-difficile à arrêter complétement; il fallut plus d'une heure pour y arriver. On divisa une forte bride pelvienne avec le cautère actuel; d'autres parties qui saignaient en nappe furent touchées avec le doigt légèrement mouillé d'un peu de perchlorure de fer à 40°. On appliqua une ligature perdue en fil de soie sur une grosse veine de la paroi abdominale au-dessus de la crête iliaque à droite. Les autres vaisseaux qui étaient restés pincés fortement pendant près d'une heure ne fournissaient plus de sang. C'était l'ovaire gauche qui avait été le siége de la tumeur. L'ovaire droit était confondu dans des adhérences pelviennes et avait conservé un volume normal. Les intestins et le bassin ayant été convenablement épongés, l'épiploon fut étalé devant l'intestin grêle, e l'air contenu dans le creux épigastrique fut expulsé. La réunion fut opérée par cinq points de suture profonde et huit points de suture

superficielle. Il y avait encore un léger suintement sanguin en plusieurs endroits sur la face postérieure de la matrice. La perte de sang a été très-considérable, de 1,200 grammes environ, et l'opération a duré une heure et demie. Le poids de la tumeur était de 20 kilogrammes, et devait être d'un tiers plus élevé au moment de la dernière ponction. La cavité péritonéale contenait aussi 300 grammes de sérosité qui s'était écoulée en partie dès le commencement de l'opération.

Pendant quatre à cinq heures, le pouls resta petit, misérable, et le refroidissement demeura très-prononcé. Il ne survint pas de vomissement. Dans le courant de la soirée, on retira à trois reprises, à l'aide d'une sonde, 125 grammes de sang qui s'était accumulé au fond du bassin et qui avait continué à suinter de la face postérieure de la matrice. La respiration, à dix heures du soir, était très-accélérée, à 40 inspirations. Vue trouble. Soif. Pouls à 92. L'hémorrhagie s'étant alors complétement arrêtée, l'opérée se ranima peu à peu et elle put dormir par intervalles pendant la nuit.

Le lendemain matin, l'état était très-satisfaisant. Ventre à peine sensible; miction normale; urines abondantes; peau moite; soif peu prononcée; respiration à 22; pouls de 90 à 100 pulsations; langue nette et humide. Aucun symptôme de péritonite pelvienne. Café au lait, potage, eau vineuse, sulfate de quinine.

Le troisième jour le ventre était tout à fait indolent, quoique légèrement distendu par des gaz. Peau moite; urines abondantes; soif nulle; pouls de 92 à 95 pulsations; respiration à 22. La partie mortifiée du pédicule fut divisée par le cautère actuel au niveau du fil de fer qui devint ainsi libre ainsi que le serre-nœud : il n'y eut pas d'hémorrhagie. Il ne restait plus ainsi dans l'angle inférieur de la plaie que le serre-nœud qui était appliqué sur la ligature des tissus très-vasculaires qui provenaient de la partie postérieure de la matrice. L'opérée eut plusieurs évacuations alvines à la suite d'un lavement purgatif.

Le quatrième jour le pouls tomba à 86, et l'on opéra l'extraction des fils de trois points de suture profonde; les deux autres furent enlevés le cinquième jour, où le pouls descendit à 78 pulsations. Il ne survint plus aucun accident, et la cicatrisation de la plaie fut complète le vingt-cinquième jour. Depuis, santé parfaite.

Remarques. — L'heureux résultat de cette opération prouve que les cas les plus désespérés peuvent quelquefois être suivis de succès; mais cependant, sans les moyens hémostatiques qui ont été mis en usage, il est probable qu'une terminaison fatale en eût été le résultat. Les perfectionnements apportés successivement dans les procédés opératoires permettent d'entreprendre et de mener à bonne fin des opérations qui naguère eussent été inabordables. Nonobstant, on est loin d'être arrivé au dernier terme du progrès. L'observation et l'expérience n'ont pas encore dit leur dernier mot.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

216. Dubois (Paul). Étude sur quelques points de l'ataxie locomotrice progressive.
217. Eonnet (A.). Considérations cliniques sur la scrofule et sur son influence pour faire dégénérer certaines lésions chirurgicales et se les approprier.
218. Davidoglou (Cléanthe). Sur la syphilis du système nerveux.
219. Thomas (B. M.). Du Pneumothorax par cause interne.
220. De Hevia (F.). Essai sur la contracture du col de la vessie.
221. Etchecoin (Philippe). De la Conjonctivité lacrymale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 10 septembre 1868, l'Empereur, sur la proposition du maréchal ministre de la guerre, a promu ou nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur les militaires dont les noms suivent, savoir :

Au grade d'officier :

M. le docteur Gronnier (Alcide-Adrien), médecin-major de 1re classe au 15e régiment d'artillerie; chevalier du 8 septembre 1860 ; 34 ans de services, 4 campagnes.

Au grade de chevalier :

M. le docteur Moretti (Auguste-Benédicte), médecin aide-major de 1re classe : 30 ans de services, 1 campagne.

— Les bureaux du secrétariat de la Faculté de médecine seront ouverts pour les consignations d'examen le vendredi 16 octobre. Les cours de la Faculté commenceront le 3 novembre, et le registre des inscriptions sera ouvert à partir du même jour, 3 novembre.

— Le concours pour une place d'aide d'anatomie, vacante à la Faculté, s'est terminé par la nomination de M. Farabeuf, interne à l'Hôtel-Dieu.

Conseils aux femmes atteintes d'affections de matrice, par le docteur E. Pineau. In-12. 1868. . . . . 2 fr.

De l'Impaludisme, par le docteur Duboué (de Pau). 1 vol. in-8o. 1867 . . . . 7 fr.

Quelques vérités sur la manière actuelle de remplacer les dents. Le bon sens en prothèse dentaire, par le docteur E. Andrieu, In-8o, 1866. 2e édition. . . . . 1 fr. 25

Ces Ouvrages se trouvent à la librairie A. Coccoz, 30 *et* 32, *rue de l'École-de-Médecine.*

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 109. — JEUDI 17 SEPTEMBRE 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 17 SEPTEMBRE 1868. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour com... le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 16 septembre 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu hier une série de communications et de lectures intéressantes : un Mémoire de M. Warlomont (de Bruxelles) sur la vaccination animale; de nouvelles recherches expérimentales de M. Davaine sur les maladies charbonneuses; la relation d'une épidémie de typhus à rechute, par M. le professeur Lebert, lue en son nom par M. J. Béclard; une note de MM. les docteurs Bergeon et Kastus, sur un nouvel appareil enregistreur de la respiration, déjà présentée par eux à l'Académie des sciences. Nous reviendrons sur quelques-unes de ces communications dont on trouvera d'ailleurs des analyses ou des résumés au compte rendu.

Avant ces diverses communications, M. de Kergaradec a donné lecture du discours qu'il a prononcé le 15 août, à Quimper, à l'occasion de l'érection de la statue de Laënnec. Cette lecture a été très-justement accueillie par les applaudissements unanimes de l'assemblée.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUENEAU DE MUSSY.

Études cliniques sur le coryza spasmodique ou asthme périodique avec congestion naso-bronchique.

B..., âgé de 42 ans, tailleur, est né à Bois-le-Duc, en Hollande. Sa mère, dit-il, était sujette à des maux de gorge. Il ne peut fournir sur l'histoire pathologique de sa race aucun autre renseignement. Pendant son enfance sa santé a été irréprochable. En 1845, étant au service de son pays, il fut pris, à la suite d'un refroidissement, d'un point de côté avec fièvre, qui le retint à l'hôpital pendant trente-six jours. Il affirme n'avoir fait que rarement des excès alcooliques. Sa ration habituelle est d'un litre de vin par jour et de deux verres d'eau-de-vie.

A Paris depuis neuf ans, il y habite un logement obscur et humide; cependant, il s'est habituellement bien porté, à part quelques souffrances d'estomac et des maux de gorge qui se sont répétés à deux reprises différentes et se sont terminés par des abcès tonsillaires. Il ajoute que pendant l'hiver, il est très-sujet aux coryzas. En 1865, il fut affecté, pour la première fois, *pendant l'hiver*, d'un écoulement séreux par le nez, avec éternuements, sensation de prurit nasal et larmoiement. Au bout d'un mois, ces accidents se dissipèrent. L'hiver suivant, il éprouva, pour la première fois, une attaque de coryza spasmodique bien caractérisé. Elle dura environ un mois et se reproduisit l'année suivante au mois de juin, à la suite d'une angine tonsillaire, avec les symptômes que nous trouvons aujourd'hui dans la troisième attaque.

Celle-ci a commencé cette année à la même époque que l'an dernier, c'est-à-dire dans les premiers jours de juin.

Le malade a éprouvé d'abord une sensation de plénitude douloureuse et de pesanteur dans la tête. Ses yeux larmoyaient. Bientôt il a commencé à éternuer et son nez s'est mis à couler; puis, la gorge est devenue douloureuse. La douleur s'est propagée à l'oreille gauche avec une sensation incommode de bruit de soufflet. Le malade a un peu toussé; il a éprouvé de la dyspnée. La céphalalgie et les troubles respiratoires l'empêchent de dormir. Il est triste, abattu, pâle; ses yeux semblent un peu bouffis. Des cicatrices et des pustules d'acné existent assez nombreuses sur la face et sur le dos. Il y a sur la poitrine des plaques de pytyriasis et de l'intertrigo dans le pli génito-crural. En renversant les paupières inférieures, elles se montrent très-injectées, tomenteuses, finement granulées; le pharynx est rouge, très-vascularisé, et à travers une couche de mucus transparent qui le recouvre comme un glacis, pointent des granulations nombreuses d'un rouge framboisé. D'autres se montrent sur les piliers. Sur le pilier postérieur gauche, on en voit une jaunâtre au centre, qui ressemble à une pustule d'acné. La luette est volumineuse, rouge, tuméfiée, allongée, contournée à son extrémité inférieure, elle balaye la base de la langue derrière laquelle elle se cache. La partie postérieure de la voûte palatine est semée de petites granulations blanchâtres, demi-transparentes, qui ressemblent à des œufs d'insecte, apparence ordinaire des granulations dans cette région. La poitrine offre une sonorité un peu exagérée, qui couvre même la région précordiale; le bruit respiratoire est faible, surtout aux bases. En avant, l'expiration est sibilante; il existe un léger degré d'emphysème. Les artères sont un peu dures, sinueuses, et on trouve à la pointe du cœur un très-faible prolongement.

Le malade accuse un état habituel de souffrance qui consiste dans un malaise général, de la céphalalgie, de l'otalgie, une sensation de gêne dans le nez, la gorge et la poitrine. Il est sujet, en outre, à des accès qui se répètent plusieurs fois par jour. Le premier se montre en général le matin, environ quatre heures après le réveil; à partir de ce moment ces accès se répètent à peu près de deux heures en deux heures. Ordinairement, ils s'affaiblissent et disparaissent le soir. Quelquefois, cependant, ils reviennent pendant la nuit. Ils sont accompagnés d'une gêne de la respiration, assez considérable pour que le malade soit forcé de se tenir assis dans son lit. Les phénomènes qui caractérisent ces accès s'enchaînent et se suivent dans l'ordre suivant.

Ils débutent par l'apparition ou l'aggravation de la céphalalgie dont le foyer principal est dans la région frontale et qui retentit dans l'occiput.

Il y a en même temps une sensation de pesanteur dans la tête; bientôt surviennent des picotements dans le nez, des éternuements répétés et une excrétion abondante par les narines d'une sérosité visqueuse; les yeux sont le siége de démangeaisons et un peu larmoyants. A ces symptômes s'ajoute un peu de toux, suivie d'une expectoration spumeuse, visqueuse, mêlée de petites masses perlées, analogues à de l'emplois. Le malade éprouve en même temps dans la gorge une sensation douloureuse de gêne et de constriction qui lui paraît souvent être la cause de la dyspnée.

Après avoir laissé reposer cet homme pendant quatre jours, n'observant aucune amélioration, je lui prescrivis du sulfate de quinine à la dose de 0,75 centigrammes, et, en même temps, je touchai le pharynx et la luette avec une solution de perchlorure de fer. Il éprouva une amélioration immédiate. Les accès diminuèrent beaucoup de nombre et d'intensité, la sécrétion nasale fut beaucoup moins abondante. Le malade dormit, reprit sa gaieté, et je pus le croire en voie de guérison. Je cessai les applications topiques, et, trois jours après, la température s'étant considérablement abaissée, il fut repris de son coryza, aussi intense qu'avant le traitement. La luette, le pharynx, qui avaient été un peu modifiés par les topiques astringents, sont aussi congestionnés qu'ils l'étaient le premier jour. Faut-il accuser la suspension du topique ou le froid humide de cette recrudescence? Je vais pendant quelques jours faire cesser le sulfate de quinine et employer exclusivement la médication topique, et si elle ne me donne pas des résultats complets, j'exciserai la luette qui doit être pour beaucoup dans ces sensations de gêne et de constriction gutturales.

Ces complications et le rôle que je leur attribue ne me paraissent pas devoir jeter des doutes sur le diagnostic que j'ai porté en regardant cette affection comme un exemple de coryza spasmodique. L'angine granuleuse existait chez plusieurs des malades que j'ai observés; elle peut constituer une cause prédisposante de ce coryza, comme elle m'a paru en être une pour la laryngite striduleuse chez les enfants. L'apparition des deux premières attaques pendant l'hiver est plus exceptionnelle. Mais si, comme je le crois, les émanations du foin et les autres causes qu'on a assignées à la maladie n'interviennent que comme causes occasionnelles, on comprendra que certaines conditions idiosyncrasiques, que certaines circonstances de la vie du malade puissent modifier l'influence saisonnière.

Dans tous les cas, quatre ans de suite, cet homme a été pris d'un corysa, dépassant par la durée les coryzas ordinaires, empêchant le travail et le sommeil, accompagné de phénomènes dyspnéiques et névro-pathiques, soumis à des exacerbations irrégulièrement périodiques.

Deux fois de suite, cette affection s'est montrée au mois de juin; les deux années précédentes, elle s'était développée pendant l'hiver. Si ce n'est pas la maladie sous sa forme la plus accentuée, la plus classique, je ne crois pas qu'on puisse cependant lui appliquer une autre étiquette nosologique. La périodicité dans les maladies n'est pas soumise à des lois d'une rigueur absolue. L'asthme, l'arthrite goutteuse présentent ordinairement des exacerbations nocturnes, mais le contraire peut être observé.

Cet homme présente une des formes de la maladie que j'appellerai corysa spasmodique, asthme périodique, congestion naso-bronchique, qu'on a aussi désignée sous le nom d'asthme de foin, fièvre de foin, asthme estival, asthme catarrhal d'été. Elliotson lui a consacré un article très-intéressant dont je dois la connaissance à mon interne et ami M. Allan Herbert. Dans l'opinion de cet éminent pathologiste, cette affection est constituée par un mélange d'asthme et de catarrhe. Tels sont, en effet, les deux éléments essentiels de la maladie.

D'après la localisation de l'action morbide, nous en distinguerons deux formes principales qui peuvent se succéder ou se combiner.

La première est un coryza qui revient ordinairement à la fin du printemps ou au commencement de l'été, persiste pendant cinq ou six semaines, quelquefois même deux ou trois mois, avec une opiniâtreté, une abondance de flux nasal, une violence d'éternuements qui en font une véritable infirmité.

Des phénomènes fébriles marquent parfois le début, puis le coryza s'établit avec des paroxismes quelquefois périodiques, provoqués dans certains cas par des causes extérieures telles que la chaleur et la pesanteur de l'atmosphère, les émanations du foin, l'exposition aux rayons solaires.

Pendant ces paroxismes, les yeux sont le siége de picotements et de démangeaisons insupportables; ils s'injectent et ils larmoient. Malgré toutes leurs résolutions, les malades ne peuvent s'empêcher de les gratter et de les frotter, ce qui leur procure un soulagement momentané; les paupières sont rouges et comme œdématiées. Ces sensations morbides se propagent aux fosses nasales; alors surviennent des éternuements incoercibles qui se répètent presque sans relâche; un flux séreux, abondant, s'échappe des narines; la tête est endolorie par la congestion des cavités nasales et par la violence des secousses qu'elle subit. C'est surtout au niveau des sinus frontaux que se font sentir les douleurs, qui s'étendent quelquefois jusqu'à l'occiput et peuvent persister dans l'intervalle des accès de manière à troubler le sommeil.

Souvent, au milieu des phénomènes du coryza, l'élément spasmodique s'exprime, comme chez notre malade, par un léger degré de dyspnée, qui peut contribuer à entretenir l'insomnie, et qui est précédé d'ardeur, de picotements et de chatouillements dans la gorge. Quelquefois la fluxion congestive se propage aux oreilles par la trompe d'Eustache. Notre malade accuse dans l'oreille gauche une sensation pénible et un bruit de souffle incommode.

Le coryza peut n'être que le second acte de la maladie et être précédé pendant plusieurs jours d'une blépharite catarrhale avec rougeur, tuméfaction, chatouillement et prurit insupportable des congonctives palpébrales et des bords ciliaires. L'action des glandes lacrymales et des glandules de Meibomius est exagérée; chaque secousse d'éternuement fait jaillir au dehors le liquide qu'elles secrètent.

Chez plusieurs malades, on a noté pendant la durée des attaques un développement anormal sur la caroncule de cils dont on a dû pratiquer l'avulsion.

L'observation du docteur Bostock racontée par lui-même dans le huitième volume des transactions médico-chirurgicales, est un très-intéressant exemple de ce catarrhe oculaire qui, dans certains cas, précède le coryza.

Ce médecin avait 48 ans au moment où il écrivait son histoire. Depuis l'âge de 8 ans, vers le commencement ou le milieu de juin, il éprouvait dans les yeux une sensation de chaleur et de plénitude plus prononcée le long des bords ciliaires et surtout vers les angles internes. Au début, on n'observait comme phénomène objectif qu'un peu d'injection et de larmoiement. Cet état augmentait graduellement et le malade éprouvait des démangeaisons et des picotements insupportables, comme si de petites pointes pénétraient dans le globe oculaire ou venaient heurter sa surface.

Les conjonctives étaient enflammées et secrétaient une mucosité épaisse et abondante.

Ces phénomènes morbides se montraient par accès depuis la seconde semaine de juin environ jusqu'au milieu de juillet. Pendant tout ce laps de temps, très-rarement les yeux étaient dans leur état normal; mais les plus violents paroxismes ne survenaient que deux ou trois fois par jour, ordinairement provoqués par quelque cause extérieure, comme l'ardeur des rayons solaires, la poussière, la chaleur humide. Après une durée plus ou moins grande, l'inflammation et l'hypersécrétion muqueuse s'apaisaient graduellement; mais dans l'intervalle de ces accès, l'œil conservait pendant le jour une sensation de gêne et de raideur.

Huit ou dix jours après le début des accidents, le malade

ressentait de la pesanteur dans la tête, surtout vers la région frontale. A ces symptômes succédaient des crises d'éternuements violents qui revenaient à des intervalles irréguliers.

Huit ans plus tard, vers l'âge de 16 ans, le docteur Bostock commença à éprouver, après ces premiers symptômes, une sensation de tension dans la poitrine, de la dyspnée accompagnée d'irritation de la gorge et de la trachée. La poitrine n'était pas précisément douloureuse, mais il semblait au malade qu'elle ne pouvait ouvrir accès à l'air. La voix était rauque et l'exercice de la parole ne pouvait être impunément prolongé. Limité dans ses premières phases aux yeux et aux narines, le travail morbide atteignait légèrement les organes respiratoires.

Quand les phénomènes que nous avons indiqués avaient duré quelque temps, alors survenait un malaise général, de la faiblesse musculaire, de l'abattement, de l'inappétence, de l'insomnie, des sueurs nocturnes, de l'amaigrissement. Le pouls était accéléré; de 80 pulsations, son chiffre habituel, il s'élevait à 100 et même à 120. Tous ces symptômes disparaissent vers la fin de juillet; mais le malade, pendant un mois, six semaines environ, conservait de la faiblesse et de la langueur. L'air frais, le repos ont réussi quelquefois, mais non toujours, à conjurer le retour des accès.

La maladie peut se présenter sous une forme moins accentuée, mais non moins opiniâtre; le flux nasal, l'enchifrènement, qui parfois gênent la respiration et le sommeil, les éternuements moins répétés, moins violemment convulsifs en sont les caractères principaux; l'élément catarrhal l'emporte sur l'élément névropathique. J'ai observé cette forme chez des personnes d'âge moyen et qui m'ont paru être sous la double influence de l'arthritisme et du lymphatisme avec prédominance du dernier.

Comme type de cette forme où le coryza domine, je citerai un avocat de race goutteuse, dont la mère et le père ont eu des coliques hépatiques. Pour lui, il est depuis sa première jeunesse tourmenté par des névroses; il a eu des névralgies faciales d'une violence extrême et d'une résistance opiniâtre, s'étant d'abord montrées du côté gauche, puis du côté droit avec un tic qui a persisté pendant plusieurs années, même dans l'intervalle des crises névralgiques. D'autres fois, la névralgie a occupé les lombo-abdominaux, puis les nerfs sciatiques et cruraux avec des soubresauts dans les pieds, des crampes et de l'anesthésie de la peau de plusieurs orteils. A une certaine époque, une paralysie passagère de la vessie a succédé à une névralgie lombaire et a dû être combattue par l'électricité. Les eaux sulfureuses étaient la seule médication qui eût réussi à faire cesser les crises névralgiques dont quelques-unes avaient duré pendant huit à dix mois, et qui avaient résisté à tout l'arsenal thérapeutique. Ce malade présentait encore cette particularité que j'ai observée chez d'autres personnes : les topiques opiacés appliqués sur la peau provoquaient une éruption exzémateuse qui durait plusieurs semaines.

Aussi les frictions laudanisées lui étaient interdites, tandis que l'alcool, l'alcool camphré étaient parfaitement supportés. Une mouche d'opium agissait comme le laudanum.

Je me suis étendu sur l'état constitutionnel de ce malade pour faire apprécier les conditions diathésiques au milieu desquelles s'est développé le coryza spasmodique. Avant le début de ces affections névropathiques, comme depuis leurs premières manifestations, ce malade contractait au printemps, quand il allait visiter sa campagne, un coryza qui durait cinq ou six semaines et qui le tourmentait par sa violence comme par l'abondance du flux naso-lacrymal dont il était accompagné.

J'ai reçu dernièrement à ma consultation deux sœurs de race arthritique, dont l'aînée, âgée de 35 ans environ, était venue me consulter, l'an passé, pour une urticaire chronique qui durait depuis six ou sept ans. Je lui avais fait prendre une petite quantité d'arsenic à l'intérieur et des bains alcalins très-légèrement sulfurés. Le succès avait été complet et rapide. Mais cette année, depuis le mois de mai, elle avait un coryza qui la préoccupait d'autant plus que sa mère, depuis trente ans, souffre de cette affection, qui revient périodiquement au mois de mai pour durer jusqu'à la fin d'août. Son grand-père en est exempt; mais le frère de son grand-père et le fils de ce frère sont atteints de la même maladie. Il y a eu des goutteux dans leur famille; ellemême a des migraines et des urines sédimenteuses. Son pharynx est hérissé de granulations volumineuses d'un rouge vif qui se prolongent dans l'arrière-cavité des fosses nasales.

Ce coryza vient par accès irréguliers, pendant lesquels les yeux s'injectent, larmoient et les paupières sont, m'assure-t-elle, *très-rouges* et *notablement tuméfiées*. En même temps, elles sont, comme le nez, le siége d'*un prurit* insupportable. Sa sœur a, depuis trois ou quatre ans, de l'urticaire chronique.

Je conseillai, malgré l'irrégularité des accès, d'essayer le sulfate de quinine, puis ensuite, s'il échouait, de faire une cure d'eau de la Bourboule. Si je revois cette malade, je me propose de combattre directement l'affection pharyngienne, soit avec une solution d'azotate d'argent, soit avec une solution de tannin ou de perchlorure de fer. La teinture d'iode que j'emploie ordinairement me semble moins indiquée à cause de l'action de l'iode sur la muqueuse naso-oculaire.

Il y a dans cette observation quelques circonstances bien remarquables; l'hérédité directe et collatérale qui semble témoigner d'une origine diathésique : les deux sœurs sont de race arthritique. L'urticaire chronique, l'angine granuleuse ne sont pas rares dans les races goutteuses. Chez notre malade, le coryza a succédé à l'urticaire, et quand on songe à cette tuméfaction prurigineuse et rouge des paupières, venant par bouffées, on pense à cet urticaire qui avait précédé le coryza et qui était, comme celui-ci, caractérisé par une congestion prurigineuse intermittente, localisée dans d'autres régions tégumentaires.

On se rappelle que la sœur, elle aussi, est affectée d'urticaire, que, par conséquent, entre ces affections qui se succèdent l'une à l'autre dans la race et dans l'individu, il est naturel de supposer un lien diathésique. Il n'est pas improbable qu'il y ait entre ces deux affections, sinon une grande analogie de forme, ce qui semble ressortir de l'examen comparé de leurs caractères, au moins une communauté d'origine.

(*La suite prochainement.*)

HOPITAL NECKER. — M. DESORMEAUX.

Luxation du poignet.

(Observation recueillie par Hassan Mahmoud, externe du service.)

Les anciens chirurgiens considèrent presque toutes les fractures de l'extrémité inférieure du radius comme étant des luxations du poignet. Dupuytren a nié complétement ces luxations. Il a dit : « J'ai toujours vu les prétendues luxations du poignet se changer en solution de continuité. » Ce n'est que dans ces derniers temps que l'on est parvenu à démontrer leur existence et à définir leurs espèces. Ainsi J.-L. Petit, Heister, Callisen, etc., ont admis quatre espèces de luxation du poignet : 1° en avant; 2° en arrière; 3° en dehors; 4° en dedans.

En 1771, Thomassin rapporta une observation de luxation en arrière, et Ravaton en observa également une de même espèce.

Marjolin a décrit deux luxations, une en arrière, avec fracture de l'extrémité inférieure du radius; l'autre pareillement en arrière, mais sans solution de continuité.

M. Nélaton a observé quatre cas accompagnés ou non de fractures.

Les *Archives générales de médecine* n'en renferment qu'une observation bien constatée par M. Voillemier (1).

M. Padieu a observé aussi un cas.

D'après ces observations très-peu nombreuses que la science possède, on voit que la luxation du poignet est fort rare. S'il en existe, elle est souvent accompagnée de solution de continuité. C'est justement pour ce motif que nous publions le fait suivant.

Le nommé V... (Pierre), âgé de 25 ans, monteur mécanicien, est entré à l'hôpital Necker le 23 octobre 1866, salle Saint-Pierre, n° 46. Le malade nous a raconté qu'il était tombé, au Champ de Mars, de 20 mètres de hauteur sur des pierres servant au travail des constructions; il se souvenait d'être tombé la tête en bas; avant de toucher le sol, il a étendu instinctivement ses bras en avant, de sorte que le choc a été supporté principalement par les deux paumes des mains; néanmoins le choc, quoique amorti, a déterminé des contusions dans différentes parties du corps.

Malgré la hauteur assez considérable, les lésions multiples et la secousse notable que le jeune homme avait reçue, il n'avait pas perdu connaissance, car c'est lui-même qui nous a appris ce qui s'est passé jusqu'à son entrée à l'hôpital.

M. Desormeaux, en l'examinant, a constaté plusieurs lésions que nous allons grouper en trois paragraphes; nous ne ferons que mentionner les deux premiers et nous insisterons sur le dernier, car il est le sujet de notre observation.

§ 1er. Lésions de la tête; la tête nous a présenté : 1° des plaies sur le front, les joues et le menton; 2° chémosis de l'œil droit; 3° contusion des muscles masticateurs droits; cette contusion a empêché, pendant sept jours, le malade d'ouvrir la bouche sans éprouver des douleurs assez vives. Nous avons appliqué un pansement simple sur les plaies, on a donné au malade une alimentation liquide; au bout de dix jours, ces lésions sont guéries.

§ 2. Lésions du tronc. M. Desormeaux a constaté sur le blessé des contusions légères de la hanche. Le malade se plaignait de douleurs au dos et aux lombes. Des applications de compresses trempées dans l'eau-de-vie camphrée ont suffi pour la résolution.

§ 3. Lésions des poignets; les deux poignets du malade étaient enflés, douloureux, mais la tuméfaction du poignet gauche n'était pas considérable, de sorte que M. Desormeaux a pu constater que ce poignet n'était ni luxé ni fracturé, quoiqu'il portât une plaie contuse. En effet, l'application de compresses trempées dans l'eau-de-vie camphrée et le repos pendant dix jours étaient suffisants pour la guérison de cette contusion, mais le mouvement du même poignet était difficile; cette difficulté a disparu à la suite de l'emploi du massage et de frictions avec liniment camphré.

Quant aux lésions du poignet droit, elles n'étaient pas si faciles à reconnaître au début. On sait que le diagnostic des luxations du poignet est difficile; cette difficulté tenait, chez notre malade : 1° à l'enflure considérable du poignet; 2° aux douleurs épouvantables qui n'ont pas permis de bien reconnaître la lésion; 3° à la rareté de cette luxation et la fréquence des fractures de l'extrémité inférieure du radius, qui nous ont donné des doutes dans le diagnostic. En effet, ce n'est qu'au bout de huit jours que M. Desormeaux a constaté une luxation du poignet en avant; nous l'avons reconnue nous-même après un examen attentif.

Voici ce que nous avons observé :

Le poignet est enflé, déformé; le diamètre transversal est presque conservé, mais le diamètre antéro-postérieur est augmenté presque du double. L'avant-bras conserve sa longueur normale, mais la longueur de l'olécrâne jusqu'à l'extrémité inférieure du médius est diminuée.

La main présente un peu d'extension, et les bouts des doigts sont légèrement fléchis. A l'exploration du poignet, nous constatâmes : 1° à la face dorsale ou postérieure du carpe une saillie formée des extrémités inférieures des os de l'avant-bras. Cette saillie limite, pour ainsi dire, une dépression inférieure sur la même saillie; les tendons des muscles extenseurs des doigts et des deux radiaux se fléchissent; on les sent facilement sous la peau.

Nous avons examiné cette saillie avec beaucoup de soin, et nous n'avons pas trouvé de solution de continuité.

2° A la face antérieure ou palmaire du carpe, on constata aussi une saillie formée du condyle des os du carpe, saillie couverte, bien entendu, par les tendons des muscles fléchisseurs et palmaires; l'os pisiforme était un peu déplacé. Je crois que le ligament radiocarpien est en partie déchiré. Le mouvement d'extension fait par le chirurgien était très-limité. Le mouvement de flexion de la main sur l'avant-bras était impossible.

Le malade portait sur le pouce de la même main une plaie contuse qu'un pansement simple suffit pour guérir.

Le traitement employé pour cette luxation était : 1° au début, application des compresses trempées dans l'eau-de-vie camphrée, et le repos; 2° la réduction de la luxation aussitôt qu'elle fut connue. Le malade est endormi par le chloroforme, une extension et contre-extension étaient faites par des aides; M. Desormeaux a appuyé fortement sur la saillie que présentait le carpe, par les doigts de ses deux mains, tout en poussant les os de l'avant-bras avec ses deux pouces. La réduction une fois faite, on a appliqué l'appareil des fractures de l'avant-bras en se servant de l'attelle palmaire seulement; le bras a été mis en écharpe; au bout de huit jours, l'appareil a été renouvelé avec précaution; moi-même, je l'ai renouvelé le vingt-cinquième jour tout en supprimant l'attelle et en me servant d'une bande roulée.

Le 2 décembre, le malade est guéri; mais je ferai remarquer qu'il avait cependant une légère déformation, et le mouvement du poignet n'était complétement pas rétabli.

Le 3 décembre, le blessé entrait en pleine convalescence et fut transféré à Vincennes.

(1) Voyez Archives de 1839, p. 40.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 15 septembre 1868. — Présidence de M. RICORD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1867 dans le département de Seine-et-Oise (Commission des épidémies).

2° Un rapport de M. le professeur Simonin (de Nancy), sur le service départemental de l'assistance médicale et de la vaccine du département de la Meurthe en 1867 (Commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

L'Académie reçoit :

1° Le programme et le résumé des leçons faites depuis dix ans à l'École de médecine de Reims par le docteur Luton;

2° Une note sur le traitement des maladies de l'utérus, par M. le docteur Canquoin (de Dijon). (Commissaires : MM. Depaul et Huguier.)

M. GOSSELIN présente, de la part de M. Duplay, le premier fascicule du tome troisième du *Traité de pathologie externe*, commencé par Follin.

M. DE KERGARADEC, sur l'invitation de M. le Président, donne lecture du discours qu'il a prononcé le 15 août à Quimper à l'occasion de l'érection de la statue de Laënnec.

Cette lecture est accueillie par les applaudissements de l'assemblée.

LECTURES.

Vaccination animale.

M. WARLOMONT (de Bruxelles) lit une note sur la vaccination animale.

Le point sur lequel l'auteur se propose de fixer l'attention est celui de savoir si le cowpox, dit spontané, diffère de la matière vaccinale obtenue par l'inoculation artificielle de ce dernier à des génisses. Un cas de cowpox spontané, récemment découvert en Belgique, a fourni à M. Warlomont l'occasion de faire à cet égard quelques observations. Des expériences qu'il a pratiquées avec MM. Defays et Marinus, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Que le cowpox, produit des croûtes des pustules de la vache, a donné des boutons en tout semblables à ceux provenant du vaccin transmis de génisse à génisse. Deux piqûres sur huit seules ont manqué;

2° Que l'inoculation du cowpox faite directement à quatre enfants, tous sains et bien portants, n'a donné lieu à aucune réaction exagérée;

3° Que le développement et la similitude de l'éruption obtenue avec du vaccin provenant de trois sources différentes, permettent de croire que la génisse rend, après un nombre illimité d'insertions, le cowpox comme on le lui donne.

Ces conclusions, ajoute M. Warlomont, tendent à établir que le cowpox, aussi longtemps qu'il ne quitte pas son terrain de provenance, conserve toute son activité, quelle que soit la multiplicité de ses transmissions.

M. Warlomont admet avec Jenner que la plupart des cas de cowpox dit spontané ne sont que le résultat d'inoculations accidentelles et ne s'éloignent en rien cependant des cas réellement spontanés dans leurs différentes manifestations.

L'auteur s'élève contre l'antagonisme que l'on a voulu établir entre la vaccine humaine et la vaccination animale.

Un principe sur lequel tout le monde est d'accord, c'est la nécessité de renouveler le vaccin le plus souvent possible en le retrempant à sa source vierge, et c'est ce que fait d'une manière certaine la vaccination animale.

En terminant, M. Warlomont signale la création récente à Bruxelles d'un institut vaccinal de l'État, ayant pour objet la culture du vaccin sur des génisses et la distribution gratuite de la matière ainsi obtenue. Il proteste enfin contre le jugement porté par un membre de l'Académie sur la pratique de la vaccination animale, jugement que viennent contredire les documents tirés des statistiques belges négligés à dessein et ouvertement comme entachés de suspicion légitime. (Commission de vaccine.)

Maladies charbonneuses.

M. Davaine donne lecture d'une note intitulée : *Expériences relatives à la durée de l'incubation des maladies charbonneuses et à la quantité de virus nécessaire à la maladie.*

Dans le travail que M. Davaine a communiqué précédemment à l'Académie, il s'était proposé de résoudre quelques questions que ses premières recherches sur les maladies charbonneuses, en 1863 et 1864, avaient laissées sans réponse satisfaisante.

Dans ces premières expériences, il avait été impossible de connaître exactement la dose de substance virulente qui était conservée et qui avait dû être active dans la production de la contagion. Il avait paru néanmoins que la quantité de sang introduite sous la peau était sans influence sur la durée de l'incubation et sur le nombre des bactéridies qui surviennent chez l'animal inoculé. La première de ces conclusions était fausse.

Dans ces nouvelles expériences, le sang charbonneux a été introduit sous la peau au moyen de la seringue Pravaz. De cette manière, la quantité inoculée a pu être dosée exactement.

Pour obtenir des fractions de goutte de sang charbonneux avec une grande exactitude, M. Davaine a dilué cette goutte dans une quantité déterminée d'un liquide sans action immédiate sur le virus, et, pour obtenir des fractions plus minimes encore, il a fait des dilutions successives.

Des cabayes inoculés, les uns avec un centième de goutte, d'autres avec un quatre centième, d'autres avec un millième; et enfin avec un dix-millième, un cent-millième et un millionième de goutte, sont tous morts avec les phénomènes et les symptômes de la maladie charbonneuse; chez tous la rate était doublée ou triplée de volume, les corpuscules du sang étaient fortement agglutinatifs et le nombre des bactéridies était également prodigieux.

La quantité de sang inoculé n'a donc aucune action sur les phénomènes produits, ni sur le nombre des bactéridies, et toutes les conditions semblent rester les mêmes.

Cependant, il y a une condition variable, c'est la durée de l'inoculation. La durée de la vie, après l'inoculation, a été en progression ascendante, correspondant très-exactement à la progression descendante du virus inoculé.

L'inoculation du virus charbonneux en quantité infinitésimale a paru à M. Davaine pouvoir devenir un moyen d'élucider une question de pathologie controversée. La question de contagion de telle ou telle maladie virulente serait une question de quantité.

Toutefois, M. Davaine ne tire point encore de ces faits de conclusions générales. Il se propose, d'ailleurs, de communiquer à l'Académie d'autres expériences, qui apporteront de nouvelles lumières sur cette question.

Épidémie de typhus à rechute, à Breslau.

M. J. Béclard donne lecture d'un travail de M. le professeur Lebert, relatif à une épidémie de typhus à rechute, observée à Breslau.

La maladie a sévi plus particulièrement sur les hommes, les adultes et sur les personnes de la classe ouvrière. L'épidémie a éclaté d'abord dans la grande et la petite rue des Roses, celles de tout Breslau qui réunissent le plus d'éléments anti-hygiéniques.

Le début de la maladie était assez généralement marqué par des frissons, de la céphalalgie, des vertiges, des douleurs musculaires, la fréquence et la faiblesse du pouls, s'élevant jusqu'à 120 et 130 pulsations, la température du corps subit ainsi une élévation notable et progressive atteignant de 40 à 42 degrés. — Les malades faibles, très-abattus, perdent en général leur connaissance. Quelques-uns avaient du délire semblable au délire alcoolique. Vomissements rares, anémie complète, diarrhée dès le début, sans caractère spécial, tuméfaction de la rate, augmentant d'une manière très-sensible pendant les accès, et diminuant pendant les périodes de rémission.

Le phénomène essentiel de la rémission est l'abaissement de température, qui tombe de 42° à 36° et même 35°, c'est-à-dire à deux degrés au-dessous de la température normale. Le pouls diminue avec la température; il descend de 80 à 70° ou 65 pulsations. Deux malades sont devenus ictériques avec un notable engorgement du foie.

Les urines offrent les caractères habituels de la fièvre. La fin de l'accès est marquée par la diminution progressive des symptômes morbides.

Quelques malades n'ont qu'un accès : le plus souvent, les accès sont multiples; l'intermission dure depuis deux ou trois jours jusqu'à sept ou huit jours.

Le deuxième accès se présente sous le même type que le premier, mais il est moins intense, il dure de cinq à huit jours.

Chez deux malades, M. Lebert a observé un troisième accès analogue aux précédents; la mortalité est toujours peu considérable dans cette maladie.

Le traitement employé est l'expectation. M. Lebert s'abstient de toute médication active, notamment de l'usage du sulfate de quinine. Il se borne à administrer de l'acide phosphorique à très-petite dose et quelques légers stimulants; la préparation de morphine quand les douleurs musculaires sont très-fortes; la glace sur la tête quand la céphalalgie est trop intense; avec cela et par-dessus tout, des précautions hygiéniques, principalement une bonne et constante aération.

Nouvel appareil enregistreur de la respiration ou anapnographe.

M. le docteur Bergeon lit, sous ce titre, en son nom et au nom de M. le docteur Ch. Kastus, la note suivante :

Nous avons l'honneur de présenter à l'Académie un nouvel appareil destiné à enregistrer les mouvements de l'air servant à la respiration.

Plusieurs auteurs ont déjà obtenu le graphique des mouvements respiratoires, soit en appliquant directement des instruments sur le thorax, ainsi que l'ont fait Vierord et Ludwig et plus récemment M. Marey, soit en enregistrant les variations de pression qu'on peut produire en respirant dans un espace hermétiquement fermé.

En abordant cette étude, à notre tour, nous avons suivi une marche différente. Appliquer sur les courants d'air qui pénètrent ou s'échappent de la poitrine, à chaque respiration, un appareil semblable à celui dont s'est servi M. Marey pour l'étude du pouls, tel a été notre but.

Qu'est-ce que le sphygmographe?

« Considéré dans ce qu'il a d'essentiel, dit M. Marey, le sphygmographe se compose d'un ressort maintenu fixe par des vis, portant à son extrémité libre une surface arrondie qui repose sur le vaisseau et le déprime. Chaque fois que le pouls de l'artère soulèvera le ressort, le mouvement se transmettra par une arête verticale rigide à un levier horizontal qui repose sur elle. »

Le levier, à son tour, se termine par une pointe écrivante. C'est donc, en deux mots, un ressort communiquant à une plume les mouvements qu'il reçoit; la partie fondamentale de l'appareil est simplement ce ressort qui appuie sur le vaisseau.

Notre appareil n'est pas autre chose. C'est un ressort appliqué sur le courant inspiratoire, un ressort appliqué sur le courant expiratoire.

On s'explique difficilement, de prime abord, comment un ressort peut être appliqué sur un courant d'air, rien n'est plus simple cependant.

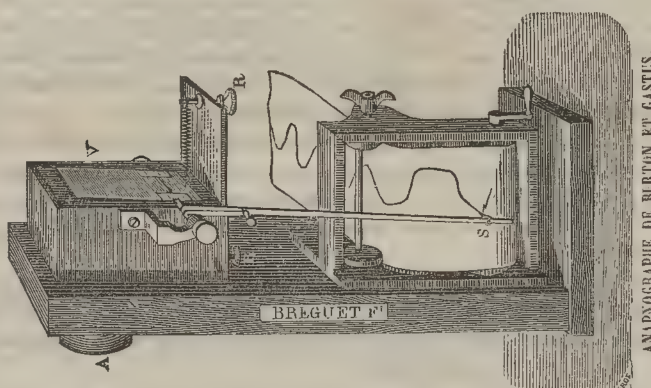


Fig. 1. — Anapnographe de Bergeon et Kastus (1). — A. Partie où s'ajuste le tube par lequel on respire. B. Vulve mobile. RR. Boutons servant à régler la tension des ressorts. S. Pointe écrivante. Appareil enregistreur.

Un levier d'enregistreur, muni d'une pointe écrivante, présente à son extrémité opposée une partie élargie obturant un tube par lequel on respire. Cette partie élargie, qui joue le rôle de valve, est douée d'une grande légèreté, étant formée d'une feuille d'aluminium réduite à une extrême minceur; elle est reliée au tube par une suspension très-délicate permettant des mouvements autour d'un axe horizontal et s'opposant à toute espèce de mouvements de latéralité.

Le système de la valve, de l'axe et du levier se trouve placé dans un état d'équilibre indifférent qui annihile complétement son poids. Pour le maintenir vertical, dans sa position de repos, il faut donc un organe accessoire ; dans ce but, nous avons placé de chaque côté un petit ressort à boudin qui entraînerait la valve à lui si celle-ci n'était également sollicitée, en sens inverse, par un ressort de même force, amené au même degré de tension au moyen d'un bouton de réglage.

La valve placée ainsi entre deux forces égales restera immobile verticale tant que l'équilibre entre les deux ressorts se maintiendra.

Mais qu'une force vienne à agir, puisque la valve n'est retenue verticale que par l'action des ressorts, elle n'offrira par elle-même aucune résistance, son rôle sera entièrement passif, elle n'est qu'un intermédiaire entre la force et le ressort qui cédera alors *d'une quantité à chaque instant proportionnelle à l'intensité et à la durée de la force.*

La partie fondamentale de notre appareil est donc, comme dans le sphygmographe, un ressort impressionné par une force et tendant continuellement à ramener la valve et son système (levier pointe écrivante) à la position verticale de repos.

Étant construit d'après le même principe et fonctionnant de la même manière que le sphygmographe, notre appareil devait traduire les courants d'air qui le traversent de la même manière que le sphygmographe, traduit la pulsation artérielle; c'est en effet ce qui a lieu.

Chaque mouvement, inspiratoire ou expiratoire, n'est plus représenté comme dans les autres appareils appliqués à l'étude de la respiration (cylindre élastique, réservoir de M. Marey, etc.), par une ligne à direction unique, constamment ascendante ou constamment descendante, mais bien par une courbe présentant trois directions évidentes : l'ascension, le sommet, la descente. Lorsqu'un courant d'air veut pénétrer ou s'échapper de la poitrine, il est obligé de déplacer la valve, le levier écrivant qui fait corps avec elle se trouvant ainsi solidaire de tous ses mouvements, traduira l'écartement par un trait vertical sur le papier, trait vertical qui se changera en plateau plus ou moins horizontal reprenant de nouveau une direction verticale (ligne de descente) lorsque, entraînée par le ressort après le passage de l'air, la valve reprendra sa position de repos.

C'est exactement le même jeu que dans le sphygmographe où le ressort, soulevé par l'ondée sanguine, se maintient élevé pendant un instant très-court et redescend en suivant pas à pas la pulsation.

On peut faire à notre appareil plusieurs objections; la première est celle-ci. La valve n'étant retenue verticale que par des ressorts ne sera-t-elle pas plus difficile à écarter, le ressort étant déjà tendu, et n'est-il pas à craindre qu'un courant d'air très-faible, mais suffisant pour produire un écartement, le ressort au repos, ne vienne à passer complétement inaperçu s'il lui faut agir sur un ressort déjà tendu? — A cela, la théorie répond non, parce que pour de petits écartements les allongements des ressorts sont proportionnels aux forces qui les tendent. Mais nous pouvons en donner la preuve expérimentale ; cinq poids égaux appliqués successivement sur la valve produisent sur le papier cinq traits parfaitement égaux, sans qu'on observe la moindre diminution du premier au cinquième.

On peut reproduire l'expérience d'une autre manière. Deux poids très-faibles sont placés successivement sur la valve, les ressorts étant au repos; puis on les tend en ajoutant un poids beaucoup plus fort, on replace de nouveau les deux poids très-faibles, ils produisent néanmoins les mêmes effets.

Autre objection. — La valve étant écartée présentera une surface oblique et par conséquent moins de prise au courant d'air qui doit l'impressionner. On peut prouver expérimentalement que, quelle que soit la position de la valve, de très-petits mouvements d'air produiront toujours un écartement en raison de leur intensité.

(1) L'anapnographe est déposé chez MM. Robert et Collin, maison Charrière, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

C'est en effet ce qu'on observe lorsqu'on envoie dans l'appareil un courant d'air qui traverse une couche de liquide; le courant n'est plus continu, mais formé d'une série de bulles qui se traduisent sur le papier par une série de petites dentelures correspondant à l'éclosion des bulles. Si maintenant on porte la valve en expiration, les bulles n'en produisent pas moins les mêmes dentelures (1).

La régularité suffisamment parfaite du mouvement d'horlogerie qui déroule le papier, les allongements proportionnels des ressorts pour des petits écartements que la valve ne dépasse jamais, et enfin la sensibilité exquise de l'appareil, qui enregistre les plus faibles mouvements, comme l'éclosion d'une bulle dans un flacon, permettent d'apprécier la fréquence des mouvements respiratoires, la durée relative de chacun d'eux, leur intensité et surtout leur *forme*. C'est cette *forme* particulière de certains tracés du pouls, qui permet de reconnaître telle ou telle maladie de l'appareil circulatoire. Serons-nous aussi heureux dans le champ de la respiration? Obtiendra-t-on une courbe caractéristique, un tracé pathognomonique? Cette espérance, point de départ de nos recherches, s'est déjà réalisée dans certaines limites, bien restreintes encore, il est vrai, mais suffisantes cependant pour nous permettre de compter sur une réalisation plus complète.

Nous avons l'honneur de présenter à l'Académie quelques tracés qui offrent une physionomie particulière, suivant l'âge du sujet, l'exercice exagéré des poumons, etc. On sera frappé de la régularité vraiment remarquable que présentent ces tracés. On aurait pu craindre en effet qu'il n'eût pas toujours été possible de placer le sujet soumis à l'expérience, dans ces conditions de calme et de repos indispensables pour que la respiration s'exécute avec son rythme et sa régularité habituels.

Nous décrirons, en terminant, le petit embout qui relie l'appareil aux voies respiratoires, et qui est figuré ci-dessus. Les auteurs qui se sont occupés de récolter les gaz de la respiration ont employé plusieurs sortes d'embouts; un des plus parfaits est, sans contredit, celui que MM. Andral et Gavarret ont fait construire pour leurs mémorables recherches sur la quantité d'acide carbonique exhalé pendant la respiration. Les dimensions considérables de ce masque étaient un obstacle et même une impossibilité pour un appareil qui se propose de rester portatif. En outre, avec un embout semblable, le sujet peut dénaturer son tracé en ouvrant plus ou moins la bouche. Un tube placé entre les lèvres ferme mal et n'est pas sans inconvénients, lorsqu'on veut s'en servir sur un certain nombre de sujets; d'ailleurs, le nez est, bien plutôt que la bouche, le véritable conduit respiratoire. Pour Ph. Bérard, la respiration par la bouche n'est déjà plus la respiration normale.

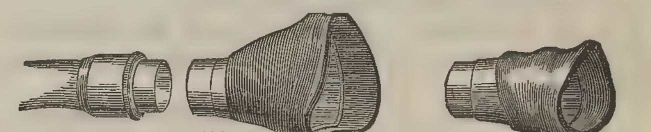


Fig. 2. — Tube et embouchure reliant l'appareil aux voies respiratoires.

En s'appliquant seulement au nez, notre embout pare à tous ces inconvénients : il se compose d'un bourrelet de caoutchouc qui se modèle sur le nez et d'une petite coque métallique qui lui conserve sa forme. Grâce à l'habileté des constructeurs, MM. Robert et Collin, deux grandeurs nous ont suffi pour recueillir des tracés sur un grand nombre de sujets, depuis 18 mois jusqu'à 96 ans.

Destiné surtout à enregistrer les mouvements de la respiration automatique, notre appareil est donc un anapnographe ἀναπνοή, signifiant respiration.

La séance est levée à 5 heures.

(1) Voir pour plus de détails la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, numéros du 11 septembre et suivants.

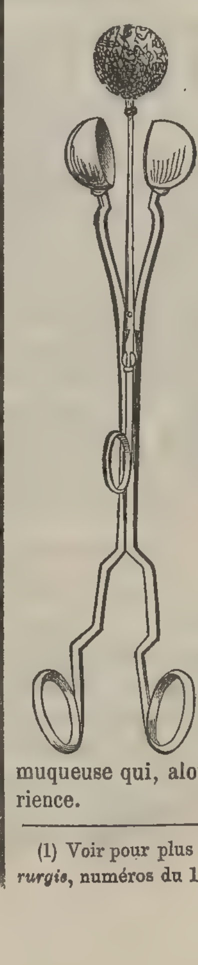
NOUVEL INSTRUMENT SOUS LE NOM DE SPHÉROIDE.

Par le Dr de Meyrignac.

(Présenté à l'Académie le 8 septembre 1868).

L'instrument que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, fabriqué d'après mes indications par MM. Robert et Collin, porte le nom de *sphéroïde*.

C'est une pince d'une forme particulière qui a pour but de porter sur le col utérin des solutions médicamenteuses de toute espèce sans injections et sans recourir au spéculum.



Cette pince porte, à son extrémité, une sphère creuse formée par deux godets hémisphériques qui occupent les bouts des deux branches.

La sphère contient une éponge, laquelle est portée par une tige qui pénètre dans la sphère par un trou constitué par deux échancrures semi-lunaires situées sur chacun des godets; cette tige a son point d'appui sur le pivot articulaire des deux branches de la pince.

Voici le mécanisme de l'instrument :

L'éponge étant chargée d'une solution quelconque, la pince est introduite fermée (*fig.*) et pénètre jusqu'au museau de tanche avec une parfaite facilité.

Alors on écarte les branches de la pince, la sphère s'entr'ouvre; l'éponge, poussée par la tige, s'en échappe et butte contre le col utérin (*fig.*), puis on resserre les deux branches, de façon à ce que les bords des godets fixent parfaitement la tige pour éviter toute vacillation de celle-ci et de l'éponge (*fig.*), au moment où l'on touche le col. Cette opération faite, les branches s'écartant de nouveau, l'éponge rentre dans la sphère au moyen d'une traction exercée sur la tige par son anneau, et l'instrument sort fermé comme il était entré, en ayant soin de le refermer avec un léger mouvement de rotation de la sphère pour éviter le pincement de la muqueuse qui, alors, n'a jamais lieu, ainsi que l'a démontré l'expérience.

Les avantages de cet instrument sont faciles à déduire.

Il remplacera les injections destinées à modifier le museau de tanche et les culs-de-sac, avec une supériorité évidente, car il déposera sur ces organes une quantité d'agents médicamenteux bien plus grande que celle qu'y laisse une injection.

De plus, l'eau de l'injection n'étant là que comme véhicule, constitue une hydrothérapie involontaire et intempestive dont les inconvénients sont énormes et qui seront écartés.

En outre, le spéculum devient inutile dans la plupart des cas, vu que les solutions d'iode, de tannin, d'alun, de perchlorure et de sulfate de fer, de nitrate d'argent, d'acide phénique, etc., etc., peuvent être portées, de cette façon, au fond du vagin, mieux qu'avec un pinceau, ou dans toute sa longueur pour le badigeonnage de ce canal.

Enfin, quand il faudra nettoyer le col et les culs-de-sac, au lieu de le faire avec du coton, ce qui est absurde, car celui-ci généralement ne s'imbibe point, on le fera avec l'éponge, qui se charge avec la plus grande facilité des mucosités et autres sécrétions.

La douleur de l'introduction est nulle, et il n'y a aucun pincement ni à l'entrée, ni à la sortie.

EXPOSITION MARITIME INTERNATIONALE DU HAVRE POUR 1868

Sous le patronage de S. M. l'Empereur et de S. A. le Prince impérial.

La Commission d'organisationdu Congrès d'Hygiène et de Médecine navales, propose les résolutions suivantes :

1° Le Congrès n'admet à la lecture ou à la discussion que des travaux se renfermant dans la spécialité de son titre ;

2° Il fait une exception toutefois, en faveur des recherches ou observations sur les maladies qui ne se développent pas spontanément sous nos climats ;

3° Les travaux manuscrits ou imprimés devront être adressés à la Commission le 25 septembre au plus tard;

4° Les Séances du Congrès s'ouvriront le 28 septembre, à midi, et se termineront le 3 octobre, à cinq heures du soir;

5° Trente minutes seront accordées pour chaque lecture ;

Tout en laissant aux adhérents une liberté absolue dans les limites qu'elle vient d'indiquer, la Commission croit devoir appeler leur attention sur les questions suivantes, qui se rattachent spécialement à la Marine du Commerce.

(*a*). Ne serait-il pas à désirer qu'avant le départ de chaque navire, une Commission médicale s'assurât qu'il est dans de bonnes conditions hygiéniques pour prendre la mer, principalement sous le rapport du logement de l'équipage et des passagers, des rechanges de vêtements pour les matelots, de la qualité et de la quantité des vivres?

(*b*). La visite sanitaire de l'équipage au moment de la revue, en permettant d'élaguer les syphilitiques, galeux, teigneux, les infirmes et les prédisposés aux maladies graves, n'est-elle pas une mesure indispensable?

(*c*) Les cuisines distillatoires doivent-elles être recommandées pour les grands navires? Quels sont leurs avantages et leurs inconvénients?

(*d*). Existe-t-il des marchandises, des cargaisons qui peuvent nuire à la santé du personnel? — Quels dangers font-elles courir? Quels moyens d'y remédier?

(*e*). Quel est le meilleur désinfectant pour les navires?

(*f*). Les modes de ventilation actuels sont-ils suffisants?

(*g*). La composition des coffres à médicament répond-elle aux besoins de la thérapeutique navale et l'instruction médicale réglementaire, remise aux mains des capitaines de navires qui n'embarquent pasde chirurgien, est-elle suffisante? — Dans le cas de la négative, quelles seraient les modifications à apporter?

(*h*). Dans les ports où se passent les examens pour l'obtention du brevet de capitaine au long-cours, ne devrait-on pas rendre obligatoires aux candidats des notions élémentaires sur la connaissance et l'emploi des objets contenus dans le coffre confié aux soins de chaque capitaine?

(*i*). La présence d'un chirurgien à bord des navires de commerce n'est plus obligatoire aujourd'hui que lorsque l'équipage atteint le chiffre de cent hommes. Ne serait-il pas utile de fixer cette obligation à 50 hommes, passagers compris?

(*j*). La substitution des navires à vapeur aux navires à voiles a-t-elle amené quelque modification dans la santé des marins?

(*k*). Existe-t-il des maladies que la navigation ou l'atmosphère maritime puissent modifier?

(*l*). Quelles sont les maladies spéciales à la côte d'Afrique, moyens préventifs et agents curatifs?

(*m*). La colique sèche et la colique de plomb sont-elles une seule et même maladie?

(*n*). De la fièvre jaune.

(*o*). De la dyssenterie des pays chauds.

(*p*). Le scorbut semble avoir augmenté en fréquence dans les longues traversées : à quoi attribuer cette recrudescence?

(*q*). Existe-t-il en Chine, en Cochinchine ou dans l'extrême Orient, des maladies spéciales à ces contrées lointaines?

(*r*). Des bains de mer et de leur emploi thérapeutique.

Un diplôme d'honneur, des médailles d'or, d'argent et de bronze, seront décernés, s'il y a lieu, aux adhérents dont les travaux auront été jugés dignes de cette faveur. — Une Commission sera nommée à cet effet, par l'Assemblée générale.

On se réunira le 28 septembre et les jours suivants, au Cercle international de l'Exposition maritime du Havre. Une carte d'entrée personnelle sera délivrée à cet effet à chaque adhérent, au pavillon de l'administration, extrémité ouest du boulevard Impérial.

Les Membres de la Commission d'organisation,

MAIRE, A. LECADRE, BELLEVUE, TARRAL, DURAND.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'impitoyable mort, qui s'est si lourdement appesantie depuis quelque temps sur notre Faculté, vient de la frapper encore dans la personne d'un de ses membres les plus distingués. M. Monneret est mort subitement hier, dans la matinée, avec toutes les apparences de la santé la plus parfaite. On présume qu'il a succombé à une rupture du cœur. M. Monneret, dont tout le monde connaît et apprécie les nombreux et importants travaux, vient de terminer sa laborieuse carrière à l'âge de 58 ans, c'est-à-dire à un âge où il pouvait se promettre encore de longues années et accomplir de nouveaux et utiles travaux. C'est une perte à laquelle le corps médical tout entier sera sensible.

D'après la volonté expresse exprimée dans le testament de M. Monneret, il n'y aura aucune cérémonie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur les maladies mentales et les asiles d'aliénés. — De l'aliénation mentale et du crétinisme en Suisse, par le docteur L. LUNIER, inspecteur général du service des alinés et du service sanitaire des prisons de France. 1 vol. in-8° de 270 pages. Prix 5 francs. Paris, F. Savy.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Deux cas de pneumonie compliquée traitée par la stibiation.

Au moment même où nous apprenions la mort si imprévue et si regrettable du professeur Monneret, nous trouvions dans le carton des manuscrits en réserve de la *Gazette* la relation d'une leçon clinique faite à la Charité pendant le dernier semestre scolaire. Elle est relative à deux cas de pneumonie compliquée traitée par la méthode de la stibiation. Cette méthode consiste, comme on le sait, dans l'emploi du tartre stibié à la dose de 20 à 50 centigrammes, auquel M. Monneret ajoutait concurremment l'application, plusieurs fois répétée, de vésicatoires volants, et la prescription alimentaire de trois ou quatre bouillons, et de 100, 200 et 300 grammes de vin de Bordeaux, coupé avec la limonade ou l'orangeade. Il n'y a asssurément rien de bien nouveau dans cette méthode. Cependant M. Monneret y attachait une telle importance pour les services qu'elle lui avait rendus dans sa pratique, qu'il a pu écrire à son occasion les lignes suivantes dans le t. Ier de son *Traité élémentaire de pathologie interne* : « Nous ne voulons pas donner le chiffre de nos guérisons. Il serait suspect à beaucoup de personnes, parce qu'il paraîtrait trop favorable au traitement que nous préconisons. Jamais nous n'avons eu à noter les effets fâcheux de l'émétique dont parlent quelques auteurs. Il est parfaitement et rapidement supporté par tous (mais à la condition d'être bien administré et d'être associé aux bouillons et au vin). Il réussit surtout chez les artisans, les sujets affaiblis, les vieillards, et dans le traitement des pneumonies consécutives à un état morbide local ou général. » Nous avons pensé, malgré le peu de nouveauté du sujet, qu'en présence de l'espèce de désarroi où se trouve aujourd'hui la thérapeutique de la pneumonie, tiraillée entre une expectation systématique qui ne paraît pas suffisamment rassurante à tous les praticiens et une médication qu'on eût qualifiée, il y a quelques annés, d'incendiaire, il ne serait peut-être pas tout à fait inutile de rappeler l'attention sur une méthode éprouvée par une longue expérience. Nous trouvons, d'ailleurs, dans cette sorte d'exhumation une occasion de rendre hommage à la mémoire de notre regrettable confrère.

Voici à peu près textuellement la leçon dont il s'agit, qui a été recueillie et rédigée par M. Ch. Cauchois, élève du service.

— Nous voici arrivés à l'époque de l'année où les pneumonies se montrent le plus nombreuses (c'était vers la fin d'avril). Pendant plusieurs leçons déjà je vous ai entretenus des malades atteints de phlegmasies thoraciques qui occupent actuellement nos salles. Aujourd'hui, je veux insister sur deux d'entre eux couchés dans la salle Saint-Charles ; l'un au n° 3, l'autre au n° 14. La pneumonie chez ces deux hommes présente une physionomie particulière qui prête à des considérations intéressantes sur leur nosologie, sur le pronostic et sur l'efficacité du traitement par la stibiation.

La premier de ces malades, celui du n° 3 de la salle Saint-Charles, âgé de 68 ans, accuse plusieurs attaques antérieures de rhumes ou de bronchites, ayant nécessité l'interruption de ses travaux ; de plus une gêne habituelle et assez notable de la respiration, sur laquelle, d'ailleurs, il ne s'explique pas clairement. Les signes physiques nous la font rapporter, comme nous le verrons tout à l'heure, à l'existence d'un emphysème vésiculaire. Or, il est probable que sous l'influence de cette lésion de tissu, une congestion bronchique généralisée a fini par se développer dans ces derniers temps, et par entretenir chez le malade une bronchite chronique.

Quoi qu'il en soit, cet emphysème sénile n'est pas rare chez les gens qui on exercé pendant longtemps des professions pénibles. Il s'accompagne presque constamment d'une bronchite, et cette dernière, à un moment donné, sous l'influence, par exemple, d'un refroidissement considérable, devient le point de départ d'une congestion pulmonaire, ou même d'une véritable pneumonie ; pneumonie secondaire alors, et dont le développement se rattache à la fois à l'emphysème et à la bronchite. Cette pneumonie légitime, deutéropathique, existe chez notre malade.

En effet, nous trouvions du côté droit de la poitrine, en avant, les signes classiques de l'inflammation du poumon : vibrations thoraciques exagérées, matité non douteuse à la percussion, qui serait plus marquée encore sans la présence de l'emphysème, souffle tubaire, bronchophonie. Les râles crépitants que nous avons trouvés d'abord à la partie inférieure indiquent que la pneumonie a commencé par en bas pour gagner ensuite rapidement le sommet où elle s'est localisée et où elle se révèle à présent par tous les signes de l'hépatisation pulmonaire.

L'état local est donc bien établi ; mais il ne forme qu'un des coins du tableau pathologique que nous offre le malade. Si la maladie locale actuelle réside dans la pneumonie, il ne faut pas méconnaître que cet homme est sous le coup d'un état général, d'une affection que plusieurs éléments concourent à former. Nous en connaissons deux ayant leur siége dans l'organe respiratoire ; l'examen du système digestif nous en montre encore deux autres, du côté de la muqueuse digestive et du foie. La langue est recouverte d'un enduit saburral épais qui, sous l'influence d'une augmentation de la fièvre, a pris les caractères des fuliginosités. De plus, les dimensions du foie, prises à l'entrée du malade, en nous donnant pour la ligne mamelonnaire 18 centimètres, pour la ligne médiane 12 et pour la ligne de débord 9, accusent l'hypérémie, non-seulement d'un lobe, mais de la totalité du parenchyme hépatique. Et concurremment nous trouvons, comme chez la plupart de nos autres pneumoniques, une légère teinte subictérique des sclérotiques et de la peau.

Ainsi, nous avons chez notre malade quatre éléments morbides bien déterminés : l'emphysème pulmonaire et la pneumonie, la congestion hépathique et l'état saburral du tube digestif. Je les mettrai tous sur la même ligne, et tout en reconnaissant l'antériorité de l'emphysème, je crois pouvoir attribuer à chacun de ces éléments une part à peu près égale dans l'établissement de l'état général du malade.

Notre thérapeutique doit conséquemment s'adresser à ces quatre éléments. Nous ne pouvons guère attaquer, avec espoir de succès, l'emphysème du poumon ; mais l'inflammation constatée de l'organe réclame impérieusement l'emploi du tartre stibié ; cette médication, d'ailleurs, à dose vomitive, s'adresse aussi parfaitement bien à l'état saburral et à la congestion hépatique ; car la réunion de ces divers états locaux que nous avons rencontrée chez un grand nombre de nos malades atteints de phlegmasies pulmonaires, indique quelque chose de spécial, et vous savez que dans ces cas, nous avons eu à nous louer de la stibiation. Nous avons, en outre, fait appliquer sur le côté malade un large vésicatoire volant. Dès ce moment, la fièvre était peu intense : le pouls ne battait guère que 104 fois, le soir 92, puis 80 le matin ; rien au cœur. L'amélioration a marché lentement, et on retrouve encore aujourd'hui, sept jours après l'entrée du malade, quelques caractères de la pneumonie : matité, vibrations amplifiées, crachats sanglants, visqueux, crépitation peu marquée à la base, mais encore mêlée à du souffle dans la partie supérieure. Mais l'état général est devenu beaucoup meilleur, et c'est précisément sur ce point que le praticien doit porter son attention. Les mouvements du malade sont plus libres, plus faciles ; l'intelligence, qui était obscurcie au début par un peu de subdélire, s'est éclaircie et le caractère a repris une certaine gaieté. En même temps, le pouls est tombé à 80 le soir, 72 ce matin. Toute douleur a disparu ; les fonctions alvines ont toujours été régulières, sauf un peu de constipation habituelle aux vieillards, augmentée aussi dans ce cas par l'état du foie.

Ce rapide exposé des faits vous montre que la marche de la pneumonie, au début, n'a pas été bien franche, que le pronostic, par conséquent, était incertain. Dans les cas de ce genre, il est prudent de répondre d'une manière évasive aux questions de la famille ; car, si l'on se rend bien compte des désordres locaux, des lésions matérielles, d'un autre côté, l'on ignore complétement quelle peut être la mesure de cette force spéciale des tissus en général, du tissu vasculaire en particulier, sorte de force contractile qui produit ce que j'appellerai le dynamisme organique, dont l'action ne saurait être mise de côté, mais dont la détermination échappe complétement au médecin. Dans tout pronostic, il faut réserver la part inconnue de ce dynamisme et se rappeler bien que les altérations physiques ne donnent qu'une des phases du tableau.

Le second malade dont je veux vous entretenir, couché au n° 14 (Saint-Charles), est entré dans notre service avec une douleur au côté gauche accompagnée d'oppression ; le lendemain la douleur existait à droite, et nous trouvions de ce côté, comme de l'autre, les signes physiques de la pneumonie que vous connaissez ; je vous rappellerai seulement que les crachats étaient rouillés, caractéristiques, la respiration singultueuse, ce qui a toujours été pour moi un symptôme d'un mauvais augure ; en outre, elle était presque totalement diaphragmatique, la cage thoracique restant immobile.

L'état général méritait d'attirer votre attention. Bien que toute la surface cutanée fût le siége d'une teinte subictérique, la langue cependant était nette et décolorée. Nous saisissons là une différence remarquable entre la pneumonie avec ictère et la pneumonie dite bilieuse, celle qui est caractérisée principalement par une exacerbation nocturne de la fièvre, avec sueurs visqueuses le matin, soit partielles, soit générales. Un grand nombre des pneumonies de notre service peuvent être considérées comme des pneumonies bilieuses, parce qu'elles offrent ces caractères.

De plus, l'expérience nous a appris que les pneumonies avec ictère sont en général d'une certaine gravité. Quelle en est la cause ? Et chez notre malade, par exemple, y a-t-il lésion matérielle, y a-t-il congestion ? Les mesures prises chaque jour avec un grand soin nous permettent d'affirmer que le foie était petit au début, et que c'est seulement après quelques jours qu'il nous a paru augmenter de volume ; nous avions en effet 9 centimètres pour la ligne de débord, 17 pour la ligne mamelonnaire ; par conséquent, le foie est sorti de ses limites naturelles. Maintenant est-ce la congestion hépatique qui, dès les premiers jours, a donné lieu à la gravité de la maladie ? Telle serait l'opinion commune de la plupart des auteurs qui attribuent la gravité des pneumonies du côté droit à la congestion hépatique, en raison du voisinage des organes.

Mais rappelez-vous que l'augmentation de volume n'existait pas dès les premiers jours, et qu'à ce moment déjà l'affection paraissait très-grave et annonçait une tendance à la migration, à l'envahissement.

N'est-ce pas plutôt qu'il y a, dans cette pneumonie, quelque chose de spécial qui imprime un cachet tout particulier au trouble fonctionnel du foie et que l'on pourrait rapporter, soit à la constitution médicale régnante, soit à la constitution propre du sujet, peut-être à des habitudes alcooliques, s'il en était reconnu chez le malade ?

Pour moi, il s'agit d'une affection générale qui se porte en même temps sur le tissu pulmonaire et sur le tissu du foie, et produit dans ce dernier organe, d'abord un trouble fonctionnel, puis une altération matérielle. Aussi ce n'est pas un reflet sympathique de l'affection du foie sur le poumon, puisque dès le début, il y avait seulement trouble fonctionnel, et que, d'autre part, sur onze autres de nos malades, l'augmentation de volume du foie, quoique manifeste dès le début, ne paraît pas avoir influé sensiblement sur la marche de la pneumonie et des symptômes généraux. Vous en avez pour exemple notable le malade du n° 14 dont je viens de vous parler.

Il résulte de ce fait, messieurs, que les affections locales sont quelquefois insuffisantes pour expliquer l'enchaînement des symptômes généraux, faute de parallélisme entre les signes locaux et les lésions constatées par l'observation directe ; il faut alors remonter à une notion plus générale, trop souvent incertaine, et lui rapporter chacune des déterminations morbides locales.

La gravité de l'affection ne m'a pas permis d'hésiter, chez ce malade, à recourir immédiatement à l'emploi du tartre stibié à haute dose auquel j'ai associé le musc. Un changement total s'est opéré en peu de temps, en deux jours. Les signes de la congestion du poumon droit, surtout dans les deux lobes supérieurs, existaient la veille encore concurremment avec ceux de la congestion hépatique. Le lendemain, nous constatons une modification heureuse : à l'avant-dernière nuit agitée, a succédé une nuit meilleure ; la respiration est plus étendue ; les crachats sont moins rouillés ; enfin, la diminution du mouvement fébrile et de l'agitation nerveuse nous font espérer que le malade est aujourd'hui complétement hors de danger.

Du traitement de la grenouillette.

M. le docteur Fano nous communique une observation de guérison de grenouillette qu'il a fait précéder d'une appréciation des diverses méthodes opératoires proposées contre cette lésion, qu'on lira avec intérêt. Nous laissons parler notre confrère.

Les chirurgiens qui ont cru devoir rapporter l'origine de la grenouillette à une rétention de la salive, suite d'obstruction du

canal de Warthon, ont proposé de désobstruer ce canal, en introduisant par l'orifice extérieur un stylet d'un calibre approprié. Ce mode de traitement est basé sur une doctrine qui est justement réfutée aujourd'hui. La grenouillette doit être traitée comme un kyste, et à ce titre, on lui a opposé divers expédients opératoires. La ponction simple ou l'incision sont des procédés palliatifs; les bords de la solution de continuité une fois agglutinés, la poche se reproduit. On a pensé que la ponction suivie d'une injection irritante, de teinture d'iode, par exemple, donnerait de meilleurs résultats. On a oublié que ce topique, qui agit si bien dans les kystes séreux, ne produit pas le même bénéfice dans les kystes muqueux. La cautérisation de la paroi superficielle de la poche, de manière à en détruire une petite portion dans toute l'épaisseur, est passible des mêmes objections que l'incision simple; après l'élimination de l'eschare, la plaie se cicatrise et la tumeur se reproduit. L'excision partielle de la paroi supérieure de la poche est elle-même insuffisante; la portion restante du kyste continuant à sécréter le liquide propre à la grenouillette, et les bords de la perte de substance se resserrant graduellement, de façon à reformer la poche. C'est pour obvier à ce dernier inconvénient que Jobert a exécuté un procédé opératoire qui consiste à faire du kyste un prolongement de la cavité buccale, espérant, par cet artifice, faciliter l'écoulement, dans la bouche, du liquide sécrété par la face interne du kyste. Pour arriver au résultat, Jobert commence par exciser, sur la face supérieure de la tumeur, un large lambeau de la muqueuse buccale qui glisse sur le kyste. Celui-ci est ensuite ouvert dans toute son étendue et vidé. Puis il renverse, à droite et à gauche, les bords de l'incision faite à la paroi supérieure du kyste, et réunit ces bords à ceux de la perte de substance de la muqueuse buccale, par un point de suture de chaque côté. On forme ainsi un infundibulum, au fond duquel existe un orifice par lequel s'écoule le liquide sécrété par le kyste. Dans les premiers temps, les choses vont bien; mais à mesure que l'orifice de communication du kyste et de la cavité buccale se rétrécit, l'écoulement du liquide du kyste devient moins facile, et il arrive un moment où l'orifice est tellement étroit que la tumeur se reproduit. La modification imaginée au procédé de Jobert, par M. A. Forget, ne met pas non plus à l'abri de la récidive.

C'est en raison des difficultés qu'on rencontre pour maintenir les dimensions de l'ouverture de communication du kyste avec la cavité buccale, que Dupuytren avait imaginé d'introduire de prime-abord, dans la poche, un petit instrument de métal en forme de bouton double de chemise, afin d'obtenir un écoulement permanent, dans la bouche, du liquide du kyste. On conçoit combien doit être pénible pour le malade un corps étranger placé à demeure dans la bouche, et l'insuffisance même du procédé, la consistance du liquide du kyste s'opposant à son issue au dehors.

Physick a employé le séton avec lequel il traverse la tumeur. En admettant que la présence du fil enflamme la poche, il est nécessaire d'en pratiquer consécutivement l'ouverture. D'autres chirurgiens ont proposé l'extirpation de la tumeur, opération longue, douloureuse, qui expose à des hémorrhagies graves.

Dans les divers modes de traitement indiqués plus haut, on a souvent perdu de vue que, pour obtenir la guérison, il faut modifier la nature de la membrane propre du kyste. Tant que la face interne de la poche conserve ses caractères propres, elle continue à sécréter le liquide épais, gommeux, qu'on rencontre dans les grenouillettes. Ce liquide ne peut s'écouler dans la bouche par l'orifice de plus en plus rétréci qui existe au point de communication du kyste avec la cavité buccale. On arrive à ce résultat par un artifice très-simple : en remplissant de charpie la cavité du kyste, après avoir fait une perte de substance à la paroi supérieure de ce dernier. La charpie est renouvelée tous les jours, pendant deux septenaires environ. Dans les premières vingt-quatre heures, la présence du corps étranger provoque une phlegmasie assez vive que l'on combat par des collutoires émollients et par des cataplasmes de même nature sur la région sus-hyoïdienne. A chaque pansement journalier, la cavité du kyste est lavée à grande eau. Bientôt la face interne de la poche se recouvre d'un exsudat grisâtre qui fait place graduellement à une coloration rosée, indice de la conversion de la membrane du kyste en muqueuse semblable à celle de la bouche.

J'ai déjà mis plusieurs fois ce mode de traitement à exécution, et toujours il m'a réussi. Tout récemment, le résultat n'a pas été moins heureuse, et c'est la dernière observation que je rapporte ici :

Grenouillette. — Excision de la paroi supérieure du kyste. — Pansement avec de la charpie sèche. — Guérison. — La jeune B..., âgée de douze ans, se présente à ma Clinique, le 25 juillet dernier. Il existe sur le plancher buccal, à droite de la ligne médiane, une tumeur, du volume d'une petite amande verte, bien circonscrite, rénitente, élastique, de couleur bleuâtre. Elle s'étend depuis les incisives moyennes jusqu'aux grosses molaires droites. Lorsque la langue occupe sa place normale, la tumeur proémine un peu à gauche de la ligne médiane. Sa face supérieure est sillonnée de vaisseaux capillaires d'une ténuité excessive. Profondément, la tumeur se confond, avec le plancher buccal. Un sillon bien accentué la sépare du bord latéral droit de la langue. En refoulant de bas en haut les parties molles de la région sus-hyoïdienne, on n'augmente pas le volume de la tumeur. Celle-ci n'apporte aucune gêne à la prononciation des lettres, et la petite fille parle sans aucune intonation spéciale.

L'enfant étant assise sur une chaise, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide, la bouche largement ouverte et la langue ramenée à gauche de la cavité buccale, j'excise, avec des pinces et des ciseaux, un large lambeau de la paroi supérieure du kyste. Il s'écoule de ce dernier une grande quantité de liquide blanc-jaunâtre, épais comme une forte solution de gomme. La cavité du kyste est remplie de petites boulettes de charpie. Recommandation est faite à l'enfant de se nourrir de potages et d'éviter que la charpie sorte du kyste.

Le 27, il existe de la tuméfaction et une douleur à la pression de la région sus-hyoïdienne. Les mouvements d'écartement des arcades dentaires sont douloureux. La charpie est retirée de l'intérieur du kyste et remplacée par d'autres petites boulettes de la même substance.

Le lendemain 28, moins de tuméfaction de la région sus-hyoïdienne qui est moins douloureuse. Même pansement, après avoir lavé la face interne du kyste avec un courant d'eau pure.

Le 29, la bouche s'ouvre mieux. L'enfant mange des aliments demi-solides, en ayant soin, pendant l'acte de la mastication, de prévenir l'issue de la charpie.

Le 30, nous constatons que la face interne du kyste est recouverte d'une exsudation grisâtre. Le même pansement est renouvelé tous les jours. A chaque consultation, on constate aussi que la cavité du kyste se rétrécit progressivement. La face interne est recouverte d'un exsudat grisâtre.

Le 6 août, le sac est réduit à des proportions insignifiantes; la face interne a pris l'aspect rosé semblable à celui de la muqueuse buccale. C'est à peine si on peut introduire dans la cavité du kyste quelques brins de charpie.

Enfin le 10 août, il ne reste, à la place qu'occupait antérieurement la grenouillette, qu'une dépression de la muqueuse, dans laquelle on introduit le bout d'un stylet à la profondeur d'un millimètre seulement; la face interne et les bords de ce diverticulum ont une couleur rosée semblable à celle de la muqueuse buccale.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. Hervieux

Traitement de la péritonite puerpérale généralisée ou générale d'emblée (1).

Toniques et antiseptiques : camphre, quinquina, sulfate de quinine. — Dans le cours d'une épidémie de péritonite puerpérale qui régna à l'Hôtel-Dieu de Lyon en 1750, Pouteau, après avoir eu recours infructueusement aux saignées, fit usage avec succès du camphre à haute dose, 75 centigrammes à 1 gramme 50 centigrammes en potion dans les 24 heures.

Le même remède, mais associé au quinquina, aurait également réussi à Fauken, dans une épidémie semblable qui sévit à Vienne de 1771 à 1772.

L'année précédente, 1770, Storck aurait, à l'aide du camphre et du quinquina, sauvé plus de 40 femmes atteintes de la même maladie à l'hôpital Saint-Marc, à Vienne.

Lors de l'épidemie puerpérale qui sévit à l'hôpital de Westminster et dans la ville de Londres pendant les années 1769, 1770 et 1771, Leake dit avoir fait principalement usage du quinquina et des toniques.

Dans ses recherches sur la nature et le traitement de la fièvre puerpérale (1783), Delaroche signale le camphre et le quinquina parmi les remèdes qu'il a dirigés contre la péritonite des femmes en couches.

Frappé surtout des accidents de putridité qu'on observe dans la péritonite puerpérale, White, 1785, recommande les toniques et les antiseptiques.

En 1791, Maddeval, médecin espagnol, conseille aussi l'usage du quinquina contre cette maladie.

Deux ans plus tard, 1793, Alphonse Leroy ayant vu régner épidémiquement, à Rouen, la péritonite puerpérale, eut occasion de constater les bons effets du quinquina dans tous les cas qu'il fut à même d'observer.

La même année, John Clarke associait, dans le but de combattre la même affection, le quinquina, l'opium et la racine de columbo.

Dans son traité de la péritonite puerpérale (1830), Baudelocque propose de substituer, pour le même objet, le sulfate de quinine au quinquina.

Cette médication n'était donc pas nouvelle quand Beau annonça à l'Académie de médecine les résultats favorables qu'il en avait obtenus dans le traitement de la péritonite des femmes en couches.

Il est constant, d'ailleurs, qu'au mois d'avril de la même année M. Delpech avait employé, mais sans aucun avantage, le sulfate de quinine à haute dose pendant une épidémie qui régnait à la Maternité.

En septembre et octobre 1856, MM. Delpech et Tarnier recommencèrent leurs expériences sur 14 malades, en administrant le sulfate de quinine à dose tonique, suivant le précepte de Beau. La mort eut lieu dans tous les cas.

J'ai fait, moi aussi, très-largement usage du sulfate de quinine dans les premières années de mon séjour à la Maternité, et je dois déclarer que, malgré ma persévérance dans l'emploi de cette médication, malgré les doses élevées auxquelles je l'ai prescrite, je n'ai jamais obtenu un succès que je fusse autorisé à lui rapporter. Dans les cas graves, impuissance complète.

Il est cependant une catégorie de cas auxquels le sulfate de quinine m'a paru toujours avoir été appliqué avec avantage. Ce sont ceux qui, sans être très-graves, s'accompagnent de frissons répétés. Les hommes qui ont fait une étude spéciale et attentive des maladies puerpérales savent fort bien que certaines péritonites débutent par des frissons nombreux plus ou moins accentués, sans que pour cela la phlegmasie péritonéale s'élève à des proportions très-inquiétantes. Eh bien, c'est contre ces cas que le sulfate de quinine m'a semblé pouvoir être dirigé avec avantage, et j'ai eu souvent alors à me louer de son emploi.

J'administre encore le sulfate de quinine dans la péritonite puerpérale, quand le thermomètre et l'exploration du pouls constatent vers le soir un redoublement fébrile assez considérable pour donner à la fièvre la forme rémittente.

Enfin je prescris les toniques, le quinquina et les amers dans la convalescence de la maladie : 1° pour relever les forces épuisées par la maladie ou des pertes de sang notables survenues après l'accouchement; 2° pour combattre les exacerbations vespertines, quand elles survivent à l'extinction de la phlegmasie péritonéale.

Parmi les antiseptiques que j'ai expérimentés nombre de fois et avec un insuccès persistant, je dois signaler l'acide phénique et même le camphre, malgré la valeur qu'attribuent à ce dernier médicament les médecins mentionnés plus haut.

Opiacés. — Si je réserve une place à part aux opiacés, ce n'est pas qu'ils puissent servir de base au traitement de la péritonite puerpérale, mais ils peuvent remplir quelques indications importantes, et, d'autre part, j'ai à cœur de signaler les inconvénients auxquels ils exposent.

Les opiacés peuvent être administrés à l'intérieur soit en potions, soit en pilules, dans le but de combattre l'agitation et l'insomnie, d'apaiser les douleurs ou d'arrêter les vomissements et la diarrhée.

Quand le médicament est toléré, ce triple but est assez facilement atteint, parce qu'alors on peut élever progressivement les doses et entretenir ainsi les malades dans un narcotisme prolongé. En pareil cas ces pauvres femmes, heureuses de retrouver un peu de repos et d'obtenir une trêve à leurs souffrances, réclament avec instance la pilule ou la potion qui leur a procuré cet engourdissement bienfaisant.

Malheureusement la tolérance, à l'endroit des opiacés, ne s'établit pas toujours, et chez nombre de sujets, des nausées et des vomissements surviennent, évidemment provoqués par l'ingestion du remède.

Le seul moyen d'obvier à ce grave inconvénient, c'est de prescrire l'opium à doses très-fractionnées. Quand j'ai des motifs pour redouter l'effet nauséeux, je fais diviser en six pilules les 10 centigrammes d'opium à prendre dans les vingt-quatre heures, chaque pilule devant être donnée à deux ou trois heures d'intervalle. Toutefois, il ne faut pas ignorer que cette précaution échoue très-souvent, le tube digestif ne conservant parfois rien de ce qu'on y introduit par la bouche.

Les opiacés peuvent encore être administrés en lavement, et personne n'ignore, par exemple, que les quarts de lavement amylacés et laudanisés constituent le moyen le plus puissant que nous possédions pour arrêter la diarrhée. Mais leur efficacité même est un danger, puisque la suppression de la diarrhée, dans un grand nombre de péritonites puerpérales, devient le signal de l'explosion des vomissements.

J'ai donc renoncé, chez la plupart de mes malades, à l'usage des lavements laudanisés, malgré la puissance incontestable de ce remède. Je dis la plupart, parce que je réserve les cas où la diarrhée, après avoir été purement bilieuse, devient séreuse et presque cholériforme, et menace, par son extrême intensité, de ruiner entièrement les forces. J'excepte encore certaines conditions assez favorables de l'épidémicité, conditions dans lesquelles la diarrhée non-seulement n'a plus le caractère essentiellement bilieux, mais peut être supprimée sans que les vomissements la suppléent fatalement.

Moyens divers. — Je ne mentionnerai que pour mémoire certaines médications auxquelles on avait attribué dans le principe une grande valeur, mais que le temps et l'expérience n'ont pas consacrées.

Telle est l'essence de térébenthine, que le docteur Bronan aurait administrée avec succès, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, dans l'épidémie de péritonite puerpérale qui régna à Dublin en 1812. Th. Atkinson de Kilam et Kinneir, médecin d'Edimbourg, prétendent avoir employé ce remède avec grand avantage. Mais les expériences de M. Cruveilhier, à la Maternité, ont démontré l'inanité des espérances que l'huile essentielle de térébenthine avait d'abord fait concevoir.

Le sous-carbonate de potasse a eu d'assez nombreux partisans, parmi lesquels nous citerons Van Stichel, Van Derberlen, Allan, Lafisse, Guinot. Dire qu'on attribuait au sous-carbonate de potasse le pouvoir de coaguler le lait épanché dans l'abdomen, c'est faire connaître suffisamment sur quelle grosse erreur reposait la prétendue spécificité de ce moyen thérapeutique. D'ailleurs, M. Bally, qui a eu plusieurs fois occasion de l'expérimenter, a déclaré qu'au lieu d'effets avantageux, le sous-carbonate de potasse ne lui avait paru donner lieu, dans la péritonite puerpérale, qu'à des accidents funestes.

Les sudorifiques conseillés par Delamotte, les bains de vapeur institués par Chaussier pour combattre la péritonite puerpérale, n'ont jamais donné aucun résultat favorable. L'idée de ce mode de traitement avait été suggérée par les sueurs abondantes et

(1) Fin. — Voir la *Gazette des hôpitaux* du 12 septembre 1868.

salutaires qui se produisent spontanément dans l'état de couches, surtout chez les femmes qui ne nourrissent pas. Mais autre chose est l'état physiologique, et autre chose l'état pathologique. Dans la péritonite, nous savons que les sueurs profuses qui se manifestent, loin d'apporter aucun amendement dans la situation des malades, sont souvent l'indice d'une aggravation considérable des accidents.

L'acide chromique et le bichromate de potasse employés par M. Delpech à la Maternité, en vue de détruire le ferment morbide auquel il attribuait les accidents de putridité qu'on observe souvent dans la péritonite puerpérale, n'ont pas répondu à l'attente de mon honorable prédécesseur.

Le tannin a été préconisé par mon excellent collègue, M. Woillez. Je l'ai mis en usage dans mon service; mais les observations, au nombre de neuf, que j'ai recueillies et communiquées à la Société médicale des hôpitaux (séance du 11 juin 1862), prouvent surabondamment le peu de fonds que nous pouvons faire sur la vertu de ce nouveau remède.

Moyens auxiliaires. — Parmi ces moyens il faut ranger les bains, les topiques émollients et les injections.

A. *Bains tièdes.* — On les a conseillés tour à tour simples, émollients, gélatineux, aromatiques, salés (Busch).

A ne considérer que l'action des bains en elle-même, on est très-porté à croire qu'ils doivent constituer un auxiliaire très-utile dans la péritonite. En effet, ils atténuent la fièvre, tempèrent la chaleur de la peau, humectent la langue, assouplissent le ventre, calment l'agitation et en général opèrent une détente toujours désirable dans les maladies aiguës. Malheureusement cette action est contrariée par un ensemble de circonstances inhérentes à la nature de la maladie et qui rendent le remède éminemment nuisible et dangereux.

Il ne faut pas oublier, en effet, que les femmes en couches atteintes de péritonite ne se meuvent qu'avec la plus grande peine; que, pareilles à des masses inertes, elles ne se prêtent à aucun déplacement soit dans un but d'exploration, soit dans un but thérapeutique; que les moindres mouvements du tronc exaltent ou réveillent les douleurs abdominales, et que le transport de la malade dans une baignoire sera particulièrement de nature à développer ces douleurs. Ce n'est pas tout. L'attitude assise qu'il faut garder dans le bain détermine un redoublement du mal. Nouvelle exaspération des souffrances quand on remet l'accouchée au lit, quand on l'essuie et quand on la rhabille. Sans compter que toutes ces manœuvres exposent encore au danger d'un refroidissement.

Pour un bienfait aussi douteux que celui qui résulterait de l'action d'un bain, il n'est guère permis, ce nous semble, de courir tant de chances et d'aussi défavorables.

B. *Topiques émollients.* — Les plus usités parmi ces topiques sont les cataplasmes de farine de graine de lin, ceux de fécule de pommes de terre ou de riz. Appliqués sur l'abdomen et arrosés de 2 à 3 grammes de laudanum, ils ont un effet incontestable dans la période où les douleurs atteignent leur maximum d'acuité. Plus tard, lorsqu'on a réussi à se rendre maître des premiers accidents et que la péritonite revêt la forme subaiguë, les cataplasmes, outre leur effet émollient, ont encore l'avantage de favoriser l'action des pommades fondantes, mercurielles, belladonées, iodurées ou autres, auxquelles on a recours dans le but d'activer la résolution de la phlegmasie locale.

Il est assez rare, même dans la période d'acuité, qu'on soit obligé de renoncer aux cataplasmes en raison de leur poids. Ou si l'intolérance à l'endroit de ces topiques existe pendant le premier ou le second jour au plus, elle cesse d'avoir lieu passé les premières quarante-huit heures, en sorte qu'on peut toujours revenir aux applications émollientes.

Un autre inconvénient possible des cataplasmes dans la péritonite puerpérale, c'est la production, dans certains cas, d'éruptions miliaires plus ou moins abondantes et dont le siége de prédilection est la surface antérieure de l'abdomen et la partie supérieure des cuisses. Mais, loin de m'effrayer de ces éruptions, je les solliciterais volontiers, persuadé qu'elles opèrent toujours vers la peau une révulsion favorable. Je ne suspends alors l'emploi des cataplasmes que quand l'exfoliation épidermique, qui succède à ces exanthèmes miliaires, met à découvert le derme enflammé ou prêt à s'ulcérer.

C. *Injections.* — Recommandées par tous les auteurs, les injections pratiquées dans le vagin sont de la plus grande utilité. Non-seulement elles expurgent cette cavité des produits de sécrétion qui y séjournent et s'y altèrent, mais elles préviennent les effets fâcheux que la viciation de l'air ambiant par des lochies abondantes et fétides serait susceptible de produire.

Un bon moyen d'obvier à ce dernier et grave inconvénient, moyen sur lequel a insisté avec beaucoup de raison mon habile collègue et ami, M. Empis, mais qui du reste est mis depuis longtemps en usage à la Maternité, c'est le renouvellement répété plusieurs fois par jour des alèzes souillées par la sécrétion lochiale.

Les injections, dans les cas simples, peuvent être pratiquées avec une décoction émolliente, racines de guimauve, graines de lin, têtes de pavot, etc.

Mais si les lochies exhalent une odeur nauséabonde, si l'on redoute à la putridité à laquelle elles peuvent donner lieu, il faut avoir recours aux liquides désinfectants, eau alcoolisée, phénatée, chlorurée, etc. Le liquide dont je me sers le plus habituellement consiste en une décoction de camomille additionnée de chlorure de chaux liquide, au 15e, au 12e ou au 10e, suivant les cas.

Les injections dans la cavité utérine, conseillées par Racolin, Bandelocque, Chomel, Paul Dubois, etc., doivent être réservées pour les cas où la péritonite se complique de métrite suppurée ou putrescente.

C'est avec la charpie ou l'éponge imbibée d'eau chlorurée que je panse les éraillures vulvaires ou les déchirures périnéales consécutives à l'accouchement quand la plaie se couvre d'eschares.

J'oppose aux vomissements les boissons froides, l'eau de Seltz, la glace, les potions antiémétiques et même le vésicatoire sur l'épigastre; à la diarrhée, l'eau de riz édulcorée avec le sirop de coings, la décoction blanche de Sydenham, l'extrait de ratanhia soit à l'intérieur, soit en lavement, quelquefois les lavements amidonnés et laudanisés, et dans certains cas un purgatif léger.

L'acupuncture, recommandée contre le météorisme par A. Paré, Pierre Low, Garengeot, Sharp, Van Swiéten, pourrait être appliquée à la tympanite des femmes en couches dans les cas où les effets mécaniques de cet accident compromettraient sérieusement la vie. Mais c'est là une ressource extrême et à laquelle il ne faudrait recourir qu'autant que tout espoir serait perdu.

ÉCOULEMENT PURULENT DE L'OREILLE

Hémorrhagie supplémentaire à l'époque des règles. — Polype de la caisse. — Ligature extemporanée. — Guérison complète avec régénération de la membrane du tympan.

Par le docteur de Rossi (de Gênes).

Le 27 juin 1867 se présente à mon dispensaire Adélaïde C..., de Gênes, pour être traitée d'un écoulement purulent de l'oreille gauche, qui devient parfois sanguin, et qui a été pendant sept ans rebelle à toute espèce de traitement.

Cette jeune fille est âgée de 20 ans. Son tempérament est très-lymphatique. Réglée dès l'âge de treize ans, elle n'a jamais souffert d'aucune maladie, hormis celle pour laquelle elle s'adresse à mes soins.

L'écoulement, précédé par des douleurs assez vives, commença en 1860. A l'époque de ses règles, en 1864, elle fut encore saisie par des douleurs plus fortes à l'oreille malade : au bout de deux jours de souffrances, le sang commença à couler par le conduit auditif, mêlé d'abord au pus, et ensuite tout à fait pur.

Cette hémorrhagie dura quatre à cinq jours : elle augmenta depuis à chaque époque menstruelle, au point qu'elle rougit deux à trois mouchoirs.

Il va sans dire que le *molimen hemorragicum* a proportionnellement diminué du côté de l'utérus. C'est à peine si elle voit des traces.

Ce serait un travail par trop ingrat que l'énumération de tous les traitements que cette jeune fille a subis. Je noterai seulement que pour se soulager elle a employé, dans les derniers temps, une application de sangsues derrière l'oreille. Cette application n'empêchait pas au sang de revenir à l'époque successive, toujours annoncée par de fortes douleurs.

Voici maintenant les résultats obtenus par l'examen de l'oreille malade. Le pavillon est bien conformé. Quelque veine y est seulement un peu plus dilatée que du côté opposé. Le conduit auditif est mouillé par une médiocre quantité de pus fétide, mal lié. Après l'avoir nettoyé, j'introduis le spéculum et j'aperçois au fond une surface granuleuse qui saigne au moindre attouchement. Ici je dois noter que C... venait d'avoir ses règles depuis peu de jours.

L'exploration avec une sonde me prouve qu'il s'agit d'une masse globuleuse, qui est limitée tout autour par un petit ruban nacré d'un millimètre de largeur : ce petit ruban représente évidemment les derniers débris de la membrane du tympan se tenant encore enchassée dans le cercle tympanal. Par le bord de cette masse, je puis pénétrer dans la caisse et tourner, non sans peine, le polype, car c'en était un.

C... entend la montre à 70 centimètres du côté sain, et à peine au contact du côté malade. Elle souffre de bourdonnements, qui, à l'époque des règles, deviennent insupportables. Ce sont des bruits de souffle et de piston isochrones avec les pulsations des carotides.

Ce jours-là et les jours suivants, j'instillais dans l'oreille une solution de perchlorure de fer, tout en ayant arrêté dans ma pensée de débarrasser la jeune fille de son polype par une opération.

Le 14 juillet, la petite tumeur est beaucoup plus pâle : on peut la tourner assez bien avec un stylet. Je crois que le moment est arrivé de l'opérer.

L'instrument dont je me sers est un écraseur à écrou de dimension très-réduite. Il est rectiligne, mais on pourrait avec avantage se servir d'un instrument coudé, pourvu qu'il soit à écrou et point comme celui de Wilde, qu'on voit figuré dans le livre de Froltsch. Dans cet instrument, en effet, la traction est opérée par les doigts de la même main qui place et maintient l'instrument. La traction opérée par la vis est plus énergique, sans secousse et plus sûre : si l'on place bien son instrument, c'est à peine si les malades s'aperçoivent de l'opération. Je reviens à ma malade. Ayant bien nettoyé le conduit auditif, j'y introduis un spéculum de Toynbee que j'éclaire à l'aide de la lumière du jour. Je porte profondément dans l'oreille mon instrument armé d'une anse de fil de fer très-fin qu'il m'est facile de faire glisser au delà du polype. En appuyant alors tout doucement sur la canule, je fais l'anse de façon qu'elle fasse un angle presque droit avec le petit écraseur. A ce point, je fixe d'une main l'instrument et je fais de l'autre marcher l'écrou. La résistance augmente après quelques tours, mais elle cesse brusquement et le sang qui sort par le conduit m'annonce que le polype est bien coupé. Les injections d'eau, additionnées de perchlorure de fer, firent bientôt cesser l'hémorrhagie et il me fut facile de saisir la tumeur avec une pince et de la tirer au dehors. C'était un polype d'une forme arrondie, gros comme un petit pois. On voit parfaitement la surface d'implantation. Il est d'une consistance fibreuse. La malade en se mouchant fait sortir par la trompe des bulles d'air qu'on voit éclater dans la caisse. La fonction se trouve améliorée considérablement tout de suite après l'opération. Elle entend la montre à 10 centimètres. J'introduis au fond de l'oreille une petite boulette de coton trempée dans le perchlorure de fer. J'ordonne sirop de proto-iodure de fer, bains de pieds sinapisés tous les soirs.

Le 15 juillet, je trouve le conduit rempli de pus fétide. Après une injection d'eau tiède, je puis constater que la caisse est entièrement libre. En la remplissant d'une solution de perchlorure de fer et faisant faire à la malade l'expérience de Valsalva, les bulles d'air éclatent au milieu du liquide et celui-ci pénètre dans la trompe. Le 17, diminution du pus qui commence à se montrer de meilleure qualité; instillation deux fois par jour d'une solution de sulfate de cadmium. Le 24 juillet, dix jours après l'opération, n'existe plus aucun suintement dans l'oreille opérée. On trouve à peine au bout du petit tampon de coton une petite quantité de mucus, comme du blanc d'œuf, provenant de la caisse.

En éclairant bien le fond du conduit, on voit que le petit ruban, dernier reste de la membrane du tympan, paraît avoir augmenté de largeur; il est rouge et l'ouverture qu'il limite est bien plus étroite, toutefois l'œil plonge dans la caisse et peut bien voir un léger boursoufflement de la muqueuse; la trompe est libre.

Le 27 juillet, les règles prirent leur cours normal et durèrent environ quatre jours.

Depuis le 7 août 1867, la nommée C... ne se montra plus à mon dispensaire, et j'avais toute raison de croire qu'elle n'avait plus besoin de mes soins; mais voulant suivre un cas qui m'intéressait beaucoup, je la fis appeler au mois de février de l'année courante, c'est-à-dire six mois après l'avoir opérée.

Elle se présente le 12 février; elle me dit que sa santé a été toujours excellente. Les règles venaient régulièrement, et l'oreille n'attirait plus son attention.

J'examine, à cette date, l'organe jadis malade, et je remarque que le conduit est médiocrement enduit par de la cire. J'introduis le spéculum de Toymbee, et à la lumière naturelle, j'aperçois que le fond de l'oreille est tout à fait fermé par une vraie et nouvelle membrane tympanique. Aucune solution de continuité dans le tympan de nouvelle formation; il a seulement des proportions bien moindres qu'à l'état normal. Au milieu, il est suffisamment transparent, et la concavité naturelle en est beaucoup exagérée.

Du reste, la fonction est parfaite; elle entend aussi bien du côté sain que du côté malade (70 cent.).

Maintenant, il y a quelques jours à peine que j'ai présenté ce cas intéressant à la Clinique chirurgicale dirigée par mon savant maître et ami M. le professeur Botto, qui a bien voulu en faire l'objet de ses observations aux élèves.

OVARIOTOMIE

Obs. LIV. — Ovariotomie pratiquée le 18 novembre 1867. Mort.

Madame A..., de Bassou (Yonne), âgée de 50 ans, d'une forte constitution, très-amaigrie, n'avait jamais été malade jusqu'en 1853. Depuis cette époque, la menstruation a fait défaut et il s'est développé assez rapidement un kyste de l'ovaire qu'on a ponctionné la première fois en 1854, au mois d'avril. Il s'écoula six litres de liquide incolore. Au mois de juillet de la même année, on fit une seconde ponction avec injection iodée. La tumeur ne reparut plus pendant plusieurs années; mais onze ans après l'injection iodée, on dût faire une troisième ponction, au mois d'avril 1865. Quatre autres ponctions, à des intervalles de plus en plus rapprochés, furent pratiquées en 1867. La septième ponction, faite par M. le docteur Fèvre, de Bassou, fournit vingt-quatre litres de liquide brunâtre. En dernier lieu, il se reproduisait deux tiers de litre de liquide par jour. J'ai fait moi-même la huitième ponction, dix-huit jours après la septième, et j'ai retiré douze litres de liquide sanguinolent, très-fluide. L'hémorrhagie récente qui s'était produite dans l'intérieur du kyste avait été probablement provoquée par les fatigues du voyage. La ponction a été faite dans le but de dissiper l'œdème très-considérable de la paroi abdominale et de préciser le diagnostic. Après la ponction, il resta une grande masse multicolore de 10 kilogrammes au moins. Il y avait des adhérences à toute l'étendue de la paroi abdominale. L'excavation pelvienne était libre. L'utérus était très-mobile et le col en était dévié à gauche. Le pouls était faible, à 90. L'état général n'était guère satisfaisant.

L'ovariotomie se présentait dans des conditions défavorables, *in extremis*, mais la malade, dont les ressources étaient peu considérables, réclamait l'opération de toutes ses forces. Elle eut lieu le 18 novembre 1867.

L'incision a dû être successivement portée à 32 centimètres. Il y avait des adhérences intimes à toute l'étendue de la paroi abdominale depuis le creux épigastrique jusque dans le cul-de-sac vésico-vaginal. La tumeur put être très-notablement réduite de volume; elle renfermait dans toutes ses loges un liquide sanguinolent, brunâtre ou jaunâtre, avec des amas fibrineux. Les parois se déchiraient avec la plus grande facilité, sous l'influence des moindres pressions ou tractions. La loge principale était en partie très-mince, en partie très-épaissie par des dépôts fibrineux. Comme les tissus déchirés donnaient lieu à une forte hémorrhagie, il fallait songer à isoler et à extraire, tant bien que mal, le plus promptement possible, la tumeur, afin de pouvoir de suite comprimer et lier les vaisseaux ovariques, sous peine de voir l'opérée succomber à l'hémorrhagie dans un court espace de temps. Le pédicule était très-court et se rapportait à l'ovaire droit. Les débris du kyste, qui étaient restés adhérents en plusieurs endroits à la paroi abdominale, furent ensuite enlevés en sept ou huit portions. Des pinces furent placées momentanément sur les parties saignantes. L'hémorrhagie avait été très-considérable, malgré la rapidité avec laquelle le kyste fut détaché et lié. Il y avait eu des adhérences à l'intestin grêle et dans le bassin, au côté droit. L'hémorrhagie s'arrêta sous l'influence de la compression des pinces et du perchlorure de fer appliqué à l'aide du doigt. La perte de sang a été de 2,000 grammes au moins. Réunion par 6 points de suture profonde et 7 points de suture artificielle. La tumeur avec le liquide extrait pesait 25 kilogrammes. L'opération a duré trois quarts d'heure.

On eut grand peine à réchauffer l'opérée, qui resta toute glacée pendant plusieurs heures. Pouls petit, régulier. Dès l'opération, la

respiration a été embarrassée et accélérée, par suite de l'hémorrhagie et des mucosités bronchiques que la malade très-faible n'avait pas la force d'expectorer. On extraya 25 grammes de sérosité sanguinolente du bassin. L'opérée se ranima un peu au bout de huit à dix heures ; le nombre des inspirations descendit à 36 pendant quelque temps, mais le pouls resta très-faible. La malade se refroidit alors de nouveau progressivement et sa respiration devint de plus en plus embarrassée et accélérée; elle ne ressentit aucune douleur abdominale et elle s'éteignit assez rapidement après avoir conservé toute sa connaissance et toute son énergie morale jusqu'à quelques minutes avant sa mort, vingt-deux heures après l'opération.

Le stroma des loges du kyste était peu résistant; il se laissait déchirer à la manière du carton mouillé; les parois des loges étaient recouvertes de toutes parts de masses fibrineuses, à divers degrés de transformation, en partie très-vasculaires, provenant de caillots plus ou moins décolorés.

A l'autopsie, on trouva seulement 20 à 25 grammes de sérosité sanguinolente au fond du bassin, avec quelques traces de péritonite pelvienne.

Remarques. — L'hémorrhagie si grave qui a accompagne cette opération est provenue moins des parois abdominales, des intestins, etc., qui étaient adhérents que du kyste même dont le stroma fibreux avait subi la dégénérescence graisseuse et qui se laissait déchirer sans le moindre effort. Cet état du kyste explique la formation des nombreux foyers hémorrhagiques qui s'étaient produits spontanément dans les divers loges et les amas de fibrine que l'on observait en plusieurs endroits et qui provenait de caillots plus ou moins décolorés et rnciens, lesquels avaient aussi subi en divers points la dégénérescence graisseuse.

Après l'injection iodée, la tumeur était restée pendant plusieurs années réduite à une très-petite masse, et l'on put croire pendant longtemps à une guérison complète; mais comme il arrive d'ordinaire, à de rares exceptions près, les kystes dans lesquels on a fait une injection iodée reparaissent et se trouvent le plus souvent alors dans de mauvaises conditions pour une extirpation. Nonobstant, il est probable que si l'opération avait eu lieu environ une année plus tôt, la malade aurait eu beaucoup de chances de guérison.

CORRESPONDANCE

Nous recevons de M. le docteur De Laplagne, à l'occasion d'un paragraphe du feuilleton de notre collaborateur et ami M. le docteur Corlieu, la lettre suivante, qui renferme des explications que nous croyons utile de porter à la connaissance de nos lecteurs.

Monsieur le Rédacteur,

Ami intime du docteur Léonce Tourrette et représentant de sa famille après sa mort si glorieuse, je viens vous remercier de vous être associé à notre honorable confrère, le docteur Corlieu, pour rendre un nouvel hommage à sa mémoire, à laquelle on ne rendra jamais trop d'honneur dans l'intérêt de l'humanité. La citation, dans votre numéro du 5 courant, des nobles et justes paroles prononcées sur sa tombe par l'honorable docteur Jules Roux, médecin en chef de la marine à Toulon, est parfaitement conforme à celle faite par moi-même à la fin de l'éloge de mon généreux ami. Mais je crois me conformer à l'esprit scientifique qui animait le docteur Léonce Tourrette, en rappelant qu'il ne prescrivait pas seulement l'eau fraîche contre le choléra, mais l'eau en abondance, à tel point qu'il voyait la reproduction de sa méthode dans tout système préconisant une boisson quelconque abondante, et sans faire ici la moindre application théorique, il est incontestable à tous les points de vue que c'était, que c'est toujours là une nécessité de premier ordre.

Enfin, sans nier tout ce qu'il reste à faire pour le dévouement civil dont une perte cruelle et récente m'aurait; au besoin, fait apprécier le mérite, je dois terminer par une rectification légitime.

Non-seulement l'Empereur s'était ému *spontanément* de l'acte héroïque du docteur Tourrette, mais la veuve de ce regretté confrère figure au Conseil d'État, sur la liste particulière de Sa Majesté. Une chose ainsi promise par l'Empereur est une chose accordée, et Sa Majesté tardera d'autant moins à tenir parole, que les promesses, surtout de ce genre, sont sacrées pour elle.

P.-S. — Quant à une bourse pour son troisième enfant, à peine en âge d'en profiter, madame Tourrette (qui, dans son malheur, n'avait songé d'elle-même à rien réclamer du tout), n'a fait aucune démarche de ce genre, et le premier accueil fait espérer qu'elle serait encore la bienvenue le jour où elle aurait besoin d'en faire une.

Recevez, etc.

Dr DE LAPLAGNE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 12 septembre 1868, rendu sur la proposition du Ministre de l'Instruction publique, M. Broca (Pierre-Paul), professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé professeur de clinique chirurgicale à ladite faculté (service de la Pitié).

— Par décret de même date, rendu sur la proposition du Ministre de l'Instruction publique, M. Bérard (Jacques-Étienne), professeur de chimie générale et toxicologie à la Faculté de médecine de Montpellier, et professeur de chimie à l'École supérieure de pharmacie de cette ville, a été admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, pour cause d'ancienneté de services.

— Une manifestation touchante vient de se produire à Nanteuil-le-Haudoin (Oise).

Depuis quarante-cinq ans, le docteur Missa y exerçait sa profession avec une modestie et une activité exceptionnelles. Sur pied en toutes saisons, à toutes heures, à toutes distances, ne se ménageant pas, oubliant sa bourse chez les pauvres, il était d'un désintéressement sans limite. Aussi les infirmités vinrent vite et le forcèrent à une retraite prématurée. C'est à lui que Dardelle le forgeron légua, à son lit de mort, le *fameux* secret contre le charbon (cautérisation de la pustule par le sublimé). Le docteur Missa en obtint quelques 500 guérisons contre deux ou trois insuccès (voir l'*Union médicale* du 17 septembre 1863). En 1849, il reçut une médaille d'argent pour le choléra, en 1854 une autre pour la vaccine. Les habitants du canton de Nanteuil ont fait davantage : par une souscription spontanément organisée et à laquelle tous ont voulu contribuer, ils viennent de lui offrir, en témoignage de leur reconnaissance, une médaille d'or avec cette épigraphe : « *Science et dévouement.* »

De tels faits honorent l'humanité et seront appréciés de nos praticiens de campagne qui, laborieusement et obscurément, suivent la même voie que notre digne confrère de Nanteuil.

Des placements volontaires dans les asiles d'aliénés, par le docteur L. LUNIER. Brochure in-8° de 32 pages. Prix : 1 fr. 50. Paris, F. Savy.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 111. — MARDI 22 SEPTEMBRE 1868. 41e ANNÉE. MARDI 22 SEPTEMBRE 1868. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 21 septembre 1868.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences. — M. Chevreul a terminé, dans la dernière séance, l'exposé de son Histoire des sciences et des applications de la méthode expérimentale. Ses communications précédentes étaient relatives à l'étude de *l'espèce chimique.* Sa dernière communication est relative à l'application de la méthode expérimentale, à l'étude *a posteriori* de l'histoire de *l'espèce vivante*, reposant sur la proposition fondamentale énoncée dans ses préliminaires, savoir : que « *l'être concret* ne nous est connu que par ses attributs. »

Envisageant historiquement les connaissances relatives au développement des corps vivants sous les trois groupes : histoire naturelle, anatomie et physiologie, M. Chevreul montre que les définitions de ces trois groupes de connaissances, dans leurs premiers âges, ne présentaient aucune incertitude. L'histoire naturelle était parfaitement distincte de l'anatomie et de la physiologie ; l'anatomie était parfaitement distincte de la physiologie; la première bornant ses descriptions aux attributs extérieurs; la seconde décrivant l'extérieur et l'intérieur des tissus et des organes; la troisième, consacrée à l'étude des fonctions des tissus et des organes, et ne pouvant rien sans l'étude des sciences physico-chimiques et mathématiques.

Ces trois branches ont été bien distinctes tant que leurs définitions sont restées d'accord avec des connaissances qui n'étaient pas liées entre elles par des intermédiaires. Mais il existe aujourd'hui, par suite du progrès de nos connaissances sur les espèces vivantes, une telle intimité entre tous leurs attributs, qu'il serait impossible de maintenir désormais cette distribution en trois groupes distincts. « On ne peut donc maintenir, dit M. Chevreul, une distinction qui soit *rationnelle, raisonnée, naturelle,* entre les trois sciences qui ont concouru à faire l'histoire des espèces vivantes ce qu'elle est aujourd'hui. Et si, autrefois, on a pu distinguer les sciences naturelles en différents groupes, tels que des *sciences descriptives*, des *sciences d'observation et de raisonnement*, et des *sciences d'observation, de raisonnement et d'expérience*, les deux premières distinctions portant sur des sciences inégalement avancées, aujourd'hui, elles se fondent dans le *dernier groupe*, et d'autant mieux qu'elles deviennent plus accessibles à l'expérience.

« Tel est le motif, ajoute M. Chevreul, pour lequel je n'ai pu accepter les distinctions de M. Coste et de M. Cl. Bernard, portant sur la part inégale que chacun d'eux fait à *l'observation* et à *l'expérience* dans les sciences naturelles, qu'ils considèrent comme absolument distinctes les unes des autres, et non comme l'ayant été relativement un temps, dans leurs différents âges de développement. »

Mais si le tableau figuratif de l'état de la science de l'espèce vivante, exposé par M. Chevreul (1), montre clairement aux yeux les rapports nouveaux des divers groupes de connaissances qui ont l'espèce vivante pour objet et le degré de notion relative et plus ou moins parfaite que l'on possède sur les principaux attributs, il fait apercevoir aussi l'insuffisance et les lacunes nombreuses de cette même notion absolue. « Ainsi, dit l'honorable académicien, lorsque tant de questions restées encore sans solution montrent le peu d'étendue du cercle de nos connaissances actuelles, et que le nombre des académies, des sociétés scientifiques de tout genre, que des publications annuelles, mensuelles et hebdomadaires, en témoignant du besoin de connaître, témoignent en même temps de la vaste étendue de l'inconnu, n'y a-t-il pas là une grave indication d'examiner si l'enseignement des sciences progressives est ce qu'il doit être au double point de vue du présent et de l'avenir? »

Cette observation a conduit M. Chevreul à émettre quelques considérations sur l'enseignement des sciences progressives, que nous croyons utiles de mettre sous les yeux de nos lecteurs et que nous signalons particulièrement à la méditation des maîtres chargés de l'enseignement des diverses branches de ces sciences et en particulier de la médecine. C'est par là que nous terminerons cet exposé analytique du remarquable travail de M. Chevreul.

« Entre cet enseignement (l'enseignement des sciences progressives) et celui des mathématiques pures, la différence est énorme. En mathématiques pures, tout se démontre. Les éléments de toutes ses conséquences sont dans les prémisses.

« Les sciences progressives concernent le *concret*, les êtres du monde minéral aussi bien que les êtres vivants.

« Or nous avons vu qu'on ne connaît ceux-ci que par leurs attributs, et que, dans l'état actuel de la science, il n'en est pas un dont nous connaissions tous les attributs; et parmi les attributs que nous connaissons, il serait difficile d'en citer un que nous connaissions parfaitement.

« Dans cet état de choses, l'enseignement se compose de généralités dont on déduit des conséquences, lesquelles sont toujours des abstractions, lors même qu'elles aboutissent à l'être concret, objet de l'enseignement.

« La conséquence de tout ce qui précède est donc que, ne connaissant *qu'une partie* d'un ensemble qui est le *tout concret*, *l'enseignement dont ce tout est l'objet ne repose que sur la connaissance d'une partie du tout.*

« La conséquence est donc que, *dans l'enseignement des sciences progressives, si les généralités, les principes, les règles, les lois, en un mot les expressions abstraites, renferment des conséquences qui seront en contradiction, en désaccord avec un attribut dont nous ignorons l'existence ou avec un attribut que nous ne connaissons pas parfaitement,* L'ENSEIGNEMENT SERA INEXACT.

« Dans l'enseignement des sciences progressives, ce grave inconvénient de parler de tout, comme si nous le connaissions, est donc une grande difficulté pour qu'il ne prête pas à l'erreur, et on ne peut se dissimuler qu'à la difficulté réelle signalée, plus d'un enseignement l'a accrue, parce que le professeur se complaît dans des idées générales, absolues, hypothétiques, en dehors de toute démonstration, et d'autant plus dangereuses qu'on ne peut en démontrer la fausseté.

« Quelle conséquence à tirer de tout ce qui précède, afin d'éviter les inconvénients d'un état de choses incontestable, et qui peut-être n'avait jamais été signalé avec une force suffisante pour en démontrer la généralité et les inconvénients qui, malheureusement, ne se révèlent guère à l'étudiant que longtemps après qu'il a quitté les bancs de l'école, et que, livré à lui-même en dehors du maître, il se trouve dans la nécessité de prendre sur lui la responsabilité de l'application de ce qu'il a étudié?

« La difficulté de mettre un terme à des inconvénients réels pour l'étudiant, et pour la société qui croit avec raison à l'utilité des sciences et à la nécessité de les répandre, n'est point insurmontable, mais pour penser à la détruire, il faut avoir une conviction profonde de la nécessité de bannir l'erreur de l'enseignement des sciences progressives; car qu'arrivera-t-il si elle est enseignée au lieu de la vérité? c'est que cette erreur, semée à l'instar *d'une graine*, tôt ou tard se développera, et alors contre votre intention de répandre la vérité par l'enseignement, elle sera chez qui l'aura reçue un obstacle pour recueillir à un jour donné des notions vraies d'une incontestable utilité; il pourrait y avoir telle circonstance où des élèves qui auraient été censés n'avoir pas eu un enseignement aussi brillant ni aussi élevé que d'autres, auraient, dans le cas dont nous parlons, un avantage sur ces derniers, parce qu'ils n'auraient point été exposés à recevoir comme vérité une erreur parée des charmes d'une éloquente imagination.

« En définitive, le moyen d'éviter l'erreur est de n'enseigner les choses du ressort des sciences progressives que pour ce qu'elles sont relativement à leur degré de certitude ou de probabilité respective, et de ne jamais commettre la faute de donner à l'exposition d'idées dont la démonstration est impossible la forme dogmatique, sous prétexte qu'elle présente plus de facilité à l'étudiant. »

Dr Brochin.

(1) M. Chevreul représente les divers attributs de l'espèce vivante par un système de lignes et de figures ou zones coloriées, comme il l'a fait dans une de ses précédentes communications pour l'espèce chimique.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUENEAU DE MUSSY (1).

Études cliniques sur le coryza spasmodique ou asthme périodique avec congestion naso-bronchique.

La seconde forme est la forme asthmatique; le coryza n'est que le préambule, quelquefois très-court, d'une affection dyspnéique où l'élément nerveux domine. Le catarrhe naso-oculaire qui, dans la première forme semblait constituer toute la maladie, ne joue plus qu'un rôle très-secondaire, ou du moins il est relégué au second plan.

Je ne puis donner une meilleure idée de cette forme qu'en citant l'observation suivante qui m'a été remise par la malade elle-même. Je n'ai pas voulu en modifier la forme, expressive dans sa simplicité, et je la livre telle qu'elle m'a été donnée.

En 1838, à l'âge de 19 ans, et dans le meilleur état de santé possible, j'allai passer six semaines chez une de mes cousines, dont la propriété était au bord de la mer, en Normandie; là, par plaisir, je pris des bains de mer très-longs, par des temps pluvieux ou très-frais, je nageais, je me fatiguais sans aucun souci de ma personne. Enfin, toutes ces imprudences se sont terminées par une forte fièvre inflammatoire, à la suite de laquelle j'ai eu la voix tout à fait cassée, et j'ai dû, pour toujours, à mon grand chagrin, renoncer au chant. J'ai souffert tout l'hiver, et j'écrivais sur une ardoise tout ce que j'avais besoin de dire. Au printemps, je me suis parfaitement rétablie et ce bien-être a duré jusqu'à notre départ pour l'Égypte, au mois de juillet 1843, quatre mois après mon mariage.

Si je mentionne cette première maladie, c'est qu'à tort ou à raison, je l'ai toujours regardée comme le principe de ma maladie d'Égypte, que j'ai gardée dix-huit ans.

Nous sommes arrivés à Alexandrie le 4 août 1843; j'étais alors enceinte de trois mois à peu près. Dès le lendemain, je commençai à souffrir de suffocations : j'étais rouge, haletante, mon pouls était faible et très-rapide. Nous attribuâmes cela à la fatigue du voyage, à un refroidissement que j'avais senti en traversant Malte d'un port à l'autre, pour changer de bateau, à mon état, à l'excessive chaleur surtout que nous avions trouvée à Alexandrie. Mais dans la nuit du 5 au 6 août, je fus dans un tel état d'angoisse par ces étouffements et les palpitations qui les accompagnaient, que mon mari, tout effrayé, dut courir au consulat pour demander un médecin.

Le seul qui inspirât une confiance générale, le docteur X..., un allemand, était en voyage, et on lui en indiqua un autre qui avait quelque réputation. Il arriva et me saigna abondamment, bien qu'on lui eût parlé de ma grossesse. Cette saignée me soulagea au point que je me crus guérie. Mais, dès le lendemain, l'oppression, les battements précipités du cœur, une respiration sifflante, une toux sèche et convulsive se représentèrent presque instantanément, et j'étais comme folle.

Le médecin me saigna encore à l'autre bras, mais plus légèrement que la veille, et je fus de nouveau soulagée pendant vingt-quatre heures. Mais au bout de ce temps, ne sachant que faire de moi, il s'adjoignit un confrère, son compatriote; ils me firent prendre des potions et des pilules d'assa fœtida; puis ils m'envoyèrent à la campagne. On m'y transporta dans un état pitoyable le 9 ou le 10 août, et là, ce que je souffris physiquement ne pourra jamais s'exprimer. J'eus des moments de folie, je m'échappais la nuit pour courir sur la terrasse trouver l'air qui me manquait. Le médecin venait tous les jours, quelquefois soir et matin, et tous les deux ou trois jours assisté de son confrère. Ils m'ont encore saignée une fois, et à deux ou trois jours de distance, ils m'ont fait poser 175 sangsues. J'ai su depuis que leur intention était de provoquer un avortement comme unique moyen de salut pour moi. Ces hommes me croyaient poitrinaire au dernier degré ; et comme ils ne savaient pas que j'entendais leur langue, ils conféraient devant moi, lorsque mon mari n'était pas là, et je savais leur pensée et je doutais beaucoup de leur science. Enfin, ce mal s'apaisa par degré dans les premiers jours de septembre ; je ne fis pas de fausse couche et je me rétablis très-vite. Vers la fin de cette année-là, comme j'étais très-lourde et que le sang paraissait m'incommoder, le médecin insista pour me saigner encore. Il avait indiqué une petite mesure, mais le barbier grec m'ouvrit si fort la veine que j'eus un évanouissement terrible et qu'on ne pouvait venir à bout de fermer l'ouverture ; cela m'affaiblit beaucoup jusqu'au moment de mes couches qui furent heureuses. Il est vrai que ma pauvre petite fille arriva au monde si maigre et si chétive, que nous ne pûmes la conserver que quatre mois. Je dois dire que ne sachant pas encore la langue du pays, je ne voulus pas la confier à une nourrice arabe ou négresse, et je la nourris moi-même ; ce qui nous épuisa toutes deux. Nous la perdîmes le 16 mai et je traînai ainsi jusqu'au 8 juin, bien faible et chagrine, mais sans souffrances.

Le 8 juin, je me réveillai tout oppressée, et les mêmes symptômes que j'avais remarqués au mois d'août précédent se ré-

(1) Fin.. — Voir la *Gazette des hôpitaux* du 17 septembre 1868.

veillèrent prsque instantanément : ils ont toujours été les mêmes avec plus ou moins d'intensité, trois mois chaque année, du 8 ou 10 juin jusqu'au 10 septembre, pendant les treize ans que nous avons habité l'Égypte. Pendant ces trois mois, mon pouls était constamment très-faible et très-vif. Les symptômes m'abandonnaient avec une décroissance rapide du 25 août au 10 septembre. Le paroxisme de mes souffrances était le mois de juillet tout entier; c'était parfois intolérable : je me cramponnais aux montants de mon lit de fer pour arracher un souffle de ma poitrine; je ne pouvais jamais m'étendre. Assise dans mon lit ou dans un fauteuil, ne pouvant supporter un vêtement ajusté, toussant à rendre l'âme, et pourtant préférant cette toux à l'étouffement profond qui me causait de légères syncopes, crachant beaucoup de sang mêlé d'humeur, ou quand la toux cessait pour faire place à l'étouffement, c'était de la mousse sanglante qui me montait aux lèvres. *Il ne faut pas que j'oublie de dire que le premier symptôme de ma crise était l'éternuement sans qu'aucun refroidissement le motivât*; puis la respiration devenait sifflante; une angoisse générale causée aussi par le chagrin que me donnait ce retour périodique; puis enfin l'étouffement et les palpitations arrivaient ensemble, de façon que je n'ai jamais pu démêler si c'était le manque de respiration qui me donnait ces affreux battements de cœur, ou si c'était eux qui provoquaient l'étouffement. Vers la fin de juillet, chaque année, les efforts pour respirer avaient été si violents que mon épaule gauche était comme remontée à la hauteur de l'oreille et que j'avais sur toute cette partie gauche de la poitrine une enflure qui me formait comme un coussinet sur lequel j'appuyais ma tête fatiguée. Pas d'appétit du tout : je vivais pendant près de trois mois avec une soupe à l'eau le matin, un peu de bouillon froid à midi, et le soir une tranche de pastèque, ou une pêche cuite, ou un peu de raisin. J'avais horreur de la viande ou du pain, et d'ailleurs si je mangeais un peu plus que ce que je dis là, je le payais si cher dans la nuit que je préférais souffrir de la faim.

Dans le courant du mois d'avril, une perturbation commençait à certaine époque; retard ou avance, et pendant toute la durée de la crise, suppression totale ou désordre, quelquefois deux fois dans le mois, mais peu de chose, de l'eau plutôt que du sang. A la fin de septembre, tout rentrait à peu près dans l'ordre; j'avais de longs sommeils, mon extrême maigreur disparaissait peu à peu, et tout l'hiver se passait si bien que pendant bien des années, nous espérions toujours que j'échapperais à la crise de juin; mais ce mal était inexorable.

On a tout essayé sur moi : emplâtres de poix de Bourgogne saupoudrés de cantharides et d'émétique qui me tenaient tout le dos et les épaules depuis la nuque jusqu'à la chute des reins.

On me les laissait cinq jours, et quand la douleur était intolérable, on me les arrachait, et sur mon dos saignant, on appliquait du cérat. J'en ai eu deux comme cela la seconde année, un la troisième, et ils n'ont fait qu'ajouter un mal à un autre.

La pommade stibiée sur la poitrine, l'huile de croton dans le dos et sur la poitrine ont été aussi plutôt nuisibles *parce qu'ils m'agitaient les nerfs*. On m'a mis des vésicatoires volants en quantité, un à demeure au bras gauche; une autre année un cautère, des ventouses sèches. Je me suis refusée à des ventouses scarifiées, parce qu'on n'avait pas de scarificateur, et que les taillades faites par le barbier avec un rasoir me faisaient horreur. Je me suis également refusée à un moxa qu'un médecin français voulait me faire poser au milieu de la poitrine. Un autre médecin voulait un seton derrière le cou; je n'ai pas voulu. Je ne saurais dire combien de remèdes préventifs on m'a fait essayer : des régimes lactés, puis fortifiants, puis excitants, la diète, l'huile de foie de morue, le lait d'ânesse, la térébenthine, le soufre, beaucoup de belladone, de morphine, de suc de laitue, des potions de laurier-cerise, d'assa fœtida, fumigations de toutes sortes, sinapismes.

Un été, en l'absence de notre bon M. Shledehauss, Clot-Bey a entrepris de me traiter; il m'observait comme un phénomène curieux.

Il m'a fait appliquer des vessies remplies de glace sur le cœur pour en arrêter les palpitations et manger des glaces au citron pour toute nourriture. J'ai été excessivement soulagée pendant quarante-huit heures, mais la réaction a été terrible et il m'est resté depuis cette époque une douleur au côté gauche qui m'oblige parfois à me coucher.

Une seule chose m'apportait quelque soulagement, mais non la guérison, avant l'époque que j'ai dite : c'était d'aller au Caire en barque. Mais je ne pus faire ce voyage que cinq fois, tant à cause des occupations impérieuses de mon mari, que du manque d'eau dans le canal Mahmoudié qui conduit au Nil. Mais enfin arrivée au fleuve, arrivée surtout au Caire malgré la chaleur torride qu'il y faisait alors, je respirais moins péniblement, et je pouvais quelque peu m'étendre.

En fait de remèdes douloureux, le seul qui m'ait réellement soulagée d'une manière soutenue, c'était la cautérisation profonde de l'arrière-gorge au moyen de l'ammoniaque. C'est M. Burguières qui l'a essayé la première année que nous l'avons connu en Egypte, et quand il est allé habiter le Caire, j'ai chaque année prié notre médecin de l'employer. Mais il faisait cette petite opération avec lenteur et timidité, malgré lui, et cela me réussissait bien moins que faite par M. Burguières. Du reste, j'usais vite les différentes ressources de la médecine; le climat humide et chaud m'était trop contraire.

A Paris, dans les différents congés qu'a pris mon mari; à l'île de Rhodes, où nous avons résidé trois ans à notre retour définitif en France; à la campagne d'abord, à Paris ensuite, du 8 au 20 juin de chaque année, il y a eu le retour périodique de ce mal étrange, mais très-atténué, il est vrai.

Ces dix-huit années de souffrances avaient tellement usé mes forces, qu'indépendamment de mes crises d'été, j'étais dans un état de malaise perpétuel et parfois d'anéantissement.

Ce fut alors que je consultai M. Guéneau de Mussy. Il eut l'idée d'employer la quinine d'une façon préventive vers le milieu de mai. Le mal a été comme déconcerté, la fatale échéance de juin a été conjurée; seulement pendant un mois, du 15 août au 15 septembre de cette année, j'ai eu comme un faible retour de mon mal, un peu de toux, un peu d'oppression, battements de cœur, etc.; les mêmes accidents enfin dans la proportion la plus minime, en somme plus de faiblesse que de souffrance.

Je suis donc pleine de confiance pour l'année qui approche.

J'ai omis de dire que non-seulement toute la durée de ma crise était accompagnée d'une contraction du gosier, mais encore d'une extinction de voix plus ou moins complète.

La contraction du gosier était permanente, pour ainsi dire, chez moi, à l'époque où je me portais le mieux, l'hiver. Le geste de dénouer une cravate imaginaire était habituel chez moi; j'étais fatiguée de cette gêne qui augmentait toujours vers le soir. Je n'en suis à peu près délivrée que depuis la fin de l'hiver dernier, et ce n'est aussi que depuis cette époque que j'ai la respiration assez longue pour souffler une bougie sans une sorte de suffocation.

Tel est le récit de la malade; il porte l'accent de la vérité. Ainsi chaque année, à date fixe, elle était prise de coryza, d'éternuements répétés; puis, à ces premiers symptômes, succédait un accès d'asthme qui durait trois mois, avec des paroxismes d'une violence extrême; ces paroxismes se montraient surtout pendant la nuit. Aucun antécédent de famille ne semblait la prédisposer à cette maladie. Son père vit encore, il n'a pas eu d'affection goutteuse. Sa mère est morte très-jeune. Pour elle, depuis sa guérison elle a ressenti plusieurs fois des pleurodynies, mais elle ne se rappelle pas avoir eu d'autres manifestations rhumatoïdes. Son fils, qui souffre d'une angine granuleuse, a, pendant tout l'été, un coryza opiniâtre plus catarrhal que spamodique qui cesse vers l'automne.

Il a pris, dans la constitution de son père, un élément lymphatique qui le prédispose aux catarrhes. Mais ce catarrhe revient chez lui précisément aux époques qui ramenaient chez sa mère l'asthme périodique, circonstance que je ne relèverais pas si on ne la retrouvait souvent comme expression d'une influence morbide héréditaire.

Quand je vis cette dame pour la première fois, au printemps de 1861, elle était maigre, épuisée par ses longues souffrances : elle avait toussé pendant l'hiver. La congestion estivale semblait commencer à laisser des traces; l'auscultation faisait constater un léger degré d'emphysème. On était au printemps; je prescrivis une cure d'Eaux-Bonnes, et, vers la fin de mai, je lui fis prendre plusieurs doses de sulfate de quinine. A la date habituelle survinrent des malaises, du coryza et bientôt des accès d'orthopnée espacés d'abord et périodiques comme ils l'étaient pendant quelques jours avant de devenir continus. Mais, sous l'influence de nouvelles doses de sulfate de quinine, les accidents s'arrêtèrent.

L'année suivante, je fis prendre à nouveau ce médicament vers la fin de mai, et la crise estivale manqua complétement. Trois années de suite je fis suivre à la malade cette médication préventive qui eut un succès complet.

Depuis lors, sept années se sont écoulées, la malade a été soumise aux épreuves morales les plus pénibles, aux fatigues physiques les plus grandes : elle a veillé pendant des mois entiers auprès de son mari et de son père malades, et la guérison ne s'est pas démentie. Dans les deux dernières années seulement, sous l'influence de toutes ces conditions d'épuisement, elle a contracté en été une bronchite intense, accompagnée de dyspnée qui n'avait aucun rapport, dit-elle, avec ses anciennes angoisses, bien qu'elle se fût développée à la même époque. Quelques vésicatoires et des calmants, le bromure de potassium entre autres, en ont fait justice. Placée cette année dans des conditions plus favorables, elle jouit d'une bonne santé, sauf, dit-elle, un peu de pesanteur de poitrine qu'elle n'avait pas connue dans cette saison pendant trois ou quatre ans. Si cette sensation, un peu pénible d'ailleurs, s'accentuait davantage, je lui ferais reprendre, au printemps prochain, du sulfate de quinine. mais je n'en vois pas encore la nécessité.

Je rapprocherai de cette observation celle d'une dame que j'ai soignée il y a trois ans. Tous les ans au printemps, vers le mois de mars ou d'avril, elle était prise de fièvre, de coryza d'une extrême intensité, bientôt suivis d'une dyspnée ayant tous les caractères de l'asthme. Le sulfate de quinine fit cesser ces accès sans éteindre le catarrhe. La malade continuait à tousser d'une toux spasmodique et violente, à expectorer et à éternuer. Le moindre refroidissement provoquait l'explosion de ces symptômes. Tous les ans, au printemps, cette dame éprouvait les mêmes accidents. Sa mère et un autre parent en étaient également affectés. Cette malade était d'une constitution lymphatique, molle, anémique et de famille arthritique. Un de ses oncles est un type de goutteux. Il a tous les ans de violents accès de goutte, après avoir eu dans sa jeunesse des migraines et de l'asthme. J'ai observé chez ses tantes de l'acné rosacea, des eczémas chroniques, des névralgies, des coliques hépatiques. L'arthritisme, sous des formes diverses, a imprimé son cachet sur toute sa race.

Dans son beau Traité d'hydrothérapie, le docteur Fleury a consacré un chapitre intéressant à cette forme d'asthme qu'il avait observée sur lui-même et qu'il a indiquée un des premiers en France, en 1852. Avant d'en subir les premières atteintes, il avait eu des attaques de goutte; sa mère était goutteuse.

Après avoir vainement essayé une foule de remèdes pour prévenir ou combattre cette cruelle maladie, qui revenait à échéance presque fixe, dans les mois de mai ou de juin, il eût recours à l'hydrothérapie, qui le délivra de son accès d'asthme. Eclairé par son expérience personnelle, il a depuis lors employé cette médication avec succès chez des malades atteints de la même affection. Il cite, entre autres, l'observation remarquable d'un malade sujet à un flux hémorrhoïdal habituel qui cessait pendant la durée des attaques; des douches dirigées sur le bassin et sur les membres pelviens provoquèrent le retour des hémorrhoïdes en même temps que l'asthme disparut.

Nous rapprocherons cette circonstance de l'interruption des règles que nous avons signalée chez notre malade pendant la durée des attaques. Nous prendrons note également de cette goutte héréditaire dont les accès avaient précédé chez M. Fleury l'invasion de l'asthme périodique, et qui se sont reproduits plusieurs fois depuis la guérison de l'affection thoracique.

En voilà assez pour caractériser la maladie dont je vous entretiens aujourd'hui; mais avant d'en poser les indications, je veux m'arrêter quelques instants sur ses indications pathogéniques.

Le nom même qu'on lui a donné de fièvre de foin exprime l'importance qu'on a attribuée dans son évolution aux émanations odorantes du foin. On peut même demander quel était l'élément du foin qui provoquait les accès. Était-ce le pollen? était-ce quelque parasite attaché à ces végétaux? était-ce l'antoxhantum odorantum, la folus aromatique des graminées qui composent les prairies, comme le pense le docteur Gordon?

Il est incontestable que chez un certain nombre de sujets l'odeur du foin paraît être la cause occasionnelle des accès. Les observations de Gordon et celles d'Elliotson ne permettent guère d'en douter, bien que celui-ci reste dans une sage réserve sur la cause déterminante des accidents. Il rapporte, entre autres, le fait remarquable d'une malade observée par M. le docteur Poyser :

Le père de cette dame avait un coryza subit, mais passager, toutes les fois qu'il traversait un pré pendant la floraison.

Elle-même, chaque année, vers le mois de juin, éprouvait dans les yeux une sensation de chaleur et de plénitude accompagnée de rougeur, de larmoiement. A ces symptômes succédait bientôt une irritation de la muqueuse nasale, des éternuements, puis le travail fluxionnaire s'étendait à la gorge, à la trachée, avec un sentiment d'ardeur et de prurit au niveau de ces organes. Alors elle éprouvait une dyspnée des plus pénibles. Tous ces accidents cessaient vers le milieu de juillet. Cette dame ne doutait pas de leur connexion avec les émanations du foin en floraison. Au mois d'août, elle pouvait impunément se promener au milieu des prés, tandis que de juin en juillet, le voisinage des prairies lui causait les plus vives souffrances. Si elle prenait dans sa main à cette époque une poignée d'herbes, les téguments de la main devenaient le siége de rougeurs et de démangeaisons; ces mêmes symptômes se reproduisaient quand elle garnissait des paniers d'emballage avec du foin sec. Pour échapper au voisinage hostile des prairies pendant la saison fatale, elle se réfugiait sur le bord de la mer, dans les contrées les plus incultes. Elle y trouvait du soulagement quand le vent soufflait du large surtout, elle était moins bien quand il soufflait de terre. Un jour, se promenant aux pieds des falaises d'Harwich, elle fut prise d'un accès soudain et violent, dont elle eut le lendemain l'explication, quand elle apprit que pendant l'heure même de sa promenade, on fauchait un petit pré situé sur la crête de la falaise.

Une autrefois se trouvant au centre d'une petite ville, éloignée de toute prairie, elle est prise d'un accès soudain; et en regardant par la fenêtre de sa chambre, elle s'aperçoit qu'on construisait une meule avec du foin apporté d'une distance de cinq milles. Ses enfants provoquèrent une autre fois l'explosion d'un accès, en entrant dans sa chambre après avoir joué dans une grange remplie de foin.

Je révoquerais peut-être en doute l'exactitude de ces faits si je n'en avais observé qui offrent avec ceux-ci une grande analogie.

Trois enfants de cette dame, ajoute Elliotson, héritèrent de cette infirmité, un quatrième eut la forme commune de l'asthme avec cette particularité que l'odeur des cabiais en provoquait les accès. On trouve dans les auteurs beaucoup de faits semblables, et ils me paraissent mettre hors de doute l'influence que chez certains malades les émanations du foin exercent sur le développement du coryza asthmatique.

Mais si cette influence est incontestable, on voit par les observations mêmes citées à l'appui que cette affection se développe parfois en dehors de cette cause chez ceux-mêmes qui sont le plus sensibles à son action, par conséquent qu'elle n'est qu'une cause occasionnelle. On retrouve d'ailleurs, comme je le disais tout à l'heure, l'intervention de conditions analogues dans l'étiologie de l'asthme vulgaire; certaines odeurs, certaines localités en provoquent les accès d'une manière constante ou du moins pendant une certaine période de la vie. J'ai rencontré deux asthmatiques qui avaient des accès toutes les fois qu'ils sentaient l'odeur de la graine de lin.

L'un d'eux semble avoir une sensibilité spéciale pour cette

graine ordinairement si inoffensive. On ne peut faire un cataplasme dans son appartement sans qu'il le devine en quelque sorte et ne soit pris d'un accès d'asthme. Chez d'autres, l'odeur des fleurs de haricot ou l'odeur du chat produisent le même effet. Les émanations du foin sont plus actives d'ailleurs que bien des substances redoutées par certains asthmatiques.

Un fermier de Normandie me disait dernièrement que pendant la fenaison lui et ses gens souffraient de violents maux de tête.

Un grand nombre d'observations mentionnent cette circonstance et avec d'autant plus d'autorité que les auteurs n'en ont tiré aucune conclusion et n'avaient, par conséquent, aucune idée préconçue sur cette donnée étiologique.

La périodicité est un caractère que nous retrouvons dans beaucoup d'affections arthritiques. La périodicité vernale leur est surtout propre. J'ai souvent remarqué que beaucoup de maladies de racine arthritique à retour ou à exacerbations périodiques revenaient surtout aux époques où la goutte articulaire se montre le plus naturellement. Des névralgies, des céphalalgies, des arthrites m'ont manifesté cette tendance et quelquefois même ces névralgies ont, comme la goutte, des exacerbations nocturnes. Les caractères du type original se retrouvent ainsi dans les dérivés.

Je fais cette remarque en passant, sans l'appliquer au coryza asthmatique, car celui-ci se montre plutôt en été qu'au printemps, mais sa périodicité les rapproche des maladies arthritiques qui se manifestent le plus souvent par accès réguliers ou irréguliers.

Si le *hay fever* a été jusqu'ici plus souvent observé en Angleterre qu'en France, pourrait-on l'expliquer par la fréquence plus grande de la goutte dans la première de ces deux contrées? Enfin, cette circonstance notée par tous les observateurs que la fièvre de foin est le plus habituellement une maladie des classes riches, peut être considérée comme un autre trait d'affinité avec l'arthritisme.

En poursuivant l'étude de ces rapprochements qui ne m'autorisent pas à affirmer la communauté d'origne, mais qui me semblent établir une présomption suffisante pour signaler cette question aux études ultérieures, je trouve chez une de mes malades une forme morbide de racine arthritique, une urticaire qui alterne avec le coryza asthmatique, et celui-ci se montre avec des symptômes; une injection, un prurit et une tuméfaction des yeux qui rappellent l'affection cutanée à laquelle il a succédé.

D'une autre part, la malade du docteur Payser ne pouvait toucher du foin sans avoir une irritation de la peau des mains qui n'est pas décrite avec assez de détails pour qu'on en puisse affirmer la nature, mais qui par sa soudaineté, son caractère prurigineux, se rapproche singulièrement de l'urticaire.

Par une autre remarquable analogie, l'urticaire est quelquefois provoquée, comme la fièvre de foin, par des causes extérieures, l'injestion des moules, des œufs de poisson, des crustacés, quelquefois d'aliments salubres, pour presque tous, comme le riz et les fraises. J'ai rencontré dans ma pratique cinq personnes pour qui cet excellent fruit devenait un agent toxique, et chose remarquable, celles dont j'ai pu connaître les conditions diathésiques étaient de race goutteuse ou ont eu ultérieurement des accès de goutte. Derrière un très-grand nombre de névroses, derrière un très-grand nombre d'anomalies fonctionnelles bizarres empreintes du caractère nerveux, on trouve l'arthritisme.

Je sais que cette affection sera considérée comme une hérésie par plusieurs médecins qui rejettent la plupart des diathèses et affirment ne les avoir pas vues. Ils me font penser à ce touriste qui parcourait les bords d'un lac dans une voiture, où il lui tournait le dos, et prétendait que ce lac était sans eau. Je crois que s'ils n'ont pas vu les diathèses, c'est qu'ils ne sont pas tournés de leur côté. Quant à ces rapports entre l'urticaire et l'asthme estival, je n'en veux tirer aucune conclusion. Si on admet, comme je le crois vrai, que l'un et l'autre puissent dériver de l'arthritisme, on comprendra qu'ils puissent se succéder et offrir quelque analogie dans leur mode d'évolution.

Chez les derniers malades que j'ai observés atteints d'asthme périodique, j'ai constaté de l'angine granuleuse, était-ce une simple coïncidence? La fréquence de l'angine granuleuse chez les arthritiques en serait-elle l'explication? Cette angine que j'ai rencontrée dans d'autres formes d'asthme ne pourrait-elle pas aussi intervenir comme cause prédisposante? Elle constitue un foyer d'irritation qui pourrait favoriser la détermination de l'action morbide sur les organes respirateurs. J'ai déjà signalé la fréquence des granulations pharyngiennes chez les enfants atteints d'angine striduleuse, et j'ai donné la même explication du rôle qu'elles peuvent jouer dans l'évolution de cette affection.

Les indications thérapeutiques doivent être tirées de l'état général du malade et des conditions diathésiques au milieu desquelles cette affection s'est développée, des troubles fonctionnelles qui la caractérisent, de sa marche et de ses localisations.

Si on peut, comme cela est arrivé chez plusieurs de nos malades, déterminer ou au moins soupçonner un substratum arthritique, il faudra prescrire cette hygiène qui consiste à éviter à la fois toutes les incitations excessives et les causes de dépression, les variations brusques de température, le froid humide, le défaut d'exercice musculaire, en un mot toutes les aberrations fonctionnelles et les conditions de milieu qui exercent sur les affections goutteuses une incontestable influence.

Ceux chez qui on peut constater l'intervention d'une cause occasionnelle, comme les émanations du foin, devront s'y soustraire autant qu'ils le pourront. Le voisinage de la mer, l'air vif et pur ont apporté à plusieurs un soulagement très-marqué.

Les lotions froides, méthodiquement faites, rentrent dans les indications hygiéniques d'une maladie qui semble avoir quelquefois pour cause occasionnelle une sensibilité trop vive aux variations atmosphériques. Elles agissent d'ailleurs comme toniques; et l'expérience de tous les malades affirme les inconvénients et les dangers des débilitants.

Quelques médecins, Bostock, Payser, Elliotson ont cru retirer quelques avantages de certains médicaments. On a essayé tour à tour le lobelia inflata, les hypochlorites et les solutions de chlore employés en émanations, en aspirations, les préparations arsénicales, et on leur a attribué quelque succès.

La périodicité des accès m'a fait prescrire le sulfate de quinine, et je lui dois la guérison de la malade dont je vous ai raconté la remarquable histoire. Il me paraît avoir pris surtout sur l'élément spasmodique et dans la forme asthmatique.

Cela est si vrai, que chez un autre malade il a fait cesser les accès dyspnéiques, sans modifier le catarrhe, et du reste dans l'asthme ordinaire à paroximes bien accentués, je l'ai plus d'une fois employé avec succès.

Quand la maladie revient à époque fixe, on en commence l'usage huit ou dix jours avant son retour présumé.

Après trois ans, j'ai pu l'abandonner impunément chez notre malade. Dans les maladies périodiques, quelle qu'en soit la nature, qu'elles soient purement névropathiques ou qu'elles soient congestives, rompre, pendant quelque temps, l'habitude morbide suffit quelquefois pour la faire cesser définitivement.

S'il existait un élément catarrhal bien accusé et surtout s'il survivait à l'attaque, les sulfureux, les arsenicaux interviendraient utilement.

Pendant les accès mêmes, je tenterais l'arsenic si le sulfate de quinine échouait ou me paraissait moins indiqué.

Il ne faut pas négliger d'examiner le pharynx, de réprimer les granulations si elles existent.

Dans ce cas, le perchlorure de fer ou le nitrate d'argent seront préférables à la teinture d'iode, à cause de l'action de ce métalloïde sur les muqueuses pharyngiennes et naso-oculaires (1).

Le régime doit être aussi réparateur que l'état fonctionnel des organes digestifs le permettra.

Tels sont les enseignements thérapeutiques qu'on peut tirer des observations que j'ai eues sous les yeux. Comme dans le traitement d'un grand nombre de maladies les données de la science actuelles ne sont que des pierres d'attente. La construction de l'édifice exigerait des matériaux plus nombreux et mieux coordonnés.

(1) Je m'en suis abstenu dans la période d'acuité; mais chez mon premier malade, après la section de la luette, ayant obtenu un apaisement considérable des phénomènes morbides, je me suis servi avec avantage de la teinture d'iode pour réprimer les granulations pharyngiennes. Après quelques applications de ce topique, le malade se trouvant guéri a réclamé sa sortie.

ASILE D'ALIÉNÉS DE NIORT. — M. Lagardelle.

Paralysie générale progressive. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. Malherbe, interne).

La nommée X..., couturière, 45 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une bonne constitution, entrée une première fois à la Salpêtrière en février 1856, et transférée à l'Asile des aliénés de Niort en mars 1859, après avoir simulé les symptômes de démence consécutive à des accès de manie, d'après un certificat médical envoyé de Paris, a offert, dès son arrivée à Niort, des signes manifestes de paralysie générale progressive.

Sa figure était pâle plutôt que colorée; on observait quelques vergetures sanguines sur les joues.

Sa pupille gauche a toujours été plus dilatée que la droite. Ses lèvres sont en proie à un petit mouvement fibrillaire presque imperceptible; sa langue est tremblante, sans déviation, et la parole n'est embarrassée d'une manière manifeste que lorsqu'elle est un peu excitée ou qu'on la fait parler depuis longtemps.

Cette malade est très-impressionnable; ses facultés intellectuelles s'affaiblissent visiblement; sa mémoire est très-infidèle; elle a souvent des illusions pathologiques et parfois des hallucinations de l'ouïe qui la portent à rire ou la rendent très-méfiante à l'égard des personnes qui l'entourent au point qu'elle reste parfois plusieurs jours pensive sans dire un mot à personne.

La maladie a suivi une marche régulière, quoique lente; les désordres de la myotilité du côté des membres se sont montrés peu à peu. Le côté gauche paraissait plus faible que le droit. La malade est tombée dans un état de torpeur qui a été suivi, au bout de quelques mois, d'une congestion cérébrale; à partir de ce moment, le marasme s'est emparé d'elle, et quelques jours après, elle a succombé à une congestion séreuse le 28 avril 1867.

Autopsie trente-cinq heures après la mort.

Habitude extérieure. — Longueur du corps, 1 m. 52 c.; poids, 109 livres.

La rigidité cadavérique n'est pas très-marquée. Le sujet présente l'engraissement caractéristique de la paralysie générale progressive. La peau est blanche et ne présente pas d'ecchymose; lorsqu'on la coupe, on trouve le tissu adipeux sous-jacent d'une couleur très-jaune; les muscles sont décolorés, ramollis et infiltrés.

Tête. — *Cuir chevelu* très-épais.

Crâne. — Les os du crâne sont très-épaissis; diploé compacte.

A l'ouverture de la dure-mère, il s'est écoulé une assez grande quantité de sérosité. Cette quantité, jointe à celle qui est restée dans la boîte crânienne après l'enlèvement du cerveau, équivaut à un verre.

Dure-mère. — La dure-mère est amincie et friable.

La *glande pinéale* est ramollie, couleur rouge brique.

Cerveau. — Poids, 1,160 grammes;

Hémisphère droit, 463 grammes;

Hémisphère gauche, 480 grammes;

Cervelet, 137 grammes;

Protubérance et *bulbe*, 33 grammes.

Il s'est écoulé environ 27 grammes de sérosité en séparant les hémisphères et le cervelet.

L'arachnoïde présente des taches laiteuses. Les deux hémisphères s'écartent l'un de l'autre. Les circonvolutions sont affaissées et les anfractuosités peu marquées.

Hémisphère droit. — Les membranes ne s'enlèvent que très-difficilement et entraînent avec elles des lambeaux considérables de substance cérébrale, laissant en dessous des empreintes irrégulières qui ont l'aspect de cicatrices. Ces empreintes occupent toute l'épaisseur de la substance grise et sont surtout marquées à la partie latérale et interne du lobe antérieur et à la partie inférieure du lobe postérieur.

La substance grise présente une couleur plus terne qu'à l'état normal, et sa séparation avec la substance blanche est moins marquée. Dans les endroits où la substance grise est le plus ramollie, la substance blanche, immédiatement au-dessous, présente une induration d'une épaisseur d'un millimètre.

La substance blanche présente un léger sablé caractéristique de l'hypérémie passive.

La cavité du ventricule latéral est dilatée et contient de la sérosité. Les parois du ventricule sont très-ramollies et présentent une couleur lactée.

Le plexus choroïde est rouge-vineux, et ne renferme pas de kyste.

La substance grise du corps strié est ramollie et plus foncée qu'à l'état normal.

La partie de la couche optique qui se trouve à la limite des substances grise et blanche est ramollie et d'une couleur jaune clair.

Hémisphère gauche. — L'hémisphère gauche nous présente les mêmes lésions que le droit. Nous y trouvons, de plus, la substance blanche du lobe antérieur très-ramollie et présentant la couleur de la crème de lait.

Dans la substance blanche de la couche optique, nous trouvons une cicatrice brune, trace d'un ancien foyer hémorrhagique.

La substance grise du corps strié est ramollie et présente une couleur chair pâle.

Cervelet. — Les membranes se détachent facilement; la partie moyenne de la substance blanche est ramollie. La substance grise présente, par places, quelques traces de ramollissement. La partie grise, qui constitue les ramifications de l'arbre de vie, est plus foncée qu'à l'état normal, mais ne présente pas de ramollissement.

Protubérance et *bulbe.* — Léger ramollissement de la substance grise périphérique de la protubérance. Bulbe normal.

Poitrine. — *Poumons.* Sérosité dans la plèvre du côté droit. Poumons sains, ne présentant que de la congestion hypostasique à la base.

Les plèvres ne présentent aucune trace d'inflammation.

Cœur. — Les parois du cœur sont épaissies, ramollies, friables, présentant à leur face externe une dégénérescence graisseuse.

Les cavités sont dilatées. Caillots fibrineux dans le ventricule gauche et l'oreillette droite. Les valvules sont saines.

Abdomen. — *Foie.* Le foie est congestionné, mais ne présente pas d'altérations organiques.

Les autres organes sont sains.

Réflexions. — Indépendamment des lésions caractéristiques remarquables de la péri-encéphalite chronique diffuse que l'autopsie nous a révélées, cette observation est très-intéressante par la marche, la durée et surtout le début de la maladie. Ces accès de manie observés au commencement de 1856 ont une grande ressemblance avec la manie congestive décrite par M. Baillarger, maladie qui annonce le plus souvent le début d'une paralysie générale progressive, mais qui n'en est pas toujours fatalement suivie. Il n'y a donc pas confusion dans l'esprit de M. Baillarger entre ce qu'il appelle la manie congestive et les prodromes de la paralysie générale, qui présente pourtant dans bien des cas des phénomènes congestifs remarquables.

Les facultés intellectuelles ont été sérieusement atteintes avant qu'on pût observer des désordres appréciables du système musculaire. Sous ce point de vue, cette observation serait bien un cas type de ce qu'on a appelé la démence paralytique.

Cette maladie, dont la marche est habituellement rapide, puisqu'on évalue à 12 ou 15 mois environ la vie moyenne des paralytiques, n'a pas duré moins de 11 ans. Quoique cette durée soit exceptionnelle, je dois faire remarquer que les femmes sont beaucoup moins souvent que les hommes atteintes de cette maladie et y résistent plus longtemps.

OZENE DU SINUS MAXILLAIRE

Guéri par des injections de permanganate de potasse

Par M. le Dr Thouvenin (de Vézelise).

Madame G... est une femme d'environ 50 ans, petite, d'une santé presque délicate, d'un tempérament sec; elle habite Vézelise.

Elle m'a consulté, il y a environ un an, pour un rhume de cerveau qui ne ressemblait pas, disait-elle, à ceux qu'elle avait eus autrefois. Après avoir fait usage d'émollients sous différentes formes, madame G... avait vu disparaître presque complétement son coryza. Seulement la narine gauche était encore constamment salie par un pus jaune verdâtre qui restait collé à la muqueuse, et il lui était survenu un ozène insupportable et des douleurs sourdes dans la joue gauche. Toutefois ces douleurs lui étaient moins pénibles que la mauvaise

odeur qui la poursuivait partout et dont elle me priait avec la plus vive instance de la débarrasser.

Pendant plus de six mois, madame G... s'est fait dans le nez des centaines d'injections, et elle a prisé toutes les poudres indiquées contre l'ozène. Sous l'influence de ce traitement, aucune amélioration sensible ne s'est fait remarquer dans l'état de la malade, et si les injections qu'elle se faisait dans la narine ont eu quelque utilité, ce n'est que comme moyen de propreté. Enfin cette pauvre femme commençait à se résigner à vivre avec son affreuse incommodité, lorsqu'elle est venue me prier de la guérir de ce qu'elle appelait un mal de dent. Sa pommette gauche était très-rouge et très-douloureuse. Je pensais bien que sa mauvaise dent n'était pas la cause principale des douleurs qu'elle ressentait, et que le sinus maxillaire était le siége de sa maladie. Malgré cela, je me suis décidé à lui extraire la troisième molaire supérieure du côté gauche, en lui laissant espérer un grand soulagement.

Deux jours après, madame G... entre dans mon cabinet en s'écriant que depuis que je lui ai enlevé cette dent elle ne vit plus. « La mauvaise odeur que je n'avais que dans le nez, dit-elle, je l'ai maintenant dans la bouche, je n'ose plus manger ni boire, ni avaler ma salive. Je n'ose plus même dormir dans la crainte de m'empoisonner. Car si parfois je m'oublie et que je vienne à sommeiller, j'éprouve un tel dégoût à mon réveil que je ne puis m'empêcher de vomir. Je ne fais plus que cracher le jour et la nuit. Vous le voyez, je ne puis plus vivre dans cet état-là. »

Madame G... me montre sa bouche, et à la place de la dent enlevée j'aperçois une bulle de pus grosse comme un petit pois. A l'aide d'un objet très-fin, je m'assure qu'un canal artificiel fait communiquer la bouche avec le sinus maxillaire, et que c'est apparemment de la même cavité que s'écoule du pus dans la narine et dans la bouche.

Dans ce cas, il m'a semblé que la première indication à suivre était de chercher à vider cette poche du pus qu'elle contenait. Alors, à la place du stylet, j'introduis un trocard explorateur, et à travers la canule de ce trocard je pousse de l'eau tiède avec une seringue à hydrocèle. Immédiatement il sort par la narine une petite quantité de pus, puis deux ou trois bouchons gros comme une noix d'une matière grisâtre ressemblant à des étoupes enroulées qui auraient croupi dans le pus depuis longtemps et qui répandaient l'odeur la plus repoussante. Après le départ de ces bouchons, du pus alors s'est écoulé en grande abondance, puis du pus mélangé d'eau, puis de l'eau presque pure. J'ai fait ainsi passer dans cette première séance, à travers l'antre d'Highmore, le contenu de deux seringues à hydrocèle. Pendant trois semaines, je n'ai guère manqué de faire tous les jours ou tous les deux jours à ma malade une injection dans le sinus maxillaire à l'aide de la canule d'un trocard explorateur, et je ne cessais de pousser du liquide que quand je le voyais sortir du nez parfaitement limpide. Les premiers jours du traitement, je me servais seulement d'eau tiède pour les injections. A partir du cinquième jour, j'ajoutais un peu de teinture d'iode; enfin j'ai aussi employé pendant quelque temps une solution légère de chlorure de chaux.

La situation de madame G... était singulièrement améliorée et elle ne doutait pas qu'elle dut bientôt guérir. Mais lorsque je restais deux jours sans faire d'injections, le pus et la mauvaise odeur reparaissaient, moins il est vrai qu'autrefois; pourtant, il me semblait que si je cessais de faire des injections le mal renaîtrait dans peu de temps aussi grave que le premier jour, et j'en étais à me demander si cette pauvre femme n'était pas condamnée aux injections à perpétuité, lorsque j'ai voulu essayer du permanganate de potasse. Je me suis servi d'une solution au dixième, et je mettais deux cuillerées de cette solution dans deux verres d'eau pour une injection. Et chaque jour, j'en ai administré une ainsi composée à ma malade, pendant trois jours de suite. Du jour au lendemain, un changement des plus complets s'est fait remarquer. Les sécrétions anormales de l'antre d'Highmore étaient presque taries et la mauvaise odeur avait disparu. Après ces trois jours, j'ai laissé madame G... une semaine entière sans la revoir, et quand elle est revenue me trouver, elle m'a déclaré qu'elle n'avait plus ressenti aucune trace de son ancienne affection et qu'elle se croyait tout à fait guérie.

Pourtant j'ai voulu lui faire encore une injection. L'ouverture par laquelle les jours précédents j'introduisais mon trocard était refermée et j'ai été obligé d'exercer une certaine violence pour en créer une nouvelle.

Cette fois je n'ai voulu, à titre de renseignements, injecter que de l'eau pure, et cette eau est sortie par la narine en moins gros jet que les jours précédents, parfaitement limpide et sans la moindre odeur.

En voyant ce résultat, pensant que la cure était peut-être complète, j'ai cessé l'usage du permanganate de potasse et j'ai renvoyé madame G... en la priant de revenir, s'il lui survenait de nouveaux accidents, soit du côté du nez, de la joue ou de la bouche. — Il y a un mois de cela, et comme je n'entendais plus parler d'elle, je suis allé la voir moi-même. Elle continue à très-bien se porter et n'a plus que le souvenir des douleurs et des dégoûts qu'elle a éprouvés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un décret impérial a autorisé l'Académie des sciences à accepter le legs qui lui a été fait par M. Serres d'une somme de 60,000 francs, dont les intérêts cumulés pendant trois ans serviront à instituer un prix triennal sur l'embryologie générale, appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine.

— Par arrêté en date du 17 septembre, le ministre de l'instruction publique a déclaré vacante la chaire d'anatomie, physiologie comparée et zoologie à la Faculté des sciences de Paris.

Les candidats à cette chaire devront faire parvenir leurs demandes, titres et justifications à la Faculté et au conseil académique.

— M. Grisolle, professeur de clinique médicale (service de l'Hôtel-Dieu) à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le premier semestre de l'année classique 1868-1869, par M. Peter, agrégé près ladite Faculté.

— L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes des hôpitaux de Paris aura lieu le jeudi 8 octobre 1868, *à midi précis*, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part au concours ci-dessus, sous peine d'être rayés des contrôles des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois, jusqu'au *mercredi* 30 *septembre* inclusivement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur les causes de la surdi-mutité, basée sur les documents fournis par les recensements de 1851, 1856, 1861, 1866, et sur 500 observations du surdi-mutité, par le docteur LOUBRIEU, ancien chef de clinique du docteur Blanchet. In-8° avec une carte et une planche lithographiée. Prix : 1 fr. 50. Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 23 septembre 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été occupée tout entière par une lecture de M. J. Guérin et par le commencement de discussion qui s'en est suivie. On n'a pas oublié qu'il y a dix ans, en 1858, à l'époque où l'Académie discutait la grande question du traitement de la fièvre puerpérale, M. J. Guérin exposa une théorie physiologique de la péritonite puerpérale, fondée sur ce fait principal de l'inertie ou du non retrait de l'utérus après l'accouchement, et de la conséquence immédiate qui en résulte, la transformation de la plaie utéro-placentaire en plaie exposée. Cette théorie fut vivement combattue; les faits mêmes qui lui servaient de base furent ou contestés ou diversement interprétés. Témoin des faits sur lesquels M. Guérin basait sa théorie, nous étions à même d'en garantir la parfaite exactitude, laissant d'ailleurs à notre savant confrère le mérite et la responsabilité de ses idées, que le temps et l'expérience devaient tôt ou tard infirmer ou vérifier. M. Guérin n'est pas homme à reculer devant quelques critiques et à se tenir aisément pour battu. Avec cette persévérance qui est le propre des fortes convictions, il a attendu, faute de mieux, les occasions de soumettre sa théorie à la sanction de l'expérience pratique. Cette occasion s'est présentée, et dans la séance d'hier, il est venu communiquer la relation d'un cas de péritonite puerpérale dans laquelle il a fait avec succès l'application de sa méthode d'aspiration utérine.

L'observation de M. Guérin prouve-t-elle ce qu'il a prétendu lui faire prouver? A-t-il eu réellement affaire à un cas de péritonite puerpérale ou à une simple métrite partielle? Et en admettant qu'il se soit trouvé effectivement en présence d'une péritonite imminente ou même déjà développée, est-ce à la méthode qu'il a mise en usage qu'il faut attribuer le résultat heureux qui a été obtenu?

La nouvelle exposition des idées de M. Guérin sur le mécanisme du développement de la péritonite puerpérale a rencontré, comme on pouvait s'y attendre, la même opposition que la première. Ni les idées, ni le fait n'ont trouvé grâce devant M. Depaul, qui a reproduit à cette occasion les mêmes objections et opposé les mêmes fins de non-recevoir qu'il avait déjà fait valoir il y a dix ans; et il a trouvé à son opposition un appui dans M. Blot, comme il en avait trouvé un, en 1858, dans un autre de ses collègues de la section, Cazeaux, de regrettable mémoire.

Pour ce qui regarde les objections théoriques, nous avions déjà fait remarquer, à la suite de la discussion de 1858, que malgré leur vivacité et la force apparente qu'elles semblaient devoir tirer du nombre et de l'autorité des opposants, elles avaient été réduites, en définitive, à des proportions qui en atténuaient considérablement l'importance, et avaient laissé les esprits plus disposés au doute qu'à la négation. Le commencement de discussion qui a eu lieu hier ne nous paraît rien changé à ces conditions. Quant au fait en lui-même, sans vouloir rien préjuger pour l'instant à son égard, nous en mettons la relation textuelle sous les yeux de nos lecteurs, qui apprécieront par eux-mêmes. La discussion sera continuée, d'ailleurs, et nous aurons certainement à y revenir.

Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. CHAUFFARD.

Des phlegmons de la fosse iliaque liés à l'état puerpéral.

(Leçon clinique recueillie par M. J. JOLLY, interne du service.)

Je désire vous entretenir aujourd'hui des phlegmons de la fosse iliaque, liés à l'état puerpéral. Je n'ai point l'intention de vous faire ici l'histoire complète de cette maladie, mais je veux appeler votre attention sur le traitement, à mon avis le meilleur, de ce genre de lésions, j'entends leur ouverture faite de bonne heure avec le bistouri. La malade couchée au no 3 de la salle Saint-Philippe est un bon exemple des résultats de ce mode de traitement.

Cette femme, âgée de 27 ans, qui a eu déjà quatre accouchements normaux, est accouchée pour la cinquième fois le 3 janvier 1868. Sortie de l'hôpital douze jours après, sans avoir éprouvé d'accidents, elle ne ressentait, assure-t-elle, aucune douleur. Au bout de huit jours de travail, elle fut prise, dans le côté droit de l'abdomen, d'une douleur sourde, profonde, qu'exaspéraient la marche et la station debout, et qui s'irradiait dans la jambe droite légèrement enflée. La souffrance ne fut pourtant pas assez vive d'abord pour obliger la patiente à interrompre ses occupations; mais bientôt les accidents s'aggravèrent, la douleur devint très-aiguë, la jambe droite, très-tuméfiée, présenta une sensibilité excessive; il survint de la fièvre; des vomissements de boissons et d'aliments apparurent, et la malade dut prendre le lit dans les premiers jours de février. Elle resta couchée tout ce mois sans suivre de traitement. Peu à peu, sous l'influence du repos au lit, les symptômes aigus s'amendèrent, si bien que cette femme put venir à pied, le 10 mars, à l'hôpital où je la reçus.

Le lendemain, nous constations, dans le côté droit du ventre, l'existence d'une tumeur qui s'offrait à nous avec les caractères suivants : profondément située dans l'abdomen, il faut, pour l'atteindre, déprimer fortement la paroi abdominale antérieure que l'on fait glisser sur elle, et refouler les anses intestinales qui la séparent de la peau; on reconnaît alors que cette tumeur dure, rénitente, peu sensible à la pression et du volume d'un œuf de poule, est dans la fosse iliaque droite qu'elle occupe tout entière; allongée dans le sens du psoas-iliaque, elle s'arrête en bas de l'arcade fémorale le long de laquelle elle semble couchée. Il est assez facile de la limiter en avant et sur les côtés, mais en bas elle se perd dans l'excavation pelvienne. Par le toucher vaginal, en portant fortement en haut le doigt dans le cul-de-sac latéral droit, on parvient à sentir la limite inférieure de la tumeur, qui paraît enclavée dans l'intérieur du bassin et est parfaitement immobile, soit que la saisissant à deux mains à travers la paroi abdominale, on cherche à lui imprimer des mouvements de latéralité, soit qu'un doigt dans le vagin et l'autre main sur sa partie supérieure, on semble la faire mouvoir de haut en bas. En aucun point il n'est possible de constater de fluctuation.

Il n'y avait point de doute à avoir, nous avions affaire là à un phlegmon de la fosse iliaque dont cette tumeur présentait les caractères les plus nets et les mieux accusés.

Malgré le peu de chances qui nous étaient offertes d'obtenir la résolution d'un phlegmon déjà si ancien, je voulus la tenter par les moyens habituels. A deux reprises, je fis appliquer des vésicatoires volants, et dans l'intervalle, j'ordonnai des frictions avec l'onguent napolitain, alternant avec des badigeonnages avec la teinture d'iode. La tumeur fut, en outre, constamment couverte de cataplasmes.

Suivant mes prévisions, nous n'obtenions aucune amélioration : le phlegmon, loin de se résoudre, conserva les mêmes caractères que ceux qu'il avait lors de l'entrée de la malade à l'hôpital. Un peu plus volumineux, il était toujours aussi profondément situé et ne semblait avoir aucune tendance à venir faire saillie vers la paroi abdominale antérieure qui restait toujours parfaitement mobile sur lui, et dont il était séparé par une épaisse couche du tissu cellulaire raréfié par l'inflammation. En déprimant avec force cette paroi et en refoulant en haut les anses intestinales interposées, on parvenait à percevoir une sensation de fluctuation, mais si vague et si obscure qu'il eût été impossible d'affirmer, sur ce seul signe, l'existence d'une collection purulente. On ne pouvait cependant pas douter de la présence d'un foyer de suppuration, les symptômes généraux, frissons irréguliers, fièvre le soir, etc., l'accusaient d'une façon trop précise. Aussi, en présence de cette certitude, en présence surtout de l'affaiblissement de plus en plus grand de la malade, affaiblissement qui était la conséquence du trouble grave apporté par cet abcès à la nutrition, je ne voulus pas laisser cette femme courir plus longtemps les chances incertaines et périlleuses d'une guérison spontanée, et je me décidai à donner issue au pus par la paroi abdominale.

Je procédai à cette opération le 13 avril.

Après avoir fait chloroformer la malade, je fis, le long de l'arcade fémorale, une incision en tout semblable à celle que l'on pratique pour la ligature de l'artère iliaque externe; j'incisai successivement la peau et les divers plans musculaires et aponévrotiques, puis j'abandonnai le bistouri et allai à la recherche du foyer avec les doigts et la sonde cannelée. Je me trouvai alors au milieu d'un tissu cellulaire raréfié par l'inflammation, et je sentis, au-dessus de mes doigts, le péritoine que je repoussai soigneusement en haut. Enfin, lorsque j'eus pénétré à une profondeur de 12 à 14 centimètres environ (mon doigt tout entier entrait dans la plaie), j'arrivai sur la tumeur phlegmoneuse qui s'ouvrit aussitôt que je pressai sur elle avec la sonde cannelée, et qui donna issue à une petite quantité de pus mêlé à du sang.

Après avoir introduit, dans l'ouverture ainsi faite, l'index gauche qui me servit pour conduire mon bistouri, j'allai débrider en dedans et ouvrir largement le foyer. A ce moment apparut un flot de sang veineux qui nous aurait donné des inquiétudes si nous n'avions été certains qu'il ne se trouvait à ce niveau aucun gros vaisseau qui pût être lésé. Cette hémorrhagie fut, du reste, assez facilement arrêtée en bourrant la plaie de charpie trempée dans une solution de perchlorure de fer étendue d'eau.

Le traitement de cette plaie fut celui de toutes les ouvertures d'abcès profonds, et vous avez pu voir combien les suites en ont été simples et régulières. Pas un instant nous n'avons eu à redouter l'apparition d'accidents, tant légers fussent-ils, du côté du péritoine, et si, pendant plusieurs jours, de légers frissons irréguliers nous ont donné quelques inquiétudes, nous nous en sommes facilement rendu maître avec quelques doses de sulfate de quinine. Mais il est un point sur lequel j'insiste tout particulièrement, c'est sur l'amélioration rapide qui, à partir du jour où l'incision a été faite, s'est montrée dans l'état général. Malgré la présence de cette large plaie, malgré une suppuration qui, dans les premiers jours au moins, était très-abondante, vous avez dû remarquer avec quelle rapidité cette malade a retrouvé ses forces.

Il est vrai que la réparation et la cicatrisation de ce vaste foyer s'est faite assez lentement, puisqu'aujourd'hui, deux mois après son ouverture, il n'est pas encore complétement fermé, bien qu'il soit considérablement diminué. (Il ne reste plus, en effet, qu'un trajet fistuleux d'environ 8 centimètres, conduisant dans une cavité très-étroite, et ce trajet a même une si grande tendance à se rétrécir, que deux fois j'ai dû le dilater avec l'éponge préparée pour empêcher la rétention du pus qui amenait une recrudescence des douleurs.) Mais, quand on songe à la grande étendue des masses suppurantes et à l'extrême faiblesse où se trouvait la malade au moment de l'opération, on est moins étonné de la longueur du temps nécessaire à la cicatrisation, et si l'on compare surtout cette durée, si longue qu'elle paraisse, à celle des abcès de la fosse iliaque abandonnés à eux-mêmes, on est forcé de reconnaître qu'une guérison, obtenue même après plus de deux mois, est une guérison relativement rapide, et que c'est là un résultat dont on doit se louer.

Cette femme va d'ailleurs aussi bien que possible; toute menace d'accident, de quelque nature qu'elle soit, a complétement disparu; la malade se lève tous les jours, son appétit est revenu, et elle a même repris un certain embonpoint; tout fait donc espérer que, d'ici à une époque qui ne sera plus très-éloignée, la plaie sera complétement fermée et que la guérison sera parfaite (1).

Les phlegmons de la fosse iliaque, dont l'observation qui précède nous offre un bon exemple, doivent être divisés en deux grandes classes qu'on aurait tort de confondre dans une même description. Mais, tout d'abord, il est évident que nous n'avons pas affaire ici à une maladie primitive et essentielle. Ce sont des effets symptomatiques d'autres maladies, et en particulier de l'état puerpéral, non pas l'état puerpéral compris d'une manière aussi large que l'ont fait quelques auteurs, M. Monneret, par exemple, qui fait commencer la puerpéralité au moment de l'imprégnation pour ne la terminer qu'à la fin de l'allaitement, mais de l'état puerpéral qui suit immédiatement l'accouchement et a une durée d'au moins trois à quatre semaines. Or, entre toutes les manifestations auxquelles peut donner lieu l'état puerpéral ainsi compris, le phlegmon de la fosse iliaque est une des plus fréquentes, et il reçoit de cette origine une marche toute spéciale. Faut-il confondre ces abcès survenus à la suite de couches, avec les autres tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques, celles qui succèdent par exemple à la propagation d'une inflammation de certaines parties du tube digestif, ou à des perforations du cœcum ou de l'appendice vermiculaire? Evidemment non. C'est là une opinion contraire à celle que défend M. Grisolle dans son Mémoire publié en 1839 dans les Archives de médecine; mais il me paraît impossible de réunir dans une même description les abcès à marche lente et obscure, auxquels l'état puerpéral imprime une modalité particulière, avec ces phlegmons si franchement aigus, à terminaison souvent rapide, véritables abcès traumatiques, ne diffé-

(1) Cette femme est, en effet, partie complétement guérie le 21 juillet.

rant de ceux des autres parties du corps que par la profondeur à laquelle ils sont situés.

C'est, en effet, par sa marche que cette affection se distingue. Le plus souvent, le début en est excessivement obscur. Au premier abord, les suites de couches semblent naturelles. La malade a à peine de la fièvre, elle ne ressent que quelques rares douleurs, sourdes, profondes, dans l'abdomen, ou même elle n'en éprouve aucune, et si elle ne se lève pas, nul symptôme saillant ne vient appeler de ce côté l'attention de la femme ni du médecin; même dans les premiers jours où elle se lèvera, elle n'accusera qu'une gêne, un sentiment de pesanteur dans le bas ventre, un peu de peine à se tenir debout; mais tout est si vague, que la malade le remarque à peine et qu'elle continue à vaquer à ses occupations. Bientôt, pourtant, survient un frisson plus ou moins intense qui tantôt reste unique et tantôt se reproduit à des intervalles plus ou moins irréguliers; la douleur s'accroît, d'abord localisée à un point de l'abdomen, elle s'irradie ensuite dans la jambe du côté affecté, et elle devient si vive, que la malade se trouve dans l'impossibilité de se lever. Parfois alors on voit apparaître une légère manifestation du côté du péritoine, traduite par une douleur exquise et plus superficielle, par des vomissements et par un empâtement profond.

Dans quelques cas rares, le début est plus franc; il se rapproche alors de celui qu'on observe dans les autres abcès de la fosse iliaque, et il est tout à fait analogue à celui des autres phlegmons, ceux des membres par exemple.

Mais qu'elle débute lentement et obscurément, ou d'une manière franche et rapide, la lésion ne tarde pas à s'affirmer et à s'accentuer.

On se trouve alors en présence d'une tumeur qui, par son siége, sa direction, sa consistance, se distingue assez facilement des autres tumeurs qui peuvent occuper les mêmes régions de l'abdomen. Elle est, en effet, profondément située dans la fosse iliaque, dans laquelle elle semble comme enclavée; pour l'atteindre, il faut déprimer fortement la paroi abdominale qui, restée jusqu'à une période très-avancée de la maladie parfaitement mobile, peut glisser sur elle. On arrive alors sur une tumeur absolument immobile, assez bien limitée, peu sensible à la pression et d'un volume qui varie de la grosseur d'une noix à celle d'une orange; très-rarement elle atteint les dimensions du poing. Cette tuméfaction est allongée de haut en bas, comme le psoas-iliaque, et couchée le long de l'arcade fémorale. Dure, résistante, élastique d'abord, elle se ramollit plus tard et devient un peu fluctuante; mais la fluctuation y est ordinairement obscure. Elle est masquée en général par la très-grande raréfaction du tissu cellulaire enflammé qui la sépare de la peau, et l'empâtement dont ce tissu est le siége fait croire souvent que l'abcès est plus superficiel qu'il ne l'est en réalité.

De toutes les tumeurs abdominales, il n'en est qu'une qui puisse être confondue avec le phlegmon iliaque, c'est celle qui résulte d'une pelvi-péritonite circonscrite; mais, en général, il est facile de les distinguer. Dans cette dernière, en effet, la tumeur est plus superficielle; on ne sent pas au devant la masse intestinale qu'il faut repousser en haut pour atteindre l'abcès iliaque; elle est en outre un peu mobile, un peu dépressible; ses bords sont nets, tranchants, accusés; et l'on ne retrouve pas dans la pelvi-péritonite, toujours plus douloureuse, comme dans le phlegmon de la fosse iliaque, cet empâtement d'abord profond, mais qui gagne même le tissu cellulaire sous-cutané.

Le plus souvent aussi les symptômes généraux diffèrent; leur acuité est beaucoup plus grande dans la pelvi-péritonite, bien que pourtant celle-ci ait parfois une marche lente et insidieuse.

Lorsque la maladie est arrivée à ce degré, la tumeur fait des progrès constants, la fièvre est continue avec exacerbation le soir, et de temps en temps des frissons erratiques trahissent la présence d'un foyer de suppuration. Par suite des troubles profonds de la nutrition, on voit survenir un état d'amaigrissement et un affaiblissement général qui peut devenir une très-grave complication, soit en entravant la guérison de l'abcès, soit en amenant même à lui seul la terminaison fatale.

Dans quelques cas, malheureusement trop rares, on observe la résolution de cette tumeur phlegmoneuse, sous l'action de vésicatoires volants répétés, de frictions avec l'onguent napolitain et de cataplasmes. Mais le plus ordinairement, la maladie, abandonnée à elle-même ou soumise à cette médication, a une durée presque indéfinie. Lorsque le pus s'est collecté en foyer, la tumeur s'ouvre dans le rectum, au vagin, très-rarement du côté de la peau, le plus souvent dans le cœcum; mais cette ouverture ne se fait qu'au bout d'un temps très-long et alors que l'abcès a acquis un volume considérable. A la suite, il se forme des trajets fistuleux, et même quand le foyer s'est vidé dans le cœcum, terminaison la plus heureuse, il se fait là une suppuration interminable, et il n'est pas rare de voir survenir, au bout d'un temps plus ou moins long, des symptômes d'infection putride qui ne tardent pas à emporter la malade.

D'autres fois ces fistules se rétrécissent, se ferment même d'un côté pendant que l'abcès s'ouvre sur un ou plusieurs autres points, mais souvent ces ouvertures sont insuffisantes, et alors se montrent tous les accidents dus à la rétention et à l'accumulation du pus dans le foyer. Les douleurs reviennent plus vives, la fièvre se réveille plus forte, et la tumeur, qui s'était affaissée en se vidant, acquiert un volume parfois plus considérable que celui qu'elle avait au début. En même temps, il peut se faire que le péritoine qui avoisine l'abcès participe à cette recrudescence de l'inflammation, et qu'une péritonite plus ou moins étendue vienne aggraver encore la maladie; heureux quand elle n'est pas causée par l'invasion du pus dans la cavité péritonéale, car elle devient alors promptement mortelle.

Aussi la mort est-elle très-fréquente dans les phlegmons de la fosse iliaque, soit qu'elle arrive avant l'ouverture de l'abcès, soit que le pus, s'étant frayé un chemin par un des points que nous avons indiqués plus haut, la terminaison fatale soit amenée par la langueur de la suppuration épuisant la pauvre femme, ou par les accidents de péritonite ou d'infection putride. On peut dire que dans de semblables conditions la guérison est presque exceptionnelle; mais, dans tous les cas, elle n'est obtenue qu'après un temps excessivement long, et alors que la malade a couru les plus grands dangers.

Il n'y a de solution promptement obtenue, avec une terminaison parfois heureuse, que si l'abcès marche rapidement et a les allures franches d'un véritable phlegmon.

C'est devant toutes ces considérations de durée et de gravité, devant ce pronostic presque toujours mortel quand on abandonne la maladie à elle-même que, lorsque toute chance d'obtenir la résolution du phlegmon a disparu, je me suis décidé à intervenir de bonne heure et à ouvrir l'abcès avant qu'il eût acquis un trop grand développement.

Ce n'est pas que cette idée de donner issue au pus par une incision à la paroi abdominale, d'autres ne l'aient eue avant moi. Tous les auteurs conseillent d'ouvrir ces abcès. Mais où nous différons, c'est sur le moment opportun. Tandis, en effet, que la plupart de ceux qui ont écrit sur les phlegmons de la fosse iliaque veulent qu'on attende, pour pratiquer l'incision, que l'abcès vienne faire saillie du côté de la peau et ait contracté des adhérences avec elle; je pense, moi, qu'il faut opérer beaucoup plus tôt et aussitôt qu'on a acquis la certitude de la présence du pus. Attendre, en effet, la saillie de la paroi abdominale! mais le plus souvent ce serait attendre en vain, car c'est la voie la plus rarement suivie par le phlegmon, et de plus, à supposer même que cette saillie se produise, elle ne se montrera que très-tard et alors que la malade aura couru tous les dangers de la présence de ce foyer de suppuration et toutes les chances d'une ouverture dans un autre point. Parfois même celle-ci existera quand on pourra ouvrir l'abcès; et qui ne voit combien les conditions de l'opération en seront rendues plus mauvaises?

On objecte à l'incision faite de bonne heure, d'une part, que l'on n'est pas sûr de trouver du pus, de l'autre, et surtout, que l'on s'expose à léser le péritoine ou du moins à déterminer des accidents de péritonite en mettant ainsi la séreuse au contact de l'air. Mais ne sait-on pas que les phlegmons de la fosse iliaque liés à l'état puerpéral se terminent presque toujours, pour ne pas dire toujours, par la suppuration, et si la fluctuation n'est pas manifeste, les symptômes généraux ne sont-ils pas là clairs, évidents, et n'affirment-ils pas avec une certitude presque absolue que du pus existe dans le phlegmon. La lésion du péritoine n'est pas plus à craindre que dans la ligature de l'iliaque externe, et c'est à l'opérateur à prendre ses précautions pour l'éviter; et quant à la péritonite, les faits sont là pour prouver que si cette crainte n'est pas absolument chimérique, elle est du moins singulièrement exagérée. La femme qui fait le sujet de cette conférence n'est pas en effet la première que j'ai opérée de la sorte. J'ai déjà eu l'occasion de traiter de la même manière trois autres malades atteintes de phlegmons de la fosse iliaque, deux à l'hôpital d'Avignon et une en ville. Chez toutes les trois j'ai ouvert l'abcès aussitôt que, ne pouvant plus espérer la résolution, j'avais acquis la certitude que du pus s'était formé, et chez toutes les trois, comme chez notre malade, j'ai vu les suites de cette incision aussi simple que possible, chez toutes les trois aussi la guérison ne s'est pas fait attendre et n'a été entravée par aucun accident.

Bien plus, aussitôt qu'une issue a été ainsi ouverte au pus, il se produit une amélioration vraiment merveilleuse, et quelque mauvais que fût l'état général antérieur, quelque débile que fût la patiente, dès les premiers jours qui suivent l'incision, l'appétit reparaît et les forces reviennent avec une rapidité surprenante.

Je le répète donc, attendre la guérison spontanée d'un phlegmon de la fosse iliaque, c'est exposer la femme à de grandes chances de mort, et, en tous cas, c'est la condamner à une maladie d'une longueur presque indéfinie. Or, si l'opération que je vous conseille n'est pas exempte de tout danger, elle offre assez d'avantages et les périls sont assez peu certains pour qu'il soit permis de faire courir ceux-ci à la patiente, afin de lui procurer une guérison beaucoup plus rapide et à peu près assurée.

L'opération décidée, on procède, pour l'ouverture du phlegmon iliaque, comme pour la ligature de l'artère iliaque externe. La femme chloroformée, on fait le long de l'arcade fémorale une incision comprenant la peau et les divers plans musculaires et aponévrotiques qui constituent la paroi abdominale, puis, abandonnant le bistouri, on va à la recherche de l'abcès avec les doigts et la sonde cannelée. Il faut, dans tous les cas, marcher avec une lenteur extrême et la plus grande prudence, car le péritoine est là qu'il ne faut pas léser; aussi doit-on le refouler en haut avec les deux doigts de la main gauche, tandis qu'on écarte les tissus avec la sonde cannelée, tenue de la main droite. Il est un détail sur lequel je dois attirer tout spécialement votre attention. Quelque superficielle que vous ait parue la tumeur, c'est là une sensation trompeuse due à la raréfaction extrême du tissu cellulaire qui est interposé entre elle et la paroi abdominale, et qui s'est enflammé au voisinage du phlegmon. L'abcès iliaque est toujours profondément situé surtout à l'époque où je conseille d'en faire l'ouverture. Dans le cas qui nous occupe, j'ai dû enfoncer la sonde de près de 14 centimètres avant de trouver le foyer. Il faut être prévenu de ce fait afin de ne pas en être surpris et de ne pas s'exposer à laisser l'opération inachevée, croyant à une erreur de diagnostic parce qu'on n'a pas trouvé le pus aussi rapproché que pouvait le faire prévoir l'inspection de la tumeur, alors qu'il eût suffi d'enfoncer la sonde de quelques centimètres encore pour atteindre le but.

Une fois arrivé dans l'abcès, vous en êtes averti par la sensation de résistance vaincue, la pénétration de votre instrument dans une cavité et l'apparition d'une traînée de pus très-épais et mêlé à une quantité assez considérable de sang. Là encore ne vous attendez pas, quel que soit le volume que vous eût paru avoir le phlegmon, à voir un flot de pus couler après l'ouverture de la poche. Ce n'est ordinairement que le second ou le troisième jour que la suppuration s'établit franche et abondante.

Il ne reste plus qu'à agrandir l'incision, soit avec la sonde, soit avec le bistouri conduit sur le doigt, et pour plus de prudence, afin d'éviter plus sûrement les vaisseaux iliaques, je vous conseille de pratiquer des débridements en dedans. Puis, on bourrera de charpie la plaie qui sera pansée les jours suivants comme une plaie simple. On se trouvera bien de faire dans l'abcès des injections détersives d'eau alcoolisée ou même de teinture d'iode étendue d'eau si la cicatrisation paraissait se faire avec lenteur. Il faut, jusqu'à complète guérison, surveiller avec le plus grand soin l'ouverture extérieure qui a une grande tendance à se fermer avant les parties profondes. C'est là ce que l'on doit empêcher à tout prix; car il en résulterait la rétention et l'accumulation du pus dans le foyer et tous les accidents qu'elles entraînent à leur suite.

En terminant, je dois vous faire remarquer que l'incision faite le long de l'arcade crurale n'est pas aussi mauvaise au point de vue de la déclivité qu'elle le semble au premier abord. Si, en effet, elle se trouve en quelque sorte située au point le plus élevé de l'abcès, il ne faut pas oublier que la pression des viscères contenus dans le ventre, à laquelle s'ajoute celle des parois abdominales, tend constamment à comprimer la poche purulente et contribue efficacement à chasser le pus par l'ouverture pratiquée.

Dans les cas, enfin, où cette pression ne serait pas suffisante pour amener la complète évacuation de la tumeur, il faudrait introduire des tubes à drainage dans la cavité et recommander à la malade de se coucher presque toujours sur le ventre; dans cette position, en effet, l'incision serait placée le plus favorablement possible.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 22 septembre 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

Deux rapports d'épidémie, l'un par M. le docteur Henri Massina (de Thuis), l'autre par M. le docteur Bolut (de Dôle). (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Elle comprend :

1° Un travail de M. le docteur Raimbert sur la constitution et le diagnostic de l'œdème malin (Commissaire, M. Davaine);

2° Un rapport de M. le docteur Marturé sur le service médical de l'hôpital militaire thermal de Barrèges en 1867 (Commission des eaux minérales);

3° Un rapport de M. le docteur Leques sur l'épidémie cholérique observée dans le cercle de Nemours (Algérie), du 14 décembre 1867 au 23 mars 1868 (Commission du choléra);

4° Une lettre de M. le docteur Lavigerie (de Vichy), qui sollicite le titre de correspondant;

5° Une note de M. le docteur Langlebert sur un nouveau modèle d'uréthroscope;

6° Des aphorismes sur les maladies vénériennes, par M. le docteur Saint-Martin de Laplagne.

M. Robinet met sous les yeux de ses collègues un échantillon de l'eau qu'il a recueillie dans le canal de Roquefavour qui amène à Marseille l'eau de la Durance. Il fait observer le trouble de cette eau qui la rend absolument impotable.

LECTURES.

Traitement de la péritonite puerpérale par l'aspiration utérine.

M. J. Guérin lit la note suivante sur un *Cas de péritonite puerpérale arrêtée à son début par l'emploi de l'aspiration utérine* :

Dans la séance du 1er juin 1858, j'avais l'honneur d'exposer devant l'Académie, à l'occasion de la discussion sur la fièvre puerpérale, des vues qui différaient notablement de ce qui s'était enseigné jusqu'alors sur le mécanisme physiologique de la péritonite puerpérale.

Partant du fait, non encore remarqué, du non-retrait de l'utérus dans ses rapports avec le développement de cette cruelle maladie chez les nouvelles accouchées, j'avais considéré ce fait comme le point de départ et la condition matérielle de la péritonite puerpérale. La plaie utérine, la plaie utéro-placentaire, disais-je alors, peut être considérée tour à tour comme une plaie *exposée* ou comme une plaie *fermée*, suivant que l'utérus reste béant et la surface placentaire étalée, ou suivant que l'utérus, revenant sur lui-même, fronce et bouche les anfractuosités de cette surface. Dans le premier cas, la plaie uté-

rine subit toutes les conséquences de la plaie exposée : elle s'enflamme et suppure; dans le second cas, au contraire, elle bénéficie de tous les avantages de la plaie soustraite au contact de l'air; elle se cicatrise et s'organise immédiatement. J'ajoutais que la plaie utéro-placentaire exposée, par suite de l'état anfractueux et confiné de la surface utérine, s'aggravait de toutes les conditions et complications d'un cloaque en putréfaction : celui-ci, en rapport, d'une part, avec la colonne d'air extérieur qui ne s'y renouvelle pas, et, d'autre part, avec la cavité péritonéale qui en attire le contenu.

Une fois le point de départ de la maladie ainsi précisé, il était facile de comprendre comment les matières putréfiées renfermées dans l'utérus, et les altérations qu'elles engendrent par leur présence, se propagent à travers les trompes jusqu'à la cavité péritonéale. La présence de ces matières, constatée par moi à plusieurs reprises dans l'intérieur des trompes, dont la surface n'était pas altérée, et le dépôt de ces matières à l'embouchure du pavillon, ne laissaient aucun doute sur l'origine et la migration de l'élément morbide et le trait d'union qu'il établissait entre les deux cavités utérine et péritonéale.

Ce n'est pas le cas de rappeler toutes les circonstances qui concourent à établir la théorie que j'ai déduite de cet ensemble de faits, ni de montrer leur enchaînement avec l'ensemble des symptômes qui se manifestent dans le cours de la fièvre puerpérale, tels que l'odeur infecte des lochies, leur suppression, les douleurs dans l'aine et sur le trajet des trompes, le météorisme et la sensibilité du ventre, la suppuration partielle ou totale de la cavité péritonéale en rapport avec l'introduction, la migration et le dépôt des matières utérines, finalement le rapport incessant du foyer utérin avec le foyer péritonéal alimenté par lui. Tous ces faits, toutes ces particularités constituant comme la formule de la péritonite puerpérale, n'ont besoin que d'être rappelés sommairement ici pour faire comprendre l'indication que j'en ai déduite, et le système d'appareils que j'ai imaginés pour la remplir. Cette indication, réduite à son action mécanique, consiste à imprimer aux liquides utérins putréfiés un mouvement rétrograde à l'aide du système d'aspiration que j'ai établi pour le traitement de toutes les plaies exposées, et que les conditions particulières de la plaie utéro-placentaire m'ont forcé de spécialiser. Ces conditions sont assez exceptionnelles pour mériter d'être mises en évidence, soit comme éléments du problème à résoudre, soit comme témoignages de l'action efficace de la méthode.

Lorsque la cavité utérine, par suite du non-retrait de l'utérus, forme un espace vide en communication avec l'atmosphère, la colonne d'air s'y introduit nécessairement et y comble l'espace non occupé par les liquides utérins. Cette colonne d'air exerce en outre sur tous les points de la surface interne de l'organe, ainsi que sur les matières qu'il remplit, une pression égale à la pression barométrique. Ainsi que je l'ai déjà indiqué, la cavité utérine est en communication incessante avec la cavité péritonéale. Or, j'ai montré dès longtemps que la cavité péritonéale, comme toutes les cavités séreuses, subit des variations d'amplitude, d'où des variations de pression des milieux qu'elles circonscrivent. Pour la cavité abdominale, ces variations d'amplitude sont sous l'influence des mouvements respiratoires; à chaque inspiration, il s'effectue entre les organes abdominaux et les parois qui les confinent des vides relatifs qui exercent temporairement sur l'orifice des trompes une action d'aspiration, favorisée par la pression permanente de la colonne d'air extérieur sur la surface interne restée ouverte et béante de l'utérus. Sous l'empire de cet état des choses, il n'est pas possible de méconnaître le courant utéro-abdominal, et l'on ne peut l'anéantir qu'en produisant artificiellement un courant inverse. Or, l'effet de ce courant sera l'aspiration des liquides introduits dans la cavité péritonéale et des gaz qui s'y seront développés; et consécutivement le retrait de ses parois et la provocation de l'utérus à revenir sur lui-même en réveillant sa contraction; celle-ci favorisée par l'annulation de la pression exercée sur sa surface interne. Mais pour que cette action rétrograde puisse s'exercer, il faut comprendre que l'orifice externe du vagin et le canal vaginal puissent, par leur occlusion, fermer le passage à l'air extérieur, lequel, sans cette précaution, se précipiterait du dehors au dedans pour remplir le vide formé par l'aspiration. C'était donc là une indication indispensable à remplir pour rendre possible l'action de la méthode. Or, toutes ces difficultés ont été vaincues et tous les effets cherchés ont été obtenus à l'aide de l'appareil que j'ai imaginé, ainsi qu'on va le voir dans l'observation suivante :

Observation. — Madame G... (de Courbevoie) est accouchée, sans le secours de l'art, le lundi 10 août dernier, à deux heures du matin, après une demi-heure seulement de douleurs marquées. C'était sa seconde couche. Le délivre était sorti complet en apparence. Les journées du lundi et du mardi s'étaient passées sans accident aucun. Les lochies coulaient, mais une portion de membrane inodore, de 15 centimètres de long, s'était trouvée parmi les évacuations. Le jour suivant, écoulement régulier sans odeur. Mais le lendemain, jeudi 13, quatrième jour de l'accouchement, évacuation de nouvelles portions de membrane de mauvaise odeur, qui se répète les deux jours suivants, jusqu'au dimanche 16.

Le lundi 17, premier frisson vers deux heures et arrêt des lochies, qui avaient continué à présenter une mauvaise odeur jusque-là.

Le 18, deuxième frisson, à sept heures du soir. L'écoulement lochial avait reparu deux fois dans la journée, mais avec une odeur infecte.

Le lendemain 19, suppression complète des lochies, tuméfaction considérable du ventre, douleurs dans les aines, dans le milieu du ventre et dans les reins, le tout accompagné de nouveaux frissons. Le médecin ordinaire, M. le docteur Lantier, avait fait pratiquer depuis deux jours, des injections utérines.

C'est dans cet état que je vis la malade le mercredi 19, à quatre heures et demie. L'utérus était à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le pouls était déprimé, très-accéléré et à peine perceptible. Je ne pus méconnaître dans l'ensemble de ces symptômes le début très accentué d'une péritonite puerpérale.

En attendant de soumettre la malade à l'appareil que je vais indiquer, je la fis placer dans un bain tiède, en ayant soin d'établir une libre communication jusqu'à l'utérus, à l'aide d'une large canule placée dans le vagin.

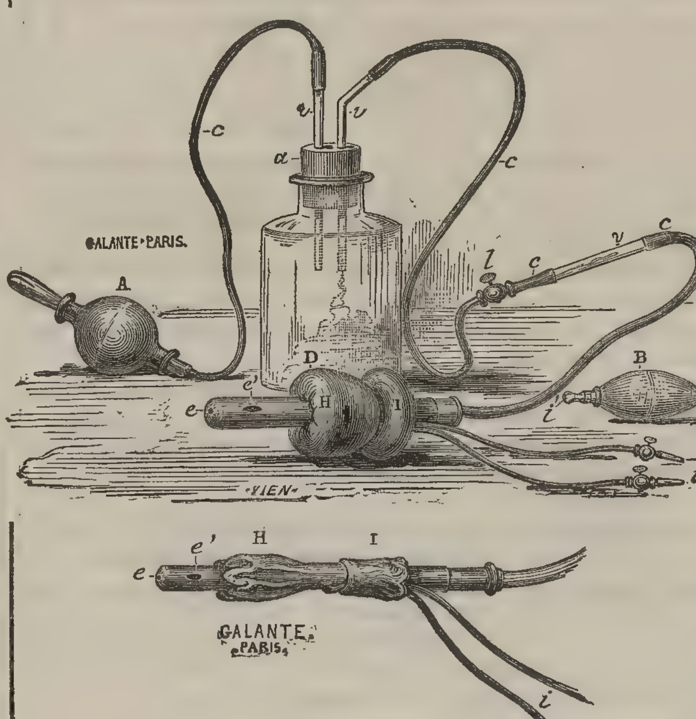
De retour auprès de la malade, je me mis en mesure de pratiquer l'aspiration utérine à l'aide de l'appareil suivant, auquel j'ai donné le nom d'*aspirateur utérin.*

Cet appareil se compose de trois parties principales :

1° D'une forte canule en caoutchouc vulcanisé, de 2 centimètres environ de diamètre, longue de 20 centimètres, à ouvertures latérales, et destinée à être introduite jusqu'au fond du vagin;

2° De deux ampoules en caoutchouc, placées sur le trajet de la canule et susceptibles de se remplir d'air au moyen d'un insufflateur; ces deux ampoules, mobiles suivant l'axe de la canule, devant servir d'obturateurs du vagin, l'une placée à l'intérieur, l'autre à l'orifice du canal;

3° D'un système d'aspiration composé d'un tube conducteur à robinet sur le trajet duquel se trouve un tube de verre permettant de constater le passage des matières aspirées, et s'ouvrant dans un ballon en verre destiné à recevoir lesdites matières, et aboutissant à une boule aspiratrice à soupapes.



A. Boule aspiratrice à soupapes. — B. Insufflateur pour pelottes obturatrices. — C. Tube conducteur à robinet. — D. Ballon recevant les matières aspirées. — Ouverture de la canule. — H. I. Pelottes obturatrices. — L. Robinet interrupteur de l'aspiration. — V. Tubes indicateurs du passage des matières.

L'appareil introduit et assujetti de façon à exercer une action aspiratrice dans la cavité du vagin, je commencai à aspirer les gaz et l'air qu'il renfermait. Immédiatement après je mis l'orifice extérieur du tube préalablement fermé par un robinet, en communication avec le tube d'un irrigateur Eguisier rempli d'eau phéniquée. Le robinet de communication ayant été ouvert, l'eau de l'irrigateur se précipita dans la cavité vaginale. Après deux minutes, je remis le tube vaginal en communication avec l'aspirateur, lequel amena immédiatement dans le ballon le liquide injecté, légèrement troublé, mais avec une notable quantité de gaz. Je réitérai immédiatement l'introduction de 300 grammes environ d'eau phéniquée, et cinq minutes après l'aspirateur amena dans le ballon, avec l'eau injectée, des matières purulentes jaunes rougeâtres tenant en suspension des caillots d'une odeur infecte. En même temps que ces phénomènes se produisaient, la tuméfaction du ventre diminuait à tel point que, l'opération terminée, le ventre était réduit presque à son volume ordinaire. Dès ce moment, l'écoulement lochial continua modérément avec sa couleur ordinaire et sans odeur remarquable. J'entourai le tronc de la malade d'un bandage de corps, exerçant une pression modérée sur le ventre.

Aux frissons qu'avait éprouvés la malade succéda une forte chaleur suivie de sueurs considérables. Le pouls se releva comme subitement : la fièvre et le délire ont duré une partie de la nuit. Vers le matin, la malade s'endormit; à son réveil, dans la matinée du jeudi, le ventre était tout à fait dégonflé, les lochies coulaient modérément, sans odeur; le pouls était à peine fébrile et la malade demandait à manger. Il est à noter que la sécrétion lactée, abondante avant les accidents, avait été complétement supprimée durant ces trois derniers jours.

Je commençai dès le jeudi à alimenter la malade. Quelques bains généreux et quelques injections vaginales furent les seuls moyens employés pour dissiper un reste de sensibilité du ventre; et le quatrième jour, après l'application de l'appareil, tout était rentré dans l'ordre : l'utérus se sentait à peine au-dessus du pubis; la malade mangeait, digérait, dormait, et la sécrétion lactée était complétement rétablie et assez abondante pour l'alimentation de son enfant.

Depuis cette époque, madame G... continue à jouir de la plus parfaite santé.

Tel est le premier et le seul cas où j'ai fait l'application de l'aspiration utérine au traitement de la péritonite puerpérale. Quelque insuffisant qu'il soit pour montrer la sûreté de la méthode et l'étendue des services qu'elle est destinée à rendre, on ne saurait y méconnaître une parfaite concordance entre les moyens employés, le but à atteindre et le résultat obtenu. C'est pourquoi j'ai cru de mon devoir de le communiquer à l'Académie et en particulier à ceux de nos collègues qui s'occupent plus spécialement d'obstétrique et des maladies des femmes en couches. J'aurais préféré attendre que d'autres cas vinssent confirmer les espérances que fait légitimement naître cette première application de la nouvelle méthode; mais il y a plus de trois ans que j'ai imaginé les appareils propres à la réaliser; et la rareté des occasions que j'aurais d'en réitérer l'application, jointe à l'impossibilité systématique que j'ai rencontrée pour la faire essayer dans les hôpitaux spéciaux, m'obligent, dans l'intérêt seul des malades, à ne pas retarder la publication de cette première tentative.

Je n'ai pas besoin d'ajouter, en terminant, qu'inspirée par la théorie physiologique que j'ai proposée de la péritonite puerpérale, l'aspiration utérine rend à la théorie ce qu'elle en a reçu, et prouve que si le passage dans l'abdomen des matières utérines putréfiées est le point de départ de la péritonite puerpérale, l'impulsion rétrograde de ces matières en est le remède. Enfin, je n'ai pas besoin d'insister pour montrer les liens qui rattachent cette application spéciale de l'occlusion pneumatique à la méthode générale que j'ai imaginée pour le traitement de toutes les plaies exposées.

M. Depaul. Je ne veux pas laisser passer cette communication sans faire quelques observations. M. Guérin poursuit une idée, il fonde des théories à lui, puis il part d'un point que lui seul a établi à une certaine époque, et ce qu'ont établi les autres, ce qui l'est pour tout le monde, ce qui l'était avant lui, M. Guérin ne le met même pas en ligne de compte. Eh bien! messieurs, je ne puis admettre cela.

D'abord cette théorie qu'expose M. Guérin, et qui consiste à admettre que les liquides passent de la cavité utérine dans le péritoine à travers les trompes et à considérer en quelque sorte la matrice comme un corps de pompe établissant une communication de l'extérieur avec la cavité péritonéale, cette théorie est évidemment inadmissible, et je suis sûr que tout le monde ici est de mon avis.

M. Guérin dit l'avoir démontrée en 1852, je crois; mais il ne l'a pas démontré du tout. Je déclare, pour moi, que cela est impossible, comme je l'ai déclaré lors de la première discussion qui a eu lieu à ce sujet. Il est évident pour tout le monde que les liquides que l'on trouve dans la cavité péritonéale n'ont rien de commun avec les liquides que l'on rencontre dans la cavité utérine. Et en effet, qui ne sait dans quel état se présentent les trompes d'une femme qui vient d'accoucher? Il suffit du moindre examen pour se convaincre de l'impossibilité anatomique et physiologique du passage de l'utérus dans le péritoine par les trompes. On a fait, d'ailleurs, des expériences qui ont prouvé cette impossibilité. Et quand même cela serait démontré possible, il faudrait encore que M. Guérin nous démontrât que le liquide épanché dans le péritoine est le même que celui que l'on trouve dans la matrice. Or, ce n'est pas le même. Le liquide du péritoine est un liquide albumineux, floconneux, tout différent de celui de l'utérus. Le point de départ de la théorie de M. Guérin est donc inadmissible anatomiquement et physiologiquement. Quand M. Guérin nous démontrera que la communication est seulement possible entre la cavité péritonéale et l'utérus, alors je me rangerai de son avis. Mais je déclare d'avance qu'il ne pourra jamais le démontrer, pas plus que la similitude du liquide péritonéale avec le liquide utérin. C'est impossible. M. Guérin ne l'a pas démontré, comme il le prétend, j'en appelle à tous les membres de la section d'obstétrique. Je suis sûr qu'ils sont tous de mon avis.

Un autre point que je veux rétorquer, c'est celui-ci : M. Guérin considère la fièvre puerpérale comme une affection locale; pour moi, comme pour tous ceux qui ont étudié la question avec soin, la péritonite n'est qu'un des éléments de la fièvre puerpérale et non la fièvre elle-même.

En résumé, je ne crois pas au cours des liquides de la matrice dans la cavité péritonéale, et je crois moins encore à la possibilité de pomper ces liquides. Je ne crois donc pas à la guérison de la péritonite par le moyen que nous indique M. Guérin, ou du moins j'attends, pour y croire, des observations plus convaincantes.

M. J. Guérin. L'argumentation de M. Depaul porte sur quatre points. Il part de la théorie qui sert de base à mon invention pour chercher à battre en brèche sa valeur. Il nie la possibilité d'une communication entre la matrice et le péritoine. Le liquide péritonéal, dit-il, n'est pas le même que le liquide utérin. Enfin mon observation ne lui paraît pas concluante. Je vais essayer de répondre à chacun de ces points.

La théorie repose sur deux faits d'observation : l'inertie ou le non-retrait de la matrice après l'accouchement et la suppression de l'écoulement lochial. Ces deux faits ont été constatés dans le service de M. Louis, à l'Hôtel-Dieu, dans le cours d'une épidémie de fièvre puerpérale en 1846. Cette théorie a été accréditée depuis, beaucoup plus que ne semble le croire M. Depaul. Beaucoup de praticiens emploient aujourd'hui le seigle ergoté d'après cette notion.

M. Depaul dit qu'il ne comprend pas que les liquides puissent aller de la cavité utérine dans la cavité péritonéale. M. Velpeau a trouvé aussi dans le temps cette idée ridicule. Mais que sont les trompes, sinon des canaux ouverts d'un côté dans l'utérus, de l'autre dans la cavité péritonéale? Et dès lors, quelle raison y a-t-il pour ne pas admettre que sous l'influence des variations d'ampliation et de tension élastique de la cavité abdominale, les liquides et les gaz contenus dans la cavité utérine puissent passer par ces canaux dans la cavité péritonéale? C'est là un fait de physique parfaitement démontrable, que j'ai démontré déjà par des expériences pour d'autres cavités, notamment pour les cavités articulaires et la cavité thoracique, et que je démontrerai encore quand on le voudra.

M. Depaul dit que le liquide que l'on trouve dans la cavité péritonéale est en disproportion de quantité avec celui que peut contenir l'utérus. Mais M. Depaul n'a pu supposer que j'aie prétendu que tout le liquide épanché dans le péritoine provenait directement de la matrice. Il y a là une sorte de phénomène catalytique. Tout le monde sait qu'il suffit d'une parcelle de pus épanchée dans le péritoine pour y provoquer une sécrétion morbide abondante. Voilà pourquoi le liquide péritonéal n'est égal ni en quantité ni en qualité à celui de l'utérus.

Mon observation, ajoute M. Depaul, ne prouve rien. Et là-dessus, pour le démontrer, il s'attache à prouver que la fièvre puerpérale n'est pas simplement une péritonite. Mais M. Depaul s'est mépris sur le sens de mon observation. Je ne l'ai pas intitulée : fièvre puerpérale. J'aurais été insensé si j'avais prétendu prouver qu'une fièvre puerpérale pouvait être modifiée par un acte mécanique tel que celui que j'ai exposé. J'ai dit : péritonite puerpérale, ce qui est bien différent.

Il reste donc entre nous une manière différente d'interpréter le fait. L'Académie jugera.

M. Blot. Il est un premier point que je tiens à établir, c'est que nous sommes tous d'accord que ce n'est pas le liquide de l'utérus versé dans le péritoine, en admettant que ce transport ait réellement lieu, qui peut rendre compte de la quantité de liquide trouvé dans cette cavité. On ne saurait donc tirer de cette différence de quantité une objection sérieuse contre la théorie de M. Guérin. Sauf ce point, je me range à toutes les objections que M. Depaul vient de faire à la communication de notre collègue. Il y en a une encore que M. Depaul a omise et qu'il faut que je reproduise. Nous avons appris de nos maîtres et nous enseignons à nos élèves qu'après l'accouchement, il se fait une atrophie physiologique de l'utérus. Cette atrophie cesse instantanément de se faire dès que cesse l'état physiologique. Dans toutes les affections morbides post-puerpérales, quelles qu'elles soient, l'atrophie physiologique de l'utérus cesse, elle subit un temps d'arrêt. On trouve alors l'utérus avec les caractères que M. Guérin croit avoir découverts. Ceci n'appartient pas à M. Guérin; ça appartient à tout le monde. Je vais me servir de ce fait qui est le point de départ de la théorie de M. Guérin, pour démontrer la fausseté de cette théorie.

C'est précisément à cause de cette apathie de la matrice que la

théorie de M. Guérin n'est pas acceptable un instant. L'utérus ne se contracte plus. Quelle peut donc être la cause de la pénétration du liquide dans le péritoine? Cette action de pompe n'existe précisément pas pendant ce temps d'arrêt de l'atrophie utérine.

Où est d'ailleurs la preuve de cette pénétration? Je ne la vois nulle part. Si on trouve du muco-pus dans l'orifice péritonéal de la trompe, c'est qu'il s'y est développé sur place comme dans l'utérus lui-même.

A l'explication physique de pression que donne M. Guérin, j'opposerai le défaut de rigidité, la flaccidité des parois utérines. L'hypothèse de M. Guérin tombe d'elle-même.

M. Guérin cite comme preuve en faveur de sa théorie l'usage où sont aujourd'hui beaucoup d'accoucheurs de donner le seigle ergoté dans ce cas. Je le prescris aussi moi-même, mais ce n'est pas du tout en vue de la théorie de M. Guérin, mais bien pour réveiller la contraction utérine.

De même que M. Depaul, je nie qu'il y ait eu dans le cas en question péritonite puerpérale; c'est tout au plus à une métrite qu'on a eu affaire. L'observation de M. Guérin manque d'ailleurs de précision; il parle de fréquence du pouls; mais quelle était cette fréquence? Le pouls battait-il 90, ou 100, ou 120, ou 150? Il ne le dit pas. Or, tout le monde sait que c'est là un signe très-important et dont tous les accoucheurs tiennent très-grand compte. Le degré de fréquence du pouls est, en effet, très-différent suivant qu'il s'agit d'une fièvre puerpérale, d'une péritonite ou d'une simple métrite. Quand on n'apporte qu'une seule observation, au moins faudrait-il qu'elle fût précise.

M. Guérin intitule son observation : « Péritonite puerpérale arrêtée à son début par l'aspiration. » La preuve que c'était bien une péritonite et non pas seulement une métrite? et si ce n'était en effet qu'une métrite, qui n'a vu des métrites partielles guérir spontanément?

Pour moi, voici l'interprétation que je donne à cette observation : rétention d'une portion des membranes placentaires, métrite partielle, extraction des débris des membranes, guérison par les injections et le lavage de la cavité utérine.

M. J. Guérin remercie M. Blot d'avoir répondu pour lui à M. Depaul en ce qui concerne la différence de quantité du liquide intra-péritonéal et du liquide intra-utérin. Quant aux objections que présente M. Blot à son tour, voici, dit M. Guérin, ce que j'ai à répondre. M. Blot dit : M. Guérin croit avoir inventé le fait de la non-rétraction de l'utérus. Du tout, je n'ai pas prétendu avoir vu le premier le non-retrait de l'utérus. Ce que j'ai vu le premier, c'est le rapport qui existe entre ce non-retrait et les accidents qui en résultent; accidents inhérents à l'état de plaie exposée que prend la plaie utéro-placentaire par suite de ce non-retrait. Voilà ce que je revendique. Voilà ce que je crois avoir bien établi. M. Blot veut que le phénomène physiologique qui se passe après l'accouchement ne soit pas un retrait, mais une atrophie. Mais ce serait donc une atrophie qui aurait lieu instantanément? Il n'y a pas d'atrophie instantanée. D'ailleurs, M. Blot se contredit lui-même en donnant dans ce cas du seigle ergoté. Il y a deux phénomènes distincts, le retrait et l'atrophie qui a lieu consécutivement à ce retrait. J'ai fait de nombreuses ouvertures de cadavres en présence de M. Louis et avec l'assistance de M Brochin, et nous avons presque constamment trouvé l'utérus béant contenant au milieu des matières putrides, du pus dans ses sinus, dont nous avons pu suivre les traces dans les trompes et jusque dans le péritoine. Quant au mode de pénétration des liquides de l'utérus dans la cavité péritonéale, je l'explique par ce fait tout physique que la cavité abdominale, comme toutes les cavités closes de l'économie qui contiennent des parties mobiles, est soumise à des ampliations variables, d'où des modifications corrélatives de tension élastique de son milieu, une diminution instantanée de la tension abdominale, réalisant une sorte de vide relatif. Toujours est-il qu'il y a là une voie physique ouverte au passage des liquides et des gaz.

J'invoquerai, entre autres faits, comme témoignage, le sifflement constaté par M. Bouley pendant une opération de castration et qui ne pouvait manifestement être produit que par l'entrée brusque de l'air dans le péritoine.

M. Blot m'a reproché l'insuffisance de mon observation. Je n'ai pas eu la prétention de rapporter une observation complète, je le confesse. Placé en présence d'une femme menacée d'une mort prochaine, j'ai pu omettre quelques détails, plus préoccupé que j'étais de conjurer un danger imminent.

Enfin, M. Blot ne comprend pas le but de la méthode d'aspiration. Je n'ai pas autre chose à lui dire si ce n'est que cette méthode a pour effet d'imprimer une action rétrograde aux liquides de l'utérus. C'est à l'avenir qu'il appartiendra de dire si j'ai atteint ce but.

Il se fait encore un échange d'explications entre M. Guérin et M. Depaul. L'heure étant trop avancée pour la continuation de cette discussion, la suite est ajournée à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

En général, *les petits médecins* ont un lot peu enviable. Leur labeur est rude et surtout ingrat; mais il est parfois pour eux des compensations... après la mort.

Dimanche dernier, 20 septembre, une foule nombreuse et attristée conduisait à sa dernière demeure un praticien de Paris, aussi éclairé que modeste, le docteur Allié, mort à 56 ans, après avoir exercé la médecine pendant plus de trente ans, et rempli pendant quatorze ans les pénibles fonctions de médecin du bureau de bienfaisance dans le Ve arrondissement. L'église Saint-Séverin était trop petite pour contenir la population tout entière du quartier de la Sorbonne. C'était un dernier et touchant hommage de reconnaissance rendu à l'homme de bien qui avait usé sa vie à donner ses soins aux pauvres comme aux riches, avec une égale activité et un désintéressement au-dessus de tout éloge. Rien d'officiel dans ce deuil, tout avait été spontané.

On nous affirme qu'une souscription est ouverte parmi ses clients pour élever un monument à la mémoire de notre confrère. De tels faits honorent notre profession, en même temps que l'homme qui s'en est montré digne.

— Par divers arrêtés ministériels :

École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger. — M. Molinéry (Pierre-Aristide), pharmacien de 1re classe, est nommé suppléant pour les chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.

— *Lycée impérial de Douai*. — M. Gelez père est nommé chirurgien du lycée impérial de Douai, en remplacement de M. Gelez fils, décédé.

— Un concours pour deux places d'élèves internes en médecine et en chirurgie s'ouvrira le mardi 6 octobre prochain, à l'hospice général de Tours.

— Un concours pour un nombre indéterminé de places d'élèves suppléants s'ouvrira le 13 octobre prochain, à l'hospice général de Tours.

Étude sur les maladies mentales et les asiles d'aliénés. — De l'aliénation mentale et du crétinisme en Suisse, par le docteur L. Lunier, inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons de France. 1 vol. in-8° de 270 pages. Prix 5 francs. Paris, F. Savy.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 113. — SAMEDI 26 SEPTEMBRE 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 26 SEPTEMBRE 1868. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Nouveau signe de l'insuffisance aortique.

M. le docteur Marey, dans l'une des dernières séances de la Société de biologie, a appelé l'attention de ses collègues sur un nouveau signe de l'insuffisance aortique. « Sans doute, a dit M. Marey, l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte est une des maladies dont le diagnostic est le plus sûr. Le souffle diastolique à l'origine de l'aorte et le pouls de Corrigan (le pouls vibrant et bondissant) semblent suffire pour le diagnostiquer. Toutefois, certains anévrysmes de l'aorte produisent à la fois les mêmes signes d'auscultation et impriment au pouls le même caractère. » M. Marey s'est convaincu, en effet, par des autopsies, que dans un grand nombre de cas où l'anévrysme s'accompagnait de ces signes, et où, pendant la vie du malade, on croyait à une complication d'insuffisance aortique, l'anévrysme existait réellement seul. Or, les signes qui caractérisent l'anévrysme de l'aorte ne sont pas toujours très-précis, lorsque, par exemple, la tumeur est peu volumineuse et profonde, et que le pouls est peu différent aux deux radiales. Si l'on n'a, dans ce cas, avec le pouls vibrant et bondissant que les signes tirés de l'existence d'un souffle simple ou double à la base du cœur, la confusion devient inévitable. C'est pour les cas de ce genre que le signe nouveau proposé par M. Marey peut devenir d'un grand secours.

Voici en quoi il consiste :

Dans les expériences qu'il a faites autrefois avec M. Chauveau sur les mouvements physiologiques du cœur, M. Marey a aussi cherché à produire artificiellement des lésions valvulaires, afin de voir si les lignes physiques que ces lésions présentent sur l'homme se retrouveraient dans ces conditions. Dans l'insuffisance aortique, par exemple, il était curieux de savoir si la violence du pouls existe par le fait même de la lésion valvulaire ou si elle succède à quelque modification ultérieure de la force du ventricule. Il a reconnu que la première hypothèse était la vraie, et que le pouls violent des artères succède instantanément à la rupture des valvules. Mais il a vu aussi que la circulation ventriculaire éprouvait une modification très-curieuse. Immédiatement après sa systole, le ventricule, au lieu de se remplir graduellement de sang veineux à faible pression, s'emplit d'une manière brusque et saccadée de sang aortique à forte pression. Dès cette époque, M. Marey a émis l'idée que si la pulsation du cœur pouvait s'enregistrer sur l'homme avec une précision suffisante, on trouverait dans la reproduction graphique de ce choc un indice de cette réplétion brusque du ventricule, et que ce serait là un signe important de l'insuffisance aortique.

M. Marey a eu l'occasion, depuis lors, de recueillir, à l'aide de ses appareils enregistreurs des pulsations cardiaques, les graphiques du cœur sur des malades atteints d'insuffisance aortique. Ces graphiques présentent nettement le caractère dont la théorie lui avait fait prévoir l'existence; c'est-à-dire que, dans l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte, le graphique des battements du cœur, au lieu de présenter une ligne à peu près horizontale pendant le repos du ventricule, comme à l'état normal, présente à ce moment une ascension rapide indiquant que la pression s'élève très-vite par suite du reflux du sang de l'aorte.

M. Marey signale à l'attention des cliniciens ce nouveau signe, non pas pour chercher à le substituer à ceux que l'on possède déjà, mais pour le leur ajouter, dans les cas douteux, afin d'accroître le nombre des éléments de diagnostic.

Constitution et diagnostic de la pustule maligne et de l'œdème malin.

Nous avons exposé en substance, dans le numéro du 6 août dernier, le résultat des nouvelles recherches de M. le docteur Raimbert, sur la constitution et le diagnostic de la pustule maligne, présentées à l'Académie par M. Davaine. Aujourd'hui, que nous avons sous les yeux le texte même des lettres de M. Raimbert, nous croyons utile de revenir sur cette intéressante communication et d'en exposer avec plus de détail les principales particularités, convaincu, comme l'a dit à cette occasion M. Davaine, « que, dans un sujet aussi nouveau, il est bon qu'on en connaisse toutes les difficultés, et que les hésitations, les tâtonnements même de l'observateur peuvent servir d'enseignement pour les médecins qui voudront contribuer, par leurs recherches, à la solution prochaine de la question. »

Dans une première lettre, M. Raimbert informait M. Davaine qu'il venait d'observer deux cas de pustule maligne, et lui annonçait qu'il tenait à sa disposition les eschares et les vésicules desséchées qui contenaient un grand nombre de bactéridies.

Voici en quels termes M. Raimbert s'exprime dans sa seconde lettre :

« Mes recherches sur les bactéridies, dans la pustule maligne, se sont portées sur les points que vous m'indiquez, mais je ne les crois pas suffisantes; il existe encore quelques points qui ne sont pas complétement éclaircis, je vais vous dire le résultat tel quel :

« L'eschare de la pustule maligne, comme je l'ai dit dans mon article du dictionnaire, n'est pas toujours une eschare à proprement parler; ce n'est souvent que du sang extravasé dans l'épaisseur du derme et de la couche épithéliale profonde. Avec un très-faible grossissement, on aperçoit le sang extravasé, sous forme de stries bleuâtres ou d'un rouge violâtre foncé, plus ou moins rapprochées. La partie de la peau où cette extravasation a lieu est menacée ou même déjà atteinte de mortification ou d'exfoliation. Je n'ai que rarement trouvé des bactéridies dans ce tissu noirâtre ou bleuâtre. On y trouve des granulations plus ou moins grosses, ayant un mouvement brownien, ou bien de petits corps oscillants, se rapprochant de très-courtes bactéridies, plus étroites aussi et plus sombres. Ce sont peut-être des bactéridies altérées. J'ignore ce que ce peut être. La vraie bactéridie m'y a paru très-rare. Les bactéridies existent dans la sérosité, soit que cette sérosité se trouve interposée aux molécules violâtres (qui ne sont que des globules sanguins altérés) et qui constituent l'ecchymose ou l'eschare, soit, ce qui est le plus ordinaire, qu'elle infiltre les couches épithéliales. C'est là qu'elles abondent, c'est là qu'il faut les chercher et qu'on les trouve avec la plus grande facilité. Pour cela, il faut abraser la pustule et réserver pour l'examen les couches épithéliales infiltrées de sérosité, lesquelles constituent les vésicules et entourent le point central déprimé et noirâtre. Déposé immédiatement sur le porte-objet, le liquide présente, d'une part, des globules sanguins souvent altérés, crénelés; d'autre part, des bactéridies nageant dans le sérum. Le sang rouge qui s'écoule par suite de l'abrasion ne contient pas de bactéridies. »

Dans une troisième lettre, M. Raimbert expose le fait suivant :

« Un homme s'est présenté à moi se disant atteint de charbon. Le mal avait été tellement altéré par les manœuvres auxquelles on l'avait soumis (onguents, emplâtres, etc.), que je ne garantis pas mon diagnostic, qui tendrait cependant à admettre la chose; mais ce serait alors le cas d'une de ces pustules peu actives, qui guérissent seules, ou ce que j'ai appelé pustule pseudo-charbonneuse.

« La pustule, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, est formée par une surface d'un rouge violâtre plus foncé au centre, recouverte en partie par un fragment d'épiderme. Cette surface est mortifiée ou sur le point de l'être, insensible jusqu'à un millimètre environ de profondeur; elle crie sous le scalpel; elle est rendue humide par un léger suintement de liquide séro-sanguinolent. Ce liquide, examiné au microscope, contient des granulations et de petits corpuscules courts, oscillants; c'est à peine si j'en rencontre quelques-uns que je puisse considérer comme de véritables bactéridies. Il en est aussi d'assez longs; mais il me semble qu'ils se sont produits sous mes yeux, ce qui me fait poser cette question : ne sont-ce pas des filaments fibrineux?

« Le tissu cellulaire qui entoure l'eschare est dur et engorgé; au delà il existe une légère tuméfaction, mais n'ayant pas la mollesse tremblottante ou la résistance élastique qu'on devrait trouver autour d'une pustule maligne très-charbonneuse, après cinq jours d'existence. Léger liséré rouge autour de la surface escharifiée. Tout annonce une terminaison spontanée; j'ai cependant cautérisé, parce que le malade est saisi d'une grande frayeur, son père étant mort du charbon...

« Si c'est bien une pustule maligne, ajoute M. Raimbert, je remarque que celles de cette année sont peu graves. C'est la troisième que je vois au cinquième jour sans accident grave, lorsque, ordinairement, à cette époque, il y a déjà quelques symptômes généraux d'intoxication. »

Avec une quatrième lettre, M. Raimbert envoyait une pustule pseudo-charbonneuse qui confirmait la valeur des bactéridies comme caractère diagnostique de la vraie pustule maligne. Le liquide sanguin contenu dans le soulèvement épidermique qui environnait la dépression noire centrale, ne contenait point de bactéridies, mais beaucoup de globules blancs ou pyoïdes. Voici quelques détails sur ce dernier fait :

La pustule datait de trois jours; elle s'était développée sur l'avant-bras d'un ouvrier tanneur. « Son aspect, dit M. Raimbert, m'a fait douter de son caractère charbonneux; cependant la physionomie de la pustule même s'en rapprochait d'une manière excessive, mais il existait à peine du gonflement au bras, et une aréole rouge, un peu violâtre, entourait la pustule. Celle-ci était caractérisée par une dépression centrale noirâtre, ou plutôt par une perforation de l'épiderme à fond noirâtre, de 2 millimètres de diamètre; autour, soulèvement de l'épiderme peu considérable, paraissant contenir, infiltrée dans les parties profondes de la couche muqueuse de Malpighi, une sérosité fortement sanguinolente. Après l'avoir abrasé, j'ai trouvé sur le bras, dans la largeur de 5 millimètres environ, le derme d'un gris violacé ou bleuâtre; le liquide sortant de la partie inférieure de la portion abrasée ne contient pas de bactéridies; le cercle d'apparence vésiculeuse, qui avait 3 millimètres de largeur, déchiré avec une aiguille, a perdu peu à peu la couleur foncée, ainsi que celui de la partie inférieure de la pustule.

« C'est un exemple, ajoute M. Raimbert, de ces boutons que les malades tourmentent de manière à en ecchymoser la surface et même une épaisseur du derme, et qui sont souvent pris pour de véritables pustules malignes. »

On connaît maintenant le résultat de l'examen que M. Davaine a fait de toutes ces pustules. On sait que ce résultat est parfaitement conforme à celui qu'avait obtenu M. Raimbert. Les trois premières pustules contenaient des bactéridies. La quatrième, dont le diagnostic présentait tant de difficulté, n'en contenait point.

— Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Raimbert a adressé un complément d'instruction. Il est relatif à l'œdème malin, qui trouve ici naturellement sa place.

Le diagnostic de l'œdème malin, y est-il dit, est plein de difficulté et d'incertitude; mais la recherche des bactéridies et la constatation de leur présence qui a permis de ne plus confondre, comme l'auteur l'a démontré récemment, certaines pustules gangréneuses avec la véritable pustule maligne, — donne aussi le moyen de rendre le diagnostic de l'œdème malin aussi facile et aussi précis qu'il était difficile et incertain.

M. Raimbert le prouve en rapportant une observation dans laquelle cette constatation a immédiatement déterminé la nature charbonneuse d'un œdème des paupières.

Le siége des bactéridies est la sérosité infiltrée soit dans les couches épithéliales de la peau, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'endroit où le mal a débuté.

L'étendue des parties occupées par les bactéridies n'est pas en rapport avec celle de l'œdème; celle-ci est toujours plus considérable.

Le procédé de cautérisation le plus efficace pour s'opposer aux progrès du mal, est l'application de pointes de feu, pénétrant jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané, pratiquées avec un cautère actuel conique. Il a non-seulement l'avantage de rendre facile la sortie de la sérosité, mais encore celle des bactéridies, et par conséquent d'empêcher ou de retarder la multiplication, l'extension et l'absorption de ces corpuscules.

Ainsi ressort une fois de plus l'importance du signe déduit de l'examen microscopique appliqué au diagnostic des maladies charbonneuses.

HOPITAL DU CAMP DE CHALONS. — M. SONRIER.

Fracture du calcanéum par écrasement : autopsie.

Avant 1842, on ne connaissait qu'une seule espèce de fracture du calcanéum, celle dite par arrachement de l'extrémité postérieure de l'os, produite par une forte traction du tendon d'Achille, lors d'une chute sur la plante des pieds. Boyer les décrit longuement et explique très-bien leur mécanisme; mais, depuis, Malgaigne (*Journal de chirurgie*, janvier 1843), ayant eu l'occasion de s'assurer, par deux autopsies, que l'os du talon

peut être brisé d'une autre manière, décrit le premier les fractures par écrasement.

Une fois l'attention des chirurgiens attirée sur ce point, ces fractures sont devenues, j'allais dire plus fréquentes, du moins mieux observées. Cependant, si on en juge par le silence des journaux et des livres, elles doivent être relativement très-rares.

Nous devons à l'obligeance de M. le baron Larrey la bonne fortune de pouvoir donner dans cet exposé bibliographique une notice des travaux qui ont été publiés sur cet intéressant sujet (1).

« Malgaigne, dit-il, qui décrit le premier les fractures par écrasement, aurait pu et dû en partager le mérite avec Dupuytren, qui nous avait signalé ces fractures dans ses leçons cliniques, quoique le grand chirurgien en eût méconnu un exemple publié depuis par M. Voillemier. »

Il faut donc rendre au César de la chirurgie ce qui lui appartient, et laisser à Malgaigne la gloire d'avoir bien décrit ce que le maître avait le premier constaté.

Plus tard, Fauroytier, ancien interne des hôpitaux de Paris, communique à H. Larrey un extrait d'une observation de fracture des deux calcanéum par écrasement lors d'une chute sur les talons. (Service de Breschet.)

Nadal a publié sur les fractures du calcanéum (*Questions diverses*, Paris, 1843), une thèse très-intéressante. H. Larrey, qui était examinateur de ce travail, dont il a pris une note détaillée, nous dit que l'auteur a parfaitement étudié le mécanisme de l'écrasement.

La première thèse sur les fractures par écrasement du calcanéum a été soutenue par M. Rémond (Paris, 1857, n° 236), à propos de deux observations cliniques de M. Richet, suppléant le professeur Laugier. Ajoutons que quand on aura énuméré les diverses observations dues à MM. Bérard, Bonnet, de Lyon, Robert, Lenoir, etc., on aura à peu près tout ce qui a été publié sur cette lésion; car il faudrait avoir une patience de bénédictin pour recueillir ces notes éparses enfouies dans les grandes bibliothèques, ou mieux posséder la riche collection des documents précieux qu'entasse tous les jours M. H. Larrey sur toutes sortes de questions de chirurgie. Mais tout ce qu'on a publié, était-ce bien une lésion de ce genre? On meurt rarement d'une fracture du calcanéum, et alors la mort n'ayant pas dit son secret, une grosse erreur n'a-t-elle pas pu passer inaperçue sous les parties molles tuméfiées? Nous avions donc raison de dire que ces fractures sont très-rares, et cela s'explique. En effet, la conformation des os du tarse, courts, prismatiques, entourés d'une enveloppe résistante, leur disposition en arcades qui décomposent les forces, la multiplicité des jointures revêtues de cartilages élastiques qui amortissent les secousses, une certaine extensibilité des ligaments qui atténue la brutalité des chocs, sont autant de conditions heureuses qui expliquent le peu de fréquence de ces fractures.

C'est une lésion de ce genre que nous publions; une fracture soupçonnée, disons le mot, presque méconnue, et que l'autopsie nous a montrée comme un type très-intéressant de fracture par écrasement. Au surplus, nous pouvons bien faire cet aveu, quand Malgaigne lui-même fait observer que le gonflement masque si bien les parties déformées, qu'un œil peu exercé pourrait croire que le pied n'a rien et que les malléoles seules sont atteintes.

Le nommé R..., 23 ans, fusilier au 43e régiment, constitution moyenne, est apporté à l'hôpital militaire le 5 octobre dernier pour entorse grave du pied gauche.

Il raconte que, perché avec cinq de ses camarades, sur une haute échelle adossée à une meule à fourrage en construction, le point d'appui s'est brisé, et cette grappe humaine, suspendue à différentes hauteurs, s'est égrénée sur le sol. Le médecin, appelé aussitôt, constate une fracture de côte chez l'un d'eux; luxation de l'épaule chez un autre; une entorse chez un troisième; commotion cérébrale chez le quatrième; enfin lui, tombé d'environ huit mètres de hauteur, accuse une douleur très-vive dans le pied; il ne sait comment il est tombé, ne se rappelle rien.

Nous le voyons trois heures après l'accident, et déjà une tuméfaction assez considérable masque les saillies osseuses et musculaires. Cependant il peut appuyer le pied sur le sol, il a même marché.

A part l'inflammation ou plutôt l'épanchement, le pied n'est pas déformé, sauf qu'il est déjeté un peu en dehors, pas de fracture du péroné, pas de crépitation, pas de saillie anormale; rien qui décèle une lésion particulière; ni changement de direction, ni changement de rapport, autant de signes négatifs qui, par leur silence, nous laissent dans le doute. Comme le pied est assez douloureux, on prescrit quelques sangsues; on immobilise la jointure par un bandage compressif, irrigations froides résolutives.

Les jours suivants la tuméfaction persiste, la jointure est douloureuse et permet à peine de légers mouvements, enfin tout annonce qu'il y a là une entorse très-grave, *avec complication insolite*. Un mois après l'accident, le malade peut marcher sans béquilles, mais lentement, en boitant et en appuyant le pied sur le talon; il n'y a donc pas d'amélioration bien sensible dans son état, malgré les douches sulfureuses, le massage, les frictions stimulantes, continuées jusqu'au 17 novembre; c'est alors qu'on se décida à appliquer des pointes de feu sur la malléole externe, où la tuméfaction existe toujours.

Nous en étions là du traitement, croyant toujours à une entorse très-grave, avec déchirure des ligaments, lorsque R... est pris de fièvre typhoïde adynamique le 23 novembre et meurt le 4 décembre, c'est-dire deux mois après son accident.

Si les médicaments sont quelquefois la pierre de touche des maladies, l'anatomie pathologique allait nous révéler des lésions les plus curieuses, et expliquer les signes fugaces que la tuméfaction nous voilait en partie. On comprend avec quel empressement l'autopsie du pied fut faite.

Autopsie. — Après avoir enlevé, avec précaution, tendons, muscles, ligaments qui entourent le pied, nous constatons de suite une mobilité anormale considérable, expliquée par la déchirure du triple faisceau ligamenteux externe, du ligament deltoïdien interne si solide et de l'interosseux. L'articulation tibio-tarsienne est mise à découvert, tout en laissant les os du tarse en rapport, et à première vue on croit trouver une semi-luxation de l'astragale en dedans. En effet, l'astragale a glissé de 15 millimètres en dedans du calcanéum et a élargi le tarse d'autant; c'est-à-dire que l'astragale ne recouvre plus complètement les surfaces articulaires du calcanéum et laisse à découvert une portion de la facette articulaire qui mesure 15 millimètres de largeur.

Mais tout ceci n'est qu'apparent, car en enlevant l'astragale qui est intact, on s'aperçoit de suite que cette prétendue luxation n'est que consécutive à une fracture du calcanéum par écrasement; en effet, outre les nombreuses fêlures dont cet os est sillonné à la face interne postérieure et à l'insertion du tendon d'Achille, on trouve une fracture multiple de ses deux facettes articulaires astragaliennes, et surtout de la petite apophyse qui, complètement détachée, reste suspendue, par son périoste, sous la voûte calcanéenne. La facette articulaire postérieure est brisée en trois fragments étagés à différentes hauteurs qui ont pénétré dans la substance spongieuse et s'y trouvent comme enchâssés d'une manière très-solide : la facette articulaire antérieure est aussi détruite en grande partie.

Il résulte de cette lésion que l'astragale, en glissant sur le bord interne du calcanéum où il reste suspendu sans appui, a diminué la hauteur du pied, tout en comblant la voûte calcanéenne; en effet, le pied sain, mesuré du sommet de la poulie astragalienne au sol, donne 8 centimètres, tandis que la même mesure, prise sur le pied fracturé, n'est plus que de 6,6; différence, 14 millimètres. Par suite de ce mouvement d'abaissement, la tête de l'astragale qui, à l'état normal, est plus élevée que la face antérieure du calcanéum, se trouve maintenant sur le même plan horizontal.

Ce n'est pas tout, l'énorme pression exercée sur le calcanéum, n'ayant pas été épuisée par la fracture de ses surfaces articulaires, s'est étendue vers son articulation avec le cuboïde, dont la partie inférieure est fracturée par arrachement, le trousseau ligamenteux ayant résisté.

La conséquence de ces désordres, c'est que la mortaise tibio-péronière est élargie de 1 centimètre par diastasis des ligaments sans fractures du péroné.

En résumant ces diverses lésions, on se rend facilement compte du mécanisme de la fracture et de la luxation consécutive. Chute d'un lieu très-élevé sur le talon, le pied sans doute dans l'abduction; fracture par écrasement du bord interne du calcanéum, par le bord externe de l'astragale qui fait l'office de coin; luxation consécutive, en dedans, de l'astragale sur le calcanéum par glissement; arrachement de la facette cuboïdienne, diastasis de la facette tibio-péronière, déchirure des ligaments internes et externes; enfin, affaissement de la hauteur du pied et élargissement de la portion sous-malléolaire.

Remarques. — Quand on examine attentivement un pied dépouillé de ses parties charnues, moins les ligaments, on s'aperçoit de suite que tout est disposé pour la *solidité*, la *résistance* et l'*élasticité*.

Solidité. Os courts, prismatiques, massifs, revêtus de substance compacte très-dense. Multiplicité des jointures qui décomposent les forces.

Résistance. Trousseaux ligamenteux très-épais, très-solides, presque inextensibles, résistant aux plus fortes tractions et tenant fortement appliqués les os l'un contre l'autre, renforcés du reste par de nombreux tendons qui croisent le pied en tous sens.

Élasticité. Double voûte plantaire, l'une antéro-postérieure, soutenue par deux piliers, la grosse tubérosité du calcanéum en arrière et la tête du premier métatarsien en avant; l'autre voûte s'élève du bord externe du pied, tête du cinquième métatarsien, vers le bord interne où l'arc-boutant manque, mais subsiste en réalité, puisqu'il repose sur le sommet de la voûte antéro-postérieure, que nous venons de décrire.

Il résulte de ces heureuses dispositions anatomiques, et de l'admirable conformation du pied, que lorsqu'une grande pression est transmise de la jambe à l'astragale, la résultante des forces se divise et se disperse en quelque sorte sur toutes les pièces dont se compose cette double voûte à trois piliers, et qu'alors l'effort partagé nous donne en quelque sorte l'explication de la rareté des fractures du calcanéum.

Certainement, c'est là une raison, mais qui n'explique pas pourquoi ces fractures doivent avoir lieu plus fréquemment sur le bord interne du calcanéum que sur son côté externe.

Voyons si, dans les dispositions anatomiques spéciales du tarse, nous trouvons la cause de cette fréquence relative, dont les auteurs ne font pas mention.

Quand on met un pied articulé sur une table et que, placé en arrière, on regarde la situation de l'astragale, par rapport au calcanéum, on s'aperçoit aussitôt que les deux os ne sont pas sur le même plan vertical; l'astragale, plus interne, surplombe sur le calcanéum et ne semble retenu au-dessus de son excavation que par une mince corniche représentée par sa petite apophyse extrêmement faible; or, comme c'est sur l'astragale que se concentre toute la pression, il s'ensuit que le centre de gravité se trouve être au bord interne de la grosse tubérosité du calcanéum.

Dans ces conditions, voyons ce qui arrive. Si une pression a lieu sur l'astragale, d'abord le pied commence à s'affaisser suivant une ligne verticale et supporte l'effort sans accident. Si la pression augmente, les conditions de résistance ne sont plus les mêmes; le bord externe du pied, en appuyant sur le sol par la tête du cinquième métatarsien, ne peut plus s'affaisser; mais il n'en est pas de même du bord interne creux et dépressible; alors, qu'arrive-t-il? C'est que l'arc interne antéro-postérieur se redresse et fléchit, et par suite de ce redressement le pied s'affaisse; mais comme il ne s'affaisse que sur son bord interne, il s'ensuit que la dépression n'a plus lieu dans le sens vertical, comme tout à l'heure, mais en s'inclinant en dedans par une espèce de mouvement de torsion (abduction), telle que la plante du pied regarde un peu en dehors.

Cette disposition à porter le poids du corps et l'astragale en dedans est alors favorisée par l'inclinaison des surfaces articulaires calcanéo-astragaliennes et tibio-tarsiennes qui déjà nous semblent naturellement dirigées dans ce sens.

Supposons que, dans ces conditions, la pression soit arrivée à son summum d'intensité, comme dans une chute d'un lieu élevé sur les talons; alors l'astragale, sur lequel se concentre tout l'effort, tendrait à glisser en dedans, s'il n'était retenu par le crochet de la petite apophyse du calcanéum; mais devant cette pression énorme, inattendue, les muscles surpris ne viennent plus prêter l'appui de leurs tendons; ce faible obstacle se brise, permet à l'astragale de glisser en dedans et d'écraser alors le bord interne du calcanéum.

Ainsi donc dépression de la voûte interne, concentration de l'effort sur ce point, inclinaison des surfaces articulaires en dedans, telle est, selon nous, la triple raison anatomique qui explique la fréquence plus grande des fractures du bord interne du calcanéum.

Et qu'on n'aille pas croire que ce sont là des vues spéculatives de notre esprit, appuyées seulement sur des données anatomiques; non. Nous avons voulu nous rendre compte du mécanisme de ces fractures, par les expériences suivantes, faites avec toute la précision désirable.

Un homme de vingt-deux ans est placé debout, en portant la plus grande partie du poids du corps sur un seul pied. Si on mesure la distance de la pointe des malléoles au sol, on trouve, pour la malléole interne, 7 centimètres 8 millimètres, et pour l'externe, 6 centimètres 2 millimètres.

Si, dans ces conditions, on charge le même homme de 194 kilogrammes, on voit d'abord le pied s'allonger de 2 millimètres.

La malléole interne n'est plus éloignée du sol que de 7 centimètres 6 millimètres, et l'externe de 6 centimètres, différence 2 millimètres.

Deuxième expérience. — Un homme de trente-trois ans :

Malléole interne, l'homme debout non chargé. 7,7 mill.
— chargé de 125 kilog. . . . . 7,7 —
Malléole externe, l'homme debout non chargé. 5,7 —
— chargé de 125 kilog. . . . . 5,7 —
Pas de différence.

Troisième expérience. — Vingt-deux ans, chargé de 194 kil.
Malléole interne, non chargée . . . . 6,6 mill.
— chargée . . . . 6,1 —
Différence : 5 millimètres.
Malléole externe, non chargée . . . . 5,0 mill.
— chargée . . . . 5,0 —
Pas de différence.
Le pied s'allonge de 3 millimètres.

Quatrième expérience. — Vingt-cinq ans, pied creux, 350 kilog. de charge.
Malléole interne, non chargée . . . . 8,7 mill.
— chargée . . . . 8,3 —
Différence : 4 millimètres.
Malléole externe, non chargée . . . . 6,3 mill.
— chargée . . . . 6,1 —
Différence : 2 millimètres.
Le pied s'allonge de 2 millimètres.

On voit par ces expériences quelle énorme pression il faut pour faire fléchir de quelques millimètres seulement la voûte plantaire interne, et on constate en même temps que c'est surtout le bord interne du pied qui, en se déprimant, prépare ainsi la tendance de l'astragale à glisser en dedans pour fracturer le calcanéum.

Nous avons voulu, à l'amphithéâtre, répéter, pour le pied, l'expérience de Nélaton pour fracturer le radius; malgré tous nos efforts, et ce n'est pas peu dire, nous n'avons pu réussir.

Nous avions bien pensé à laisser tomber, sur les talons, un cadavre à l'état de rigidité; mais il nous a été impossible de faire cette expérience.

En voyant cette disposition, en apparence vicieuse, du pied, qui l'expose aux fractures, on serait tenté d'accuser la nature d'imprévoyance ou d'imperfection. Soyons moins prompt dans nos critiques, et avant de juger, voyons ce qui se serait passé si

(1) Qu'on nous permette une simple observation à ce sujet. Pour le médecin militaire, les recherches bibliographiques ne sont guère possibles; c'est un fruit défendu qui coûterait trop cher à la modicité de ses appointements; et puis les lointains voyages, les changements fréquents de garnison, la vie devenue plus dispendieuse lui imposent la rigoureuse nécessité de mesurer le poids de ses bagages scientifiques à celui de sa bourse : il faut donc qu'il imite le philosophe grec qui portait tout avec lui.

Les hôpitaux militaires de province lui offrent-ils plus de ressources?

Évidemment non, si nous en jugeons par celui du camp de Châlons, où l'on trouve à peine 150 volumes y compris le *Recueil de mémoires de médecine militaire*. Et cependant, il n'est pas de ville en France qui réunisse un aussi grand nombre de médecins.

Cette pénurie de livres est d'autant plus regrettable que, dans son isolement aux postes avancés d'Afrique, dans ces solitudes de la Champagne, il n'a pas même l'espoir de trouver la bibliothèque hospitalière d'un confrère civil pour remplir ses longues heures de l'hiver qui passent stériles et inoccupées.

le scaphoïde, au lieu de former la clef de voûte, eût affleuré le sol, comme cela existe pour le bord externe du pied. D'abord les fractures par écrasement eussent été pour le moins aussi fréquentes, par cette raison que le choc eût été plus immédiat; c'est ainsi que s'expliquent les fractures du radius; ensuite c'est que le pied, ayant perdu cette élasticité que lui donne la voûte plantaire en se déprimant, aurait transmis un choc brutal au col du fémur, aux os du bassin, un ébranlement dangereux à la moelle épinière, et peut être donné lieu à une commotion cérébrale mortelle.

Notre homme n'a rien ressenti de tous ces accidents.

Minima de malis. Au lieu de critiquer, admirons donc cette merveilleuse structure du pied au point de vue anatomo-pathologique.

Un mot sur le diagnostic. On a dit que le malade ressent une douleur vive au talon, avec engourdissement du pied, tuméfaction du cou-de-pied, élargissement des malléoles, etc. Mais tous ces signes rationnels et physiques peuvent se rencontrer dans une forte entorse avec déchirure des ligaments, ou bien à la suite d'une fracture du péroné par divulsion : il n'y a donc là rien de certain. Le vrai signe pathognomonique est, selon nous, dans la mensuration de la hauteur du pied et de la largeur du métatarse au-dessus des malléoles. Si donc on peut voir le blessé avant que la tuméfaction ait effacé les points repère, on constate :

1° Que les malléoles sont rapprochées du sol;

2° Que la voûte plantaire est surbaissée;

3° Que la largeur du tarse au-dessus des chevilles est augmentée.

Chez notre malade, on aurait pu constater, au côté externe, une saillie du calcanéum, et peut-être une dureté anormale (petite apophyse) sous la malléole interne; mais ce sont là des signes fugitifs et inconstants.

On a dit aussi, ce ne peut être qu'un anatomiste fanatique, que la petite apophyse du calcanéum étant fracturée, devait presser sur le tendon fléchisseur du gros orteil et déterminer une certaine flexion. Tout cela est très-beau en théorie; mais le simple raisonnement démontre que la jambe, en s'abaissant, relâche au contraire le tendon fléchisseur.

Si l'on veut absolument avoir un signe fourni par un tendon relâché flottant, c'est le tendon d'Achille qui est devenu relativement trop long.

Quant à la crépitation, elle nous semble ici impossible, par cette raison que les fragments sont engrenés les uns dans les autres et ne présentent en définitive que des surfaces articulaires lisses; ils sont très-adhérents à la substance spongieuse, il y a là un commencement de soudure osseuse qui semble s'être opérée.

En face d'une lésion aussi grave, quelle est l'indication chirurgicale à remplir? Combattre les accidents inflammatoires, sangsues, irrigations froides continues, exercer une légère extension sur le pied en le repoussant en dehors, puis aussitôt que la phlogose est éteinte, immobiliser le pied dans un appareil inamovible plâtré, et encore nous doutons fort du succès. Il faut toujours s'attendre aux accidents consécutifs les plus graves, arthrite chronique, ankylose, et c'est le cas le plus heureux, tumeurs blanches qui plus tard nécessitent l'amputation de la jambe, ainsi que nous l'avons vu pratiquer assez souvent pour de prétendues entorses qui n'étaient sans doute que des fractures des os du tarse.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND.

M. Fleury.

Corps étranger dans la vessie. Cystotomie uréthrale.

(Observation recueillie par M. Déchery (Pierre), intern du service).

Les exemples de corps étrangers que l'on retire de la vessie sont si nombreux, qu'une observation ajoutée à toutes celles qui existent dans la science n'offrirait pas un bien grand intérêt; mais dans la circonstance actuelle une particularité s'est offerte, qui, au point de vue pratique, a bien son importance.

Le 3 septembre 1868 entre dans le service de M. Fleury, à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, salle Saint-Joseph, n° 12, une jeune fille, âgée de 22 ans; elle dit s'être introduit dans la vessie un étui depuis une quinzaine de jours.

Le méat urinaire n'est pas tellement apparent chez la femme qu'un corps étranger de ce calibre puisse y entrer librement. Nous savons en effet que le cathétérisme chez elle, sans être difficile, exige quelquefois certaines précautions, et que l'orifice de l'urèthre est souvent caché dans les plis de la vulve : aussi peut-on espérer que le corps étranger se sera arrêté dans le vagin.

M. Fleury pratique le toucher et ne trouve rien dans le vagin, le doigt cependant en parcourt toutes les parois. Une sonde de femme est introduite dans la vessie, elle ne sent aucun corps étranger. La jeune fille assure cependant que le corps étranger n'est pas ressorti, qu'elle éprouve une douleur sourde dans le bas-ventre, que la douleur devient plus forte quand elle urine et que la miction est quelquefois sanguinolente. Une sonde d'homme est alors substituée à la première, son bec rencontre bientôt au niveau de la paroi antérieure de l'organe un corps dur qui ne peut être que l'étui.

Comme il est placé en travers, un cathéter droit n'a pu le sentir, tandis qu'il est arrêté par la courbure du second instrument.

Toute espèce d'incertitude disparaît, l'indication est formelle, l'extraction de l'étui est indispensable.

Une particularité digne de fixer l'attention se présente maintenant. L'étui, dit la jeune fille, est rempli d'aiguilles; ne pourrait-on pas, en le retirant, l'ouvrir, et ces corps pointus en traversant les parois de la vessie n'auraient-ils pas des conséquences fâcheuses? L'idée de ce danger va se trouver écartée par la possibilité d'arriver avec le doigt jusque sur le corps étranger et de constater qu'il est incrusté de sels qui en immobilisent les deux pièces.

En effet, le petit doigt est introduit dans le canal de l'urèthre avec une si grande facilité qu'on lui substitue bientôt l'indicateur (ce qui doit faire supposer que depuis longtemps ce conduit donne passage à des corps dilatants), et l'on sent parfaitement alors l'étui qui est placé en travers, au-dessus du col, la surface en est garnie de rugosités qui ne peuvent être qu'un dépôt de sels urinaires.

Peut-être la dilatation sera-t-elle suffisante et ne sera-t-on pas forcé d'inciser l'urèthre? L'enduit salin s'opposera à ce que les tractions que l'on exercera ne séparent en les entrouvrant les deux portions de l'étui.

Le 4 septembre, le chef de service cherche à dilater le canal avec des pinces à polypes dont les deux mors sont glissés séparément, comme les deux branches d'un forceps, mais cette tentative n'offre pas un résultat satisfaisant.

L'index est introduit à son tour, il repousse l'étui dont une extrémité est ramenée au niveau du col; un aide comprime pendant ce temps la région hypogastrique dans l'espérance de pousser l'étui dans le canal, mais ce moyen ne réussit pas mieux que le précédent.

Une pince à pansement à mors très-étroit est introduite sur le doigt dans le canal, mais il est impossible de les ouvrir, le canal est entièrement rempli par l'index.

L'urèthre est alors incisé obliquement en bas, en dehors et à droite, tout devient facile. Le doigt se loge dans cette ouverture, il ramène une des extrémités de l'étui en regard du col et la pince trouvant dans l'urèthre un espace assez large pour s'y mouvoir, saisit le corps étranger qui est amené à l'extérieur.

Cet étui en bois a 9 centimètres et demi de longueur et 3 et demi de circonférence : un dépôt salin existe à la partie moyenne et à la jonction des deux portions qui glissent l'une sur l'autre, son épaisseur est plus que suffisante pour prévenir l'ouverture. Traitement : limonade sucrée, potion : extrait thébaïque, 0,05, diète, application d'eau froide à la vulve. Le soir un peu de fièvre.

Le 5 septembre, point de fièvre. Limonade sucrée, pour régime le un quart. La malade perd, comme la veille, son urine involontairement, et le passage de l'urine est douloureux.

Le 6, elle peut rejeter son urine quand elle veut; il s'en écoule cependant une certaine quantité malgré elle : la miction est moins douloureuse.

Le 7, la miction est légèrement douloureuse et complétement volontaire.

Le 8, le mieux persiste.

Le 9, la malade sort guérie.

Ne pourrait-on pas alors se demander, si, dans une circonstance semblable, il ne vaudrait pas mieux attendre quelques jours, que de procéder immédiatement à l'extraction d'un corps étranger de cette nature.

Le gonflement provoqué par l'urine qui l'imbibe pourrait être suffisant pour en maintenir les deux moitiés rapprochées; mais le dépôt calcaire offrirait bien plus de garanties, et nous avons vu que quinze jours sont suffisants pour lui donner assez d'épaisseur et assez de solidité.

OVARIOTOMIE

Obs. LV. — Ovariotomie pratiquée le 25 novembre 1867. Guérison.

Madame N..., de Dijon (Côte-d'Or), âgée de 32 ans, d'une bonne constitution, mais pâle et un peu amaigrie, avait eu deux grossesses, la dernière en 1861. On s'aperçut, en 1864, de l'existence d'une petite tumeur dure située à droite, près du foie. On crut d'abord à un kyste du foie. MM. Gendrin, Nélaton et Michon reconnurent l'existence d'un kyste multiloculaire de la grosseur d'une tête. Au mois de mai 1866, la malade fut de nouveau soumise à l'examen de MM. Béhier, Nélaton, Richet et Velpeau.

Il fut décidé, contrairement à l'avis de M. Nélaton, qui voulait dans tous les cas une ponction immédiate, qu'il y avait lieu de maintenir le *statu quo* de manière à gagner le plus de temps possible, et qu'en définitive, la ponction présentant de graves inconvénients dans certains cas et nulle chance de guérison dans le cas particulier; il n'y aurait, lorsqu'il faudrait agir, qu'une seule ressource, celle d'une opération à l'effet d'enlever le kyste lui-même. La malade a été soumise inutilement au traitement par le chlorure d'or et par la compression.

Au mois d'août 1867, on fut obligé de faire une première ponction; la circonférence du ventre était alors de 1 m. 15. Il s'écoula 13 litres de liquide brunâtre.

Deux mois après, au mois d'octobre, le ventre avait déjà repris son volume primitif, et la malade désira être débarrassée définitivement de la tumeur; mais on dut recourir à une deuxième ponction le 4 novembre. La tumeur multiloculaire siège dans la région sus-ombilicale et épigastrique s'était de beaucoup accrue.

Une troisième ponction fut faite le 21 novembre. Il s'écoula 8 litres de liquide. L'état général était très-satisfaisant. La menstruation était régulière; les fonctions digestives étaient très-actives; l'œdème de la partie inférieure de l'abdomen se dissipa promptement à la suite de la dernière ponction. La tumeur était adhérente à toute l'étendue de la paroi abdominale. L'excavation pelvienne ne présentait rien d'anormal. En raison de l'étendue des adhérences qui devaient remonter à une année au moins, lorsque la malade a été soumise au traitement par compression à l'aide d'une ceinture, la plus détestable et la plus inepte des inventions dans le traitement des kystes de l'ovaire, on devait s'attendre à des difficultés dans l'hémostase et à une hémorrhagie notable; mais comme l'état général de la malade était excellent et que l'ovariotomie était l'unique recours, l'opération eut lieu quatre jours après la dernière ponction, le 25 novembre 1867, avec l'assistance de MM. Herrgott, Kien et Grollemund.

Incision de 28 centimètres. La tumeur était adhérente de toutes parts à la paroi abdominale. La ponction et la déchirure de diverses loges fournit seulement 4 litres de liquide.

Les adhérences abdominales furent séparées peu à peu; elles fournissaient beaucoup de sang. Les adhérences étaient principalement très-vasculaires au creux épigastrique, contre le ligament suspenseur du foie, et au rebord des hypochondres, contre les attaches du diaphragme, surtout du côté droit, où des réseaux veineux étaient très-développés.

On appliqua une quantité de pinces sur les parties saignantes. La tumeur ne présentait pas d'adhérences postérieures; elle provenait de l'ovaire gauche et avait un pédicule assez court. Le pédicule fut lié en deux parties : l'une avec du fil de fer, l'autre avec du fil de soie, pour gagner 1 à 2 centimètres de longueur. L'ensemble de la tumeur avec le liquide qu'elle renfermait, pesait 19 kilogrammes. L'ovaire droit était normal. L'hémorrhagie s'était presque entièrement tarie sous l'influence de la compression exercée par les pinces sur les vaisseaux qui avaient fourni du sang; elle continuait encore contre le rebord des côtes. Il fallait encore y placer des pinces. On y appliqua, en même temps, du perchlorure de fer avec le doigt, maintenu en place pendant une à deux minutes, et l'hémorrhagie put heureusement, mais non sans beaucoup de difficultés, être arrêtée d'une manière complète.

La perte de sang a été de 600 grammes. La cavité abdominale fut convenablement nettoyée dans tous les sens; l'épiploon fut placé au devant de l'intestin grêle; l'air fut expulsé autant que possible, et la plaie fut réunie par quatre points de suture profonde et huit points de suture superficielle.

L'opération a duré une heure trois quarts.

Il n'y eut pas de vomissements chloroformiques, et il ne survint aucun accident consécutif. Une sonde, introduite au bout de quelques heures dans le cul-de-sac recto-vaginal le long du pédicule, ne ramena aucun liquide.

Dès le lendemain, l'état de la malade était très-satisfaisant. Quelques trajets des points de suture profonde suppurèrent un peu pendant quelques jours, et la cicatrisation devint complète le vingt cinquième jour. Depuis, la santé a été parfaite.

Remarques. — Le kyste présentait, à sa partie supérieure, les traces des déchirures et des hémorrhagies qui ont donné lieu aux adhérences qu'il présentait. Ces déchirures sont survenues de suite après l'usage de la ceinture dont la compression en a été la cause directe. La compression forcée d'un kyste de l'ovaire, loin d'en enrayer le développement, paraît, au contraire, la favoriser par la gêne qu'elle occasionne dans la circulation de retour du sang veineux. De toutes manières, elle provoque dans certains cas des hémorrhagies internes, refoule le diaphragme et les viscères thoraciques, etc. L'usage de la ceinture a été indirectement, dans plusieurs de mes opérations, une des causes de l'insuccès de l'ovariotomie dont elle a compliqué l'exécution, soit par la dislocation des viscères abdominaux et thoraciques, soit par les adhérences consécutives aux hémorrhagies.

AVANTAGE DE L'ANESTHÉSIE

pour réduire une luxation,

Par M. le docteur Théophile David, de Saint-Matré (Lot).

L'usage de l'éther et du chloroforme comme anesthésiques généraux se vulgarise de plus en plus, et il n'est guère, aujourd'hui, de médecin qui n'en ait constaté par lui-même l'utilité et les nombreux avantages.

Je viens encore, ces jours-ci, d'employer l'anesthésie chloroformique pour réduire une luxation complète du coude, et je ne puis que constater les heureux résultats que j'en ai retirés. Il est incontestable que c'est le meilleur moyen que nous avons à notre disposition pour pratiquer la réduction des membres luxés; par ce moyen, en effet, la réduction se fait toujours avec la plus grande facilité, et la guérison s'obtient plus facilement et plus promptement.

A l'appui, je me permettrai de rapporter un fait que je viens de rencontrer dans ma pratique.

Je suis appelé pour donner des soins à un nommé C..., meunier, âgé de 66 ans, d'une forte constitution et parfaitement bien musclé. Cet homme avait fait une chute de cheval et s'était luxé le coude gauche. Le diagnostic fut facile, j'avais affaire à une *luxation complète du coude en arrière et en dehors.*

Le déplacement était considérable et la tuméfaction énorme; je prévoyais quelques difficultés pour la réduction, et je proposai d'employer le chloroforme pour faciliter l'opération. Le malade recula d'abord devant l'idée de se faire endormir, et voulut qu'on essayât la réduction sans anesthésie. Je fis alors des tentatives de réduction avec l'aide d'un confrère, mais le malade se raidissait vigoureusement, et nous ne pûmes arriver à un résultat; d'ailleurs les affreuses douleurs que ces manœuvres occasionnaient au patient lui faisaient demander grâce et le convertissaient à mon idée première : employer le chloroforme.

L'accident s'étant produit le 20 juin, ce ne fut que le 25, c'est-à-dire 6 jours après que nous pûmes faire cette réduction.

Le malade, une fois endormi, la résolution musculaire obtenue, quelques légères tractions sans la moindre violence suffirent pour remettre tout en place avec la plus grande facilité et sans faire éprouver la moindre douleur au malade, qui ne s'aperçut pas de ce qu'on lui faisait.

Huit jours après cette opération, le malade se servait de son bras, conservant à peine quelques douleurs et quelque gêne dans l'articulation, ce qui bientôt a complétement disparu.

DE LA RÉTINITE PIGMENTAIRE (1)

Par M. le docteur E. Mouchot.

La rétinite pigmentaire existe comme entité morbide.

Elle consiste en une affection inflammatoire chronique de la rétine.

(1) In-8°. Paris, 1868, J.-B. Baillière et fils.

Elle est caractérisée par trois symptômes qui, réunis, portent le diagnostique à son plus haut degré de certitude. Ces trois symptômes sont : la nyctalopie, le rétrécissement du champ visuel avec conservation de la vision centrale, et la présence dans la rétine d'une pigmentation de forme caractéristique.

Il peut exister des rétinites pigmentaires sans pigment qui deviendront dans la suite des rétinites pigmentaires bien caractérisées.

La maladie a une marche très-lente : elle commence généralement dans la jeunesse pour aboutir vers 40 ou 50 ans, quelquefois plus tard, à la cécité.

Le diagnostic est très-facile quand la triade symptomatique est au complet.

La rétinite pigmentaire est très-grave, car elle amène tôt ou tard la perte complète de la vision.

On ne sait rien de certain sur les causes de cette affection. Souvent on ne rencontre chez les malades rien qui puisse en expliquer l'apparition.

Jusqu'ici la rétinite pigmentaire est incurable. Les altérants sont plutôt nuisibles qu'utiles; les toniques, le fer en particulier, paraissent donner des résultats avantageux.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

222. Giraud (E.). Un chapitre de la phthisie. Tuberculisation des organes génitaux de la femme.
223. Leussier (Ernest). Étude clinique sur la névralgie rhumatismale.
224. Demagny (Georges). Quelques considérations sur le phosphure de zinc.
225. Fichot (Jules). De la Méningite granuleuse chez l'adulte. Signes et diagnostic.
226. Colignon (Jules). De la disjonction traumatique des épiphyses.
227. Lacombe (Anthelme). Du traitement de la Fièvre typhoïde.
228. Clément (Étienne). Des Accidents hémorrhagiques de la phthisie pulmonaire.
229. Michel (Évariste). De l'Ictère hémaphéique.
230. Blanc (L.). Des Fièvres pernicieuses observées en Chine.
231. Couderc (Édouard). Du Phimosis.
232. Vachée (Georges). Symptômes et diagnostic du rhumatisme uro-génital.
233. Azémar (Édouard). De la Syphilis squammeuse.
234. Dubosq (Charles). De la Diphthérie (étiologie, nature, traitement).
235. Perrier (Octave). Du Colchique et de son emploi thérapeutique.
236. Jourdanne (Philippe). Des Brûlures (symptômes, diagnostic, traitement).
237. Demous (Albert). Des Kystes du plancher de la bouche confondus sous le nom de grenouillette.
238. Jolicœur (Charles). Contributions pour servir à l'histoire des vers intestinaux nématoïdes.
239. Ciaudo (J.). De la Pneumonie caséeuse.
240. Thierry (Émile). Des Maladies puerpérales observées à l'hôpital Saint-Louis en 1867. Considérations sur leur étiologie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 17 septembre, le ministre de l'instruction publique a déclaré vacante la chaire d'anatomie, physiologie comparée et zoologie à la Faculté des sciences de Paris. Les candidats à cette chaire devront faire parvenir leurs demandes, titres et justifications à la Faculté et au conseil académique.

— L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes des hôpitaux de Paris aura lieu jeudi 8 octobre 1868, à midi précis dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3. MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de deuxième et troisième année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part au concours ci-dessus, sous peine d'être rayés des contrôles des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois, jusqu'au mercredi 30 septembre inclusivement.

— L'hôpital des Quinze-Vingts de Paris fait remonter sa fondation à l'an 1250, sous saint Louis. Il y avait hier 618 ans.

— Les bureaux du secrétariat de la Faculté de médecine seront ouverts pour les consignations d'examen le vendredi 16 octobre. Les cours de la Faculté commenceront le 3 novembre, et le registre des inscriptions sera ouvert à partir du même jour 3 novembre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du massage, des frictions et manipulations, appliqués à la guérison pe quelques maladies, par Laisné, professeur de gymnastique. Un volume grand in-8 avec 24 figures dans le texte. Prix : 4 fr. 50. — Paris, 1868. V. Masson et fils.

De la cantharide officinale, par M. Armand Fumouze, docteur en médecine, pharmacien de 1re classe. Un volume in-4. de 58 pages et 5 planches dont une coloriée. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Germer-Baillière.

Étude sur le placenta (anatomie, physiologie, pathologie), par F.-E. Bustamente, docteur médecin. In-4 de 164 pages. Prix : 2 francs. — Paris, 1868, L. Leclerc.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GALLARD.

Sur un cas de dyspepsie par défaut d'acidité du suc gastrique résultant d'une sudation abondante habituelle. — Anémie et névralgies consécutives.

(Leçon recueillie par M. POZZI, interne du service.)

Nous avons, au n° 10 de la salle Saint-Michel, un jeune homme âgé de 18 ans, qui est entré à l'hôpital pour des douleurs très-vives à la région épigastrique, revenant par accès, accompagnées de renvois nidoreux. Ces accidents doivent être attribués à des troubles purement nerveux, à une gastralgie. Je vous le dis tout de suite, parce que ce n'est pas sur les symptômes et le diagnostic de cette affection que je désire m'arrêter aujourd'hui. Je veux insister surtout sur l'étiologie et la pathogénie du cas qui vient de s'offrir à notre observation, et qui me paraissent assez spéciales et assez peu communes pour attirer votre attention tout entière.

Permettez-moi de vous rappeler brièvement les résultats de notre examen et de notre interrogatoire.

Ce jeune homme, outre les symptômes gastralgiques dont je viens de vous parler, présente les points douloureux caractéristiques de la névralgie intercostale; les septième et huitième nerfs intercostaux, qui rampent dans la paroi thoraco-épigastrique, sont surtout affectés.

Vous avez également pu constater chez lui tous les signes d'une anémie assez prononcée : chairs flasques, pâleur de la peau et des conjonctives, légers étourdissements survenant de temps à autre ainsi que des battements de cœur, bruit de souffle doux au premier temps et à la base de cet organe, souffle à double courant dans les vaisseaux du cou.

J'ajoute que rien ne fait soupçonner la tuberculisation pulmonaire et qu'il n'y a pas d'antécédents syphilitiques.

Voici maintenant ce que le jeune homme raconte sur les circonstances qui ont précédé l'apparition de sa maladie.

Il jouissait d'une excellente santé et n'avait jamais souffert de l'estomac, lorsqu'il entra comme ouvrier, il y a deux ans, dans une fabrique de chocolat.

Là il fut astreint chaque jour, pendant trois heures consécutives, à un travail fatigant dans une étuve où le corps est constamment entretenu dans un état de transpiration abondante par une température de 35 à 40° centigrades.

Au bout de quelques mois, ce jeune homme remarqua une notable diminution de ses forces. Il n'existait pourtant aucun trouble notable dans les fonctions digestives. Cependant l'appétit avait sensiblement diminué, et les digestions étaient devenues un peu plus lentes, sans être cependant laborieuses; il n'y avait ni diarrhée ni constipation. Cependant les forces du sujet commençaient à décliner, et le travail, qu'il faisait naguère avec facilité, était pour lui une source de fatigue croissante; en même temps se produisait un certain degré de dépérissement.

Tel était l'état de notre malade après six mois de travail à la chocolaterie, lorsqu'apparut un nouveau symptôme de la plus grande importance, puisque c'est lui qui, primant aujourd'hui tous les autres, a amené le jeune homme à l'hôpital. Je veux parler des douleurs névralgiques. Celles-ci furent d'abord très-vagues, caractérisées par un simple sentiment de malaise, de pesanteur à l'épigastre. Ce n'est que six mois environ après leur début qu'elles prirent une certaine acuité.

Dès lors, la cardialgie tendit de plus en plus à se montrer par accès, dont l'intensité croissante a enfin forcé le malade à venir réclamer des soins.

Toutes les fois que chez un anémique (et je vous ai dit que notre malade est anémique) vous rencontrerez des névralgies, vous pouvez sans hésiter, établir une relation de causalité entre l'état de pauvreté du sang et la névrose, car il est démontré que les douleurs névralgiques constituent un des symptômes les plus constants et les plus irrécusables de l'anémie.

Comment cette cause agit-elle? C'est ce qu'il est difficile de pénétrer et ce que je ne veux même pas chercher à vous expliquer.

Retenez seulement le fait clinique, et ne vous étonnez pas que notre malade ait des douleurs névralgiques, puisqu'il est anémique.

Il nous faut maintenant aller plus loin et résoudre la question de savoir quelle est la cause de son anémie.

Rappelez-vous ce que ce jeune homme vient de nous raconter.

Il se portait parfaitement bien, lorsqu'il entre dans une fabrique où il est soumis chaque jour à une sudation abondante pendant trois heures consécutives. Bientôt après, il voit sa santé s'altérer, ses forces décroître et apparaître les douleurs qui le conduisent à l'hôpital.

Or, notez-le bien, aucune cause débilitante, étrangère à son travail, ne peut être invoquée.

Il n'y a pas chez lui de diathèse tuberculeuse ou syphilitique, et il n'a, à aucune époque, été soumis à une hémorrhagie quelconque qui puisse expliquer l'état d'anémie dans lequel il est plongé.

Nous l'avons pressé de questions pour lui faire avouer des excès d'une nature ou d'une autre, insistant particulièrement sur les habitudes de masturbation qui amènent si fréquemment l'anémie chez les jeunes gens.

Le malade nous a avoué qu'il s'était adonné à l'onanisme avec assez d'ardeur de 10 à 14 ans, mais que depuis ce temps, ayant commencé à voir des femmes, il a complétement renoncé à ces pratiques solitaires et n'a jamais commis d'excès vénériens. Au reste, à cette époque et pendant les trois années de calme qui ont suivi, il a joui d'une santé florissante. C'est depuis dix-huit mois seulement, et après son entrée à la fabrique, que ses forces ont commencé à décliner.

Vous le voyez, nous sommes conduits, pour ainsi dire, par voie d'exclusion à rechercher les causes de l'anémie de notre malade dans les mauvaises conditions hygiéniques auxquelles il a été soumis par son métier de chocolatier.

Devons-nous nous arrêter à cette vague donnée d'excès de travail et de mauvaise hygiène? Non, car il est possible d'aller plus loin encore dans l'analyse pathogénique, de serrer de plus près la filiation des phénomènes, et de vous montrer qu'ici l'anémie est la conséquence d'un vice de nutrition, résultant d'un trouble parfaitement déterminé, qui a été apporté dans l'exercice des fonctions digestives.

Pour préciser la nature de ce trouble, permettez-moi de faire appel à la physiologie, elle nous apprend que l'acidité du suc gastrique diminue sous l'influence d'une sudation abondante. Voici en quels termes de Beaumont rend compte de ce que lui ont montré à ce sujet ses observations faites sur son Canadien, affecté de fistule stomacale; je traduis textuellement :

« Si l'exercice est porté au point de produire une transpiration modérée, les sécrétions de la muqueuse gastrique augmentent, et il s'accumule dans l'estomac un liquide limpide légèrement acide et possédant à un degré inférieur les qualités dissolvantes du suc gastrique. (*Slighthy acid, and possessing the solvent properties of the gastric juce in an inferior degree.*) C'est probablement, ajoute Beaumont, un liquide mixte où ce suc n'entre que dans une faible proportion. » (*Experiments and Observ. on the gastric juce*, p. 94.)

Puisque une sudation, même modérée, diminue très-notablement l'acidité de la sécrétion gastrique, il est évident que cette acidité doit être considérablement atténuée, peut-être même anéantie, par une sudation abondante et prolongée, comme celle à laquelle notre malade a, pendant plusieurs mois, été soumis chaque jour durant trois heures.

Ai-je besoin maintenant de m'étendre sur l'importance de l'acidité du suc gastrique dans les phénomènes de la digestion? Cela m'entraînerait dans des développements de physiologie pure qui ne seraient pas ici à leur place. Aussi bien, il serait oiseux d'insister longuement sur un fait incontesté. Je me borne donc à vous le rappeler.

Vous avez déjà saisi, sans aucun doute, toute la portée de ces considérations : ainsi, chez ce jeune homme soumis *chaque jour* à un travail pénible dans l'étuve, le suc gastrique éprouvait *chaque jour* aussi une altération notable. Il en résultait forcément *chaque jour* une insuffisance plus ou moins grande de la chymification dont ce suc est sans contredit le principal agent.

Or, pour me servir d'une comparaison qui remonte à Hippocrate : « L'estomac est pour les animaux ce que la terre est pour les plantes; *ut in arboribus terra, sic in animalibus alvus succum animali suppeditat.* » (*De Humoribus*, cap. IV). Il s'ensuit que l'homme qui digère mal est comparable à un arbre qui, fixé sur un sol stérile, s'étiole et dépérit.

Telle est la véritable cause de l'anémie où est actuellement plongé notre malade.

J'insiste beaucoup sur le fait de la reproduction quotidienne et longtemps prolongée des influences fâcheuses qui ont agi sur ce jeune homme. C'est qu'il donne à celles-ci une puissance singulière et explique comment une cause insignifiante en apparence a pu produire, *à la longue*, des effets aussi marqués sans avoir suscité, dès le début, la manifestation de symptômes propres à attirer l'attention. C'est du reste de cette façon, pour ainsi dire insidieuse, qu'agissent toutes les influences professionnelles qui altèrent la santé, influence dont l'action a été, avec beaucoup de justesse, comparée à celle de la goutte d'eau qui creuse les pierres. Or, les troubles digestifs dont notre jeune malade a été affecté par suite de l'exercice de son métier, rentrent de plein droit dans cette classe.

Ces troubles, je vous l'ai dit, ont été presque seuls au début; ils ne se sont d'abord manifestés par aucune douleur, et l'amaigrissement qui commençait à se produire a été, avec une légère diminution de l'appétit, le premier indice aperçu du malade. A ce moment-là, il semble qu'il n'y eut pas encore, à proprement parler, de difficulté de la digestion, mais uniquement diminution dans la quantité des matières digérées et transformée en chyme.

Ce phénomène, qui ne troublait en rien la régularité apparente des fonctions de l'estomac, devait conduire forcément à un certain degré d'inanition qui se révélait par l'amaigrissement, puis à des troubles plus graves, et c'est ce qui est arrivé. Nous voyons en effet, au bout de quelque temps, apparaître du malaise, de la pesanteur à l'épigastre, des renvois, annonçant que la digestion n'est pas seulement incomplète, mais encore qu'elle s'opère mal, irrégulièrement et avec difficulté. La *dyspepsie* est dès lors constituée; car, pris dans son acception étymologique (du grec δυσπεψία), ce mot ne signifie pas autre chose que *difficulté de la digestion*.

Arrêtons-nous quelque peu sur cette *dyspepsie par défaut d'acidité du suc gastrique résultant d'une sudation abondante et répétée*.

Depuis longtemps déjà on avait observé une sorte de sympathie, de connexion synergique entre le tégument externe et l'estomac. *Primarium cum ente consensum habet ven triculus*, disait Lorry; et de tout temps on a signalé des troubles gastriques coïncidant avec la disparition d'éruptions habituelles et pouvant même alterner avec celles-ci.

On avait aussi remarqué, mais sans lui donner son interprétation véritable, qui réside dans la diminution d'acidité du suc gastrique sous l'influence de la sudation qu'ils provoquent, l'action des bains tièdes, surtout des bains tièdes répétés, sur les fonctions digestives : « Ils rendent les digestions longues et difficiles, et produisent par conséquent de la faiblesse et de la pâleur par suite de l'anémie plus ou moins notable qui résulte de leur emploi. » (Beau, *Traité de la Dyspepsie*, p. 144.)

A part ces vagues indications, rien n'avait fait entrevoir cette forme de dyspepsie toute spéciale que je vous décris aujourd'hui.

Ce n'est pas qu'elle se trouve isolée et pour ainsi dire hors cadre dans le groupe si nombreux des dyspepsies.

Bien au contraire, il est une classe admise depuis longtemps par les auteurs, dans laquelle le cas que nous étudions rentre tout naturellement. Je veux parler des *dyspepsies alcalines*. On a donné ce nom à celles où les troubles digestifs sont supposés dépendre d'une tendance alcaline ou d'une simple diminution d'acidité de suc gastrique. Cette cause, il faut l'avouer, a été dans la plupart des cas admise sans grandes preuves.

On a invoqué l'action thérapeutique des acides (l'acide hydrocyanique surtout), que les Anglais emploient depuis longtemps dans certains cas et que Trousseau a préconisée d'après eux. Nous voyons même, à ce propos, l'illustre professeur, si dédaigneux généralement des explications physiologiques, « chercher (c'est lui qui parle) à fonder lui aussi sa petite théorie : je me suis dit (ajoute-t-il) : au moment de la digestion, l'estomac contient une certaine quantité d'acide lactique, d'acide phosphorique et d'acide chlorhydrique. Serait-ce parce que je fournis au suc gastrique l'équivalent qui lui manque, que ma médication réussit? » (*Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 56.) Mais il faut ajouter de suite qu'il s'est empressé de rejeter bien loin cette explication iatro-chimique.

Chomel le grand clinicien, dans son « Traité des dyspepsies, »

d'ailleurs si complet et si éminemment pratique, est assez embarrassé quand il parle de la dyspepsie alcaline. On dirait presque qu'il ne l'admet que par un besoin théorique et pour fournir une sorte de pendant à sa dyspepsie acide.

« Si, dit-il, il existe, comme nous venons de le dire, une forme de dyspepsie liée à la prédominance des acides, on doit se demander s'il n'existerait pas aussi des cas dans lesquels une disposition inverse, c'est-à-dire une prédominance alcaline, constituerait également une forme de dyspepsie ayant ses causes, ses symptômes et son traitement particulier.

« Une induction naturelle porterait à l'admettre et tout au moins engagerait à diriger l'observation vers ce sujet. » (P. 97 *Des Dyspepsies*). Et plus loin, p. 276 :

« Pour revenir aux causes particulières des dyspepsies acide et alcaline qui font le sujet de cet article, on doit se demander si certaines conditions habituelles ou prolongées du régime n'en prépareraient pas le développement ; si ces conditions, qui sont l'opposé de celles qui guérissent le mal quand il est produit, ne l'auraient pas préparé et engendré en agissant longtemps et incessamment sur nos organes, jusqu'à explosion du mal. La dyspepsie acide, par exemple, ne frapperait-elle pas les personnes qui vivent presque entièrement de fruits, de légumes verts, de plats sucrés, et qui font un grand usage des choses acides, du vinaigre, du citron et du sucre, sous des formes diverses? Cette affection ne se montrerait-elle pas, dès lors, principalement dans le cours de l'été, vers la fin de cette saison, qui fournit les fruits acidulés et les végétaux dont l'usage presque exclusif apporterait, avec le temps, dans l'économie tout entière, cette prédominance des acides qui se montrerait dans les voies digestives? Et, d'autre part, la dyspepsie alcaline ne serait-elle pas la conséquence d'une diète presque entièrement animale, telle qu'on la suit en hiver, et qui est la conséquence de la privation des végétaux frais, légumes et fruits? Et dès lors cette forme de dyspepsie ne serait-elle pas plus fréquente dans la seconde moitié de l'hiver et au printemps, lorsque l'influence de la diète animale s'est fait sentir pendant un certain nombre de mois consécutifs? Les faits me manquent pour résoudre ces questions. »

Pardonnez-moi cette citation un peu longue. Il m'a paru impossible de mieux vous montrer combien sont discutables les faits qui constituaient seuls, jusqu'à présent, la classe des dyspepsies alcalines.

Le cas qui vient de se présenter à notre observation est donc extrêmement précieux en ce qu'il constitue peut-être le premier exemple de cette forme alcaline que l'on puisse, de par la physiologie, regarder comme à peu près certain.

En résumé, nous voilà parvenus à remonter à la source des deux groupes de symptômes que nous présente notre malade, symptômes névralgiques, symptômes anémiques.

Nous avons reconnu en eux les phénomènes secondaires d'une dyspepsie. Beau a eu le mérite d'insister beaucoup plus que ses devanciers sur ces troubles de dyspepsies qui constituent ce qu'il appelle les deux séries hémopathique et névropathique. Cet auteur a aussi parfaitement reconnu que les altérations du sang (ainsi que je vous l'ai dit) priment pathogéniquement les phénomènes nerveux (loc. cit., p. 22). Et n'allez pas croire que parmi ces derniers, la gastralgie échappe à cette filiation. Si, en effet, on peut regarder comme un symptôme immédiat, primitif, de la dyspepsie, la gêne, la pesanteur épigastrique et même la douleur qui surviennent pendant la digestion, il en est tout autrement des accès de gastralgie proprement dite dont l'apparition n'est nullement liée au travail de la digestion. Ainsi tant que notre malade n'a été que dyspeptique, ses douleurs ont été presque nulles et ne se sont montrées qu'à l'heure des repas. Ce n'est que lorsque l'anémie s'est prononcée que sont apparues la gastralgie et la névralgie intercostale.

Cette filiation des accidents névralgiques liés à la dyspepsie avait été déjà signalée par Beau, dans un travail publié en 1847 dans les *Archives de médecine*, où il avance que la névralgie intercostale est ordinairement symptômatique d'une gastropathie.

Il est même allé plus tard (*Traité de la dyspepsie*, p. 174) jusqu'à prétendre que les affections des autres viscères et en particulier de l'utérus ne peuvent être le foyer immédiat de cette névralgie, mais seulement le foyer médiat. En un mot, pour Beau, une affection de l'utérus provoque l'apparition de la névralgie intercostale, en déterminant d'abord une gastropathie qui en est la cause immédiate.

Assurément, il est fréquent de rencontrer la névralgie intercostale dans la dyspepsie; mais on ne doit pas aller aussi loin que Beau et conclure presque forcément que cette dernière affection existe quand on constate la première.

Bien plus, il faut reconnaître que cette névralgie est bien moins habituelle dans les affections de l'estomac que dans les maladies de l'utérus et de ses annexes, que celles-ci du reste s'accompagnent ou nom de dyspepsie. Bassereau, dans son excellente thèse (Paris, 1840), a fort insisté avec raison sur cette dernière coïncidence.

Nous sommes arrivé peu à peu et, pour ainsi dire, pas à pas, à déterminer l'origine des symptômes que présente notre malade, à nous rendre compte de leur mode de production et de leur enchaînement.

La tâche que nous nous étions proposée est donc remplie.

Toutefois, afin de finir, je désire vous présenter une dernière considération. Le fait que nous venons d'étudier, en montrant d'une façon saisissante combien est puissante sur la secrétion du suc gastrique la production de la sueur, vient confirmer avec une force singulière les recommandations d'hygiène qui défendent de se livrer après le repas à un exercice violent. Ces préceptes, appuyés jusqu'ici sur la seule physiologie, reçoivent ainsi de la pathologie une sanction complète. Vous le voyez, l'hygiène n'a pas moins à gagner que la pathologie à ce que les recherches soient faites avec plus de soin, et à ce qu'une bonne étiologie soit substituée à cette étiologie banale qui se trouve inscrite dans le plus grand nombre des traités en tête de la description de chaque maladie.

En effet, l'hygiène ne consiste pas seulement à rechercher les maladies nouvelles qui peuvent être la conséquence de l'exercice d'une profession nouvelle. C'est là son plus petit côté; la mission qu'elle aspire à remplir est tout à la fois bien plus vaste et bien plus difficile.

Elle ne se propose rien moins que de s'efforcer à prévenir les maladies en cherchant à combattre les causes qui peuvent les faire naître. C'est pourquoi dans cette première étape qui consiste dans la recherche et la détermination des causes, le rôle de l'hygiéniste ne saurait être séparé de celui du clinicien.

Je ne vous dis rien du traitement, parce que dans le cas particulier qui nous occupe, il ne doit différer, en aucun point, du traitement ordinaire de l'anémie; mais je ne puis m'empêcher de vous dire un mot de la prophylaxie. Les ouvriers qui travaillent dans des étuves sont nombreux, et je me suis assuré que le plus grand nombre sont soumis à des troubles digestifs analogues à ceux qu'a éprouvés notre jeune malade. Une mesure bien simple peut cependant les soustraire à ces fâcheux effets de l'exercice de leur profession. Ce serait d'éviter que le même ouvrier restât jamais pendant plus d'un mois occupé au travail des étuves. On y parviendrait sans peine en établissant entre les divers ouvriers de chaque usine une sorte de roulement de travail qui les ramènerait alternativement chacun à son tour dans l'étuve, après les avoir fait passer par les autres travaux qui s'exécutent à l'air libre et à la température ordinaire. Ce roulement serait très-efficace, car vous avez vu que c'est seulement après plus de six mois de travail à l'étuve que la santé de notre jeune malade a commencé à être sérieusement altérée. Mais l'obtiendra-t-on facilement des chefs d'usine? C'est ce dont il y a lieu de douter, car ils trouvent avantage à spécialiser autant que possible le travail de chacun des hommes qu'ils emploient; mais leur résistance ne doit pas nous empêcher d'abord de faire connaître les mesures commandées par l'hygiène, puis de réclamer leur stricte exécution.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Abeille.

MÉTHODE

Pour obtenir l'organisation immédiate dans les plaies traumatiques et chirurgicales. — Réunion immédiate, pansements rares et imbibitions continues d'eau froide,

Plus j'avance dans la pratique et plus je reste convaincu que cette méthode suffit, dans la pratique de la chirurgie, à obtenir le but fondamental que doit se proposer par dessus tout le chirurgien, l'organisation immédiate des plaies : cette organisation met de suite les blessés à l'abri des accidents formidables contre lesquels on lutte d'habitude avec le plus grand insuccès.

Je ne veux entrer ici dans aucun détail nouveau; j'ai exposé largement cette méthode, avec tous ses avantages, dans un Mémoire lu l'an dernier devant l'Académie de médecine.

J'ajoute de suite, maintenant, que l'insuccès est dans une telle minorité que le succès forme la règle absolue.

Je vais citer deux nouvelles observations qui feront comprendre, mieux que tous les raisonnements, tout ce qu'on peut attendre d'une méthode si simple et reposant sur des données si positives.

Première observation. — *Ablation d'un volumineux lipome sous-aponévrotique au bras droit; organisation médicale de la plaie le troisième jour; cessation de tout pansement le cinquième jour.* — Madame L..., femme de chambre de milady A..., est une jeune femme de 28 à 30 ans, d'une excellente constitution; *elle a toujours joui d'une très-bonne santé.* En octobre 1867, elle me consulte pour une tumeur au bras droit, située au tiers supérieur, entre les faces antérieure et externe, immédiatement au-dessous de l'attache inférieure du deltoïde. Cette tumeur, de la grosseur d'une grosse orange, ne forme pas un relief très-accentué au-dessus de la peau.

Elle est très-profonde, étalée sous l'aponévrose; elle s'engage fortement sous le rebord externe du brachial antérieur d'une part, qu'elle soulève, et sous le faisceau externe du triceps, qu'elle soulève également. Quoique peu saillante au-dessus des ligaments, elle forme assez de relief pour que je puisse mesurer ses dimensions. Elle a cinq centimètres de haut en bas, et son diamètre transversal est de quatre centimètres. La palpation donne la sensation d'une résistance molle. La pression exercée d'une certaine façon révèle une fluctuation mal dessinée. Quoiqu'il y ait absence de frémissement hydatique, je penche à admettre un kyste de cette nature. Je fais une ponction exploratrice avec un fin troquart, et, quoiqu'il ne s'écoule pas de liquide, une fois la canule retirée, il sort quelques gouttes de sérum albumineux, comme celui des kystes hydatiques.

Milady, sa maîtresse, partant pour l'Angleterre, madame L... ne peut se faire opérer en ce moment.

A Londres, elle est soumise à l'examen du docteur Harisson, chirurgien de Milady A..., qui croit reconnaître aussi un kyste hydatique sous-aponévrotique, et propose de l'ouvrir. Refus de la malade.

Revenue à Paris, elle se présente à moi le 20 mai dernier. La tumeur a augmenté de volume. Nouvelle ponction exploratrice, qui ne fournit que deux gouteletteş de sérum albumineux. Le diagnostic reste indécis. L'idée d'un lipome aplati par la résistance aponévrotique prédomine. L'opération est pratiquée le 25 mai, avec le secours de M. le docteur Dalpion, ancien interne des hôpitaux.

Voici comment je procède : ponction avec le bistouri sur le point qui semble offrir de la fluctuation et allant d'emblée sur l'aponévrose. Il ne s'écoule aucun liquide avec la sonde cannelée, introduite dans le point ponctionné. J'opère un débridement portant sur tous les tissus de haut en bas, sur une étendue de trois à quatre centimètres. L'indicateur introduit dans cette plaie, perçant parfaitement le lipome, put mesurer son étendue et s'assurer qu'il repose sur l'humérus par sa base. Avec l'ongle du doigt, j'opère une dissection périphérique et sous-cutanée. Pressant ensuite fortement avec les deux mains, je parviens à faire sortir par fragmentation à peu près la moitié du lipome. Cela fait, j'agrandis l'incision de bas en haut, en conduisant le bistouri sur mon doigt introduit dans la plaie, et j'ai une ouverture de cinq centimètres. Cette ouverture permet l'introduction des deux doigts indicateurs et médius. A l'aide de ces deux doigts manœuvrant librement, je puis détacher avec l'ongle du doigt tout le restant du lipome, en le disséquant presque sur le périoste, et en deux fois entraîner au dehors toute la masse à lobes multiples, reposant sur l'humérus et encastrée entre le brachial antérieur et la portion externe du triceps. Avec le lipome, j'amène la membrane nucléolaire, que j'excise au raz de l'attache du deltoïde. De cette façon, je n'ai eu ni lésion de vaisseau, ni section de filet nerveux. C'est presque une opération sous-cutanée.

J'exprime par la pression le peu de sanie que peut contenir cette plaie profonde et anfractueuse; puis, après avoir bien lavé et épongé, je réunis la plaie dans ses trois quarts supérieurs au moyen de bandelettes circulaires de sparadrap, laissant un hiatus inférieurement pour donner issue à la suppuration s'il en survient. Un plumasseau de charpie, cératé et imbibé d'eau froide, recouvre la plaie réunie; une compresse double et deux tours de bande mollement appliqués, le tout imbibé d'eau froide, constituent l'appareil.

Il est recommandé de faire des imbibitions d'eau froide nuit et jour, jusqu'au moment de la levée de l'appareil, qui doit avoir lieu dans trois jours.

Le 26, la malade n'a eu ni fièvre ni douleur, et elle a pu dormir la nuit.

Le 27, état excellent. Il y a une certaine intumescence des tissus, mais sans aucune sensation de tiraillement douloureux. La malade mange comme d'habitude.

Le 28, levée de l'appareil. On n'a pas cessé les imbibitions d'eau froide. L'organisation immédiate s'opère dans les trois quarts supérieurs, où la peau est soudée à la peau. Dans le quart inférieur, c'est le tissu cellulaire qui est soudé au tissu cellulaire, les bords du derme offrant un léger écartement. Deuxième pansement ; cette fois je rapproche exactement les bords du derme de l'hiatus, et deux bandelettes de sparadrap maintiennent la réunion; même pansement et continuer les imbibitions d'eau froide.

Le 30, deuxième pansement. L'adhésion est solide partout. Il n'y a pas de trous de suppuration; c'est une organisation immédiate franchement réussie. Je cesse tout pansement. La surface est recouverte d'une peau de baudruche légèrement enduite de glycérine, pour éviter les frottements.

Le 2 juin, malgré les recommandations contraires de milady A..., qui a suivi avec un vif intérêt toutes les phases de cette opération, madame L... reprend ses occupations,

L'ablation d'un lipome, même volumineux, n'est ordinairement ni grave, ni difficile. Cependant, comme toutes les opérations où l'instrument tranchant doit exciser, disséquer des surfaces plus ou moins étendues, elle expose à des accidents consécutifs; à plus forte raison expose-t-elle à ces mêmes accidents quand le lipome est situé dans les interstices musculaires profonds, qu'il est sous-aponévrotique. En tous cas, la règle pour les chirurgiens est ici de ne pas tenter la réunion immédiate et cela pour des motifs bien connus.

Ce fait est donc un remarquable exemple en faveur de la méthode que je préconise. Je dois ajouter que je n'ai jamais eu un insuccès dans les opérations de ce genre.

Passons à un second exemple d'une autre espèce,

Deuxième observation. — *Amputation d'un sein ayant acquis d'immenses proportions, par suite du développement d'un kyste hématique considérable et de fibromes multiples interposés.* — Madame H..., de Genevillers, près d'Asnières, 52 ans, est affectée depuis plusieurs années d'une tumeur au sein gauche, qui a pris dans ces derniers temps des proportions considérables. Depuis un an, il se fait un suintement continuel de sérosité par le bout du sein. Je vois la malade pour la première fois le 10 juillet dernier.

Cette tumeur est bosselée et fluctuante dans la plus grande étendue. Dans plusieurs points on perçoit des tumeurs dures, résistantes, de diverses formes et grosseurs, mais tout à fait indolores. Il n'y a que la fatigue et les tiraillements exercés par les mouvements du bras correspondant qui suscitent de l'endolorissement. Sur un point, rebord externe, où la saillie fluctuante est plus considérable, la peau est amincie avec une teinte violacée; le liquide tend à s'y faire jour au dehors; absence d'engorgement dans les ganglions sous-axillaires. Du reste, la malade est en bon état, et elle conserve tout son embonpoint, toutes les fonctions s'exécutent bien. Séance tenante, je ponctionne le kyste et retire 700 grammes de liquide hématique, couleur chocolat. Au bout de quarante-huit heures de repos, ce liquide se décompose. L'hématine forme un dépôt au fond du vase. Ce dépôt est granulé, non cailloté. Le sérum qui surnage et forme au moins les quatre-cinquième de la masse reste encore brunâtre. Une fois le kyste vidé, on peut compter six tumeurs qui ont la consistance des fibroïdes et séparées par un tissu qui n'offre plus la mollesse du tissu adipeux. Ces tumeurs varient de grosseur.

Le 18, la collection s'est reproduite. Je ponctionne de nouveau et retire 400 grammes de liquide de même nature; je fais une injection

de teinture d'iode au tiers. Mon intention est d'entraîner le retrait de la poche et d'enlever ensuite le sein.

Le 4 août, il s'était écoulé continuellement du liquide et en quantité par l'ouverture faite pour la ponction. J'ampute le sein avec l'assistance de M. le docteur Dalpion.

Le fond du kyste et les tumeurs les plus volumineuses reposent sur le muscle grand pectoral et jusque sur son rebord externe pour faire saillie vers le creux axillaire, — en sorte que la dissection met une grande partie de ce muscle à découvert. — Il s'écoule peu de sang; une seule artère est liée. Après avoir absergé les parois, je réunis exactement au moyen de sept points de suture entrecoupée. J'ai alors une plaie réunie qui mesure 21 centimètres d'un sommet à l'autre. Une opération, sans désarticulation même de la masse, ne donne pas une plaie plus étendue.

Je maintiens les parties réunies par quatre bandelettes de sparadrap, qui viennent se croiser dans le dos, pour que les points de section ne tiraillent pas trop; puis je fais mon pansement ordinaire : plumasseau de charpie cératée, compresse double, le tout imbibé d'eau froide et soutenu par une large bande en ceinture, comme un bandage de corps.

Pour avoir une imbibition continue, je fais appliquer sur l'appareil deux éponges fendues et imbibées d'eau froide; on les trempera fréquemment dans de l'eau glacée.

Une toile cirée fine, placée à la ceinture, au-dessous du bandage de corps, entre lui et la peau, et repliée en gouttière pour recevoir l'eau des imbibitions et la conduire hors du lit, préserve complétement la malade contre les effets d'imbition.

Pendant trois jours l'appareil reste en place. La malade n'éprouve pas la plus petite fièvre; nul effet de traumatisme; sommeil et appétit.

Le 7 août, levée du premier appareil en présence de M. Dalpion. L'organisation se fait dans toute l'étendue de la plaie. J'enlève trois des points de suture. Même pansement avec continuation des imbibitions d'eau froide.

Le 9, deuxième levée de l'appareil en présence de M. Dalpion. L'adhésion des surfaces réunies est complète et solide partout. Audessous de la cicatrice, partie moyenne, il est survenu un point d'érysipèle. Il y a un peu de sanie accumulée sous la peau. J'enlève les quatre points de suture restants; puis je fais une petite ponction sous le point fluctuant où siége l'érysipèle. Il s'écoule un peu de sanie accumulée sous la peau. Je maintiens, au moyen d'une petite mèche de charpie, cette ouverture pour donner issue à la sanie s'il s'en forme de nouveau. Même pansement avec les imbitions d'eau à la température de la chambre et moins répétées.

Le 11, il n'y a pas eu la moindre suppuration; le point ponctionné est cicatrisée; les fils de la ligature de l'artère cèdent à une légère traction.

On appliqua sur la cicatrice linéaire un simple linge enduit de glycérine. La malade sort et se promène une partie de la journée dans Paris.

Le 20, elle retourne à Genevillers. Il ne s'est manifesté aucun accident et cette guérison semble devoir être définitive, c'est-à-dire sans récidive. Cette observation est surtout remarquable dans ses résultats à cause de l'énorme perte de substance. La partie enlevée pesait 1,500 grammes et je l'ai conservée comme pièce anatomique.

Quand la suppuration s'établit à la suite de telles mutilations, il y a souvent des accidents consécutifs. Obtenir l'organisation immédiate, c'est éviter tous les accidents : la méthode, appliquée ici dans le cas le plus difficile à cause de la situation de la plaie et des inconvénients que semblent devoir entraîner les imbibitions d'eau froide, a complétement réussi et réussira presque toujours quand on prendra les précautions nécessaires.

TROUBLES DE LA VUE

occasionnés par les affections des voies lacrymales,

Par le docteur Xavier Galezowski.

Dans un précédent article sur la *conjonctivite lacrymale*, nous avons démontré que l'irritation de la conjonctive occasionnée par les larmes, qui séjournent pendant longtemps dans le cul-de-sac conjonctival, amène une inflammation de cette membrane. Il nous reste aujourd'hui à démontrer que sous l'influence de cette même cause apparaissent certains troubles de la vue qui tourmentent beaucoup les malades et que tous les ophthalmologistes confondaient jusqu'à présent avec les amblyopies congestives des membranes profondes de l'œil.

La fréquence de ce trouble visuel est tellement grande, que je crois utile de donner une description aussi détaillée et aussi complète que possible.

Pour comprendre bien l'effet des larmes sur l'œil et la vue, il faut se rappeler le rôle physiologique de ce même liquide.

Les larmes lubrifient la surface de l'œil, et elles entraînent tous les corpuscules étrangers qui se trouvent à sa surface. Mais l'œil n'est pas lubrifié uniquement par les larmes, l'exhalation de la conjonctive tout entière concourt pour beaucoup à humecter l'œil. Il y a des auteurs qui pensent même que la glande lacrymale et les larmes ne sont point nécessaires. Je partage à ce sujet complétement l'opinion de M. Richet (1), à qui « il répugne de penser que tout l'appareil lacrymal soit un hors-d'œuvre inutile; ... si, après l'ablation de la glande lacrymale dégénérée, la surface conjonctivale est restée lubrifiée, c'est que l'on n'avait enlevé que la glande proprement dite... »

La sécrétion lacrymale est, en effet, indispensable comme toutes les autres sécrétions de notre organisme. Mais la quantité de liquide sécrété par cet organe n'est pas toujours la même. Un œil irrité est beaucoup plus larmoyant qu'un œil sain. L'obstruction ou le rétrécissement des voies excrétoires des larmes les fait stationner plus longtemps à la surface de l'œil et amène à la longue une irritation de la conjonctive et la conjonctivite, déviation des paupières (ectropion), blépharite, etc.

(1) Richet. *Anatomie chirurgicale.*

De même que les altérations matérielles peuvent se produire du côté des paupières et des conjonctives par l'effet seul d'altération des voies lacrymales, de même les fonctions visuelles peuvent être jusqu'à un certain point compromises. Tout se lie et se tient ensemble dans notre organisme, et pendant qu'un organe souffre, son rôle physiologique ne peut pas être rempli convenablement ainsi que les fonctions des membranes voisines.

Les membranes qui tapissent la surface antérieure du globe de l'œil sont pourvues d'une grande sensibilité; mais ni l'air ambiant dans lequel nous vivons, ni la lumière du jour ou des lampes ne peuvent exciter cette sensibilité dans l'état ordinaire. Il arrive pourtant que ces mêmes agents extérieurs provoquent une irritation trop grande de l'œil; celui-ci se fatigue immédiatement, se remplit de larmes, et il s'ensuit tout le cortége des symptômes morbides qui rendent le malade incapable de tout travail. Ainsi, dans toutes les conjonctivites ou kératites, les nerfs sont tellement excités et sensibles, que l'action seule de l'air et du vent, ou bien l'action reflexe de la lumière, produit une contraction spasmodique dans les paupières, larmoiement, photophobie, etc., puis, vient la fatigue des yeux et le trouble de la vue qui ôtent au malade toute possibilité de travailler. Si ces symptômes se prolongent ou s'ils s'aggravent, il y aura une vraie amblyopie dont on cherchera l'explication dans l'intérieur del'œil.

Voici les symptômes principaux qu'accusent les malades atteints de cette affection :

1° La photophobie est un phénomène le plus constant et le plus fatigant pour le malade. Les yeux ne peuvent pas supporter le jour un peu vif; en sortant au dehors et au soleil, les malades sont tellement éblouis, qu'ils sont forcés de se cacher soigneusement les yeux soit derrière un voile foncé, soit derrière des lunettes foncées.

La photophobie s'observe le plus fréquemment dans les grandes villes, où il y a une grande réverbération de lumière. Parmi les personnes qui portent des conserves foncées, il y a au moins la moitié chez lesquelles la photophobie est d'une nature lacrymale.

Les enfants qui ne peuvent pas travailler le soir au gaz, les personnes qui, par leur état, doivent lire et écrire beaucoup le soir et qui se fatiguent très-vite, et un grand nombre de ceux qui ne peuvent pas rester longtemps au spectacle à cause d'une fatigue des yeux, sont le plus souvent atteints de photophobie lacrymale.

Ces malades sont le plus souvent soignés pour les affections congestives de la rétine ou de la choroïde, tandis que la cause réelle est ordinairement méconnue. Voici un des nombreux exemples de cette même affection ; c'est le malade lui-même qui a rédigé les détails de l'observation.

Observation. M. D..., âgé de 22 ans, élève en médecine, habite Paris depuis le mois de novembre 1865. Il est myope à distance avec une vue très-bonne, ses yeux n'étant jamais malades, et ce n'est qu'en 1854 qu'il a commencé à souffrir, comme on peut se convaincre d'après son propre récit qu'il a eu l'obligeance de me communiquer.

« Vers la fin du mois de décembre 1865, j'ai commencé à éprouver dans les yeux beaucoup de fatigue, surtout le soir à la lumière artificielle. Aussitôt que je commençais à travailler, les conjonctives devenaient rouges, les yeux se remplissaient de larmes, et j'éprouvais la sensation de gravier entre les paupières. Peu à peu, la photophobie devenait excessive, je ne pouvais plus ouvrir les yeux ni rien fixer, et au bout de deux ou trois heures de travail, je commençais à voir les objets confusément et comme à travers un bouillard. Je les lavais alors pendant quelque temps avec de l'eau fraîche et cela me les calmait au point que je pouvais reprendre le travail. J'attribuai d'abord tous ces phénomènes à l'action de la lumière du gaz auquel je n'étais pas habitué ; mais voyant que cette sensibilité persistait, je me suis décidé à consulter des personnes compétentes. Au mois de janvier 1866, j'ai consulté un ophthalmologiste de Paris, qui trouva mes rétines congestionnées, et me prescrivit l'application des ventouses à la tempe, le repos des yeux le soir et des conserves bleues. Il me répugnait beaucoup de poser des ventouses; mais comme d'autre part le mal empirait, je me rendis, sur l'avis de mes collègues, chez un autre oculiste. Celui-ci porta le diagnostic suivant : myopie avec staphylome postérieur et congestion de la rétine. Il me prescrivit un collyre astringent, des conserves bleues, une bonne nourriture tonique et peu de travail. Sous l'influence de ce traitement, j'éprouvais beaucoup d'amélioration, mais je ne pouvais pas lire beaucoup le soir, ce qui m'ennuyait. Le jour, j'étais bien, les yeux ne me faisaient pas mal et ne pleuraient pas; mais aussitôt que je commençais à lire, le larmoiement et la photophobie apparaissaient immédiatement. On me conseillait de continuer les mêmes prescriptions. »

Ne voyant pas de guérison et ne pouvant pas travailler, M. D... est venu me consulter au mois de décembre 1866. Après avoir pris connaissance de tous les symptômes qu'il accusait, j'ai examiné l'état des voies lacrymales, et il était très-facile de se convaincre que les points lacrymaux étaient rétrécis et déviés légèrement en dehors. La dilatation forcée ne pouvait donner que des résultats incomplets, par suite de la déviation de la paupière. C'est pourquoi je me suis décidé à faire une incision des points lacrymaux ; j'ai excisé les bords de la plaie pour empêcher la coaptation et j'ai introduit pendant quelque temps la sonde. Ce traitement a complétement réussi ; les larmes, ainsi que la photophobie, ont disparu. « Aujourd'hui, rapporte M. D... dans sa note, tous les symptômes incommodes ont disparu et je me trouve heureux de pouvoir étudier le soir comme mes camarades. Il m'arrive quelquefois, par le temps froid et humide, d'avoir un peu de conjonctive, de photophobie et de larmoiement, mais une ou deux injections faites par les points lacrymaux suffisent pour les faire disparaître. »

2° En même temps que la photophobie, il y a une sensibilité du globe de l'œil au toucher, et par moment les mouvements eux-mêmes deviennent douloureux. Cela tient à l'irritation continuelle des conjonctives.

3° L'œil étant sensible et ses mouvements douloureux, il s'ensuit très-souvent des contractions spasmodiques des paupières, sous l'influence desquelles le globe de l'œil subit une compression qui se transmet aux parties sous-jacentes de la rétine. Le malade voit devant son œil des éclairs, des lumières de toute sorte et des vrais phosphènes. C'est peut-être à cause de ce dernier phénomène que les ophthalmologistes ont souvent confondu cette maladie avec les congestions de la rétine.

Je crois utile de rapporter ici un cas des plus remarquables de pareils troubles de la vue, occasionnés par les affections des voies lacrymales.

Observation. — M. P..., âgé de 40 ans, habitant ordinairement la Turquie, vint me consulter vers la fin du mois de juillet 1868, pour son œil gauche, dont il souffrait beaucoup. Voici l'histoire de sa maladie :

Il reçoit, en 1857, un éclat de capsule dans l'œil droit, qui reste rouge pendant trois mois et guérit ensuite. En 1861, l'œil s'enflamme, devient rouge et douloureux, et par moment les douleurs névralgiques deviennent excessivement violentes. C'était une iridochoroïdite provoquée par un éclat de capsule. L'énucléation de l'œil a été pratiquée, en 1867, par M. le docteur Meinhardt. L'opération a très-bien réussi, mais c'est à ce moment-là que le malade avait commencé à souffrir de son œil gauche. Il devint très-sensible pour la lumière du jour ainsi que pour celle de la lampe et du gaz. Cette photophobie devenait quelquefois tellement prononcée, qu'il lui était impossible d'ouvrir son œil. Bientôt la vue se troubla, tout travail assidu de lecture ou d'écriture lui devenait impossible. Une sorte de brouillard cachait les caractères, et il ne pouvait rien voir. Il a eu recours aux lunettes convexes de plus en plus fortes et est arrivé même au n° 8 convexe sans que, pour cela, il ait pu lire. Ce qui le tourmentait surtout, c'étaient des mouches très-nombreuses et une espèce de poussière qui apparaissait devant tous les objets qu'il fixait. A ces symptômes se sont ajoutés bientôt des douleurs névralgiques dans un grand nombre des branches de la cinquième paire, et quelquefois même la moitié de la tête était sensible au toucher; l'œil luimême est devenu douloureux, et chaque mouvement en haut ou en dedans était accompagné de douleurs assez vives. Le soir ou la nuit, il voyait des cercles lumineux et comme du feu dans les yeux. Le traitement que le malade a suivi pendant six mois, sous la direction de plusieurs ophthalmologistes, n'ayant pas réussi, il est venu me consulter. N'ayant trouvé aucune altération dans le fond de l'œil, j'ai examiné les voies lacrymales et j'ai trouvé l'obstruction complète du canal nasal du côté droit et un rétrécissement considérable dans l'œil gauche.

L'œil avait l'aspect larmoyant, sans que le malade se plaignît de larmoiement; la paupière inférieure était légèrement déviée; les conjonctives étaient très-rouges, mais non enflammées. L'incision des points lacrymaux et l'introduction des sondes graduées a amené une guérison complète. Le malade a recommencé à travailler et pouvait retourner à ses occupations de chancellerie, en Turquie.

4° L'accumulation permanente des larmes entre les paupières ne permet pas au malade de voir distinctement les objets ; la couche plus ou moins épaisse de ce même liquide séjournant entre la cornée et les bords des deux paupières fait voir tous les objets fins très-troubles. Il n'est pas rare de rencontrer des malades qui se plaignent des nuages qu'ils voient passer devant leurs yeux. C'est le mucus qui se déplace avec les larmes à la surface de la cornée. L'observation ci-dessus en est un exemple.

5° Il arrive très-souvent que les malades voient des mouches volantes; une ou plusieurs mouches apparaissent devant les yeux, tantôt même une vraie pluie de poussière et des paillettes blanchâtres qui se montre devant les yeux, surtout lorsqu'on voit au grand jour. Ce phénomène n'est pas constant et il apparaît surtout lorsqu'on entre d'un endroit sombre dans un milieu très-fortement éclairé. Tous ces phénomènes sont dus aux cellules épithéliales détachées ou d'autres corpuscules microscopiques quelconques suspendus dans les larmes et glissant à la surface de la cornée en face de la pupille. Sous l'influence de la photophobie, les paupières sont très-rapprochées, l'œil cligne beaucoup, la pupille se resserre, et alors il se passe quelque chose d'analogue à ce que nous voyons dans un petit trou d'une carte à travers lequel nous voulons regarder. Des milliers de petits corpuscules se promènent dans le champ du trou; la même chose a lieu dans l'œil fortement irrité, photophobe, regardant à travers l'ouverture palpébrale à peine écartée.

Le soir, à la lumière du gaz et dans une salle fortement éclairée, dans une salle de spectacle, par exemple, tous les symptômes s'aggravent, l'œil devient incapable de rien fixer ni rien voir. C'est un vrai supplice pour lui. S'il veut lire ou écrire, immédiatement la vue se trouble et il ne peut plus rien voir.

6° J'ai constaté encore chez quelques malades le phénomène de la diplopie monoculaire ou binoculaire, mais qui dépendait aussi de larmoiement. Cette diplopie s'observe surtout lorsque le malade regarde les objets très-fins. Ainsi une aiguille apparaîtra double, les caractères d'imprimé ou d'écriture paraîtront à doubles contours, et il y a même des cas dans lesquels chaque ligne d'impression se voit reproduite, soit au-dessus, soit audessous de la ligne imprimée ; le plus souvent même elle se voit au-dessus. Une couche épaisse des larmes se trouvant au bord de la paupière inférieure, joue le rôle d'un autre milieu réfringent que celui du centre de la cornée, et il y a une image double sur la rétine.

Tels sont les troubles visuels que peuvent occasionner chez certains individus les affections des voies lacrymales, même les plus légères. Ces signes se rapprochent tellement des amblyopies occasionnées par les affections des membranes internes de l'œil, qu'il ne faut pas être étonné qu'on les ait confondus jusqu'à présent avec ces dernières maladies. L'erreur devient d'autant plus facile, que le phénomène de larmoiement que l'on s'attend ordinairement à trouver chez ces malades manque quelquefois. Pourtant, à l'aide de l'injection exploratrice, on se convainc bien vite de la cause de la maladie; ces injections, même plusieurs fois répétées, amènent un soulagement et quelquefois même la guérison.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Circulaire relative à l'ouverture de trois concours pour huit places d'agrégés stagiaires des facultés de médecine.

Monsieur le recteur, j'ai l'honneur de vous informer que, par arrêté en date du 23 avril 1868, j'ai décidé, en exécution du statut du 19 août 1857 sur l'agrégation des facultés, qu'il sera ouvert :

1° A Montpellier, le 15 mars 1869, un concours pour trois places d'agrégés stagiaires, savoir : deux places (*section des sciences anatomiques et physiologiques*), dont une pour l'anatomie et la physiologie, et l'autre pour l'histoire naturelle, et une place (*section des sciences physiques*);

2° A Strasbourg, le 15 mars 1869, un concours pour deux places d'agrégés stagiaires, savoir : une place (*section des sciences anatomiques et physiologiques*) pour l'histoire naturelle, et une place (*section des sciences physiques*);

3° A Paris, le 7 juin 1869, un concours pour trois places d'agrégés stagiaires, savoir : une place (*section des sciences anatomiques et physiologiques*) pour l'histoire naturelle, et deux places (*section des sciences physiques*), dont une place pour la physique et l'autre pour la chimie.

Je vous adresse, pour être placardées dans les principales villes de votre académie, des affiches destinées à faire connaître, avec l'ouverture des concours, les conditions que les candidats ont à remplir pour être admis à concourir.....

Un registre devra être immédiatement ouvert au secrétariat de votre académie pour recevoir les inscriptions qui ne pourront être admises que jusques et y compris le 15 janvier 1869 pour les deux premiers concours, et le 7 avril 1869 pour le dernier concours.

Aussitôt après la clôture du registre, vous me transmettrez la liste des candidats avec toutes les pièces à l'appui.

Recevez, etc.

Le Ministre de l'instruction publique,

DURUY.

Paris, le 16 septembre 1868.

Extrait de l'affiche :

Les conditions à remplir pour être admis à concourir sont : d'être Français, âgé de vingt-cinq ans accomplis et pourvu du diplôme de docteur en médecine.

Des dispenses d'âge peuvent être accordées par le Ministre.

Les candidats se font inscrire au secrétariat des diverses académies où ils résident, deux mois au moins avant l'ouverture du concours. Ils indiquent, en s'inscrivant, la faculté à laquelle ils désirent être attachés. Ils doivent produire, pour la constatation de l'accomplissement des conditions ci-dessus mentionnées :

1° Une copie légalisée de leur acte de naissance;

2° Leur diplôme de docteur en médecine.

A ces pièces, ils devront joindre l'indication de leurs services et de leurs travaux, et déposeront un exemplaire de chacun des ouvrages ou mémoires qu'ils ont publiés.

Les registres d'inscription seront clos irrévocablement le 15 janvier 1869 pour les deux premiers concours, et le 7 avril 1869 pour le dernier concours, à quatre heures de relevée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par divers arrêtés ministériels :

M. Ledentu, second prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, est nommé premier prosecteur près ladite faculté, en remplacement de M. Duplay, appelé à d'autres fonctions.

M. Gillette, troisième prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, est nommé second prosecteur près ladite faculté, en remplacement de M. Ledentu.

M. Lannelongue, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé troisième prosecteur à ladite faculté.

M. Farabeuf, interne des hôpitaux, est nommé aide d'anatomie près la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Lannelongue.

— M. Tiret, médecin du collége de Lorient, est nommé médecin du lycée impérial de Lorient (emploi nouveau).

— La séance de rentrée de la Société de médecine de Paris aura lieu le vendredi 2 octobre.

Ordre du jour : *Iconographie photographique de la structure intime du ganglion spinal, de la moelle.*

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 115. — JEUDI 1er OCTOBRE 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 1er OCTOBRE 1868. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 30 septembre 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Alphonse Guérin a fait hier son début académique dans la discussion sur la communication de son homonyme, M. Jules Guérin, relative au traitement de la péritonite puerpérale par la méthode d'aspiration. Le début de M. A. Guérin a été excellent de tous points; il a été remarquable notamment par la clarté, l'ordre et la méthode de l'exposition, par la précision et la rigueur logique de l'argumentation, et surtout par le caractère scientifique et le ton de parfaite convenance tempérant une critique ferme et souvent sévère; il a été tel, en un mot, qu'on pouvait l'attendre de la part d'un savant connu pour un esprit droit et sérieux, et rompu depuis longtemps aux habitudes sévères de l'amphithéâtre et de l'hôpital. L'auditoire a accueilli avec d'autant plus de faveur la lecture de M. A. Guérin, qu'elle succédait immédiatement à un discours dont le ton..., tout différent, venait à l'instant même de provoquer quelques murmures improbateurs et de susciter, de la part de M. J. Guérin, une énergique protestation et un refus formel de réponse. Nous sommes heureux de pouvoir nous associer ici, sans réserve, aux marques flatteuses d'approbation que l'Académie tout entière a données à l'argumentation de M. A. Guérin et aux éloges mérités qu'il a reçus de son contradicteur lui-même.

Nous disons contradicteur. Le mot n'est exact qu'à moitié. Il y a, en effet, dans l'argumentation de M. A. Guérin deux parties distinctes qui, bien qu'étroitement enchaînées l'une à l'autre, ne demandent pas moins à être séparées ici dans l'intérêt même de la discussion. Il y a contradiction, en effet, à l'égard de la détermination précise de la nature du fait, de l'exactitude du diagnostic et de sa valeur démonstrative au point de vue thérapeutique. Mais il y a, à côté de cette contradiction, un témoignage important en faveur de la théorie de M. J. Guérin, dans le résultat positif de l'expérience qui a démontré, d'une manière péremptoire, la possibilité de faire pénétrer directement les liquides et le gaz de l'utérus dans la cavité péritonéale par les trompes. C'est là le fait capital qu'il importait de mettre hors de contestation. Il n'est plus discutable maintenant.

Quant au résultat négatif de l'expérience ayant pour objet de déterminer la possibilité d'imprimer par l'aspiration une marche inverse, une marche rétrograde aux liquides et aux gaz épanchés dans la cavité péritonéale, il a une grande importance aussi, sans doute; et nous ne nous dissimulons pas tout ce qu'y ajoute encore la force du raisonnement de M. A. Guérin, qui a accumulé comme à plaisir difficultés sur difficultés, impossibilités sur impossibilités. Malgré cela, et quelque pénétré que nous soyons de l'importance de ce résultat négatif, il ne nous paraît pas encore que la question soit absolument et définitivement résolue. M. A. Guérin s'est placé, en faisant son expérience, dans des conditions physiologiques ou à peu près physiologiques, bien différentes des conditions si variables que peut réaliser l'état pathologique, et en particulier de celle qu'a rappelée M. J. Guérin et que nous avons eu l'occasion de constater avec lui, d'un état de plénitude de la trompe, tel qu'il y avait comme une colonne continue de liquide depuis la cavité utérine jusqu'à la cavité péritonéale. Y aurait-il, dès lors, logique rigoureuse à conclure de l'impossibilité d'aspiration dans les conditions ordinaires à la même impossibilité dans ces conditions spéciales? Nous accorderons que ce ne soient là que des conditions bien exceptionnelles, sans doute; mais, jusqu'à ce que des expériences nouvelles soient faites dans ces mêmes conditions, nous nous croirons autorisé à considérer la question comme encore non résolue.

Reste la preuve qu'on pourrait tirer de l'observation même de M. J. Guérin en faveur de la possibilité théorique du fait. Nous ne nous montrerons pas beaucoup plus difficile en fait de concessions que ne l'a été M. J. Guérin lui-même. Nous conviendrons volontiers avec lui que son observation a des lacunes et laisse à désirer sous le rapport de la précision des détails. Nous irons même un peu plus loin, et nous conviendrons que nous ne saurions trouver, dans sa relation, la démonstration formelle que l'appareil aspirateur ait amené au dehors des liquides puisés dans la cavité péritonéale. Elle n'a donc point, sous ce rapport, une valeur démonstrative décisive. La preuve est encore à faire. Mais on admettra bien, au moins, que l'appareil a dû vider la cavité utérine des liquides et gaz morbides qu'elle contenait. Et quel qu'ait été, dans ce cas, le degré de gravité de la maladie (gravité qu'on ne peut nier quoiqu'on en ait dit), qu'il y ait eu péritonite au début, ou simplement imminence, ou même métrite partielle seulement, est-ce une chose indifférente que de débarrasser d'un seul coup l'utérus des produits morbigènes qu'il renferme? Et n'y a-t-il pas là le principe et le germe d'une méthode qui, maniée avec prudence, peut rendre à la pratique les plus utiles services? Nous en appelons, à cet égard, aux praticiens non prévenus.

Ce fait de l'aspiration des plais nous amènerait naturellement à dire un mot du différend élevé à ce sujet entre MM. J. Guérin et Maisonneuve. Mais en voilà déjà bien long pour aujourd'hui. Nous reviendrons incessamment sur ce point de vue nouveau de la question.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUENEAU DE MUSSY.

Etudes cliniques sur le prurit vulvaire.

I

Le prurit vulvaire est une affection extrêmement commune, et très-pénible pour les femmes qui en sont affectées. Il peut se montrer à tous les âges; il peut dépendre de causes très-diverses qu'il est important de connaître, car leur détermination est un des principaux fondements des indications thérapeutiques.

Souvent l'affection qui provoque le prurit a son siége dans la vulve elle-même; d'autres fois le travail morbide, dont il est alors un phénomène secondaire, a son foyer plus ou moins loin des organes génitaux externes.

Quelle qu'en soit la cause, le prurit a des caractères et des effets communs; il constitue une anomalie de sensation tactile toute spéciale, intermédiaire aux sensations de piqûre, de brûlure et de chatouillement, et participant avec leurs différents caractères, souvent avec prédominance de l'un ou de l'autre; ainsi, suivant les cas, l'ardeur, la cuisson, le fourmillement, la démangeaison, seront les caractères dominants du prurit et en détermineront les variétés, réunies par un phénomène commun, une sensation instinctive quelquefois irrésistible : le besoin de se gratter, d'exercer sur la région prurigineuse des frictions rudes et répétées.

Le prurit vulvaire peut être léger, tolérable; d'autres fois, il se montre avec une violence qui le rend insupportable; il peut être passager, quelquefois périodique, et alors c'est ordinairement aux époques menstruelles qu'il se fait sentir. Dans tous les cas, il augmente ordinairement vers ces époques. Il tourmente parfois les malades d'une manière presque continue, ou du moins revient tous les jours pendant des semaines, des mois, des années. La chaleur, les marches prolongées, les émotions, la fatigue, un régime stimulant, la constipation, chez quelques femmes, en provoquent le retour ou l'exaspèrent; souvent les exacerbations reviennent le soir sous l'influence du séjour au lit.

La grossesse en est une cause assez fréquente et en provoque les formes peut-être les plus pénibles. Le plus souvent limitée à la vulve, la sensation prurigineuse peut se prolonger dans l'intérieur du vagin et s'étendre même jusqu'au col de la matrice. La propagation de cette modalité morbide à l'utérus serait surtout observée, suivant le docteur Churchill, chez les femmes qui ont eu des enfants, et se manifesterait quelque temps après l'accouchement. Dans ce cas, ajoute-t-il, l'anxiété et l'agitation deviennent excessives, et souvent les malades sont privées de tout repos.

Le docteur Maslieurat-Lagémar a rapporté le fait intéressant d'une malade qui, dans plusieurs grossesses successives, fut affectée, vers le troisième mois, d'un prurit qui, débutant par la vulve et les membres inférieurs, envahissait progressivement presque toute la périphérie cutanée, avec une violence et une continuité telles que la pauvre malade, en proie aux angoisses les plus pénibles dépérissait jusqu'au moment où, au bout de quelques mois, la grossesse se terminait le plus souvent par un avortement.

Pendant les paroxismes, le plus souvent les malades ne peuvent résister à l'instinct qui les porte à se gratter; la raison, la pudeur sont impuissantes pour les contenir; elles fuient le monde, les relations sociales; elles s'isolent pour satisfaire à loisir cet impérieux besoin; elles éprouvent, en le satisfaisant, un soulagement momentané qu'elles payent trop souvent, plus tard, d'un redoublement de souffrance, surtout quand le tégument prurigineux est le siége d'éruptions herpétoïdes. Elles le savent, mais l'impression du moment fait taire les prévisions de l'avenir; c'est une rage, elles se déchirent, se mettent en sang. J'en ai rencontré qui prenaient des brosses de crin pour rendre la friction plus énergique; les écorchures qu'elles produisent leur causent une sensation moins insupportable que le prurit; elles semblent même se complaire dans la cuisson qu'elles provoquent par ces manœuvres, qu'elles aiguisent avec une sorte de fureur, et qui fait taire momentanément le prurit, comme si elles épuisaient pour quelque temps la sensibilité des parties malades.

D'autres qui se défient de leurs violences, ou dont le tégument est plus sensible ou plus enflammé, se coupent les ongles jusqu'au voisinage de leur racine, pour pouvoir se frotter les parties malades sans les déchirer.

La douleur qu'elles font naître en se grattant est accompagnée d'une sorte de sensation voluptueuse, comparable à celle qui accompagne le chatouillement qui, comme celle-ci, épuise le système nerveux; et par un cercle vicieux, elle peut augmenter les troubles nutritifs et nerveux qui ont souvent une part considérable dans l'étiologie du prurit.

Chez quelques femmes, ce prurit exalte le sens génésique; elles sont tourmentées par des désirs qu'elles ne peuvent satisfaire : la sensibilité morbide de la vulve et du vagin, le spasme musculaire qui souvent s'y ajoute, mettent obstacle aux rapports sexuels. Cette excitation génitale peut augmenter le prurit; une femme me disait avoir remarqué que celui-ci se réveillait avec plus de violence quand elle partageait le lit de son mari, et qu'elle était moins tourmentée quand elle faisait lit à part, bien qu'elle n'ait conscience d'aucune excitation provoquée par la cohabitation.

Il n'en est pas toujours ainsi : quelquefois le coït soulage par une sorte de révulsion nerveuse; la modalité physiologique de l'innervation qu'il provoque fait cesser momentanément la modalité morbide. Chez d'autres, au contraire, les rapports sexuels augmentent le prurit vulvaire. Trop souvent celui-ci, surtout chez les petites filles, conduit à la masturbation. Toutes ces dépenses nerveuses, primitives ou secondaires, favorisent, chez les prédisposées, le développement de l'hystérie, et surtout de l'hystérie à forme hypocondriaque, mélancolique.

L'innervation dans les organismes supérieurs est une condition tellement essentielle de toutes les actions organiques, que dans beaucoup de cas ses grandes perturbations réagissent sur toutes les fonctions, retentissent sur l'économie tout entière : l'insomnie, causée par le prurit, entraîne souvent à sa suite l'inappétence, la dyspepsie. Aux troubles digestifs succède l'anémie; dans ces anomalies nutritives, dans ces stimulations morbides du système nerveux, l'hystérie, comme nous l'avons dit, trouve une cause occasionnelle puissante, un terrain tout préparé; ces conditions peuvent aussi favoriser l'évolution des autres diathèses, qui trouvent dans la dépression de l'énergie vitale un puissant auxiliaire.

Des phénomènes locaux importants accompagnent le prurit; sans parler des lésions spéciales que nous décrirons en nous occupant des causes de cette affection; les organes génitaux externes présentent des modifications de structure, résultat de la congestion habituelle dont ils sont le siége et des manœuvres auxquelles se livrent les malades pour apaiser les souffrances qui les torturent. Sans cesse tiraillées, frottées, tordues, les nymphes s'hypertrophient, s'allongent; leur forme triangulaire s'exagère; on les a comparées à des ailes de chauve-souris. Leurs dimensions peuvent être doublées, triplées. Elles sont ridées, gaufrées, réticulées à leur surface; elles rappellent, suivant Fontan, l'aspect des feuilles de sauge; leur angle externe est contourné en tire bouchon. La segmentation de leur surface est en général augmentée, et leur coloration est plus foncée que dans l'état normal. La muqueuse est épaisse, tantôt lisse, tantôt chagrinée; son aspect se rapproche de celui du tégument externe; elle est semée de points jaunes saillants, disposés en stries, semblables à des œufs d'insecte; ce sont les glandules hypertrophiées. Dans quelques cas, le prépuce clitoridien est allongé et proéminent.

Si j'insiste sur tous ces détails, c'est qu'au point de vue du diagnostic ils offrent de l'intérêt.

Quand on constate cet état des nymphes, soit des deux côtés, ce qui est le cas le plus commun, soit d'un seul côté, quand les

tiraillements n'ont été exercés que sur une seule lèvre, je dis que ce signe a de la valeur; car il peut nous conduire à conclure que les femmes ont été antérieurement affectées de prurit vulvaire; ou dans l'absence de cet antécédent, qu'elles n'ont aucun intérêt à nier, nous sommes amenés à supposer chez elles des habitudes vicieuses qui peuvent intervenir dans l'explication de certaines maladies, et dont on ne peut pas le plus souvent obtenir ou même solliciter l'aveu. Armé de ce témoignage fourni par les organes, j'ai bien des fois obtenu des malades qu'elles en confirmassent l'exactitude, ou si je ne croyais pas pouvoir leur demander un renseignement de cette nature, ce signe a plus d'une fois éclairé mes appréciations et dirigé ma conduite.

Si les habitudes sont moins anciennes, moins actives, au lieu de présenter cette teinte brunâtre que j'ai signalée, les nymphes sont rouges, épaisses, comme œdémateuses; cette rougeur s'étend à toute la vulve et pénètre quelquefois dans le vagin, qui est injecté, comme érythémateux, et dont les rides transversales sont saillantes, exagérées.

Dans le cas d'hypertrophie des petites lèvres, pour introduire le spéculum, il faut les étaler préalablement et les rejeter en dehors; on comprend qu'elles puissent gêner les rapports conjugaux et que, dans quelques cas, on ait pu songer à en pratiquer l'excision.

Souvent, avec le prurit, coïncide un suintement séro-muqueux fourni par la vulve, et si celle-ci est enflammée, la miction peut être douloureuse.

Ces stimulations, ces contusions répétées des nymphes, la congestion qui en résulte, celle qui accompagne le prurit, peuvent favoriser le développement des varices chez les femmes qui y sont prédisposées, et d'une autre part, les varices peuvent provoquer ou entretenir le prurit. Il n'est donc pas étonnant qu'on rencontre un état variqueux des nymphes dans les formes chroniques.

J'en ai observé un très-remarquable exemple chez une femme souffrant de cette affection depuis sept ans. Elle attribuait les énormes paquets variqueux qui distendaient et allongeaient ses nymphes, aux frottements répétés qu'elle ne cessait d'exercer depuis sept ans. Pour les rendre moins offensifs, elle se coupait les ongles jusque près de leur racine; la vulve était complétement glabre. Ce qui me porte à croire que le prurit, chez elle, n'était pas consécutif aux varices, c'est que je fus assez heureux pour la délivrer de cette affection intolérable qui, depuis tant d'années, troublait le sommeil et avait altéré toutes les fonctions nutritives, à l'aide d'un traitement qui n'avait aucune action sur l'état variqueux : je lui prescrivis des lotions avec une faible solution de sublimé. Je dois ajouter que, comme nous l'enseignait Récamier, les varices sont le plus habituellement une manifestation de l'arthritisme, qui est également l'origine d'un grand nombre d'affections prurigineuses de la peau. La coïncidence des varices et du prurit n'a donc rien qui doive surprendre, et les causes mécaniques, si elles jouent un rôle dans le développement des phlébectasies, n'y interviennent au plus qu'à titre de causes occasionnelles.

Nous sommes conduits, par ces réflexions, à étudier les conditions pathogéniques du prurit, et nous y trouverons les principales indications du traitement qui lui doit être opposé.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 29 septembre 1868. — Présidence de M. RICORD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel l'Académie est autorisée à accepter la donation faite par M. le docteur Saint-Lager, d'une somme de 1,500 francs une fois donnée et ayant pour objet la fondation d'un prix destiné à récompenser des expériences scientifiques sur la production artificielle du goître chez les animaux.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

1° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1867 dans le département des Landes;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Somme pendant l'année 1867;

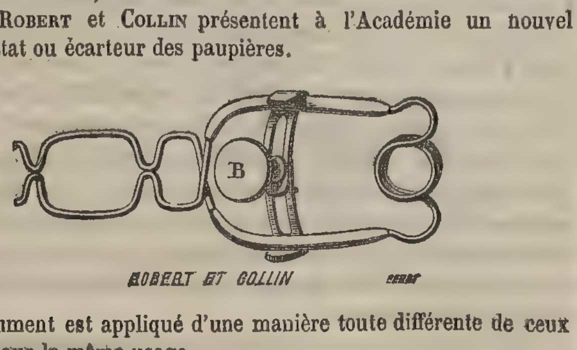
3° Un mémoire de M. Troussel sur les ulcères, tumeurs, etc.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. de Finance, médecin-major, accompagnant l'envoi d'un rapport sur le service médical dans l'hôpital thermal de Bourbonne-les-Bains;

2° MM. ROBERT et COLLIN présentent à l'Académie un nouvel ophthalmostat ou écarteur des paupières.



ROBERT ET COLLIN

Cet instrument est appliqué d'une manière toute différente de ceux construits pour le même usage.

A l'état de repos il est fermé, ce qui permet de l'introduire plus facilement sous les paupières; le même avantage existe pour le retirer.

En pressant légèrement sur ses extrémités manuelles, on écarte ses branches, que l'on fixe en tournant le bouton B.

L'écartement est toujours parallèle.

Cet instrument peut être, par une courbure spéciale, appliqué dans l'angle interne, pour laisser le champ de section tout à fait découvert.

Il est souvent difficile de placer les autres ophthalmostats sous les paupières; les doigts doivent les maintenir tout en les dirigeant. Les mêmes difficultés existent lorsqu'on retire l'instrument.

3° M. le docteur Maisonneuve, à propos de la discussion soulevée par la communication de M Jules Guérin, adresse la lettre suivante accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *Note sur la méthode d'aspiration continue.*

« Monsieur le Président,

« Dans la séance dernière, M. Jules Guérin a présenté à l'Académie un appareil destiné à produire l'aspiration des liquides putrides contenus dans l'utérus, dans le but d'arrêter le développement de la fièvre puerpérale.

« A cette occasion, M. le Président, je vous prierai de vouloir bien soumettre à l'Académie quelques documents imprimés qui établissent :

« 1° Que l'appareil présenté par M. Guérin est absolument identique à celui que j'ai fait construire en 1866 et qui fonctionne journellement dans mes salles, à l'Hôtel-Dieu, depuis cette époque;

« 2° Que, dès cette même époque, j'avais donné à ma méthode de pansement résultant de l'emploi de l'appareil le nom d'aspiration continue;

« 3° Que, depuis bien des années déjà, j'avais exposé la théorie des intoxications chirurgicales, dont la méthode de l'aspiration continue, appliquée à l'élimination des liquides putrescibles, n'est qu'un corollaire. »

— M. DEPAUL présente au nom de M. le docteur Félix Delfau (de Collioure), un volume intitulé : *Devoirs et droits du médecin.*

— M. JULES GUÉRIN demande la parole à l'occasion de la correspondance et s'exprime en ces termes :

Bien que ce ne soit pas l'habitude que les membres de l'Académie prennent la parole à propos de l'envoi d'un travail, je ne puis laisser passer la lettre de M. le docteur Maisonneuve sans faire quelques observations. Il y a trois ans, j'ai présenté à l'Académie des sciences un appareil auquel j'avais donné le nom d'appareil d'occlusion pneumatique. L'occlusion pneumatique, telle que je la comprends et telle que je l'expliquai dans ma communication, se compose de deux éléments bien distincts : l'occlusion proprement dite et l'aspiration. Ces deux éléments sont intimement liés l'un à l'autre; il ne peut y avoir d'occlusion sans aspiration, ni réciproquement d'aspiration sans occlusion. Et en effet l'occlusion, c'est-à-dire la parfaite fermeture des plaies, exige l'emploi d'un moyen d'aspiration continue. L'aspiration seule n'est donc pas possible sans l'occlusion. C'était bien évidemment là ma pensée, et du reste je crois l'avoir suffisamment expliquée dans ma communication; or, le mot que j'ai employé, l'occlusion pneumatique veut bien dire les deux choses, puisque le mot pneumatique renferme l'idée d'aspiration. Il tombe donc sous le sens que c'était là une seule et même méthode. Personne ne s'étant élevé contre les assertions de l'auteur, et aucune réclamation ne s'était produite contre mon invention, j'annonçai, dans la communication que je fis alors à ce sujet, le résultat de mes expériences et de mes observation. Eh bien! ce résultat je l'ai donné il y a un an. Il y a un an, je lus à l'Académie des sciences un mémoire dans lequel je faisais l'histoire complète de toutes mes observations, de toutes mes recherches. Aussitôt après la lecture de ce mémoire, M. Maisonneuve fut appelé à la tribune et y lut un travail sur l'aspiration. J'assistai à cette lecture, et mon collègue M. Bouley était aussi présent. Dans ce travail, M. Maisonneuve semblait réclamer sa part dans l'invention de l'aspiration. Je le vis après sa lecture, et lui dis que je ne comprenais pas ses prétentions. Je lui fis voir mon mémoire lu un an avant à l'Académie. M. Maisonneuve reconnut la justesse de ma réclamation, et avec une franchise et une loyauté dont je lui sus gré, il adressa à l'Académie une lettre par laquelle il me reconnaissait l'auteur de cette méthode. Je croyais donc cela bien évident lorsque je lus, il y a quelque temps, un article de lui par lequel il prétendait employer journellement dans son service l'appareil que j'avais inventé. Or, il y a trois ans que cet appareil est construit, et M. Galante est là pour produire au besoin des pièces à l'appui de mon affirmation. En outre, je fis ouvrir à l'Académie des sciences un pli cacheté qui y avait été déposé en 1843. Je ne comprends donc pas les prétentions que nous apporte aujourd'hui M. Maisonneuve. Il est tout simplement retombé dans des errements grossiers que j'ai abandonnés il y a vingt ans.

LECTURE.

Application médicale des sels de potasse unis aux sels de fer.

M. V. LE RIVEREND, pharmacien, lit en son nom et au nom de M. J. Gaube, un travail intitulé : aperçu sur le chlorate de sexquioxyde de fer et le chlorate double de potasse et de fer.

Il résulte de ce travail, au point de vue de l'application médicale, que les sels de potasse, lorsqu'ils sont joints à des sels de fer, acquièrent un pouvoir curatif qui est supérieur à celui des sels de potasse et des sels de fer en particulier. Les auteurs proposent en conséquence le chlorate ferrique et le chlorate double de potasse de fer, comme agents puissants d'oxydation dans des cas de troubles de l'hématose, comme antidotes physiologiques, et comme contre-poisons chimiques des sels de mercure et d'arsenic, comme prophylactiques des stomatites mercurielles, enfin comme tonifiants à un haut degré. (Comm. MM. Robinet, Gobley et Buignet).

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la communication de M. J. Guérin, relative au traitement de la péritonite par l'aspiration utérine.

La parole est à M. Blot.

Traitement de la péritonite par l'aspiration utérine.

M. BLOT lit un travail en réponse à la communication de M. Guérin. Il commence par s'élever contre l'expression de puérilité dont M. Guérin s'est servi en parlant des objections qu'il lui a faites dans la dernière séance. Si cette expression est applicable, c'est à l'observation même de M. Guérin, qui est un amas d'erreurs anatomiques, physiologiques et pathologiques indigne de la tribune académique. (Rumeurs et murmures d'improbation.) M. Guérin croit avoir guéri une péritonite à son début. Il manque à ce semblant d'observation tous les détails nécessaires pour établir la réalité du fait. M. Guérin s'est trouvé certainement en face d'un de ces cas de métrite partielle comme il s'en trouve si souvent et qui guérissent toutes seules.

M. Guérin a plaisanté sur notre exigence relative au nombre de pulsations; il a invoqué l'état de danger de la malade qui ne lui permettait pas de s'amuser à compter le pouls, et il s'est borné à dire qu'il y avait de la fièvre. Mais il y a fièvre et fièvre. Et il n'est pas indifférent du tout pour le diagnostic qu'il y ait 100, ou 120, ou 150 pulsations. Quant il s'agit d'établir un fait aussi important que celui-là en se fondant sur une observation unique, on ne doit rien négliger; et ce ne sont pas là des puérilités.

M. Guérin ne se contente pas d'être incomplet, il me fait des objections à son tour sur ce que j'ai dit relativement à l'atrophie utérine. Mais je n'ai jamais nié la rétraction de l'utérus, c'eût été une hérésie de ma part. Personne ne peut nier la rétraction de l'utérus après l'accouchement; je l'accepte comme lui et comme tout le monde; mais ce que je nie, c'est qu'il faille attribuer à la rétraction ce qui se passe dans les jours qui suivent l'accouchement. Non, ce n'est pas la rétraction qui transforme le tissu musculo-vasculaire de la matrice en un tissu dans lequel on ne trouve presque plus de trace de muscles et de vaisseaux, au point qu'on en a nié l'existence. C'est un travail d'une autre nature; c'est une atrophie, travail analogue, mais en sens inverse, à celui qui a lieu pendant la grossesse et qui est un véritable travail hypertrophique.

Je viens au fait de l'aspiration utérine. Pour M. Guérin, la matrice représente une bouteille dont le vagin formerait le goulot. Quant une bouteille se vide, qu'arrive-t-il? Elle se remplit d'air. Il en est de même, pour notre confrère, de l'utérus. Mais il faut que M. Guérin n'ait pas réfléchi sérieusement à cette comparaison : la bouteille a des parois rigides, tandis que les parois de l'utérus sont molles et s'appliquent l'une contre l'autre. Je suis presque honteux d'avoir à relever de pareilles erreurs.

En résumé, dit en terminant M. Blot : 1° le fait unique rapporté par M. Guérin n'offre pas les caractères d'une observation scientifique; il ne prouve rien de ce qu'il prétend démontrer;

2° La théorie physico-mécanique proposée par notre collègue pour expliquer le développement de la métro-péritonite puerpérale repose sur une série d'assertions sans preuve, ayant toutes pour bases des erreurs matérielles contraires à tout ce que nous enseignent chaque jour la clinique et l'anatomie pathologique;

3° L'aspiration utérine, conséquence thérapeutique de cette théorie, est et restera un leurre dangereux entre les mains de ceux qui l'appliqueront au traitement de la véritable métro-péritonite : je dis un leurre dangereux, car en retardant l'emploi du traitement vraiment utile, elle en compromettra les résultats.

M. J. GUÉRIN. J'ai toujours eu pour habitude de répondre aux objections et aux critiques que l'on m'adresse, mais à la condition qu'elles soient présentées sous une forme convenable et qu'elles se renferment dans une certaine mesure. Je ne trouve pas dans l'argumentation de M. Blot ce caractère d'une discussion mesurée et convenable. Je demande la permission de ne pas lui répondre. Je ne répondrai à la leçon qu'il a prétendu me donner qu'en lui renvoyant une leçon de convenance. (Très-bien.)

M. BLOT. M. Guérin se récrie fort, il est étonné qu'on lui réponde avec une certaine vivacité. Je vais mettre mon manuscrit sous ses yeux et s'il y trouve un mot qui vaille le mot de puérilité qu'il nous a renvoyé, je déchire mon manuscrit.

M. J. GUÉRIN. Je m'en rapporte à l'Académie que je fais juge de la convenance du langage de M. Blot.

M. DEPAUL. Je demande à dire un mot sur l'incident. M. Guérin est par trop difficile. Il a donné plus d'une fois lui-même l'occasion de mettre à l'épreuve la susceptibilité de ses collègues. D'ailleurs, ce serait un moyen par trop commode de se soustraire aux objections de ses contradicteurs. Il est de son devoir de répondre. Quant à moi, s'il ne me répond pas, je déclare que je prends son silence pour une impossibilité de répondre.

M. J. GUÉRIN. Je me mets aux ordres de l'Académie. A elle de juger si je me montre trop susceptible. En attendant, je déclare à M. Depaul que s'il prend le même ton, j'userai du même procédé à son égard.

La parole est à M. Alphonse Guérin.

M. A. GUÉRIN. La communication qui vous a été faite dans la dernière séance par M. J. Guérin a trait à une partie de la médecine que j'ai étudié avec une prédilection toute particulière. Vous me pardonnerez donc si, nouveau venu à l'Académie, je parais un peu trop pressé de prendre part à vos discussions.

J'aurais été heureux de pouvoir m'abstenir, mais quand une opinion se produit avec un talent incontestable d'exposition, il est de notre devoir à tous de rechercher si elle n'est pas dangereuse et si elle est conforme à ce que des études consciencieuses nous ont appris.

Je dirai tout de suite que je regrette de ne pas trouver dans l'observation de notre collègue les données réelles d'un diagnostic incontestable.

Ce serait pourtant ce qu'il faudrait commencer par bien établir; car comment apprécier les indications d'une maladie dont on ne connaît ni le siége, ni l'étendue?

Il eut fallu, pour nous mettre à même d'accepter le traitement que l'on nous vante comme une méthode nouvelle, prouver que la malade de Courbevoie avait eu une péritonite, et une péritonite avec épanchement, et qu'elle ne pouvait pas avoir eu une autre chose.

Après la communication de M. J. Guérin, la démonstration reste encore à faire. Il est impossible, en effet, d'établir un diagnostic sur les renseignements qui sont consignés dans l'observation.

Il ne suffit pas de dire qu'il y avait tuméfaction considérable du ventre, des douleurs dans les aines, dans le ventre et dans les reins; que le pouls était très-accéléré et à peine perceptible.

Il faut plus que cela pour être autorisé à affirmer qu'il y avait péritonite. L'auteur de l'observation dit bien qu'il n'a pu méconnaître le début très-accentué de cette maladie. Mais au lieu de cette affirmation, nous aimerions mieux avoir quelques symptômes de plus. Si le début était si accentué, à quoi le reconnaissait-on? M. Jules Gué-

rin nous a déjà répondu : à la tuméfaction du ventre, aux douleurs dans les aines, dans le milieu du ventre et dans les reins, au pouls accéléré et à peine perceptible.

Nous voulons bien admettre avec lui que ce sont là des symptômes que l'on observe dans la péritonite, mais pour que le diagnostic fût acceptable, il faudrait prouver qu'on ne les retrouve pas dans une autre maladie, et nous pensons tous qu'ils appartiennent autant à la métrite qu'à la péritonite puerpérale. Pour quoi ne pas dire au moins qu'il y avait métro-péritonite? Dans cette tumeur globuleuse, qui remontait jusqu'à deux travers de l'ombilic, M. Jules Guérin a bien reconnu l'utérus, et l'utérus ayant un volume considérable. Si le développement de l'utérus n'était pas dû à l'inflammation, il fallait nous dire ce qui l'avait empêché de revenir sur lui-même. Pour moi, je n'ai point à porter un diagnostic sur le fait qui nous est soumis; je trouve seulement que nous manquons des éléments nécessaires pour l'établir.

M. J. Guérin a cédé à un entraînement bien naturel : il cherchait depuis plusieurs années une occasion d'essayer l'aspiration dans le traitement de la péritonite puerpérale; un état puerpéral se présente avec quelques-uns des symptômes de cette maladie. C'est une bonne fortune pour l'inventeur. Il ne peut y avoir de doute, c'est une péritonite, et comme l'imagination est prompte à se mettre de la partie, on dit : c'est une péritonite avec épanchement.

Si l'on nous avait demandé d'admettre une inflammation de la membrane séreuse de l'utérus à son début, avant que du pus soit épanché, nous aurions peut-être consenti à en admettre la possibilité; mais quand nous ferions cette concession à notre collègue, nous n'aurions pas beaucoup avancé sa démonstration, car si l'opération peut-être utile, c'est uniquement dans les cas où il y a quelque chose à aspirer. Si l'on admettait l'existence d'une péritonite, on ne pourrait guère admettre que cette forme, qui a été parfaitement étudiée depuis quelques années sous le nom de pelvi-péritonite. C'est la forme la plus ordinaire de la péritonite qui ne doit pas être mortelle. Quand l'inflammation est généralisée, le pus s'étale à la surface de la masse intestinale, entre les replis de l'intestin, on en trouve partout. Ce serait un cas bien peu favorable à l'aspiration. Pour que cette méthode fût applicable, il faudrait que le pus fût épanché au voisinage de la trompe et fût constitué par ce que nous appelons la pelvi-péritonite. Eh bien! dans ce cas, le diagnostic est facile; mais aux signes consignés dans l'observation de M. J. Guérin, il faut en ajouter un autre dans lequel je mets au défi le praticien le plus habile de porter un diagnostic précis.

Ce signe, nous le trouvons par le toucher vaginal combiné avec le palper abdominal. Pendant longtemps on a cru que la péritonite ne se traduisait que par la douleur, le ballonnement du ventre, l'accélération et la petitesse du pouls. On avait bien parlé d'une résistance particulière que la paroi abdominale oppose à l'exploration de la main qui la presse, mais c'était fort insuffisant. Le toucher vaginal complète nos renseignements d'une manière tellement nette, qu'avec un peu d'habitude, il est difficile de se tromper. Depuis que l'on y a recours pour le diagnostic de la péritonite pelvienne, on y a reconnu que lorsque du pus s'y produit dans le bassin, il est aussitôt enveloppé par des adhérences qui l'isolent et s'opposent à ce qu'il soit en communication avec le reste de la cavité péritonéale. C'est à cet isolement, c'est à ces fausses membranes que la guérison de la péritonite est due, car le pus ainsi impressionné peut rester pendant des mois entiers sans que la vie de la malade soit compromise, et ceci, c'est l'observation clinique continuée à l'amphithéâtre qui l'a appris. Là où l'on voyait des phlegmons péri-utérins, nous savons que le plus souvent il y a péritonite localisée.

Pour nous convaincre qu'il y avait une péritonite, il eût donc fallu pratiquer le toucher et vous dire quelle résistance on rencontrait dans les culs-de-sac, s'il y avait une tuméfaction au voisinage de l'utérus dénotant un épanchement ou si l'utérus était lui seul la cause du développement de l'abdomen. Comme on n'a pas eu recours à cette exploration, le diagnostic reste incertain et l'observation ne peut plus nous rien apprendre.

Y avait-il du pus épanché dans le bassin? On pourrait le savoir, et l'on n'a pas eu l'idée de chercher à en constater l'existence. S'il n'y en avait pas, quelle influence l'aspiration peut-elle avoir eu sur la péritonite? Il est extrêmement probable qu'il n'y avait ni péritonite, ni épanchement; mais s'il y avait eu du pus dans le péritoine, c'eût été très-difficile de n'en pas laisser même dans le cas où l'opération eût été faite très-heureusement; pour qu'un liquide purulent épanché dans la cavité abdominale pût être aspiré, il faudrait qu'il ne fût pas isolé de l'orifice de la trompe par des fausses membranes, et s'il n'était pas enveloppé par des adhérences, il suffirait d'en laisser quelques globules pour que la péritonite fût encore dangereuse. Heureusement, dans la péritonite pelvienne, le pus est bientôt isolé, et qu'il y en ait peu ou beaucoup, il faut, ou qu'il soit résorbé, ou qu'il se fasse jour au dehors par l'ouverture de l'abcès dans l'intestin, dans le vagin ou même dans la vessie.

Ainsi rien ne prouve qu'il y ait eu péritonite, rien ne prouve surtout qu'il y ait eu du pus à aspirer.

Il faudrait donc intituler la communication : « De l'utilité de l'aspiration dans les cas de péritonite ou de métrite puerpérale, » et encore on serait en droit de contester que l'aspiration ait été pour quelque chose dans le résultat obtenu.

Voyons, en effet, quel a été le traitement : on reconnaît que l'utérus est volumineux et qu'il renferme des matières de mauvaise nature qui sortent difficilement. Pour rendre cette issue plus facile, on commence par mettre la malade dans un bain tiède, en ayant soin d'établir une libre communication jusqu'à l'utérus, à l'aide d'une longue canule placée dans le vagin.

Ce bain, ce n'est pas de l'aspiration, et nous savons que c'est un excellent moyen dans les cas analogues à celui de notre collègue.

Quand M. Jules Guérin se fut procuré les flacons et les tubes dont il avait besoin pour l'aspiration, il fit une irrigation d'eau phéniquée dans le vagin à l'aide d'un irrigateur, et l'appareil aspirateur servit à quoi? à retirer l'eau phéniquée qui avait été injectée. On recommença une seconde injection, dont on aida encore la sortie à l'aide de l'appareil aspirateur. Si je ne me trompe, si j'ai bien entendu et bien lu l'observation, elle ne contient pas autre chose relativement au traitement. Eh bien! qui osera dire que ce traitement a consisté à aspirer les liquides contenus dans l'utérus et dans la cavité du péritoine? Qui pourra prouver que l'eau phéniquée, désinfectant par excellence, a été sans influence sur la maladie?

Pour ma part, je suis convaincu que les solutions d'acide phénique, d'acide thymique ou alcoolisées, ont l'influence la plus heureuse sur les plaies menacées d'infection purulente ou d'infection putride. Comment discerner entre l'action de l'injection et celle de l'appareil inspirateur? En entendant la lecture de M. Jules Guérin, j'avais cru que l'injection ne tenait que la seconde place, mais en lisant l'observation, je me suis convaincu que l'aspiration n'avait servi qu'à retirer le liquide phéniqué mêlé à des matières qui en changeaient la couleur.

Cette injection ne serait-elle pas sortie d'elle-même? En voyant fonctionner sur le bureau de l'Académie l'appareil aspirateur, nous avons pu penser qu'il laissait parfois assez à désirer pour qu'il ait eu peu d'influence sur la sortie du liquide et sur les matières que ce liquide a entraînées en sortant.

J'admets que cette objection ne soit pas fondée et que le liquide ne soit sorti que sous l'influence de l'aspiration, il restera toujours à prouver que, sans l'injection phéniquée, l'aspiration eut suffi pour amener la guérison.

M. Jules Guérin nous a présenté un nouvel appareil dont il n'avait pas besoin, car je ne vois pas en quoi cet appareil peut avoir plus d'utilité que la seringue dont notre collègue s'est servi longtemps pour vider les abcès. C'est à cette seringue qu'il reportait une grande part des succès qu'il comptait dans le traitement des abcès froids; il aurait pu, ce me semble, se contenter d'appliquer à la canule une pelotte obturatrice, et il aurait eu le moyen d'injecter l'eau phéniquée et de la retirer peut-être plus sûrement qu'avec ses flacons et ses pelottes aspiratrices.

J'ai déjà fait pressentir que je n'étais pas disposé à admettre dans le cas de M. Guérin l'existence d'un épanchement dans la cavité péritonéale. J'ai dit qu'avant la guérison on eût pu s'en assurer, mais que l'exploration usuelle n'ayant pas été faite, il n'est pas possible d'affirmer qu'il y ait lieu de pomper ou d'aspirer quoique ce soit en dehors de la cavité interne.

Malgré cette insuffisance de l'observation, admettons pour un instant, si vous le voulez, l'existence d'un épanchement dans la cavité du péritoine; vous verrez que nous aurons encore besoin de plus d'une concession pour arriver à conclure que l'aspiration a tari cet épanchement; il faut d'abord que nous admettions que l'inflammation n'a pas obstruée momentanément la trompe, et que l'aspiration se fait de la cavité interne jusqu'à l'ouverture péritonéale que le pavillon de la trompe entoure. Mais pour que l'aspiration des liquides s'opère, il faut que cette extrémité de la trompe baigne dans le liquide de l'épanchement, car si elle n'y baigne pas, l'aspiration pourra s'exercer par une anse d'intestin, voisine du pavillon qui bouchera hermétiquement la conduit sur lequel on compte pour avoir raison de l'épanchement.

Ainsi pour que l'aspiration fût efficace, il faudrait que le pavillon de la trompe baignât dans le produit de l'inflammation du péritoine, et que rien ne vint boucher l'orifice de ce conduit, ni l'application d'une anse intestinale, ni flocon albumineux ou purulent. Ce que l'anatomie nous a appris, relativement aux épanchements dans la cavité du péritoine, me porte à craindre que l'on rencontre bien rarement la possibilité de pomper par la trompe les liquides épanchés.

On a dû remarquer que jusqu'ici je me suis efforcé, dans mon argumentation, de ne pas repousser les conditions anatomiques dont M. J. Guérin avait besoin pour la démonstration de sa théorie. Je l'ai fait à dessein; si j'avais commencé pas nier l'existence de ces conditions, je n'aurais plus eu à discuter le fait clinique, voyons maintenant le fait anatomo-physiologique.

La trompe est-elle disposée de telle sorte qu'un appareil aspirateur placé dans le vagin puisse agir presque dans la cavité abdominale?

Si l'on admet un conduit rigide, bien tubulé, ayant deux orifices parfaitement libres, on comprend bien que le vide qui se ferait à l'une des extrémités de ce conduit attirerait sur ce point les liquides dans lesquels l'autre extrémité baignerait. J'ai déjà dit qu'il serait difficile de démontrer que le pavillon de la trompe baigne toujours dans un abcès péritonéal; car nous savons que dans l'immense majorité des cas, le pus est si bien isolé par les adhérences qu'il est confiné comme dans une loge, n'ayant aucune communication avec le reste de la cavité péritonéale. Mais c'est là de l'anatomie pathologique et je me propose d'étudier maintenant les conditions normales de la trompe s'ouvrant dans l'utérus.

M. J. Guérin a dit avec raison : puisque c'est un conduit, il faut bien qu'il conduise quelque chose; il a ajouté : si l'œuf y passe, pourquoi du pus n'y pourrait-il pas passer. A cette seconde partie de l'argumentation de notre collègue, on pourrait, je crois, répondre qu'au moment de l'ovulation la trompe peut être dans des conditions que l'on ne reproduit ni avec des bouteilles, ni avec du caoutchouc. Avec l'appareil aspirateur, on agit sur un tube qui, destiné à devenir perméable sous une influence physiologique, peut rester fermé pendant une opération douloureuse. Si je m'étais contenté de ces raisons, M. J. Guérin a bien assez de ressources dans l'esprit pour trouver à cela une réponse plus ou moins plausible. On vous a dit qu'avec une pompe, il est possible d'aspirer des liquides épanchés dans l'abdomen, il n'y avait qu'une chose à faire : expérimenter. C'est ce que j'ai fait.

Avant ces expériences, je disais : si elles réussissent à l'état normal, cela ne prouvera pas grand chose pour l'état pathologique; mais si j'échoue à aspirer de l'eau, il faudra bien reconnaître que des matières moins liquides seraient encore plus difficiles à retirer par ce moyen.

Je me suis rendu dans les pavillons de l'École de médecine, sans idée préconçue, et assisté de M. Lannelongue, prosecteur à l'École, et de M. Perrier, agrégé d'anatomie; j'ai introduit une grosse canule dans le col de l'utérus, où je l'ai fixé de manière à rendre impossible la sortie par cet orifice d'un liquide injecté dans la cavité utérine. Voici comment nous avons maintenu cette canule : le vagin ayant été incisé en avant et la symphyse du pubis ayant été divisée, nous avons pu parfaitement introduire la canule dans le col de l'utérus et l'y fixer au moyen d'un lien que des épingles, traversant les parois du col, empêchaient de glisser. Après nous être assurés par la traction que nous avions atteint notre but, nous avons vissé la seringue sur la canule et l'un de nous s'est efforcé d'aspirer en employant toutes ses forces, mais le piston attiré péniblement rentrait vigoureusement dans la seringue, sans avoir retiré une seule goutte de l'eau limpide dans laquelle les deux trompes baignaient.

Nous avons recommencé cette expérience à diverses reprises, et nous avons toujours eu le même résultat.

Le cadavre sur lequel nous avons opéré devait être dans de bonnes conditions pour que l'aspiration du liquide s'effectuât, car il appartenait à une femme dont l'accouchement assez récent était indiqué par le lait que l'on faisait sourdre par la pression de ses glandes mammaires. L'utérus avait à peu près le volume que l'on observe deux mois après l'accouchement. Il était un peu moins considérable qu'à l'état normal et moins aplati d'avant en arrière.

Je dirai plus loin comment nous avions disposé les trompes pour faciliter le passage du liquide de la cavité du bassin vers celle de l'utérus.

Pour MM. Lannelongue et Perrier comme pour moi, l'expérience a été si concluante, que nous nous croyons en droit d'affirmer que l'aspiration la plus vigoureuse dont les bras d'un homme puisse disposer, est sans action sur le liquide dans lequel les trompes sont plongées.

Nous aurions pu nous en tenir là; nous avons voulu agir plus directement encore. Après avoir ouvert la matrice sur la ligne médiocre, nous avons introduit une canule très-fine dans l'orifice interne de la trompe, et nous avons recommencé à aspirer sans qu'une goutte d'eau ait été attirée par la seringue. M. Labbé a été témoin de cette dernière expérience, et comme nous il a pensé qu'elle était indiscutable. Si l'on considère qu'au lieu d'opérer sur un liquide clair, transparent, et ne tenant pas en suspension le moindre corpuscule appréciable à la vue, l'aspiration conseillée par M. J. Guérin devrait agir sur un mélange de pus, de flocons albumineux et de concrétions purulentes, on ne me taxera pas d'exagération quand je dirai que je ne puis pas admettre la possibilité de l'aspiration dans le vagin du pus contenu dans la cavité du péritoine.

J'ai dit que, avant de tenter l'aspiration, nous avions mis les trompes dans les conditions les plus favorables. Voici ce que nous avions fait : la canule étant fixée dans le col utérin, nous avions tenté de pousser de l'air d'abord et de l'eau ensuite, de la cavité de l'utérus vers celle du bassin. Vous vous souvenez que M. J. Guérin trouva ici plus d'un contradicteur, quand, en 1858, il soutint que le liquide injecté dans l'utérus peut passer dans la cavité du péritoine. En cherchant à vérifier par l'expérience l'opinion de notre collègue sur la possibilité de l'aspiration du pus épanché dans le ventre, j'étais bien aise de savoir à quoi m'en tenir sur le passage à travers les trompes du liquide et de l'air injectés dans l'utérus. Eh bien! il n'y a plus de doute pour moi : l'air passe très-facilement, et l'eau, poussée avec vigueur et sans qu'elle puisse rétrograder, y pénètre, et elle sort par l'orifice interne lentement et goutte à goutte, il est vrai, mais enfin le passage est possible.

La communication de M. J. Guérin avait soulevé tant d'objections dans mon esprit, qu'il me fut très-agréable de me trouver d'accord avec lui sur un point auquel il tient peut-être plus qu'à tout autre, car c'est sur cette communication que repose sa théorie de la fièvre puerpérale. Je m'en réjouissais lorsque, réfléchissant au traitement indiqué dans l'observation de notre collègue, je frémis au danger que la malade avait couru. Si M. J. Guérin n'a pas pu aspirer les matières purulentes qu'il supposait renfermées dans le péritoine, il m'est bien démontré aujourd'hui qu'il pouvait injecter à travers la trompe la solution phéniquée dont il s'est servi.

J'ai dit toute la confiance que m'inspire l'acide phénique pour le pansement de certaines plaies; mais ma passion pour cet agent ne saurait aller jusqu'à me faire admettre que c'est une chose avantageuse d'injecter un liquide phéniqué dans la cavité du péritoine. Non-seulement notre collègue pouvait injecter le liquide de l'injection, mais encore l'air corrompu qui était contenu dans l'utérus, et, il nous l'a appris, l'air passe facilement à travers la trompe, non-seulement quand il est confiné de manière à ne pouvoir sortir par l'orifice vulvaire, mais encore quand cet orifice reste ouvert naturellement.

M. J. Guérin s'est mis dans les conditions les plus favorables à la pénétration de l'air et de la matière injectée à travers les trompes, et si je n'avais pas fait des expériences sur le cadavre, je serais tenté d'opposer son traitement à son affirmation d'autrefois. J'aurais pu lui dire : la preuve que l'on ne peut pas pousser dans le péritoine le liquide injecté dans le vagin, c'est que vous n'avez pas aggravé l'état de votre malade. Mais il m'est démontré que la pénétration est possible, et l'observation ne peut même pas servir à combattre l'opinion anatomique de M. J. Guérin. J'aime mieux croire que l'injection a été faite prudemment et avec trop peu de force pour qu'elle dépassât la cavité utérine; mais pour rien au monde je ne consentirais à répéter cette injection dans les conditions où l'on avait placé la malade. Je n'aurais pas l'espoir d'aspirer les matières épanchées dans le péritoine et je craindrais beaucoup d'y ajouter de l'air et le liquide injecté dans l'utérus.

En résumé, une malade ayant une affection puerpérale mal déterminée a été traitée à l'aide d'une canule introduite dans la cavité utérine; on lui a fait prendre un bain qui paraît l'avoir soulagée, et les accidents ont cédé sous l'influence de ce traitement, suivi de deux injections phéniquées et de l'aspiration du liquide injecté. M. Louis, dont le nom a été invoqué, ne tirerait pas d'autre conclusion de ce fait, car il nous a habitués à une sévérité d'observation que nous ne trouvons pas dans la communication de M. Guérin.

S'il était si facile d'aspirer par la trompe les liquides épanchés dans la cavité péritonéale, on n'aurait pas besoin d'opérer sur un épanchement purulent, et l'on trouverait tout les jours dans les hôpitaux des cas favorables à l'aspiration. Les ascites ne sont pas rares, le liquide épanché est plus clair que celui de la péritonite; que M. J. Guérin emploie son appareil aspirateur à supprimer cet épanchement, il démontrera aussi la possibilité de l'opération par la trompe, et il aura fait une découverte utile à laquelle je serais heureux d'applaudir.

M. J. Guérin. Je viens de trouver ma revanche. J'applaudis de grand cœur à la forme scientifique de l'argumentation de notre confrère, et je suis heureux de lui en témoigner ma très-grande satisfaction. En écoutant avec toute l'attention qu'elle méritait cette argumentation, j'y ai trouvé deux choses différentes : une critique théorique reposant sur une interprétation erronée de ce que j'ai dit, et, en second lieu, une expérience pleine d'intérêt qui confirme ce que j'ai établi. Un mot d'abord sur les critiques qui ont été adressées à mon observation. Il y a quarante ans que j'observe, et j'ai quelque raison de croire que les observations que j'ai introduites dans la

science ne sont pas si stériles. Il y a dans les observations deux choses, ce que j'appellerai des bagatelles et les choses indispensables. On connaît cette plaisanterie d'un médecin qui, à propos d'une blessure, demandait au malade si elle n'était pas héréditaire. Il y a beaucoup de choses de ce genre-là dans certaines observations. Il n'y a pas trois jours que j'ai eu la chance de rencontrer M. Depaul dans un théâtre où l'on jouait une de ces pièces du grand comique qui a fustigé d'importance le ridicule du pédantisme scientifique de son temps. Il ne faut pas, sous prétexte d'exactitude, imiter ces pédants. Il faut opposer l'esprit synthétique à cet esprit étroit d'observation qui consiste à tout compter et à tout mesurer. Ce sont les *nugæ difficiles* de la science. Je reviens à l'argumentation de M. A. Guérin. Notre collègue conteste l'exactitude de mon diagnostic.

Il y a là une question de nomenclature qui est tout à fait artificielle. Qu'il s'agisse d'une péritonite ou d'une métro-péritonite, il y a continuité entre ces phénomènes, ce n'est là qu'un fait de degré et de progression. On me reproche d'avoir intitulé mon observation péritonite, j'ai dit : péritonite arrêtée au début; admettez, si vous le voulez, qu'il n'y ait eu que péritonite imminente; pour moi, cela n'enlève rien à la valeur du fait. Quant aux symptômes que l'on m'accuse de n'avoir pas décrits avec assez de détails, qu'est-ce qui voudra admettre que ce ne soit rien qu'une tuméfaction considérable du ventre, avec frisson, douleurs dans les aines, le ventre et les reins, pouls accéléré et déprimé, etc. ?

Quant à l'expérience affirmative de M. Guérin, je commence par m'en prévaloir. Ce qu'il a vu, il y a dix ans que je l'avais vu moi-même. Cette expérience prouve bien plus que ce que M. A. Guérin a voulu lui faire prouver, elle répond aux dénégations de MM. Depaul et Blot.

Mes collègues m'ont prêté des opinions absurdes. Je n'ai pas prétendu que l'aspiration s'exerçât directement et exclusivement sur les trompes; elle agit sur toute la surface de l'utérus et sur tout ce qu'il renferme.

M. A. Guérin a dit que j'aurais bien fait de me servir de ma seringue à abcès; mais il ne fait pas attention qu'il fallait s'assurer une occlusion parfaite. D'ailleurs, j'avais l'avantage, en me servant de mon appareil aspirateur, de voir à mesure ce que j'extrayais de la matrice, et si je m'étais aperçu qu'il vînt du sang, j'aurais arrêté aussitôt; ce que je n'aurais pas pu faire avec la seringue.

Mais M. A. Guérin m'a objecté l'impossibilité d'aspirer à travers les trompes le liquide péritonéal. Mais notre collègue n'a pas fait attention que dans l'état pathologique l'état des parties n'est pas le même que dans l'état normal. J'ai montré cliniquement que chez les femmes atteintes de péritonite puerpérale les trompes sont pleines.

M. Depaul. Vous ne l'avez jamais vu, c'est de la théorie.

M. J. Guérin. Je l'ai vu et je répète que les trompes sont gorgées de liquide jusque dans le péritoine. Lorsqu'on fait une aspiration dans ce cas, on agit sur une colonne liquide qui, de poche en poche, va de l'utérus jusque dans la cavité péritonéale. Je comprends que dans les conditions physiologiques on ne réussisse pas. Si M. A. Guérin m'avait convié à assister à son expérience, je lui en aurais fait la remarque.

En résumé, il y a dans l'argumentation de M. A. Guérin deux choses, des observations critiques, auxquelles je crois avoir répondu, et une expérience qui est une confirmation de mes théories.

M. Depaul. En vérité, il m'est impossible de laisser passer ceci sans protestation. M. J. Guérin se donne les gants de nous donner des leçons d'observation. Il semble, à l'entendre, que nous nous amusions à compter les boutons de guêtre. Je suis élève de l'école de M. Louis, dont M. Guérin a invoqué le témoignage, et je m'en fais honneur. Quant à M. Guérin lui-même, il n'est pas clinicien, il est un théoricien. nous ne nous entendrons jamais sur le terrain de l'observation. Que M. Guérin abandonne son observation.

M. Guérin. Mais pas du tout.

M. Depaul. Tout le monde lui a prouvé qu'elle ne valait rien.

Je ne parlerai pas de son appareil : c'est l'histoire de tous les appareils. On vous apporte des verres et on fait jouer le système. Mais tient-on compte des différences quand il s'agit de les faire fonctionner sur les organes de la femme. M. Guérin semble croire que l'utérus reste béant comme une bouteille; c'est une erreur. Est-ce que l'air pénètre dans l'estomac ou dans le rectum? Vous croyez aspirer le contenu de la matrice, vous n'aspirez rien du tout. C'est de la théorie toute pure, c'est la théorie qui vous a perdu et qui vous perdra toujours. Cela peut être séduisant pour le vulgaire, mais vous ne le ferez jamais admettre par des médecins.

M. Guérin triomphe de l'expérience de notre collègue; mais jamais je n'ai nié qu'on pût faire pénétrer des liquides dans le péritoine. Ce sont les conséquences que M. Guérin tire de ce fait que je nie.

Pour moi, le point de départ de la théorie de M. Guérin est une erreur, son observation est une erreur, sa conclusion un danger énorme, son instrument inapplicable, impossible.

M. J. Guérin. M. Depaul a battu en brèche, il y a dix ans, le fait de la pénétration des liquides dans le péritoine par les trompes; aujourd'hui qu'il est obligé de reconnaître la réalité de ce fait, il bat en brèche ma théorie qui en est la déduction. Je fais tout le monde juge de cette manière d'agir.

La séance est levée à cinq heures.

S. M. le roi de Prusse, en raison des longs services que M. le docteur Otterbourg a rendus à la colonie allemande de Paris, et notamment aux malades de sa nation, vient de lui conférer l'Ordre de la Couronne Royale.

Erratum. — Nos lecteurs sont priés de rectifier comme il suit la phrase du travail de M. Abeille (*Clinique de la ville*), numéro du 29 septembre, page 455, première colonne, deuxième alinéa. Au lieu de « une opération, sans désarticulation même de la masse, ne donne pas une plaie plus étendue, » il faut lire « une amputation, une désarticulation même de la cuisse, ne donne pas une plaie plus étendue. »

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 116. — SAMEDI 3 OCTOBRE 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 3 OCTOBRE 1868. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 2 octobre 1868.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la tuméfaction du dos des mains dans la paralysie saturnine. — Hydropisie des gaines tendineuses des extenseurs des doigts dans la syphilis secondaire.

Nous avons exposé sommairement, dans le numéro du 31 mars dernier, les faits de tuméfaction du dos des mains, présumée d'origine saturnine, que M. Gubler a présentés à cette époque à la Société médicale des hôpitaux. On se rappelle qu'il s'agissait de quatre malades atteints de paralysie saturnine et qui présentaient tous les quatre, au dos des mains, de petites tumeurs le long du trajet des tendons extenseurs. La question soulevée par ces faits était de savoir si ces tumeurs pouvaient ou non être considérées comme une expression de la diathèse goutteuse, qui, d'après les médecins anglais et quelques médecins français qui ont accepté cette opinion, serait étiologiquement liée à l'intoxication saturnine. La conclusion provisoire que formulait M. Gubler était celle-ci : que la tuméfaction de la face dorsale des mains, qu'il avait observée sur ces quatre malades, s'éloignait par tous ses caractères des lésions goutteuses et semblait constituer une altération spéciale, altération qu'il croyait pouvoir attribuer (hypothétiquement) à un trouble de nutrition en rapport avec les désordres du système sensitivo-moteur et probablement favorisé par les conditions mécaniques inhérentes à la paralysie.

M. Nicaise a publié depuis, à cette occasion, dans la *Gazette médicale de Paris*, des faits analogues qu'il avait recueillis, quelques années auparavant, à l'hôpital de la Charité. Il s'agit également, dans les observations de M. Nicaise, d'une lésion siégeant sur les tendons, sur leurs gaînes ou sur les tissus mous voisins, chez des sujets atteints de paralysie saturnine. Non-seulement il y a une similitude complète entre les faits observés séparément et à plusieurs années de distance par MM. Nicaise et Gubler, mais il résulte encore des recherches historiques et bibliographiques auxquelles s'est livré M. Nicaise, que le fait avait déjà été observé et signalé par les auteurs du siècle dernier, notamment par Plater, par de Haen et, plus près de nous, par Mérat, Pariset et Tanquerel des Planches. — Ce fait avait été oublié ou négligé depuis. — Quoi qu'il en soit, de ce rapprochement et de la parfaite concordance des observations de MM. Gubler et Nicaise entre elles et avec les indications données par les auteurs que nous venons de citer, il ressort cette conclusion, qui n'est pas sans intérêt, qu'on observe chez quelques-uns des malades atteints de paralysie saturnine des avant-bras, une altération des tendons extenseurs des doigts et des parties molles environnantes, caractérisée surtout par une augmentation de volume.

On a vu que M. Gubler avait été conduit, par l'étude de cette lésion et par l'analyse des observations qui lui en avaient offert un spécimen, à exclure de leur étiologie l'influence goutteuse, sans prétendre nier pour cela la relation de certains symptômes véritablement goutteux avec la maladie saturnine, établie par Garrod et admise par plusieurs de nos compatriotes, notamment par MM. Charcot, Potain, Bucquoy, etc. Les observations rapportées par M. Nicaise sont, à cet égard, comme sous tous les autres rapports, confirmatives de celles de M. Gubler. M. Nicaise constate à plusieurs reprises, dans les faits qu'il cite, l'absence de tout antécédent ou de tout symptôme actuel de goutte.

Restait un autre point à résoudre. La lésion dont il s'agit est-elle essentiellement et exclusivement liée à la paralysie saturnine? Jusque-là, elle n'avait été constatée et étudiée que chez des sujets atteints de paralysie saturnine. Mais dans la séance de la Société médicale des hôpitaux du 24 juillet dernier, M. Gubler a communiqué un cas de tumeur dorsale de la main survenue dans le cours d'une hémiplégie de cause cérébrale chez un sujet non saturnin. Ce fait venant d'être publié récemment dans *l'Union médicale*, nous allons emprunter à cette relation les traits principaux de cette observation et à la note très-intéressante de M. Gubler sur ce sujet, quelques-unes des considérations qui tendent à donner à tout cet ensemble de faits sa véritable signification.

Il s'agit d'un homme âgé de 48 ans, qui, assez bien portant jusque-là, fut pris tout à coup, le 9 avril dernier, de malaise et d'engourdissement dans tout le côté gauche du corps. Le membre inférieur ne lui offrait plus un appui solide, le bras et la main exécutaient difficilement leurs mouvements accoutumés. Le malade n'éprouvait, d'ailleurs, ni étourdissement, ni vertige, ni aucune tendance syncopale, et conservait toute sa présence d'esprit, ainsi que ses moyens d'expression. Le lendemain, jour de l'entrée du malade à l'hôpital, la paralysie était beaucoup plus accentuée aux deux membres gauches, elle portait principalement sur les extenseurs de la main, en sorte que les doigts ne pouvaient se redresser spontanément. La sensibilité était diminuée dans tous ses modes, tact, chatouillement, douleur et température.

M. Gubler diagnostiqua une hémorrhagie cérébrale d'un très-petit foyer, et prescrivit des purgatifs et une potion au bromure de potassium.

Au bout de quelques semaines, il se produisit un changement très-favorable dans la plupart des symptômes; la paralysie des extenseurs de la main gauche continua seule à faire des progrès sensibles.

Vers le 20 mai, M. Gubler constata une tuméfaction notable des tendons extenseurs et un léger épaississement de leurs gaînes avec un certain degré de sensibilité à la pression.

Le 21 mai, il survint de l'œdème, la face dorsale de la main présentait une surface régulièrement bombée, sans changement de couleur à la peau et sans élévation de température. Le relief des tendons n'était plus visible. Cependant, en les palpant, on reconnaissait aisément que les tendons de l'index, du médius et de l'annulaire, notamment, étaient épaissis, avec des renflements multiples, et en les comprimant un peu fortement, on provoquait une douleur assez vive.

L'œdème s'effaça dans les premiers jours de juin, seulement le dos de la main, dans le voisinage de l'articulation radio-carpienne, conservait encore un certain volume dû à la présence d'une petite quantité de synovie épanchée dans les coulisses synoviales supérieures des tendons extenseurs. Ceux-ci restaient encore tuméfiés et sensibles à une forte pression.

Nous passons sur d'autres détails de l'histoire de cette paralysie. Mais, ce qu'il importe de savoir ici, c'est le résultat de l'examen de l'état général de ce malade et de l'enquête faite sur ses antécédents. Cet homme ne présentait aucun symptôme de diathèse syphilitique, rhumatismale ou goutteuse. Jamais, dans les différentes professions qu'il avait exercées, il n'avait eu l'occasion de manier le plomb ou d'être en contact prolongé avec ce métal ou ses diverses préparations. Il n'offrait, d'ailleurs, ni l'anémie et la cachexie habituelles aux saturnins, ni le liséré gengival de l'intoxication métallique. D'un autre côté, il n'a jamais eu de chancres et d'accidents imputables à la syphilis. Il n'a pas souffert non plus de douleurs articulaires et n'a pas remarqué de dépôts dans les urines. Ses doigts et ses orteils ne présentaient pas la moindre déformation, et il n'existait aucun signe de lésion organique du cœur. Enfin, depuis plus d'un mois que la tumeur dorsale de la main gauche avait fait son apparition, il n'était survenu aucune douleur, aucun gonflement d'apparence arthritique.

Ainsi, voilà un sujet qui sans avoir été jamais exposé à l'action du plomb, a néanmoins présenté, en même temps qu'une paralysie du membre thoracique, une lésion de l'appareil tendineux du poignet identique à celle qui a été constatée chez les paralytiques saturnins. Il y a donc à éliminer ici l'influence plombique sur la production de cette lésion, comme il y avait à éliminer l'influence goutteuse dans les observations précédentes de MM. Gubler et Nicaise. On ne trouve plus ici en présence qu'un seul élément pathogénique auquel on puisse en attribuer le développement, c'est le fait de la paralysie elle-même. C'est donc dans les conditions inhérentes à la paralysie elle-même qu'il en faut chercher l'origine.

FEUILLETON

Des mesures les plus propres à éviter les erreurs dans l'emploi des médicaments (1).

Un accident grave dont les conséquences ont été des plus malheureuses, est venu, dans ces derniers temps, jeter l'alarme parmi les pharmaciens. Le fait signalé à la Société de pharmacie vous a émus, par le concours des circonstances imprévues qui l'ont occasionné, et tout aussitôt vous avez nommé une commission chargée d'étudier la question suivante : Des accidents causés par erreur dans l'emploi des médicaments. La commission s'est réunie plusieurs fois, et m'a chargé de vous présenter le résultat de ses délibérations.

L'étude de cette question nous a conduits à reconnaître que les accidents résultant de l'emploi des médicaments peuvent dépendre de trois sortes de circonstances : de la prescription qui en est faite par le médecin, de l'exécution confiée au pharmacien, de l'administration qui a lieu par l'entourage du malade.

Est-il besoin de dire qu'il n'entre en aucune manière dans nos intentions de nous décharger sur le médecin de la responsabilité qui nous incombe; mais dans une question comme celle-ci, qui intéresse au plus haut degré l'humanité, nous avons cru pouvoir compter sur son concours pour nous aider à prévenir les conséquences funestes des erreurs que nous avons tous en vue de détourner.

Afin de mettre de l'ordre dans nos idées, nous prendrons le médicament à son origine, c'est-à-dire à la prescription qui en est faite par le médecin; nous le suivrons dans sa préparation à l'officine du pharmacien, puis nous l'accompagnerons dans la chambre du malade.

La prescription peut être faite dans des conditions très-diverses : dans le cas particulier, entre autres, où, le médecin étant appelé au chevet du malade, on lui présente des plumes et de l'encre en mauvais état, qui s'opposent à ce que son écriture possède ce caractère de netteté et de précision qui devrait toujours exister dans les prescriptions. En outre, on comprend que, sous l'influence de certaines préoccupations résultant, soit de la gravité de la maladie, soit des questions faites par les personnes qui entourent le malade, le médecin ait pu se tromper sur un point quelconque de sa prescription : la dose du médicament, l'indication de l'usage auquel il le destine, la division d'une quantité déterminée d'un médicament actif; qu'il ait pu écrire des centigrammes pour des milligrammes.

Quelquefois aussi il existe de l'ambiguïté pour l'interprétation de sa pensée, son écriture n'est pas toujours très-lisible. Il est donc important, dans un grand nombre de circonstances, pour éviter les conséquences possibles d'une erreur, que le pharmacien ait recours au médecin.

Il est du devoir commun du médecin et du pharmacien que des rapports de la plus grande bienveillance concourent à ce rapprochement, afin que le pharmacien puisse toujours s'adresser au médecin à l'insu du malade, que la moindre question trouble et inquiète; l'intérêt exclusif du médecin exige d'ailleurs que toute observation passe inaperçue de son client; c'est pourquoi il est extrêmement important que sa signature soit très-lisible et que son adresse soit indiquée sur la prescription.

D'un autre côté, il arrive souvent qu'un malade ayant fait usage d'un médicament dont il a éprouvé du soulagement, le conseille à ses amis et connaissances et leur transmet l'ordonnance, dont ils font usage sans mesure et trop souvent sans raison.

De ces faits, il ressort une conséquence sur laquelle la commission appelle l'attention des médecins : c'est l'importance qu'ils devraient attacher à écrire sur deux feuilles distinctes, ce qui est utile au malade et ce qui ne concerne que le pharmacien; c'est-à-dire, dans le premier cas, le caractère et les symptômes de la maladie, l'emploi des médicaments, le régime, etc., et sur la seconde feuille, que le pharmacien devrait conserver, les formules des médicaments.

Cette manière de rédiger la consultation n'est pas nouvelle; un certain nombre de médecins l'ont déjà adoptée, et poussent même la précaution jusqu'à indiquer, dans quelques cas exceptionnels, l'inscription qu'ils désirent voir employer sur l'étiquette du médicament. L'observation de la commission a pour but de demander aux médecins de l'adopter d'une manière générale. Il suffirait, pour la mettre en pratique, que chaque médecin portât sur lui un cahier de feuilles imprimées, indiquant son nom et son adresse, qu'il détacherait au moment du besoin. C'est ce que font dès à présent les médecins attachés aux sociétés de secours mutuels.

L'usage du système décimal appliqué aux prescriptions médicinales présente, à côté de ses grands avantages, quelques inconvénients : le déplacement d'une virgule, des chiffres mal alignés, peuvent donner lieu à des erreurs qu'il serait très-facile d'éviter, en écrivant en toutes lettres le poids des médicaments actifs, et en ajoutant le mot *sic* toutes les fois qu'on emploierait une dose un peu forte du médicament; enfin, il importe de ne pas rédiger des formules qui donnent lieu à une interprétation ambiguë, comme celle-ci, par exemple : *Poudre de Dower*, 0,30, *faites* 3 *paquets*.

Il nous paraît inutile d'insister plus longtemps sur les précautions que doit prendre le médecin, ce que nous venons de dire ayant plutôt pour objet d'exprimer des vœux que de prescrire l'emploi de moyens qu'il ne nous appartient pas d'imposer.

Il nous semble suffisant de signaler au corps médical le but d'in-

(1) Rapport fait à la Société de pharmacie par une Commission composée de MM. Schaueffèle, président; Blondeau, Boudet, Gobley, Roussin et Mayet, rapporteur.

Comment et par quel mode d'influence la paralysie peut-elle amener la production d'une semblable lésion?

Écoutons l'hypothèse que propose M. Gubler.

« Pour se rendre compte de ce fait, dit le savant médecin de l'hôpital Beaujon, il faut recourir aux explications fournies par les changements survenus dans les actes calorifiques, nutritifs et plastiques au sein des parties paralysées. Or, nous savons aujourd'hui (et M. Gubler a l'un des premiers appelé l'attention sur ce curieux phénomène) que la température s'élève du côté paralysé plus que du côté sain, au moins dans les premiers temps de la maladie, et quand la lésion nerveuse intéresse l'ensemble des cordons moteurs sensitifs et sympathiques. Cette exaltation calorifique s'accompagne parfois de phénomènes d'hypérémie et d'hypercrinie rappelant un léger travail de phlogose. Il est donc naturel de mettre la tuméfaction des tendons et de leurs gaînes, l'épanchement synovial et l'œdème superficiel sur le compte des troubles nutritifs, plastiques et secrétoires engendrés par les modifications circulatoires et calorifiques liées à un certain degré de paralysie vaso-motrice. »

M. Gubler, pour vérifier cette hypothèse, a comparé chez ce malade la caloricité dans les deux membres supérieurs. Malheureusement pour le résultat de l'expérience, l'idée de cette recherche lui était venue trop tard. La paralysie datait déjà de deux mois au moment où l'expérience a été faite, et la tuméfaction dorsale de la main en était déjà à la période de son décours. Aussi l'expérience a-t-elle donné un résultat inverse de celui que la théorie promettait. Mais, s'il n'y a rien à en déduire en sa faveur, il n'en faut non plus rien conclure contre. Elle subsiste donc encore à l'état d'hypothèse, jusqu'à vérification nouvelle faite dans des conditions meilleures.

Toujours est-il qu'il reste du fait, ceci : que la tumeur dorsale de la main n'a rien de spécifique, et que, quel qu'en soit le mécanisme, elle trouve sa raison suffisante dans l'état morbide du système nerveux. C'est la conclusion provisoire de M. Gubler, qui est aussi la nôtre.

Hydropisie des gaînes tendineuses des extenseurs des doigts dans la syphilis secondaire.

Voici une autre série de faits analogues — nous ne disons pas semblables — que nous trouvons dans une note que M. Verneuil vient de communiquer à la *Gazette hebdomadaire*, à l'occasion des observations qui précèdent. Les faits de MM. Gubler et Nicaise ont remis en mémoire, à M. Verneuil, quatre observations qu'il a recueillies à Lourcine et à Lariboisière, et qui s'en rapprochent, au moins quant à la localisation anatomique de la lésion. Il s'agit d'épanchements subinflammatoires dans la cavité séreuse qui entoure les tendons extenseurs des doigts, au niveau de la face dorsale du carpe et du métacarpe, épanchements survenus spontanément, sans violence extérieure quelconque, sans refroidissement, sans saturnisme antérieur, sans trace de paralysie des extenseurs, mais, en revanche, coïncidant avec une poussée d'accidents syphilitiques secondaires.

Les quatre sujets de ces observations étaient des femmes chez qui rien n'indiquait la diathèse rhumatismale ou goutteuse. Trois fois la lésion occupait les deux mains, une fois seulement elle était bornée au côté droit. L'épanchement, survenu brusquement, était facile à reconnaître; la fluctuation était très-évidente, sans tuméfaction circonvoisine, sans changement de couleur à la peau; la tumeur, bien circonscrite, aplatie, triangulaire, à base tournée vers les doigts, occupait la région carpo-métacarpienne, et rappelait exactement la forme et le siége de la bourse séreuse commune au faisceau des extenseurs. Dans aucun cas, elle ne dépassait le ligament dorsal qui bride les tendons. Douleur médiocre à la pression, seulement un peu de gêne et de faiblesse dans les mouvements du poignet.

Sur quels motifs, autres que la coïncidence avec un ensemble d'accidents secondaires, M. Verneuil se fonde-t-il pour admettre cet hygroma au nombre des manifestations syphilitiques? On vient de voir, par les exemples cités plus haut, avec quelle circonspection il faut procéder dans ces sortes de déterminations étiologiques. « Lorsque, dans le cours d'une maladie générale, dit lui-même M. Verneuil, apparaît une lésion locale susceptible de naître spontanément ou sous l'influence de causes multiples, il est difficile et délicat de proclamer la relation de cause à effet, et d'admettre comme symptôme deutéropathique, ce qui peut n'être qu'une coïncidence. » Aussi ne propose-t-il qu'avec réserve l'admission de l'hydropisie des bourses séreuses dans les rangs déjà si pleins des manifestations syphilitiques secondaires. Cependant l'induction lui semble favorable à son hypothèse : d'une part, en effet, l'arthrite syphilitique n'est pas contestée; d'autre part, les bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses ont les mêmes aptitudes morbides. Mais il est deux considérations qui nous paraissent militer encore plus directement en faveur de la manière de voir de M. Verneuil à cet égard, ce sont celles qui se déduisent de la marche parallèle de l'hygroma et des accidents syphilitiques contemporains et du résultat de la médication. Cette dernière considération nous touche particulièrement.

Dans le premier des quatre cas qu'il a observés, M. Verneuil a fait simultanément un traitement interne et un traitement local assez actif : vésicatoires volants, badigeonnages iodés, immobilisation. La guérison a eu lieu. Dans le second cas, il a fait le traitement local d'un côté seulement, abandonnant l'autre hygroma à la seule action des médicaments internes : protoiodure, quinquina et fer. Le côté non traité localement a guéri à peu près aussi vite que l'autre. Dans les deux derniers cas, il s'est abstenu de toute application topique sur les mains, la guérison ne s'en est pas moins effectuée, marchant de pair avec l'effacement des autres accidents secondaires concomitants.

Il nous reste à relever dans la note de M. Verneuil une dernière observation qui nous ramène au premier ordre de faits dont nous nous sommes occupés dans cette revue, aux tumeurs sus-carpiennes des paralytiques. M. Verneuil a vu, dit-il, bien des cas de paralysies du bras consécutives à des luxations de l'épaule, à des contusions du nerf radial, etc., et jusqu'à ce jour, il n'a pas rencontré d'hygroma sus-carpien né dans ces conditions.

Il y a lieu de tenir compte de cette déclaration. La question réclame de nouvelles recherches.

Trépanation du tibia pour un abcès osseux.

Nous avons vu pratiquer la semaine dernière, par M. Panas, suppléant de M. le professeur Laugier, à l'Hôtel-Dieu, la trépanation du tibia pour un abcès qui paraissait avoir envahi presque toute l'étendue de la diaphyse. L'histoire de ce fait est trop intéressante pour que nous voulions nous borner à la rapporter ici de simple souvenir et d'après des indications incomplètes Nous nous bornons pour le moment à le signaler, nous réservant d'y revenir plus tard avec tous les développements nécessaires et de le rapprocher, pour en tirer tout l'enseignement qu'il peut donner, des observations d'abcès chroniques des os dont M. le docteur Ed. Cruveilhier a tracé l'histoire dans un mémoire que nous avons déjà signalé à l'attention de nos lecteurs.

DE L'EMPLOI DES COURANTS CONTINUS
Dans le traitement de l'ataxie locomotrice,

Par M. le docteur ONIMUS.

L'application des courants continus dans l'ataxie locomotrice progressive (*tabes dorsalis* des Allemands et des Anglais) a été faite pour la première fois par Remak. Il prétend en avoir obtenu d'heureux résultats, mais ces succès mêmes ont fait douter de l'exactitude du diagnostic; et d'un autre côté Remak, dans les dernières années de sa vie, a été tellement enthousiasmé de l'action thérapeutique des courants continus, que l'on craint toujours, de sa part, quelque exagération. M. Cyon, de Saint-Pétersbourg, dans un travail sur la *tabes dorsalis*, travail fait surtout au point de vue physiologique, ajoute que de tous les moyens thérapeutiques, le meilleur est l'emploi des courants continus. Lui-même, et il nous l'a affirmé de vive voix, l'a employé avec succès dans plusieurs cas d'ataxie locomotrice (1).

Nous avons eu l'occasion d'employer ce traitement dans un certain nombre de cas, et les résultats que nous avons obtenus sont en général favorables.

Les ataxiques que nous avons soumis à ce traitement ont tous continué à suivre le même genre de vie. Ils n'ont pas cessé de travailler, et n'ont pris aucun médicament interne. Un seul, qui d'ailleurs n'a été électrisé que trois fois, s'est plaint de ressentir une excitation anormale, suivie de lassitude; tous les autres qui ont suivi ce traitement ont éprouvé une amélioration plus ou moins grande. Cette amélioration ne consiste quelquefois que dans la cessation des douleurs fulgurantes, mais souvent elle porte même sur la marche de la maladie; elle fait reparaître la sensibilité et diminue les troubles de la locomotion, ainsi que ceux qui existent du côté de la vessie.

La durée de la maladie, son mode d'apparition, les conditions de fortune, ont quelque importance au point de vue thérapeutique; mais ce qui nous a paru le plus influer sous ce rapport, c'est la diathèse syphilitique, quelle que soit l'époque à laquelle remonte cette maladie, et quoiqu'il n'y ait plus aucune manifestation syphilitique. Dans ces conditions, toute amélioration devient plus difficile; et comme semblent le prouver les deux observations suivantes, si la sensibilité des jambes reparaît en partie, si certains symptômes du côté de la vessie et du rectum s'amendent, la maladie n'en suit pas moins son cours, et pendant le traitement même les mouvements des membres continuent à devenir de jour en jour plus ataxiques.

OBSERVATION I. — B..., garçon marchand de vins, 40 ans, a eu un chancre infectant il y a dix-neuf ans; les accidents secondaires de la syphilis ont été très-manifestes : plaques muqueuses à la gorge et éruptions cutanées. Il a suivi un traitement mercuriel et iodique, et on ne constate aujourd'hui aucune manifestation syphilitique.

Depuis huit à dix mois, il souffre de douleurs très-vives dans les jambes; ces douleurs sont intermittentes, apparaissent sous forme d'élancements et de crampes, et s'exagèrent surtout la nuit. Il y a dix mois, il est tombé trois fois dans la même journée, suite d'étourdissement, mais sans perdre connaissance. Il a eu des vomissements à la même époque. Il n'a jamais vu double, mais sa vue s'est affaiblie au point qu'il ne peut plus lire; pendant que sa vue commençait à s'affaiblir, il souffrait de violents maux de tête.

Il n'a pas d'incontinence d'urine, mais la plupart du temps, de grandes difficultés à uriner. Il a beaucoup moins d'érections.

Il se plaint en même temps de fourmillements dans les jambes et dans les bras, et d'une douleur en ceinture à la région lombaire.

La sensibilité des membres inférieurs est très-diminuée. Il ne sent la piqûre d'une épingle qu'assez faiblement et seulement au bout d'un certain temps.

Il lance les jambes en marchant, trébuche souvent, tombe dès qu'il ferme les yeux.

Il a pris, pendant plusieurs mois, des pilules de nitrate d'argent, et n'accuse comme résultat qu'une diminution dans les sensations de fourmillement et dans les tremblements des membres supérieurs.

Les courants continus, employés pendant près de cinquante séances, amenèrent une diminution très-marquée des douleurs dans les bras

(1) Le docteur Moriz Renedikt (de Vienne), dans un ouvrage tout récent (*Électrothérapie*), rapporte plusieurs cas de *tabes dorsalis* améliorés par les courants continus.

---

térêt public que nous nous proposons d'atteindre, pour que son concours ne nous fasse pas défaut.

Les obligations du pharmacien sont d'un autre ordre. Il doit non-seulement veiller sur lui-même, mais encore accepter la responsabilité des actes du personnel qui l'entoure. C'est pourquoi il n'est aucune précaution, aucun détail qui puisse lui être indifférent; il doit se conformer non-seulement aux sages prescriptions de la loi, mais il lui faut encore entourer sa responsabilité de toutes les mesures d'ordre et de précaution que la prévoyance peut lui suggérer.

Ces mesures sont de deux sortes : celles qui concernent la partie matérielle de la pharmacie et celles qui sont plus spécialement du ressort du personnel.

La partie matérielle comprend la disposition de la pharmacie, l'emplacement qu'occupe le médicament, le vase qui le renferme, l'étiquette qui le désigne.

Une pharmacie devrait être disposée de telle sorte que le contact du public avec le personnel fût le moins direct possible. Si l'emplacement le permettait, il faudrait n'admettre le client que dans une pièce séparée de l'officine proprement dite; mais à défaut de cette disposition, qui n'est pas dans nos habitudes, il faut au moins garantir le service contre les inconvénients qui résultent des rapports trop directs du public et du préparateur. Les distractions que peuvent occasionner pour ce dernier les observations faites mal à propos, une conversation étrangère au sujet, la confusion possible des médicaments, ce sont là autant de motifs qui doivent obliger le pharmacien à tenir le public à l'écart. A défaut d'une pièce spéciale pour le recevoir, on peut au moins établir une barrière qui l'éloigne du préparateur, et surtout pourvoir le comptoir de travail d'un grillage qui ne permette pas au malade de prendre lui-même l'objet qui lui est destiné.

Comme conséquence, et dans cet ordre d'idées, il importe aussi d'avoir dans la pharmacie un lieu de dépôt pour les médicaments préparés d'avance, qui ne soit point à la portée du client.

Dans toute pharmacie bien tenue, les médicaments actifs doivent occuper une place particulière. L'armoire aux poisons remplit en partie ce but; et si l'utilité de la fermer à clef a pu être contestée, du moins la division qu'elle oblige de faire parmi les médicaments a reçu l'assentiment général.

La commission a pensé que, sans demander l'intervention des prescriptions de la loi, elle pouvait donner aux pharmaciens des conseils utiles qui, appliqués avec intelligence, rendraient sinon impossibles, du moins plus rares les accidents en pharmacie. C'est en se plaçant à ce point de vue qu'elle engage le pharmacien prudent à établir un choix parmi les médicaments actifs, de manière à réserver un casier spécial pour les plus dangereux, qu'on enfermerait dans des vases de couleur et de forme différentes, afin que la vue et le toucher fussent avertis en même temps. Sans exclure ce que la pratique peut produire de plus avantageux, la couleur jaune pour le verre et la forme carrée pour le vase lui ont paru répondre à ces indications.

Ce qu'elle demande en principe pour les flacons en verre peut s'appliquer aussi bien aux pots qui renferment des extraits, sauf à leur faire subir quelques modifications dans la forme, afin de conserver l'harmonie pour ceux de ces vases qu'on emploie habituellement à l'ornementation de la pharmacie.

Indépendamment de la forme et de la couleur du vase, la couleur et la forme de l'étiquette doivent aussi compter au nombre des précautions à prendre pour assurer contre les dangers de la substitution d'un médicament à un autre. C'est pourquoi il importe d'employer pour les substances les plus dangereuses des étiquettes de couleur et de forme différentes que celles qui seraient appliquées sur les médicaments inoffensifs.

Dans tous les cas, le premier soin à prendre aussitôt que le médicament est préparé, doit être de coller sur la bouteille une étiquette qui indique l'usage auquel il est destiné, et qui rappelle la principale substance active qui entre dans la préparation. Cette précaution est applicable également aux boîtes contenant des paquets, et même à chacun des paquets en particulier, surtout lorsque la substance qu'il contient est assez active pour donner lieu à des accidents. Il est convenable d'abandonner à l'avenir ces mots : *Selon la formule*, qui n'ont aucune signification utile.

L'étiquette explicative dont nous venons de parler ne dispense pas d'appliquer sur les médicaments destinés à l'usage extérieur l'étiquette orange réglementaire. De plus, les préparations destinées aux bains, qui représentent ordinairement un médicament dangereux à boire, à cause de son état de concentration, devraient porter, en outre, une étiquette spéciale indiquant, en très-grandes lettres : *Pour un bain.*

Les médicaments très-actifs, bien que placés dans un endroit qui leur serait exclusivement réservé en dehors de la portée du public, ne devraient point être enveloppés d'avance. Quant aux médicaments inoffensifs qu'on pourrait tenir prêts sans inconvénient, il serait très-utile d'appliquer sur l'enveloppe une adresse portant le nom de la personne à laquelle ils sont destinés.

Il est un point sur lequel l'attention de la commission a été appelée : c'est la distribution des médicaments à employer par gouttes. Elle regarde comme indispensable, en raison de l'inégalité dans le poids des gouttes, suivant l'appareil dont on se sert pour les mesurer, et surtout de l'importance d'un dosage rigoureusement exact, de ne délivrer ces sortes de médicaments que dans des flacons d'une forme spéciale, qui soient accompagnés d'un compte-gouttes réglementaire. Ce problème ne lui a pas paru difficile à résoudre, surtout depuis que notre collègue, M. Lebaigue, a si bien démontré à la Société le principe sur lequel repose le poids des gouttes. Il ne serait pas difficile d'établir économiquement des flacons destinés à contenir des médicaments à prendre par gouttes, et la commission en recommande vivement l'usage.

Il est bien entendu d'ailleurs que, pour le service de la pharmacie, l'usage de compte-gouttes exactement calibrés serait rigoureusement

et dans les jambes, mais surtout dans les jambes. Ces douleurs reparaissaient assez promptement lorsqu'on suspendait le traitement pendant quelques jours ou lorsqu'on employait des courants descendants.

La contracture de la vessie fut également beaucoup améliorée, car tandis que précédemment il s'écoulait toujours un temps assez long avant la miction de l'urine, il pouvait maintenant uriner plus promptement et plus facilement. En même temps, la vue s'améliora assez pour qu'il pût lire les caractères d'impression d'un journal, ce qu'il ne pouvait pas faire auparavant.

Mais du côté des jambes, la marche devint de jour en jour plus difficile; il tombait plus souvent, et en même temps les mouvements des bras devenaient incoordonnés, et cet état, loin de s'améliorer, augmentait malgré le traitement et l'amélioration des autres symptômes.

Observation II. — M. D..., âgé de 33 ans, rentier, a été atteint, il y a huit ans, d'accidents syphilitiques. Il eut successivement un chancre induré, une roséole très-prononcée, des taches cuivrées sur la peau. Il suivit un traitement anti-syphilitique complet, et n'a plus aucune manifestation syphilitique. Il a fait, avant et après sa maladie vénérienne, de grands excès de femmes et de tabac.

Il y a trois ans, étant à cheval, il s'aperçut que ses pieds ne sentaient plus aussi bien l'étrier, et il fut obligé de renoncer à l'exercice du cheval, car il perdait les étriers à chaque moment.

A partir de cette époque, il ressent des fourmillements dans les jambes, de la faiblesse dans les genoux et des crampes dans les muscles du mollet. Ces symptômes vont en augmentant, et aujourd'hui, sa marche est impossible sans canne. Il lance les jambes en avant lorsqu'il marche, les tient très-écartées quand il reste debout, tombe dès qu'il ferme les yeux.

La sensibilité des membres inférieurs a presque complétement disparu. On peut le pincer très-vivement, lui arracher les poils sans qu'il accuse grande douleur. Entre le moment où s'est produit la piqûre et la sensation, il se passe un intervalle de temps de près de deux secondes. Il peut encore apprécier assez exactement les différences de température.

Couché, il ne sent pas ses jambes; il ne sait si elles sont croisées, pliées ou étendues. En ployant sa jambe et en la mettant dans différentes positions, il ne peut jamais bien définir la position qu'elle occupe.

Il a, depuis plus d'un an, de l'incontinence d'urine et des besoins fréquents d'uriner. Du côté du rectum, il se plaint de ténesme qui a lieu surtout dans la matinée. Il y a en même temps relâchement des sphincters, et il lui est arrivé de ne pouvoir retenir les matières fécales.

Il n'a jamais rien eu du côté des yeux ou de l'encéphale. Son appétit est bon et il n'accuse guère de douleurs soit dans les jambes, soit dans les bras. Il a fait plusieurs mois d'hydrothérapie et a été soumis au nitrate d'argent, mais sans succès.

Au bout de vingt séances d'électrisation, la sensibilité des jambes reparaît un peu; il sent mieux et plus vite la piqûre d'une épingle. L'incontinence d'urine disparaît en partie, mais la marche devient plus pénible et l'usage des bras plus incertains, l'écriture plus difficile et plus illisible. De nouvelles séances d'électrisation ne peuvent améliorer ces symptômes, et la maladie continue à s'étendre.

Nous voyons donc combien les résultats sont peu satisfaisants chez ces deux malades, et combien, malgré le traitement, la maladie continue son cours lentement, sourdement. Les phénomènes accessoires s'amendent, mais le travail des éléments nerveux de la moelle continue à s'étendre. Dans aucun cas les malades n'ont eu autant de patience, et dans aucun cas nous n'avons eu aussi peu de résultats. La raison en est sans doute dans la préexistance de la syphilis. Nous savons, en effet, combien la syphilis favorise le développement du tissu conjonctif ou lamineux, et la *tabes dorsalis* est dûe justement à la présence de ce tissu qui vient dans la moelle se substituer aux éléments nerveux.

(La suite prochainement.)

OVARIOTOMIE

Obs. LVI. — Ovariotomie pratiquée le 28 décembre 1867. Guérison.

Par E. Kœberlé.

Mademoiselle R..., de Saint-Gall, âgée de 23 ans, très-nerveuse, d'une santé délicate, mais d'une forte constitution, éprouva en 1862 des douleurs dans le bas-ventre et eut depuis, du côté des organes pelviens, une série d'accidents qui se rapportaient à un kyste de l'ovaire au début. En 1865, on ne percevait encore aucune tumeur à travers la paroi abdominale, d'autant plus que la malade avait beaucoup d'embonpoint. Vers 1866, une tumeur devint appréciable, et M. le docteur Wegelin, de Saint-Gall, pensa devoir la rapporter à une affection d'un ovaire.

Au commencement de 1867, la tumeur s'étendit jusqu'à l'ombilic. Au mois d'octobre survint une irritation dans la région vésicale, qui céda lentement. Au mois de décembre, le kyste s'étendait jusqu'au creux épigastrique. M. le professeur Miescher, de Bâle, en conseilla alors l'extirpation. Il n'y avait pas d'adhérences abdominales. L'excavation pelvienne était libre. La tumeur paraissait provenir de l'ovaire gauche.

L'ovariotomie eut lieu le 28 décembre 1867, avec l'assistance de MM. A. Ehrmann, Kien et Grollemand.

Incision de 12 centimètres. Pas d'adhérences. Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, dont la loge principale contenait six litres de liquide clair; les autres loges, très-nombreuses, contenaient un liquide très-gluant et formaient une masse du poids d'un kilogramme et demi. Ligature du pédicule, qui était un peu court, avec du fil de fer. Ovaire droit sain. Réunion par trois points de suture profonde et six points de suture superficielle. La pédicule était soumis à une légère traction, en raison de son peu de longueur, afin de maintenir la ligature au niveau de la partie interne de la paroi abdominale, à une profondeur de 4 centimètres, dans l'épaisseur du tissu œdipeux. La perte de sang a été de 150 grammes environ. L'opération a duré une heure. L'ensemble de la tumeur pesait 8 kilogrammes.

Après l'opération survinrent des crampes dans divers muscles, surtout aux extrémités inférieures, et des crampes utérines très-intenses à des intervalles rapprochés; il y eut aussi quelques vomissements choloroformiques. Les crampes utérines se continuèrent jusqu'au lendemain, en diminuant peu à peu d'intensité et à des intervalles plus longs. A partir du deuxième jour, l'état de mademoiselle R... était excellent. Le pédicule se détacha le neuvième jour. Le soir, pendant que l'opérée reposait en toute sécurité, apparut subitement un écoulement de sang qui devint rapidement très-abondant, malgré la promptitude des secours. Le sang provenait de l'artère ovarique, qui se trouvait à une profondeur de 6 centimètres dans l'angle inférieur de l'incision. Le tamponnement de la plaie] et les liquides hémostatiques restèrent inefficaces. Étant arrivé sur ces entrefaites, je trouvai mademoiselle R... pâle, anxieuse, le pouls très-petit, inondée de sang. Redoutant de produire une hémorrhagie interne en forçant la compression extérieure, j'essayai de comprimer profondément les tissus de chaque côté du pédicule et j'eus la satisfaction de voir que l'hémorrhagie pouvait être ainsi arrêtée. Je débarrassai la plaie des caillots et de la charpie, j'y introduisis jusqu'au fond une simple mèche imbibée d'eau de Pagliari, et je maintins la compression latérale médiate pendant une heure et demie. L'hémorrhagie était alors heureusement arrêtée. On fit ensuite une légère compression extérieure, on appliqua de la glace, et l'hémorrhagie ne se reproduisit plus. La perte de sang a été de 600 grammes au moins. La cicatrisation de l'angle inférieure de la plaie marcha lentement par suite de sa profondeur, mais elle devint complète un mois après l'opération. Mademoiselle R... ne tarda pas à reprendre des forces et elle retourna en Suisse fort bien portante.

Remarques. — C'est le deuxième cas d'hémorrhagie consécutive par l'artère ovarique que j'ai observé dans des circonstances à peu près semblables. La première fois, c'était lors de la IVe observation. Dans les deux cas, le pédicule était court, et la partie qui avait été liée s'est détachée plus tôt qu'à l'ordinaire, en premier lieu le onzième jour, et dans ce dernier cas, dès le neuvième jour. C'est chaque fois à la suite d'un effort pour aller à la selle que l'hémorrhagie s'est manifestée. La compression et les hémostatiques sont restés inefficaces dans l'observation IV : il fallut rouvrir la cicatrice et saisir directement l'artère qui donnait du sang. Dans le dernier cas, la compression médiate latérale, aidée des agents hémostatiques, a heureusement suffi pour arrêter l'hémorrhagie. Dans pareilles circonstances, lorsque le pédicule s'est détaché de bonne heure, il faut que l'opérée évite, autant que possible, de faire des efforts quelconques. Si le pédicule est court et se trouve soumis à une traction prononcée, il faut tâcher de relâcher progressivement cette traction, en abandonnant peu à peu le pédicule à lui-même avant qu'il ne se détache.

RECHERCHES

Sur les apoplexies placentaires et les hématomes du placenta

Par M. le docteur Verdier (1).

Bien qu'en partie connu, le mode exact des connexions entre le placenta fœtal et le placenta maternel, n'est pas encore bien déterminé.

Les épanchements sanguins se produisent à toutes les périodes de la grossesse, mais surtout à partir du deuxième mois.

Ils siégent principalement, comme l'avaient vu Meckel et Jacquemier dans la partie maternelle du placenta (sérotine, caduque utéro-placentaire).

Ils reconnaissent ordinairement pour cause prédisposante une anomalie de la sérotine ou du placenta, surtout le développement trop considérable ou l'atrophie de ces parties; les causes congestives n'agissent que comme déterminantes.

Dans les quatre premiers mois de la grossesse, ils déterminent le plus souvent l'avortement.

A une époque postérieure, ils persistent souvent jusqu'à la fin de la gestation. Les transformations du sang épanché donne lieu alors à la production de ces masses désignées sous le nom de *squirrheuses, fibreuses, fibrograisseuses;* à la soi-disant *hépatisation*, à la *calcification* du placenta. etc.

L'existence de la *placentite* n'est jusqu'ici fondée sur aucune base positive; le liquide pris pour du pus n'est que le résultat de la métamorphose régressive de la fibrine.

La soi-disant dégénérescence fibreuse ou oblitération par erreur de lieu des cotylédons est, en réalité, une lésion tout à fait accessoire : ou a le plus souvent décrit comme telle une des formes de l'hématome ancien du placenta.

NOUVEL URÉTHROSCOPE

(Présentation faite à l'Académie de médecine le 22 septembre 1868.)

M. le docteur Ed. Langlebert présente à l'Académie un nouveau modèle d'uréthroscope, à l'aide duquel il est possible d'éclairer l'intérieur de l'urèthre, soit avec la lumière du jour, soit avec une lampe ou une bougie placée à distance de l'instrument.

La lentille, représentée en L dans la figure ci-contre au lieu d'être fixée, comme dans les autres instruments de ce genre, à l'extrémité d'un tube cylindrique, occupe la base d'un cône creux, argenté intérieurement, et d'une hauteur telle que son sommet coïncide avec le point F, foyer principal de la lentille. D'où il résulte que la paroi latérale de ce cône enveloppe exactement le cône lumineux que forme après sa réfraction dans la lentille, le faisceau parallèle de lumière envoyé par le réflecteur M.

A une certaine distance de la lentille se trouve un miroir métallique N, de forme elliptique, percé à son centre d'une petite ouverture, et incliné de 45° sur l'axe principal. La surface de ce miroir, légère-

(1) In-8°. Paris, 1868. Adrien Delahaye.

obligatoire, au même titre que celui de poids et de balances parfaitement justes.

Quant aux vases destinés à la distribution des médicaments pour l'usage extérieur, la commission a pensé qu'ils doivent non-seulement différer des vases en verre blanc ordinairement employés dans la pharmacie, mais encore avoir une couleur et une forme particulières : la couleur a pour but de frapper la vue; la forme, de faire reconnaître par le toucher le liniment de la potion, lorsqu'une demi-obscurité règne dans la chambre du malade.

Si ces dispositions étaient adoptées d'une manière générale, le pharmacien montrerait une fois de plus qu'il n'omet aucune précaution pour la sécurité des malades; car il ne lui aurait point suffi de prendre dans sa pharmacie toutes les mesures de précaution possibles pour la confection et la distribution des préparations actives, le compte-gouttes, la forme et la couleur des vases ayant particulièrement pour objet d'empêcher les erreurs qui peuvent être le fait même de l'entourage du malade, montreraient que ses préoccupations accompagnent le malade jusqu'à sa destination; et si, malgré toute sa sollicitude, il ne parvenait pas encore à éloigner complétement pour l'avenir ces malheurs effroyables qui jettent la désolation dans les familles, il aurait assuré pour lui la tranquilité de sa conscience, et, il faut du moins l'espérer, acquis l'indulgence de la justice, car il pourrait à bon droit revendiquer pour ses actes cette maxime consolante : *Fais ce que dois, advienne que pourra.*

En résumé, d'après les considérations qui précèdent, la commission a cru devoir établir ses *desiderata* sous la forme des conclusions suivantes :

Pour le médecin. — 1° Employer pour ses prescriptions des feuilles de papier portant imprimés son nom et son adresse.

2° Écrire sur deux feuilles séparées la prescription et la consultation : la prescription pour le pharmacien, qui devra en rester dépositaire; la consultation pour le malade.

3° Écrire en toutes lettres la dose du médicament actif, et ajouter, si la dose est un peu forte, le mot *sic*, ou simplement souligner.

Pour le pharmacien. — 1° Dans l'officine, tenir les substances très-énergiques renfermées dans des vases d'une couleur jaune, de forme carrée, et revêtus d'étiquettes de même nuance.

2° Délivrer les médicaments destinés à l'usage extérieur également dans des vases de couleurs jaune et de forme carrée.

3° Ne livrer aucun médicament actif sans que le vase, ou chacun des paquets qui le contiennent, porte son nom lisiblement écrit; n'envelopper ces médicaments qu'au moment de les délivrer.

4° Indiquer autant que possible, sur l'étiquette, la nature ou la composition et l'emploi du médicament.

5° Établir dans la pharmacie les dispositions nécessaires pour que les médicaments préparés ne soient point à la portée du public.

6° Ne jamais laisser dans l'officine aucun médicament préparé à l'avance pour un malade, sans qu'il porte sur son enveloppe, d'une manière apparente, une étiquette indiquant le nom de la personne à laquelle il est destiné.

7° Dans les officines employer, pour le dosage des médicaments par gouttes, des appareils exactement calibrés de manière à donner des gouttes d'eau de cinq centigrammes.

8° Enfin, délivrer les médicaments qui doivent être employés par gouttes dans des flacons spéciaux, munis de compte-gouttes qui permettent d'en faire le dosage avec une exactitude rigoureuse.

J'ajouterai une remarque à laquelle j'attache la plus grande importance, et que je ne cesse de répéter dans toutes mes visites de pharmacies.

« Ne renfermer dans l'armoire aux poisons que les seuls poisons de l'ordonnance. »

Je tremble quand je vois placer par exemple le calomel à côté du sublimé corrosif, la pepsine à côté de la digitaline, etc.

Ne peut-il arriver que, la nuit, un élève nouveau, encore engourdi par le sommeil, ne prenne un flacon pour l'autre. Pour votre sécurité, exécutez rigoureusement l'ordonnance des substances vénéneuses. Dans l'armoire, rien autre chose que les poisons indiqués. Si vous voulez, par excès de prudence, séparer encore quelques substances vénéneuses qui ne sont pas comprises dans l'ordonnance, ayez une deuxième armoire pour ces petits produits qui réclament encore une attention spéciale.

Mayet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des eaux salino-arsenicales de Bagnères-de-Bigorre, recherche et action curative de l'arsenic, par le docteur Alban de la Garde, fils, médecin aux eaux de Bagnères-de-Bigorre. Une brochure grand in-8 de 15 pages. Prix : 50 centimes. — Paris, Germer-Baillière.

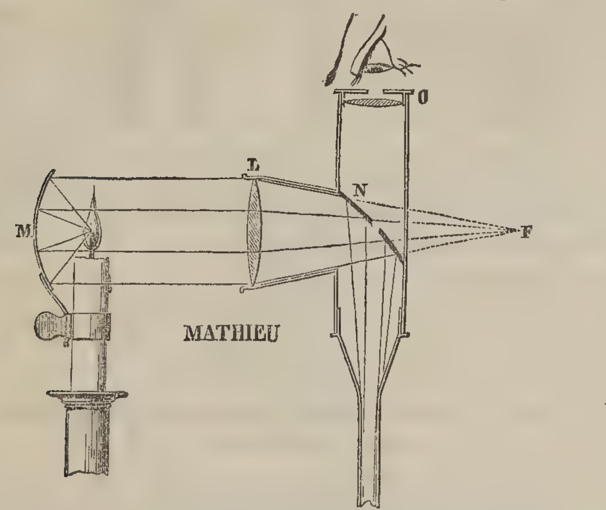
Traité d'hygiène générale, par le docteur Adolphe Motard. Deux volumes in-8, ensemble 1,700 pages avec figures intercalées dans le texte. Prix : 16 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La vivisection devant la science et devant l'opinion, par le docteur Henry de Lalaubie. Mémoire couronné par la Société protectrice des animaux de Londres et celle de Paris. 3e édition revue et corrigée. Un volume in-8. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Marquis, libraire.

Symptômes et traitement des maladies mentales à leur début, par le docteur Alb. Erlenmayer. Mémoire couronné par la Société allemande de psychiatrie et de psychologie légale, ouvrage traduit de l'allemand sur la cinquième édition par le docteur Joseph de Smeth. Une brochure grand in-8 de 155 pages. Prix : 3 francs. — Paris, Germer-Baillière.

ment concave, reçoit donc en totalité les rayons lumineux réfractés par la lentille, et les réfléchit en les inclinant vers le fond de la sonde que l'on regarde avec un verre lenticulaire O.

Grâce à ces dispositions, rien n'est plus facile que l'exploration de



l'urèthre à toutes ses profondeurs avec une simple bougie placée à une distance même assez grande de l'instrument, ce qui rend ce nouvel uréthroscope non-seulement beaucoup plus simple, plus léger, et moins coûteux que ceux actuellement connus, mais encore d'un emploi beaucoup plus commode.

Cet instrument a été fabriqué par M. Mathieu.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES.

Les décrets du 31 juillet 1868 concernant les laboratoires et l'École pratique des hautes études sont en pleine voie d'exécution.

Pour l'École, 157 inscriptions, chiffre qui dépasse toutes les prévisions, ont été prises. Elles se répartissent de la manière suivante :

Mathématiques	15
Physique et chimie	51
Histoire naturelle et physiologie	47
Histoire et philologie	44

Parmi les candidats inscrits, se trouvent des agrégés et des docteurs; quelques-uns abandonnent même des positions acquises ou reviennent de l'étranger pour se faire admettre à l'École nouvelle. Plusieurs inscriptions sont prises par des étrangers.

Dès le milieu de novembre, à l'époque ordinaire de l'ouverture des cours d'enseignement supérieur, les travaux commenceront dans les quatre sections de l'École pratique des hautes études.

En ce qui concerne les *laboratoires*, la plupart de ceux qui sont en préparation pourront s'ouvrir, vers la même époque, aux candidats à la licence et aux élèves de l'École.

A la Sorbonne, les laboratoires de physique, de botanique, de physiologie et de géologie, confiés à MM. Desains, Duchartre, Claude Bernard et Hébert, seront bientôt prêts, et un vaste laboratoire de chimie, destiné à MM. Pasteur et Sainte-Claire Deville, s'élève rapidement à côté du grand laboratoire de physique, construit l'an dernier, et dirigé par M. Jamin.

Au Collége de France et à l'École normale supérieure, les laboratoires de MM. Balard et Berthelot, pour la chimie, s'ouvriront en temps utile; ceux de MM. Claude Bernard, pour la physiologie; Pasteur, pour la chimie physiologique, un peu plus tard.

Au Muséum, les laboratoires de MM. Milne-Edwards, pour la zoologie; Decaisne, pour la culture et la physiologie végétale, sont prêts. On s'occupe activement d'assurer de nouvelles et plus vastes installations à la botanique, à la chimie et à la physiologie comparée.

Dans la province, des savants demandent, aux termes du décret du 31 juillet, que leur laboratoire soit considéré comme une annexe de l'École des hautes études; plusieurs villes songent à développer les ressources de leurs établissements d'enseignement supérieur, et le conseil général du Calvados, par une heureuse et honorable initiative, vient de voter une subvention en faveur du laboratoire de recherches institué à la Faculté des sciences de Caen, pour la chimie agricole.

Ainsi de nombreux moyens de travail vont être offerts aux élèves et aux maîtres.

Un arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 28 septembre, convoque le conseil de l'École pour le 3 novembre et nomme les membres des quatre commissions qui n'y siégent pas de droit. Ces membres sont :

Pour la section de mathématiques : MM. Bertrand, Chasles, Delaunay et Serret, membres de l'Institut; M. Puiseux, professeur à la Faculté des sciences.

Pour la section de physique et de chimie : MM. Balard, Frémy et Wurtz, membres de l'Institut; MM. Desains et Jamin, professeurs à la Faculté des sciences de Paris.

Sciences naturelles : MM. Bernard (Claude), Brongniart, Decaisne et Milne-Edward, membres de l'Institut; Hébert, professeur à la Faculté des sciences de Paris.

Sciences historiques et philologiques : MM. Maury, L. Rénier, de Rougé, Waddington, membres de l'Institut; et Bréal, professeur au Collége de France.

Essai sur la relation qui existe à l'état physiologique entre l'activité cérébrale et la composition des urines, par le docteur H. BYASSON, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi. Une brochure grand in-8 de 66 pages. Prix : 2 francs. — Paris, Germer-Baillière.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 117. — MARDI 6 OCTOBRE 1868. 41e ANNÉE. MARDI 6 OCTOBRE 1868. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour com . . . le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 5 octobre 1868.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

Académie des sciences. — M. Dumas vient de lire à l'Institut un mémoire excessivement intéressant sur l'affinité chimique. L'étendue de cette communication ne nous permet pas de la reproduire dans la *Gazette*, mais nous l'insérerons en entier dans le prochain numéro de la *Revue de Paris* (15 octobre 1868).

Trois points principaux ressortent du travail de M. Dumas :

1° L'influence de Newton sur la chimie, par l'introduction dans la science de la force attractive, cause de la cohésion et de l'affinité ;

2° La cause de l'attraction moléculaire, cohésion et affinité, est encore inconnue, malgré les tentatives faites par des savants du premier ordre pour la confondre avec les forces électriques et magnétiques;

3° Explication de la loi de Berthollet, relative à la décomposition mutuelle des sels neutres dissous dans l'eau.

La nomenclature des corps chimiques de Lavoisier a reçu enfin, dans cette communication, l'appréciation la plus juste et la plus éclairée.

— M. le général Morin a communiqué une note sur des effets produits par la foudre dans une habitation du hameau de Chatton, commune du Champlost (Yonne).

La foudre, tombée à six heures du matin sur une maison de ce hameau, a déterminé un incendie qui a consumé entièrement onze maisons.

Dans cette maison, le fluide électrique a pénétré dans un meuble en bois qui contenait, dans une bourse de soie et à coulants, vingt pièces de 5 francs en argent, une pièce de 20 francs en or, deux pièces de 10 francs en or et six pièces de 5 francs en or.

Après l'incendie, on a retrouvé sous les décombres deux lingots de même poids, de 236 grammes, à 1 gramme près, et composés chacun de neuf pièces de 5 francs et 35 francs en or : l'un de une pièce de 20 francs, une pièce de 10 francs et une pièce de 5 francs; l'autre de une pièce de 10 francs et cinq pièces de 5 francs.

L'on a trouvé, en outre, trois petits lingots isolés, dont deux sont le résultat de la fusion des dix-neuvième et vingtième pièces de 5 francs, et le troisième paraît être un fragment du lingot qui a subi la fusion la plus complète.

Dans les lingots, les pièces d'argent sont toutes déformées, fortement soudées entre elles, et offrent la preuve d'un ramollissement complet et d'un commencement de fusion.

Les pièces d'or, au contraire, sont intactes et ne portent aucune trace de fusion. Elles sont simplement posées et soudées, sans aucune altération apparente, sur le lingot d'argent, où il semblerait qu'elles ont été amenées par adhérence.

Le premier lingot, sur lequel il n'y a que trois pièces d'or (une de 20 francs, une de 10 francs, une de 5 francs), en portait une quatrième de 5 francs, qui a été détachée par le propriétaire de la maison incendiée, lorsqu'on a découvert ces lingots, et qui s'est brisée sous un faible effort; elle n'était soudée sur l'argent que par une partie très-restreinte de sa circonférence, bord à bord avec celle qui est restée adhérente et presque perpendiculairement.

La température de fusion de l'argent étant estimée à 800 degrés environ, et celle de l'or à 1,050 degrés, on voit que l'argent ayant été fondu, tandis que l'or ne l'a pas été, il en résulte que l'élévation de température développée dans le cas actuel n'a pas atteint 1,050 degrés, ce qu'on peut affirmer avec d'autant plus de raison que les alliages monétaires sont plus fusibles que les métaux purs.

L'or n'a pas été fondu, et il n'a pas perdu sa ductilité par le passage de l'électricité, comme le pourrait faire supposer la rupture de la pièce de 5 francs, séparée de celle qui était soudée avec elle par un faible effort : la fragilité observée est due à la soudure et ne se manifesta que dans la partie alliée à l'argent.

— M. Morel adresse de Saint-Yon, pour le concours des prix de médecine, un « exposé analytique de ses travaux sur les origines du goître et du crétinisme, et sur les moyens de débarrasser l'humanité de pareils fléaux. »

— Quelques expériences de sphygmographie ont été pratiquées, en ballon, pendant une ascension de MM. W. de Fonvielle, Tissandier et Darnof.

On a souvent étudié les tracés graphiques donnés par le pouls humain, sur des montagnes et jamais en ballon. M. Tissandier a fait l'expérience sur M. de Fonvielle, à terre, à 1,200, à 2,400 mètres d'attitude, et après la descente; ces courbes obtenues sont soumises à l'examen de M. le docteur Marey.

— M. Perez poursuit ses intéressantes études sur la formation de l'œuf.

Il s'élève contre la théorie *exclusive* d'un élément dérivant directement d'un autre élément. Qu'il y ait des cas de ce genre, M. Perez ne le nie pas. Pour lui, c'est incontestable; mais aller plus loin et trouver dans cette formation l'origine *nécessaire* d'un élément quelconque, c'est aller au delà des données de l'observation.

— M. Dumas a fait part à l'Académie, de la perte considérable qu'elle venait de faire.

M. Schönbein, professeur à l'Université de Bâle, était correspondant dans la section de chimie.

Rendu populaire par les découvertes du coton-poudre, de l'ozone, M. Schönbein ne pouvait suivre les sentiers battus. Quand ses amis le rencontraient, ils ne lui demandaient plus : Qu'avez-vous fait de nouveau; mais : Qu'avez-vous d'étonnant à nous dire? — tant se savant avait l'habitude de donner un corps aux rêves de la science.

C'est lui qui a démontré que partout où un métal s'oxyde, où une matière organique éprouve la combustion lente, l'eau oxygénée se produit.

C'est enfin M. Schönbein qui récemment montra que le ruthénium en éponge agit à la manière de la chaleur rouge, dans la décomposition de l'eau par le chlore, — dégagement de l'oxygène et formation de l'acide chlorydrique. Il n'absorbe ni ne cède rien, et l'action est si rapide qu'un tube contenant du ruthénium en éponge, qui serait traversé par une solution de chlore, rendrait à son extrémité de l'oxygène et une solution d'acide chlorydrique.

M. Schönbein, savant rare et éminent, était un homme modeste, plein d'aménité et de dévouement à la jeunesse.

— M. J. Lemaire continue ses recherches sur l'action des infusoires dans le typhus, le choléra, la peste, la fièvre jaune, la dysentérie, les fièvres intermittentes et la pourriture d'hôpital.

Il pense que toutes ces maladies ne sont pas des espèces distinctes.

Depuis Hippocrate, les médecins et les vétérinaires ont constaté que partout où il existe en abondance des matières en putréfaction, des maladies graves, transmissibles selon les uns, non transmissibles selon les autres, prennent naissance. Les maladies énumérées plus haut sont endémiques dans le voisinage des grandes collections de matières en putréfaction.

Toutes ces maladies ont une cause commune : les matières en putréfaction. Cette cause commune produit des effets communs et des lésions anatomiques identiques.

Certains symptômes peuvent faire varier l'espèce; mais non la changer. Cet axiome médical conduit M. J. Lemaire à établir l'identité de ces maladies qui, pour lui, doivent être rangées parmi les maladies parasitaires.

Les aliments solides ou liquides en putréfaction introduits dans le tube digestif de l'homme ou des animaux en santé déterminent les symptômes de ces maladies. La mort ou des symptômes graves ont suivi les expériences *in anime vili* de ce genre.

Or, l'expérience a démontré que les gaz et les vapeurs provenant des matières en fermentation entraînent en quantité considérable des spores et des corps reproducteurs de microzoaires. Les voies digestives et respiratoires leur donnent entrée dans l'organisme.

Les bactéries, les vibrions ont été signalés dans le sang des typhiques, des variolés, sang de rate, anthrax, gangrène humide, pustule maligne. Outre ces infusoires, les monades et les cerco-

---

FEUILLETON

LES FACULTÉS DE MÉDECINE DE PROVINCE

Avant la Révolution.

FRAGMENTS.

Les médecins, il faut en convenir, sont en général assez ignorants des faits et gestes de leurs ancêtres en France; les institutions médicales anciennes, si profondément modifiées aujourd'hui, sont peu connues ou même entièrement ignorées. Quelques savants ou quelques chercheurs seulement se mettent un peu au courant des questions de cette nature; ils s'efforcent de reconstituer brin à brin l'histoire de nos diverses facultés ou colléges; ils essayent de faire revivre ces Corps enseignants, qui trop souvent n'enseignaient rien; ils s'épuisent inutilement à nous montrer le praticien de campagne dans l'exercice de son art. Les documents font absolument défaut, ou bien ils sont dispersés, incomplets, et demanderaient, pour être réunis, un temps qui manque au médecin ou des soins qu'il ne peut pas leur consacrer.

Ce serait, cependant, une étude intéressante et fort curieuse pour nous. On connaît, d'une façon encore incomplète, il est vrai, l'histoire de la Faculté de médecine de Paris. Que de détails instructifs et amusants tout à la fois! Avec quel plaisir ne pénètre-t-on pas dans l'intimité de cette faculté, personnalité puissante et originale, vivant de sa vie propre et indépendante; tantôt amante du progrès, plus souvent attardée sur le chemin de la routine; querelleuse, processive, franchement insupportable, revendiquant en tout ses droits et ne cédant pas même devant la loi, devant la force; s'incarnant à certaines époques dans des personnages illustres ou tout au moins remarquables, qui peuvent encore servir de types respectés au véritable médecin; produisant, à d'autres moments, des personnages grotesques, ridicules ou ignorants dont Molière lui-même n'a pas pu faire complète justice.

Grâce aux *Commentaires* si précieux et trop peu connus de la Faculté de médecine, grâce à quelques travaux de Bourru, de Baron, de Hazon surtout; grâce aux immortelles lettres de Guy-Patin et à l'ouvrage de Bernier, l'histoire de la Faculté de Paris a pu être entreprise. M. Sabatier en a élucidé certains points; et, plus tard, MM. Chéreau, Maurice Raynaud et nous-même avons pu ajouter quelques chapitres à la chronique de notre vieille école, cette *alma mater* orgueilleuse qui avait pris pour devise la devise papale : *urbi et orbi.*

Nous voudrions entreprendre un travail analogue pour les facultés et écoles de médecine de la province; mais c'est une longue tâche, pénible et difficile. Nous nous efforçons de réunir quelques pièces sur ce sujet et n'arrivons pas à de grands résultats. Il faudrait pouvoir parcourir la province, fouiller les bibliothèques, chercher et dénicher, si elles existent, quelques monographies du temps; compulser les procès nombreux entre médecins et médecins, médecins et chirurgiens ou barbiers, médecins et apothicaires, car, de tout temps, les anciennes facultés aimèrent à plaider, et les plaidoyers apprennent beaucoup de choses et forment un des éléments les plus instructifs de l'étude que nous avons sur le chantier.

Malheureusement, pour mener à bonne fin une entreprise de cette nature, nous n'avons pas assez de loisirs, et ce travail restera forcément incomplet si des confrères charitables ne viennent pas à notre aide, soit en nous signalant les pièces dont ils peuvent avoir connaissance, soit en nous donnant une analyse plus ou moins complète de celles qu'ils possèdent. Nous leur faisons un chaleureux appel et les assurons de toute notre reconnaissance.

En attendant, nous allons faire connaître aux lecteurs curieux quelques-unes des pièces anciennes et intéressantes que nous avons pu réunir. Nous commencerons cette série par un document que nous croyons assez rare et qui se trouvait dans les papiers de Goulin qui, lui-même, le tenait du célèbre Louis.

I

LA FACULTÉ DE PONT-A-MOUSSON.

Pont-à-Mousson est une petite ville du département de la Meurthe et qui, par conséquent, faisait autrefois partie de la province de Lorraine. Charles, cardinal de Lorraine, y fonda, en 1573, une Université et une Faculté de médecine qui a subsisté jusqu'en 1768. A cette époque, un arrêté du roi Louis XV la transféra à Nancy. Je ne sache pas que cette université ait produit beaucoup de grands hommes, ni même un seul médecin quelque peu célèbre. Le fait n'étonnera personne, quand on saura comment et à quel prix s'y faisaient les docteurs (1).

On a souvent dit que les Facultés de province recevaient des docteurs sans leur faire passer aucun examen, se contentant de leur vendre un diplôme à beaux deniers comptant, et à un prix plus ou moins élevé. Guy-Patin s'en plaint amèrement dans ses lettres et y revient maintes fois. — « En vérité, dit-il, j'ai honte de voir tant de jeunes docteurs qui reviennent des Universités avec des bulles apostoliques et qui ne savent presque rien. C'est ce qui fait que je ne m'étonne point du mépris qu'on fait de notre profession en beaucoup d'endroits. Le parchemin qu'ils rapportent des Universités est une

(1) Cependant nous trouvons, parmi les premiers professeurs, un homme justement célèbre, Charles Pison (*Carolus Piso*), docteur de la Faculté de Paris, où il fut reçu en 1598, et qui mourut à Nancy l'an 1633.

monas ont été trouvés dans les déjections des typhiques, des cholériques et des dysentériques.

Ces faits sont très-importants, puisque dans l'organisme sain ces infusoires ne *peuvent* exister.

M. Lemaire, après une atteinte de choléra, a trouvé dans ses fèces des myriades de bactéries, des vibrions linéoles, rugules et chaînettes, spirillum volutans, monades et cercomonas crassicauda.

— *Hôpitaux.* — Deux simples questions sur la position des médecins vis-à-vis de l'Administration de l'assistance publique, à Paris :

1° Toute personne étrangère à un hôpital ne pouvant y pénétrer sans autorisation, la simple exhibition de sa carte ne doit-elle pas ouvrir les portes d'un hôpital à un docteur en médecine? ou doit-on subir l'interrogatoire inconvenant et grossier d'un concierge? — Nous ne parlons ici que de l'hôpital Beaujon.

2° Un directeur d'hôpital donne-t-il une grande preuve de son intelligence en signifiant à un docteur en médecine, ancien chef de clinique dudit hôpital, qu'il ne peut entrer dans les salles en dehors des heures réglementaires?

Alors qu'il est bien établi que ce médecin, très-estimé, n'entre dans cet hôpital que pour continuer des études du plus haut intérêt scientifique.

Au moment où l'École des hautes études et les laboratoires officiels donnent une si grande espérance aux amis de la science, l'Administration de l'assistance publique s'exposerait-elle, — par de maladroites et inintelligentes applications de ses règlements, — à se voir accusée d'enrayer le mouvement scientifique?

Poser la question en ces termes, c'est la résoudre.

Dr E. Le Sourd.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Kystes multiples de la mamelle, avec productions papillaires à leur intérieur (kystes proligères de Paget. Cysto-sarcome phyllode de Müller).

(Observation recueillie par M. SEVESTRE, interne provisoire.)

Les kystes du sein ne sont pas rares, mais ils se présentent rarement avec des caractères absolument identiques; aussi démontre-t-on de temps en temps quelques faits qui, sans être complétement insolites, semblent cependant s'écarter des conditions habituelles. Tel nous paraît être le cas suivant, relatif à une tumeur kystique du sein, enlevée en ville par M. Demarquay dans ces derniers temps.

Madame X..., âgée de 46 ans, a toujours eu une santé excellente et n'a jamais éprouvé de dérangement des fonctions utérines. Mère de six enfants, elle n'en a nourri aucun; cependant elle a toujours eu, dit-elle, beaucoup de lait, et à chacune de ses couches, se faisait par le mamelon un écoulement laiteux abondant pendant plusieurs jours, quelquefois plus d'un mois. Jamais elle n'a eu de douleurs dans le sein; jamais non plus de contusion de cet organe.

Il y a deux ans et demi seulement, cette dame s'aperçut par hasard de la présence d'une petite grosseur à la partie interne et inférieure du sein droit; elle la montra à son médecin, le docteur Boyer, qui n'y attacha point d'abord d'importance; mais quelques mois après, la tumeur ayant augmenté de volume, il lui donna le conseil de se faire opérer. Comme elle ne souffrait aucunement, elle refusa et attendit jusqu'à ces derniers temps, faisant simplement des onctions de diverse nature sur la tumeur qui, malgré cela, grossissait toujours. Il y a quatre mois environ, elle ressentit pour la première fois quelques douleurs, des élancements légers dans la tumeur, surtout à l'époque des règles. Ces douleurs spontanées devenaient un peu plus vives dans les mouvements du bras. Aussi madame X... finit par se décider à l'opération, qui fut faite le 8 août.

A ce moment, on constate dans la région mammaire droite une tumeur dont le volume égale au moins celui des deux poings. Cette tumeur, dont la surface, à peu près uniforme, offre pourtant quelques bosselures, est d'une consistance générale assez ferme, mais présente des parties dures, évidemment solides et d'autres portions rénitentes donnant la sensation d'une poche remplie de liquide. L'élément liquide paraît même prédominer sur l'élément solide. Quant aux bosselures, qui font relief sur les parties dures, elles sont probablement constituées par des kystes plus petits. Le mamelon n'est point rétracté et ne laisse couler aucun liquide.

La peau n'adhère point à la tumeur, mais elle est tendue, d'un rouge brun ou violacé dans les points les plus tiraillés, et par suite peu mobile. La tumeur se déplace assez difficilement sur les parties profondes; les ganglions axillaires ne sont point atteints; mais la malade se plaint de douleurs vers le moignon de l'épaule lorsqu'on écarte le bras du tronc. Quant aux troubles fonctionnels, ils se réduisent à cette immobilité du bras et à quelques douleurs légères et fugaces.

La santé générale est d'ailleurs très-bonne, l'appétit conservé. Pas d'amaigrissement ni de cachexie.

En somme, il s'agit ici d'une *tumeur fibro-kystique du sein* (variété d'hypertrophie) et qui adhère probablement au grand pectoral.

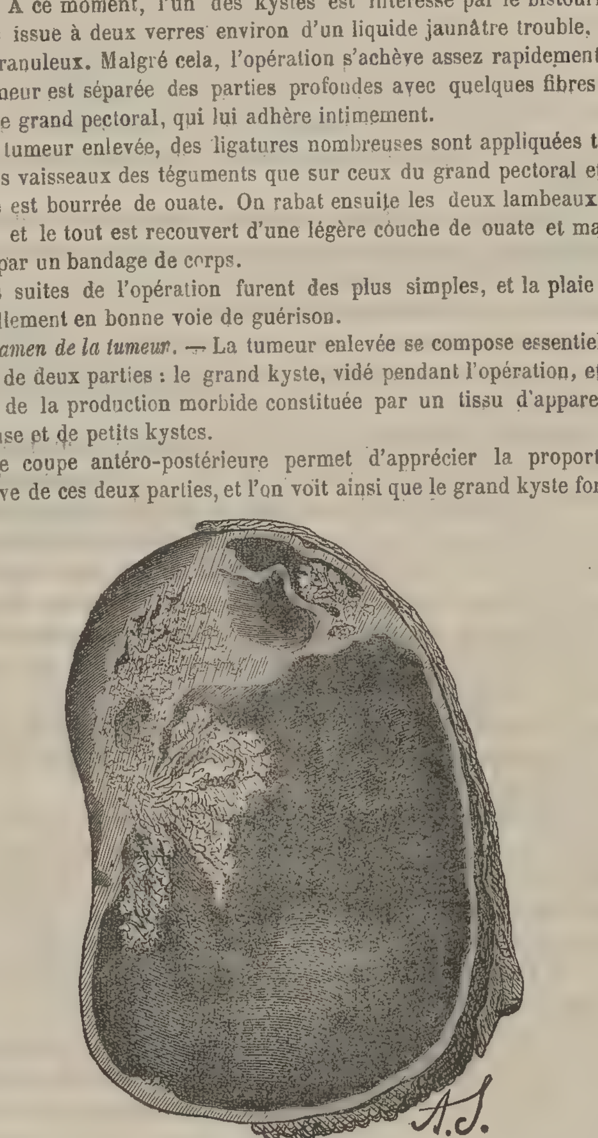
La malade étant maintenue dans l'anesthésie chloroformique, M. Demarquay pratique deux incisions courbes circonscrivant un lambeau cutané elliptique, dans lequel se trouve compris le mamelon, et destiné à être enlevé avec la tumeur. La peau est disséquée sur les côtés. A ce moment, l'un des kystes est intéressé par le bistouri et donne issue à deux verres environ d'un liquide jaunâtre trouble, un peu granuleux. Malgré cela, l'opération s'achève assez rapidement et la tumeur est séparée des parties profondes avec quelques fibres du muscle grand pectoral, qui lui adhère intimement.

La tumeur enlevée, des ligatures nombreuses sont appliquées tant sur les vaisseaux des téguments que sur ceux du grand pectoral et la cavité est bourrée de ouate. On rabat ensuite les deux lambeaux de peau, et le tout est recouvert d'une légère couche de ouate et maintenu par un bandage de corps.

Les suites de l'opération furent des plus simples, et la plaie est actuellement en bonne voie de guérison.

Examen de la tumeur. — La tumeur enlevée se compose essentiellement de deux parties : le grand kyste, vidé pendant l'opération, et le reste de la production morbide constituée par un tissu d'apparence fibreuse et de petits kystes.

Une coupe antéro-postérieure permet d'apprécier la proportion relative de ces deux parties, et l'on voit ainsi que le grand kyste forme



les deux tiers ou même les trois quarts de la tumeur. Le liquide évacué n'a malheureusement point été conservé; mais on peut approximativement évaluer sa quantité à 300 grammes. Quant aux parois de ce kyste, elles sont constituées dans les trois quarts de leur étendue par une membrane fibreuse résistante de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, et dans leur partie supérieure par la portion fibreuse de la tumeur. On trouve à la face interne de cette paroi, qui est lisse et présente l'aspect d'une séreuse, des saillies arrondies formées par des kystes plus petits qui proéminent à la fois du côté de la peau et du côté du grand kyste, et de plus des anfractuosités à surface lisse également arrondies et allongées, et dans lesquelles on ne trouve l'ouverture d'aucun conduit, comme on pourrait s'y attendre. Deux seulement aboutissent à de petits kystes et laissent écouler dans la grande cavité le contenu de ces kystes, qui est épais, granuleux, un peu rougeâtre. Mais la particularité la plus intéressante est l'existence, à la partie supérieure de la cavité, d'une masse végétante du volume d'un œuf de poule. Reliée à la paroi par des tractus nombreux et déliés d'apparence fibreuse, cette masse paraît constituée par des végétations. Si l'on isole l'un des tractus qui lui servent de pédicule (ce à quoi l'on parvient sans trop de difficulté), on remarque qu'il se divise bientôt et se subdivise en trois ou quatre filaments, lesquels se terminent par une extrémité plus grosse et comme granuleuse. Nous verrons plus loin quelle est la constitution histologique de ces végétations.

Outre ce grand kyste, dont la forme générale est à peu près celle d'un ovoïde, on trouve sur la tumeur ou dans son épaisseur un certain nombre de kystes du volume d'une noisette à une noix, kystes plus irréguliers, anfractueux, mais remarquables aussi par la présence, dans la plupart d'entre eux, de végétations analogues à celles du grand kyste. Le contenu de tous ces kystes a à peu près la même constitution. C'est un liquide granuleux d'une teinte jaune ocrée ou brune plus ou moins foncée. Quelques-uns communiquent avec le grand kyste. Dans aucun d'eux on ne trouve un orifice de communication avec un conduit que lorsque enfin la masse fibroïde elle-même a une constitution presque complétement analogue. Elle n'est point, en effet, composée uniquement de tissu fibreux, mais en l'examinant attentivement, on reconnaît qu'elle est formée par des tractus blancs et résistants, circonscrivant des cavités, et dans ces cavités on trouve toujours les mêmes productions végétantes; seulement elles ne baignent point dans un liquide; à part cela, l'analogie est presque complète. Dans quelques-unes de ces cavités, on trouve une matière jaunâtre un peu épaisse, caséeuse; d'autres sont exactement remplies par la production végétante.

Enfin, en recherchant avec soin à la surface de la tumeur, on trouve en plusieurs points, et notamment à sa partie inférieure, des restes de la glande mammaire atrophiée et fibreuse.

Cette observation n'est point sans analogue dans la science, tant s'en faut; cependant on ne trouve point signalées, dans les auteurs classiques (Nélaton, Compendium), de tumeurs kystiques avec des productions végétantes dans leur intérieur; mais il serait facile de rassembler un certain nombre de faits à peu près semblables.

Lebert en rapporte deux exemples dans son *Anatomie pathologique* (t. I, p. 242, et t. II, p. 465. Planches 34, 142). Velpeau (*Traité des maladies du sein*, p. 338) en donne également une observation. M. Cruveilhier (*Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III) en a rassemblé un plus grand nombre parmi lesquelles nous citerons seulement, comme plus remarquables, celles qui se trouvent aux pages 735, 742, 745, 746. Enfin M. Demarquay a observé, l'année dernière, un fait analogue qui a été publié par M. Casaubon dans la *Gazette des Hôpitaux* (p. 338). Mais c'est principalement dans les auteurs allemands que l'on doit étudier ces faits, et en particulier dans Virchow (*Traité des tumeurs*), parce que c'est là surtout que la constitution intime des végétations a été bien reconnue.

Deux points, en effet, sont intéressants dans l'histoire de ces tumeurs kystiques : d'abord la formation du kyste, puis la constitution des végétations. Paget avait même attaché à ces productions une telle importance, qu'il avait émis l'opinion que les tumeurs adénoïdes n'étaient que le dernier degré de ces kystes proligères (c'est le nom qu'il leur donne), les végétations ayant pris un tel développement qu'elles remplissent la cavité. Hâtons-nous de dire que cette opinion n'a point été admise par les auteurs.

Pour la production du kyste, la plupart des anatomistes s'ac-

---

marque certaine de *l'argent* qu'ils y ont laissé; mais la science requise à leur art, où est-ce qu'elle se trouve à *vendre?* » (*Lettre à Falconnet*, 16 décembre 1659).

Et ailleurs : — « Si le jeune docteur n'est reçu à bon marché en un endroit, il s'en va en un autre; c'est pourquoi ceux de Reims s'en vont plaider contre ceux d'Angers.... Sans davantage exagérer leur ignorance, laquelle est, de vérité, extrême, honteuse et périlleuse; ils ne veulent plus même étudier et avoir des livres; c'est assez pour eux *si habent in manibus diplomata academica, etiam vili ære redempta.* » (*Au même*, 25 décembre 1663).

J. Bernier, dans ses *Essais de médecine*, a l'occasion de traiter le même sujet, et voici comment il s'exprime : — « A quoi donc bon, à présent, tant de facultés et tant de médecins *qui ont pris et qui prennent tous les jours l'essor en moins de temps qu'il n'en faut aux oiseaux pour sortir du nid*, puisqu'il s'en fait même souvent par la poste et par les messagers qui leur apportent des lettres, ou, pour mieux dire, de ridicules attestations de leur capacité et vertu. »

Et plus loin : — « Le chapitre XX, où il est traité des diverses Facultés, est un endroit où l'auteur des *Essais* ne pouvait trop s'étendre et déclamer contre ces petites Facultés, dont les professeurs reçoivent des gens qui n'en savent guère plus que les charlatans, et quelquefois même des charlatans *pour de l'argent.* »

Il serait facile de citer dix passages analogues et de fournir, sans trop de peine, d'autres autorités; seulement Guy-Patin et Bernier ne donnent aucune preuve certaine et notoire; la chose était probablement commune de leur temps, et le fait leur semble suffisamment démontré. La pièce que nous allons maintenant faire passer sous les yeux du lecteur prouve non-seulement que Guy-Patin n'exagérait nullement, mais que les Universités qui se rendaient coupables de cette vénalité, relativement au diplôme de docteur, ne s'en cachaient même en aucune façon.

CENSURE

DE LA FACULTÉ DE CHIRURGIE.

En l'Université de Pont-à-Mousson (1).

Du jeudy 3 juin de l'année 1762.

Ce jourdhuy, les maîtres en chirurgie assemblés dans la chambre des consultations gratuites, après avoir rempli le devoir qu'ils se sont imposé volontairement en faveur des pauvres de cette ville, l'un des membres de la compagnie a dénoncé un papier imprimé conçu en ces termes....

Décret de la Faculté de médecine de Paris, du 18 may de l'année 1762

Des témoignages authentiques et dignes de toute confiance, ayant fait connaître que plusieurs chirurgiens et autres per- sonnes aussi peu versées dans les vrais principes de la médecine, ne cessent de fatiguer, par les prières et les instances les plus opiniâtres, différentes Facultés du Royaume, pour en obtenir d'être élevés au Doctorat, malgré leur absence, malgré l'éloignement considérable des lieux, se soumettant au plus à une *présence momentanée*, sans subir aucun examen, sans garder les interstices prescrits, au mépris de la discipline universelle des Écoles, de toutes les règles et des Édits même de nos Rois, n'oubliant rien, pour engager ces Compagnies à laisser corrompre leur sévérité légitime dans les épreuves qu'elles exigent et dans leur jugemens sur la doctrine des Candidats, ayant d'ailleurs considéré qu'il ne pouvoit rien arriver de plus capable de maintenir pour jamais la dignité et la pureté d'une Profession, telle que celle des Médecins, que d'exposer aux yeux et à l'indignation d'un chacun les artifices condamnables que n'ont pas rougi d'employer auprès de la célebre Faculté *de Pont-à-Mousson* deux chirurgiens de Paris entre autres, les sieurs SIMON et LA GRAVE, dont le premier, d'abord Chirurgien des Chevau-Légers de la Garde, attaché ensuite avec la même qualité de Chirurgien à *S. A. E. Monseigneur l'Électeur de Bavière*, demandoit à être décoré du titre de Médecin, prétendant même que ce nom lui devenoit nécessaire dans le poste qu'il occupoit. Le second n'étant reçu Docteur dans aucune Faculté, changé tout à coup en médecin de *S. A. E. Monseigneur le Cardinal Évesque et Prince de Liége*, de simple Chirurgien qu'il avoit été jusqu'alors, pour jouir plus sûrement des honneurs qu'il venoit d'usurper, et pour obtenir plus facilement, selon lui, les dégrés qu'il souhaitoit, n'avoit pas craint d'envoyer d'avance *quatorze louis et une boëte d'or*, récompense honteuse pour celui qui l'offroit, et plus vile encore aux yeux de gens également distingués par leurs connoissances et par leurs sentimens.

Excitée par des raisons si importantes, instruite, de plus, des manœuvres du sieur COLOMBIER, autre Chirurgien, et D'UN PETIT FRÈRE qui récemment exerçoit les fonctions d'Apoticaire dans une maison de la Société, dite de Jésus, *et qui se donne présentement pour Médecin* : lesquels ont, tous deux aussi inutilement, tenté d'obtenir de la même Faculté de Pont-à-Mousson des faveurs semblables; LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, par un *décret solennel*, dont elle ordonne l'impression, la publication par affiches, la traduction en langue françoise, et la distribution à chaque Docteur, a prononcé *qu'il falloit instruire de ces faits, et du nom de leurs Auteurs, toutes les Facultés et Colléges de Médecine du Royaume, qu'elle exhorte à ne point abandonner ces traces si pures qu'elles ont constamment suivies, et à ne jamais admettre dans leur sein des abus, qui ne pourroient s'y glisser qu'en blessant le salut public et en imprimant sur elles-mêmes et sur la Médecine des taches éternelles, de manière qu'attachées inviolablement à l'esprit et aux dispositions de l'Édit donné par le Roi, l'an de grâce 1707, ces Compagnies, à l'exemple de la Faculté de Paris, ne reçoivent et reconnoissent pour Médecin que ceux qu'elles sçauront avoir*

(1) Nous avons cru devoir conserver quelques fautes typographiques de l'original. Nous nous plaisons à croire que ces fautes sont le fait de l'imprimeur et non des docteurs de Pont-à-Mousson.

cordent à le regarder comme constitué par la dilatation d'un conduit galactophore ou d'un cul-de-sac glandulaire; et pour un certain nombre d'entre eux, le liquide résulterait des transformations du liquide sécrété et versé dans ces conduits, c'est-à-dire du lait, modifié par son séjour prolongé dans le kyste et l'addition de sang ou d'autres produits. Mais pour la production des végétations, l'accord est moins parfait. Lebert, et avec lui la plupart des histologistes, les regardent comme des productions glandulaires constituées par des culs-de-sac plus ou moins analogues à ceux de la glande mammaire. Mais d'un autre côté, d'après des recherches plus récentes faites en Allemagne, ce seraient des végétations véritables, des sortes de papilles composées d'un stroma du tissu conjonctif central, entouré de cellules épithéliales.

Virchow, en particulier, a émis cette opinion en plusieurs points de son *Traité des tumeurs* (t. I, p. 282, 339, 425), et Billroth paraît être aussi du même avis (*Traité de pathologie chirurgicale générale*, p. 742, 756). Si nous insistons sur ce point, c'est que M. Bouchard, qui a fait l'examen microscopique de notre pièce, a constaté la même disposition.

Voici, en effet, les résultats de cet *examen histologique :*

A. — Le liquide avait malheureusement été jeté avec les eaux de lavage, mais on put, par analogie, lui assigner les mêmes caractères qu'au liquide des autres kystes; celui-ci a d'ailleurs à peu près la même apparence et n'en diffère qu'en ce qu'il est moins fluide et plus épais, et d'autant plus épais, que les kystes sont plus petits et moins développés (ce qui, entre parenthèses, infirme l'opinion de Paget). Or, dans ce liquide, on trouve au microscope surtout des leucocytes plus ou moins granuleux et des gouttes graisseuses de volume variable. Outre ces éléments, qui sont de beaucoup les plus nombreux, on trouve aussi des granulations libres, des globules sanguins plus ou moins altérés et des cellules épithéliales de diverses formes.

B. — La paroi des kystes (et cela s'applique aussi bien à celle des petits kystes que des grands) est constituée par du tissu conjonctif en faisceaux assez volumineux, séparés par des éléments cellulaires normaux affectant une disposition longitudinale.

Au niveau du point où les végétations se détachent de la paroi, la direction des éléments cellulaires change, et de cette paroi partent des prolongements formés du même tissu, c'est-à-dire du tissu conjonctif. Après un court trajet, ces prolongements se divisent et se subdivisent chacun en trois à six processus plus petits, et chacun d'eux est recouvert, sur toute sa surface, d'une sorte de gangue granuleuse qui, écrasée sous la lamelle mince de terre, paraît composée de cellules épithéliales plus ou moins altérées; elles sont, en effet, chargées de granulations graisseuses, et affectent une forme variable, sphérique pour la plupart d'entre elles. Quelques-unes sont pavimenteuses, d'autres cylindriques. Sur la paroi elle-même, on trouve aussi de ces cellules épithéliales.

Chacun des petits prolongements, pris à part, ressemble assez bien à un cul-de-sac glandulaire; mais à son centre, on trouve un faisceau de tissu conjonctif difficile à voir, il est vrai, à cause de l'opacité des épithéliums; mais perceptible cependant, s'il est coloré par la solution de carmin.

D'ailleurs, en suivant ces prolongements depuis leur origine sur la paroi jusqu'à leurs extrémités terminales, il est difficile d'y voir autre chose que des productions papillaires.

Ainsi, pour nous résumer, la tumeur dont nous parlons rentre dans la classe des kystes proligères de Paget, du cysto-sarcoma phyllode de Muller; et les productions végétantes qu'elle renferme méritent le nom de fibromes papillaires intra-canaliculaires que leur a donné Virchow (p. 339). Elles se rapprochent évidemment des tumeurs semblables décrites par Lebert, Velpeau et autres auteurs, avec cette différence, toutefois, que les végétations intra-kystiques sont des productions papillaires, tandis que dans les cas auxquels nous faisons allusion, on les avait considérées comme glandulaires. L'apparence est presque complétement semblable et l'illusion est facile; la distinction repose, en effet, uniquement sur la présence des éléments conjonctifs à la périphérie ou au centre de la masse épithéliale.

DE L'EMPLOI DES COURANTS CONTINUS

Dans le traitement de l'ataxie locomotrice,

Par M. le docteur Onimus (1).

Observation III. — B..., 45 ans, ouvrier, sans maladie précédente, ressent depuis dix ans des lassitudes dans les membres inférieurs, sans que ces lassitudes puissent être attribuées à la fatigue ou à des excès d'aucun genre. Peu à peu à la fatigue ont succédé des douleurs dans les muscles du mollet; il se plaint de crampes, de douleurs fulgurantes. Il y a trois ans, il a eu un rhumatisme articulaire; mais avant cette maladie, il avait déjà remarqué qu'il trébuchait dans l'obscurité.

A partir de cette époque, les phénomènes de lassitude dans les jambes, les douleurs dans les jambes et dans les muscles lombaires ont augmenté. Il ressent constamment une constriction du ventre et une douleur en ceinture assez violente. Il n'a jamais eu d'incontinence d'urine et n'éprouve pas de difficulté d'uriner. Les érections sont devenues beaucoup plus rares. La vue a un peu faibli; mais il n'accuse aucun phénomène du côté de la vue ou de l'encéphale.

La sensibilité existe encore dans les jambes, mais elle est plus plus obtuse. Lorsqu'on pince la peau ou qu'on l'irrite avec une épingle, il perçoit la sensation, mais n'éprouve aucune douleur.

Dans la marche, il lance les jambes en avant, trébuche facilement, se plaint surtout d'une grande faiblesse dans l'articulation tibio-tarsienne; selon son expression, il lui semble marcher sur du coton. Lorsqu'on lui fait fermer les yeux, son corps se porte aussitôt en divers sens, il manque tomber, mais il sait encore assez facilement prévenir sa chute.

Un mois de repos et de séjour sur le bord de la mer avaient amélioré son état, il y a un an, et après cette époque, il était resté quelque temps ressentant moins de douleurs et de lassitude. Mais depuis plusieurs mois, tous les symptômes de la maladie ont reparu, malgré l'électrisation des membres inférieurs par des courants d'induction.

L'application des courants continus fait cesser, après les premières séances, les douleurs fulgurantes des jambes; la marche devient plus facile et plus ferme, surtout immédiatement après l'électrisation. Le malade est venu se faire électriser pendant vingt-sept séances : les lassitudes des jambes n'ont point été dissipées, mais le malade restait debout sans grand balancement du corps, les yeux fermés, et marchait dans l'obscurité avec plus de sûreté. Il pouvait facilement et sans tomber faire plusieurs pas les yeux fermés, et il marchait sans trébucher beaucoup sur la pointe des pieds. En un mot, l'amélioration dans ce cas a été assez notable, et le malade lui-même l'indiquait et peut-être même l'exagérait dans les premiers moments.

Observation IV. — L..., ouvrier, 52 ans, a eu des fièvres intermittentes pendant qu'il était soldat; il est resté pendant six ans en Afrique, et déjà à cette époque il a ressenti, à plusieurs reprises, des douleurs dans les jambes. Il couchait très-souvent en plein air et sur la terre humide. Ces douleurs vagues, intermittentes, ont augmenté peu à peu; mais elle sont surtout très-marquées depuis un an. Elles reviennent principalement la nuit, et elles sont souvent tellement vives qu'elles l'empêchent de dormir et le forcent à se lever et à marcher dans sa chambre; il lui semble par moment qu'on lui donne dans la peau des coups d'épingles ou qu'on lui arrache la peau.

Il a eu depuis un an de l'incontinence d'urine pendant son sommeil; plus généralement il a de la difficulté à uriner. Depuis cette même époque il n'a plus d'érections.

Sa marche est assez facile; son corps balance, les yeux fermés; mais il ne tombe pas. Il ne peut se conduire dans l'obscurité, et, selon son expression, quand la nuit arrive, il est comme un homme ivre.

La sensibilité des jambes est conservée quoiqu'un peu obtuse; il sent bien le sol et ne se plaint pas de faiblesse dans l'articulation tibio-tarsienne.

Depuis cinq ans, la vue a notablement diminué; l'œil gauche a été le premier à s'affaiblir; quelques mois près, l'œil droit a également commencé à se voiler. Aujourd'hui, il ne voit plus rien de l'œil gauche; l'œil droit est encore assez bon, en ce sens qu'il lui permet de se conduire.

Dès la première séance, les douleurs des membres inférieurs cessèrent pendant douze jours. Elles reparurent à cette époque pendant une seule nuit, mais bien plus faiblement, et cessèrent de nouveau pendant un intervalle de temps assez bon. Le malade est encore en traitement, n'accuse plus de douleurs, n'a pas eu depuis le commencement du traitement d'incontinence d'urine; la contracture de la vessie a également été améliorée, car il urine plus facilement et plus promptement. Il prétend en même temps voir un peu mieux de l'œil droit.

Observation V. — C..., rentière, 65 ans, n'a pas eu de maladie antérieure. Depuis quatre ans, elle ressent dans les jambes des fourmillements et des crampes qui arrivent à des intervalles de temps assez irréguliers. Elle accuse en même temps de la faiblesse dans l'articulation tibio-tarsienne et dans les genoux. La force musculaire est conservée dans les jambes; il n'y a pas eu d'amaigrissement. La marche est devenue difficile; il lui faut l'appui d'une personne pour pouvoir marcher; elle ne sent pas bien le sol, ne peut se tenir les yeux fermés. La sensibilité des membres inférieurs a beaucoup diminué; elle n'accuse aucune douleur lorsqu'on pince assez fortement les jambes.

Depuis trois à quatre ans, elle se plaint également de maux d'estomac, de perte d'appétit et de digestions pénibles.

Depuis huit mois, elle a de l'incontinence d'urine presque constamment, en même temps il y a paralysie des sphincters de l'anus. Elle est presque toujours constipée, et à la suite d'une constipation de quelques jours survient de la diarrhée, et c'est dans ces moments qu'elle ne peut retenir les matières fécales.

Il y a un an, la vue s'est affaiblie, et l'affaiblissement a marché très-vite, car aujourd'hui elle ne peut plus lire.

L'application des courants continus a calmé les douleurs et a fait cesser l'incontinence d'urine et la paralysie des sphincters de l'anus.

Observation VI. — M... couturière a senti sa vue s'affaiblir il y a treize ans, habitant alors New-York. En même temps, elle souffrait de forts maux de tête et vit les objets doubles pendant quelques mois. Depuis trois ans, elle ressent des lassitudes dans les jambes et des douleurs dans les muscles des membres inférieurs. Depuis deux ans, elle sent des fourmillements dans les pieds, et surtout dans le pied gauche. Les douleurs musculaires qui avaient paru avant les fourmillements persistent et augmentent même depuis que ces derniers ont paru.

Depuis vingt-deux mois, elle a remarqué qu'elle marchait plus difficilement dans l'obscurité. Il lui est impossible de monter ou de descendre les marches d'un escalier obscur; selon son expression, elle perd ses jambes et tombe bientôt. Elle ne sent point le sol et dit avoir les pieds comme des éponges.

Dans les premiers mois de la maladie, il y a eu affaiblissement de la sensibilité des jambes; depuis un an, elle prétend que la sensibilité est revenue et qu'elle sent beaucoup mieux.

Elle conserve difficilement ses urines; lorsqu'elle éprouve de fortes douleurs dans les jambes, l'urine s'écoule de temps en temps involontairement. D'autrefois, voulant uriner, elle ne le peut qu'avec peine, après une attente assez longue.

La moindre émotion ou la sensation du froid lui font éprouver aussitôt des tremblements plus ou moins violents dans les membres et surtout dans le bras. Ces mouvements des bras (mouvements cliniques) durent souvent un temps assez long, et ils se reproduisent chaque fois que l'on refroidit ou que l'on mouille une partie du corps.

Elle prétend que ces tremblements auraient augmenté à la suite d'un traitement par le nitrate d'argent.

Nous appliquâmes tout d'abord des courants continus à direction centripète et les douleurs augmentèrent. Des courants continus à direction centrifuge, appliqués après, calmèrent les douleurs, rendirent la marche plus facile et firent cesser l'incontinence d'urine.

(La suite prochainement.)

(1) Suite. — Voir le numéro de samedi dernier.

---

rempli entièrement les conditions requises et exprimées dans cette Loi si sage : la Faculté a de plus statué *que son Doyen, accompagné de plusieurs Docteurs, s'adresseroit A* Monseigneur le Chancelier, *pour lui rendre compte et se plaindre respectueusement de tous ces faits, et pour le supplier en même temps de vouloir bien contenir par ses ordres et par son autorité quiconque oseroit, à l'avenir, renouveller de pareilles entreprises;* et c'est ce qu'a conclu avec la Faculté pour la troisième fois,

Jean LE THIEULLIER, doyen.

Par ordre de MM. les Doyen et Docteurs-Régens de la Faculté de Médecine de Paris,

François-Louis Bret, premier Appariteur et Greffier de la Faculté;

Lecture faitte dudit Imprimé, la Faculté de Chirurgie en l'Université de Pont-à-Mousson, après avoir ouï et pesé mûrement les reflections de chacun des Collègues sur cet Écrit, a déclaré et declare :

Qu'il paroît bien étonnant que la Faculté de Médecine de Paris s'érige en Tribunal, et qu'elle s'ingère de prononcer sans en être requise, et sans aucun pouvoir, sur de simples demandes faittes à la Faculté de Pont-à-Mousson.

Que son Décret outrage témérairement les particuliers y dénommés, et qu'il est trop ridiculement injurieux aux Chirurgiens mis en général au nombre des Personnes peu versées dans les vrais principes de la Médecine.

Que la Faculté de Paris devroit ne pas ignorer que c'est par l'étude de la Chirurgie que l'illustre Boërhaave s'est mis en état d'être le Réformateur de la Médecine et le Maître des plus grands Médecins;

Que ce n'est pas en ramassant la poussière des Écoles pendant trois ans, suivant les statuts, qu'on peut acquérir les lumières et l'expérience nécessaires pour être scavant et habile dans une profession aussi difficile que la Médecine.

Que des Chirurgiens actuellement vivans, connus et estimés par d'excellens Ouvrages en Médecine, font honneur à la Faculté de Pont-à-Mousson qui leur a donné le titre de Docteur que la Faculté de Paris leur envie;

Qu'on peut avoir des Grades dans une Faculté, comme on est fait associé d'une Académie étrangère, sur des marques de capacité, sans être sur les lieux.

Que pour preuve que la presence n'est pas rigoureusement nécessaire à la reception de Docteur en Médecine, on peut citer la promotion solemnelle de trois Médecins au Doctorat, faitte en la célèbre Université de Heydelberg le 6 Novembre 1673. Il n'y en avoit que deux de présens. *Jean Valentin Schadius* et *Jean Dolœus;* le troisième absent, étoit Nicolas Elwerth. Le Doyen, après avoir decliné les trois noms, conféra les degrés en disant.... *Vos tres Medicinæ Licentiatos, præsentes ut absentem, et absentem ut præsentes, omnes ac singulos veræ ac sacræ Medicinæ Doctores creo, creatos renuncio, renunciatos preclamo, et proclamatos ab omnibus pro talibus haberi volo, jubeo, mando,* etc.

Que des témoignages authentiques et dignes de confiance ont fait connoître que la passion que montre la Faculté de Paris lui a été suggérée par les instances les plus opiniâtres d'un simple Médecin de son corps (1), qui n'a cessé de la fatiguer pour se venger de celuy à l'occasion duquel il a été renvoyé de la place de Médecin de *S. A. E. Monseigneur* le Cardinal Évesque et Prince de Liége.

Que la boëte d'or offerte au Doyen de Pont-à-Mousson est une politesse et non une récompense honteuse; que les quatorze louis étoient pour l'honoraire des Professeurs et l'expédition des lettres que la Faculté de Paris ne donne pas moins de cinq à six mille Livres aux meilleurs sujets, et qu'elle ne refuse jamais pour ce prix aux plus médiocres.

(1) *Le Petit* Morand.

Enfin que pour réparation de l'injure faitte aux Chirurgiens par ce Décret prétendu solemnel, dicté avec tant d'orgueil et d'aigreur, la Faculté de Chirurgie a condamné et condamne ledit écrit à être laceré et brulé au bas de l'escalier de la chambre d'Assemblée, par le balayeur ordinaire d'icelle, dans un paquet de *Gazettes d'Epidaure.* | *Ce qui a été exécuté sur le champ.*

Nous avions cru un instant que cette pièce, véritablement scandaleuse et d'un rare cynisme, pouvait bien n'être pas authentique; mais il nous a été facile de nous assurer de sa réelle authenticité. Dans les *Commentaires* de la Faculté de Paris, ce recueil si complet et si précieux des actes de nos prédécesseurs, nous avons retrouvé, au tome vingt-deuxième, l'arrêté textuel de la Faculté de Paris; et il n'est pas douteux qu'on retrouverait dans les *Commentaires* de la Faculté de Pont-à-Mousson (en supposant qu'ils existent encore ou qu'ils aient jamais existé) l'arrêté mémorable pris par cette dernière.

On ne remarquera pas sans quelque étonnement le dernier paragraphe, lequel déclare que la Faculté de chirurgie *a condamné et condamne ledit écrit à être lacéré et brûlé.... par le balayeur ordinaire d'icelle....* N'ayant pas un bourreau à sa disposition, *la célèbre* Faculté de Pont-à-Mousson, comme disent les docteurs de Paris, se contente du balayeur, personnage aussi infime que possible et qui se trouve là fort à propos pour montrer tout le degoût et le mépris de la *célèbre* Faculté.

Que dut penser la vraiment célèbre et très-orgueilleuse Faculté de Paris? Nous n'en savons rien. Méprisa-t-elle l'outrage? Répondit-elle à ce factum? Porta-t-elle une véritable plainte? Nous l'ignorons. Des recherches, assez superficielles à la vérité, ne nous ont rien appris. Et cependant l'affaire n'en resta pas entièrement là, et nous voyons reparaître deux fois, dans les *Commentaires*, le nom du sieur Colombier, chirurgien.

Dr. H Montanier.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, *directeur de la* Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et très-honoré Confrère,

Je viens de lire dans votre savant journal (*Gazette des Hôpitaux*, 3 octobre 1868) un intéressant feuilleton intitulé : Des mesures les plus propres a éviter les erreurs dans l'emploi des médicaments, par M. Mayet. C'est à la suite d'un accident grave, dont les conséquences ont été des plus malheureuses, que la Société de pharmacie, justement émue, a, par l'organe de son savant rapporteur, indiqué des mesures utiles et d'une incontestable valeur, dont nous devons tous faire notre profit dans l'intérêt de l'humanité. C'est aussi à la suite d'empoisonnements involontaires que j'ai cherché, de mon côté, les moyens les plus efficaces pour en prévenir le retour (voir la *Gazette médicale*, 16 mars 1861, article Toxicologie). Je disais à cette époque :

« Nous avons déjà en France, depuis quelques années, introduit une excellente coutume en pharmacie : c'est celle de mettre un papier de couleur orange avec les mots : *usage externe*, sur toutes les préparations qui ne doivent pas être administrées aux malades par la bouche. De plus, les pharmaciens de Boulogne-sur-Mer, à l'instar de leurs confrères d'Angleterre, représentent sur l'étiquette en question une tête de mort reposant sur deux fémurs disposés en croix. Cette image de la mort sert à avertir les personnes du peuple qui ne savent pas lire qu'il s'agit d'un poison, d'un danger à courir. Ne ferions-nous pas bien d'imiter, en cette circonstance, nos voisins d'Outre-Manche, ou tout au moins d'inviter nos pharmaciens, déjà si attentifs et si zélés dans leur savante coopération touchant l'emploi des médicaments, de les inviter, dis-je, *à renfermer dans des boîtes en carton de couleur, revêtues d'étiquettes, tout ce qui est pour l'usage externe? Je dis boîtes en carton de couleur*, parce que, de cette manière, l'étiquette ne peut pas facilement disparaître, comme cela arriverait si l'on se contentait d'employer un sac en papier qui se déchire si vite. »

Je communiquai cette pensée à M. Genest de Servières, qui l'adopta dès l'année 1861. De plus, rien ne sortait de sa pharmacie sans indication sur l'étiquette, et cela en toutes lettres, de la substance et de la dose des médicaments.

Eh bien! ces mesures et toutes celles que M. Mayet nous propose d'observer ne sont pas encore suffisantes. En voici la preuve :

Quelques temps après avoir indiqué les moyens dont je viens de parler, je fus témoin d'un terrible événement.

Une malheureuse mère administra à son enfant, âgé de 18 mois, une cuillerée à bouche de laudanum de Sydenham, croyant lui donner du sirop d'ipécacuanha, bien qu'il y eut sur la fiole l'étiquette orange avec l'inscription : *pour usage externe*. C'est dans sa précipitation à administrer le remède qu'elle n'aperçut pas l'étiquette en couleur, et cette étourderie, cette inattention d'un moment, eut pour résultat la mort de l'enfant.

Or, que fallait-il pour éviter une pareille catastrophe? Un seul moment de réflexion ; et ce moment, on l'aurait obtenu, si le flacon contenant le laudanum avait été *difficultueux* à ouvrir.

C'est pour obtenir cette attention, ce moment d'arrêt dans l'exécution, que j'avais proposé et que je propose encore d'appliquer au goulot des bouteilles contenant des substances dangereuses, qui du reste doivent porter le nom et l'adresse du pharmacien, une coiffe en métal se fermant à vis ou à la manière de nos trousses. Le temps qu'il faut pour ouvrir le flacon suffit pour attirer l'attention sur ce que l'on fait.

Si vous jugez comme moi que ce moyen est de quelque utilité pratique, veuillez l'indiquer à vos lecteurs.

Agréez, etc.

Paris, le 5 octobre 1868.

Dr Martin-Saint-Ange.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par divers arrêtés ministériels :

M. Moitessier, agrégé près la faculté de médecine de Montpellier, est chargé provisoirement du cours de chimie générale et toxicologie à ladite faculté, en remplacement de M. Bérard, admis à la retraite.

M. le docteur Manfredi est nommé médecin du lycée impérial Napoléon III, à Bastia.

M. le docteur Casabianca est nommé médecin-adjoint au même lycée.

M. le docteur Dufour est nommé médecin du collége de Saint-Sever, succursale du lycée de Mont-de-Marsan (emploi nouveau).

— M. Hahn est chargé, en qualité de voyageur naturaliste du Muséum d'histoire naturelle, d'une mission d'exploration à la Martinique, dans le but d'y recueillir des collections botaniques, dont une partie, déterminée par l'administration du Muséum, devra être livrée à cet établissement.

— La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu *mercredi 7 octobre*, à huit heures précises du soir.

Ordre du jour : 1° de la génération artificielle dans l'espèce humaine, par M. le docteur Girault; 2° étude sur la composition, la structure et les fonctions du système nerveux, par M. le docteur Sandras.

Électrochimie. — Nouvelles recherches électrolytiques, par le docteur Bourgoin, pharmacien en chef de l'hôpital des Enfants malades. In-8° avec figures. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour com[illegible] le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔTEL-DIEU. — (M. Noël Guéneau de Mussy). Études cliniques sur le prurit vulvaire. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Feuilleton : Les Facultés de médecine de province avant la Révolution, par M. H. Montanier.

Paris, le 7 octobre 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le traitement de la péritonite puerpérale par l'aspiration utérine a été continuée hier. Un nouvel orateur est entré en lice, M. Gosselin. Nommer M. Gosselin, c'est faire pressentir d'avance sur quel ton de courtoisie et de parfaite convenance académique a été portée la discussion. M. Gosselin est sur un point, et ce point est important, en complète communauté d'opinion avec M. J. Guérin. Pour lui, comme pour M. Guérin, il y a une exacte assimilation entre la plaie utérine des nouvelles accouchées et les grands traumatismes, les grandes plaies et notamment les plaies d'amputation. Les fièvres graves des accouchées, comme celles des opérés qui suppurent, ont pour point de départ commun la décomposition et la putridité. Mais là s'arrête l'accord entre M. Gosselin et M. Guérin. M. Gosselin ne reconnaît, ni dans le fait de M. Guérin, ni dans son argumentation, le caractère de démonstration qui serait nécessaire pour appuyer la théorie de l'aspiration par les trompes. Il pense, comme MM Depaul, Blot et Alphonse Guérin, que la cavité abdominale ne joue pas et ne peut pas jouer, par rapport à l'utérus, le rôle d'un soufflet aspirateur, et il lui paraît impossible de faire avec l'instrument de M. J. Guérin une aspiration assez puissante pour engager dans la trompe les liquides contenus dans le péritoine. En un mot, il rejette la théorie de M. Guérin, mais il n'en conclut pas que le moyen qu'il propose soit mauvais. C'est à ses yeux un nettoyage de l'utérus, qui est en rapport avec la théorie pathogénique qui reconnaît l'altération putride des liquide utérins comme point de départ de la fièvre puerpérale. Jusque-là, il n'y a que dissentiment sur l'accord du fait avec la théorie. Le point essentiel de la théorie de M. Guérin, qui est le fait de l'état de la plaie placentaire considéré comme point de départ des accidents putrides et de leurs suites, est admis par M. Gosselin. La pratique de l'aspiration exercée sur la surface utérine s'en suit. Reste à voir jusqu'à quel point de déduction en déduction on n'arriverait pas avec ce seul point de départ à la reconstitution complète de la théorie de M. Guérin.

M Gosselin a abordé un autre point, et c'est celui qu'il avait plus particulièrement à cœur de traiter, nous voulons parler de l'intervention de l'air extérieur dans la décomposition initiale des liquides de la matrice. Les motifs de l'opposition que M. Gosselin fait à cet égard à la théorie de M. Guérin sont: d'une part l'absence de vide réel dans la cavité utérine, et en admettant même pour un moment la possibilité de ce vide, l'impossibilité que l'air y pénètre; d'autre part, la production de la putridité sans la présence de l'air et à l'abri de tout contact avec ce fluide, ainsi que cela se passe, soit pour le fœtus mort dans le sein de sa mère, soit pour le cas de certains abcès fétides développés loin du contact de l'air.

M. J. Guérin a déjà répondu pour ce qui est des conditions de vide dans l'utérus et du fait de la pénétration de l'air dans cette cavité. C'est à chacun d'apprécier. Quant aux faits empruntés par M. Gosselin à la putridité du fœtus et aux abcès fétides non exposés, nous lui demandons vraiment pardon de le contredire; mais n'est-ce pas le plus souvent le contraire qui se passe pour le fœtus, c'est-à-dire une sorte de momification et non une pétréfaction véritable? Et les abcès par congestion ne nous montrent-ils pas souvent, sauf le cas où le foyer est dans le voisinage d'une cavité naturelle et où il y a alors des conditions particulières d'endosmose, l'exemple d'un pus qui a séjourné longtemps dans son foyer sans s'altérer, tant qu'il est resté à l'abri du contact de l'air, et qui ne s'altère qu'après que l'ouverture à établi la communication du foyer avec l'extérieur?

Enfin, M. Gosselin semble n'avoir voulu mettre hors de cause l'influence du contact de l'air sur la putridité des plaies, que pour mieux faire ressortir toute une autre série d'influences provenant, soit du milieu extérieur, soit du milieu intérieur, ainsi qu'on s'exprime aujourd'hui en physiologie. M. Gosselin a assurément raison, et grandement raison, de faire intervenir toute cette série d'influences externes et internes sur l'état des plaie, et d'insister sur l'extrême importance qu'il y a à en tenir compte dans l'étude et l'application des moyens prophylactiques; mais il n'était nullement nécessaire pour faire triompher ces principes, qui sont aussi les nôtres et que nous nous efforcerons de propager autant qu'il sera en notre pouvoir de le faire, de battre en brèche la théorie de l'action directe de l'air sur les plaies; il suffisait de lui faire sa part au milieu de cet ensemble d'influences pathogéniques.

Nous ne reviendrons, que pour [illegible] le débat renouvelé de la précédente séance entre M. Depaul et M. J. Guérin, lequel débat de la précédente séance était renouvelé lui-même de la discussion de 1858. M. Depaul persiste à opposer à toutes les propositions de M. Guérin autant de dénégations formelles, autant de fins de non-recevoir motivées sur de prétendues impossibilités physiologiques, anatomiques et pathologiques. En présence, d'une part, de cette opposition systématique, et, d'autre part, de la chaleureuse conviction avec laquelle M. Guérin poursuit depuis de longues années, à travers des obstacles et des difficultés sans nombre, la vérification d'une idée qui, si elle était démontrée vraie, pourrait conduire à des applications pratiques importantes, n'est-il pas venu à tout le monde la pensée bien naturelle que l'expérimentation seule peut juger le débat en dernier ressort? M. J. Guérin adjure son collègue, ainsi que tous ceux de ses confrères qui se trouvent placés dans des conditions favorables pour cela, de lui fournir les occasions de faire des expériences publiques. Pourquoi M. Depaul s'y est-il refusé obstinément jusqu'à présent? Il a sans doute une grave responsabilité dont nous ne voulons rien diminuer. Mais est-il assez sûr lui-même de la valeur absolue de ses objections pour se refuser, sans autres motifs, à l'expérimentation qu'on lui demande? S'il persistait dans son refus, ne craindrait-il pas de donner à son adversaire le droit de suspecter la sincérité de son opposition ?

Au commencement de la séance, M. F. Voisin a lu la première partie d'un travail sur les facultés intellectuelles et morales de l'homme. C'est un extrait de l'introduction au troisième volume de l'ouvrage important auquel M. Voisin travaille depuis longtemps avec un zèle si persévérant et si digne d'éloges.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUENEAU DE MUSSY (1).

Etudes cliniques sur le prurit vulvaire.

L'action morbide qui cause le prurit peut avoir son point de départ en dehors de la vulve : ainsi, des parasites venus des organes voisins, les oxyures vermiculaires, sont quelquefois, surtout chez les petites filles, la cause d'insupportables démangeaisons, de vulvite et de leucorrhée vulvaire. Ces petits animaux nocturnes se développent dans le gros intestin, de là ils envoient quelquefois des colonies vers la partie supérieure du tube digestif; ordinairement, ils émigrent chaque soir vers l'extrémité inférieure du rectum, et arrivant à une partie de la muqueuse innervée par des filets cérébro-spinaux, ils y déterminent une titillation des plus pénibles. Quelquefois des convulsions, des incontinences d'urine nocturnes sont liées à la présence de ces helminthes; ils peuvent voyager jusqu'à l'entrée du vagin et y provoquer des démangeaisons très-pénibles.

La périodicité nocturne des accidents, la présence de ces petits vers sur les fesses et dans les plis rayonnés de l'anus, quand on les y cherche au milieu de la nuit, fixeront le diagnostic.

Le meilleur vermicide pour détruire les oxyures est le mer- [illegible] dans le rectum pendant trois ou quatre jours; de petites doses de calomel plusieurs fois répétées à huit jours d'intervalle; des lavements frais avec l'infusion de tanaisie, quelquefois même des irrigations continues d'eau froide faites dans le rectum à l'aide d'un clyso-pompe, finissent en général par détruire ces parasites.

Les *pediculi pudendi* peuvent aussi causer des démangeaisons dans la région génitale, mais extérieures à la vulve proprement dite, limitées au pénis et à la face externe des grandes lèvres. Quand on a constaté leur présence, les onctions mercurielles, les bains de sublimé, les lotions avec l'infusion de tabac les détruisent rapidement.

Nous rangerons encore, parmi les affections parasitaires prurigineuses, l'*herpes tonsurans* lié au développement du tricophyton.

Dans un travail publié en 1855 sur les diathèses, j'ai cherché à montrer, dans les dermatoses parasitaires, la part importante qu'il faut faire au terrain organique où elles se développent; le parasitisme est très-souvent une *note* de l'état constitutionnel.

(1) Voir le numéro du 1er octobre.

FEUILLETON

LES FACULTÉS DE MÉDECINE DE PROVINCE (1)

Avant la Révolution.

Aujourd'hui, lorsqu'un docteur a conquis son diplôme et quitté les bancs de l'école, il n'a plus rien de commun avec la Faculté. Autrefois et très-réellement l'*Alma mater*, elle n'est pas même actuellement une marâtre; elle ne tourmente pas ses enfants, à la vérité, elle se contente de ne plus les connaître; ils sont pour elle comme s'ils n'étaient plus, comme s'ils n'avaient jamais été. Il est bien difficile, vu le nombre des médecins, qu'il en soit autrement; mais cela n'en est pas moins fâcheux.

Encore au dix-huitième siècle, et jusqu'à la Révolution, tout docteur reçu dans une Faculté faisait partie intégrante de cette Faculté; il en était un des membres, soit comme simple docteur, soit comme docteur-régent. L'*Alma mater* suivait ses enfants, s'en occupait attentivement pendant toute leur carrière et n'acceptait un nouveau fils, c'est-à-dire un nouveau docteur, qu'après une enquête fort minutieuse et force renseignements. Or, il plut un jour au sieur Colombier de se faire recevoir docteur de la Faculté de Paris. Le 26 mars 1768, il se présentait à la *Licence*.

Ce jour-là, Morand rappela le décret lancé contre le sieur Colombier et demanda fort énergiquement que celui-ci ne fût admis à prendre son grade que s'il pouvait prouver la fausseté de l'accusation portée jadis contre lui. Colombier ayant pu fournir la preuve de son honnêteté, de ses bonnes mœurs et de la durée légale de ses études, la Faculté, après l'avoir solennellement relevé des accusations portées contre lui, l'admit aux épreuves avec les autres bacheliers. Ceci se passait sous le décanat de Bercher.

Les choses n'en restèrent pas là, et le mardi, 18 octobre 1768, sous le décanat du même Bercher, à une assemblée de la Faculté, le sieur Colombier, alors docteur, demanda à être solennellement relevé de la fausse accusation portée contre lui, et qu'il fût adressé à chaque Faculté du royaume une copie du décret rendu en sa faveur le 26 mars 1768. A l'unanimité, il fut fait droit à cette demande.

On trouve la preuve de tous ces faits dans le vingt-troisième volume des *Commentaires*, et rien ne saurait mieux établir l'étroite solidarité qui unissait entre eux non pas seulement les docteurs d'une même faculté, mais tous les docteurs du royaume; et avec quel soin se recrutait en général le corps, sinon illustre, au moins très-honorable des médecins. Colombier était probablement un homme d'une certaine valeur, car nous le retrouvons plus tard censeur royal, pour la médecine, en compagnie de De la Sône, Louis, Barthès, Sabatier, Adanson, etc.

On a vu le rôle joué par Morand dans toute cette affaire; il n'est pas impossible de penser, avec les docteurs de Pont-à-Mousson, que la passion entrait pour beaucoup dans ses accusations. Il ne s'en tint pas là d'ailleurs.

Le mémorable décret rendu par la Faculté de Paris fut adressé à Liége et inséré tout au long sur les registres du Collége des médecins de cette ville. Cette transcription ne se fit pas sans beaucoup d'opposition et amena un certain désordre. Le sieur LA GRAVE, on le comprendra sans peine, s'agita beaucoup et essaya de nier l'authenticité des prétendues lettres qu'il aurait adressées à la Faculté de Pont-à-Mousson, ou plutôt à son doyen Jadelot. Ce fut encore Morand qui fournit la preuve que La Grave mentait effrontément et que la lettre écrite à Jadelot était bien de sa main, à lui, La Grave.

Pour agir ainsi, à défaut de quelque autre motif secret et probablement moins avouable, Morand pouvait invoquer son titre d'*assesseur honoraire du collége des médecins de Liége*. Il est vrai qu'il ne le conserva pas bien longtemps.

Vivement sollicité sans doute par son nouveau médecin, le prince évêque de Liége prend, à la date du 2 juillet 1762, un arrêté qui défend à Morand de porter désormais le titre d'*assesseur du collége des médecins de Liége*, et il ordonne, en outre, de biffer des registres dudit collége les lettres écrites par Morand contre La Grave.

(1) Suite. — Voir le numéro de mardi dernier.

Certaines affections vésicales peuvent être accompagnées du prurit vulvaire; on l'observe quelquefois chez les femmes affectées de calculs; il représente alors la sensation douloureuse du gland chez les hommes calculeux.

On a également signalé ces symptômes dans des cas de végétations ou de polypes uréthraux. Il est habituel dans la glycosurie.

Très-souvent il succède au catarrhe utérin, quelle qu'en soit la cause; et il m'est arrivé plus d'une fois de voir des démangeaisons violentes, intolérables, céder comme par enchantement après une ou deux cautérisations du col utérin, qui, sans faire cesser complétement le catarrhe, en diminuaient l'abondance et probablement en modifiaient la nature. Il n'est pas rare que les femmes, inconscientes de cet état catarrhal, n'accusent que du prurit, dont l'examen de l'utérus permet de déterminer l'origine. Il se produit souvent, dans ce cas, un érythème de la vulve analogue à la rougeur de la région sous-nasale dans le coryza.

Le prurit, dont l'origine est dans la vulve elle-même, peut être purement nerveux, ainsi que nous l'avons déjà dit; les démangeaisons sans lésions apparentes du tégument sont surtout observées dans les races arthritiques, et dans ces deux grandes névroses ordinairement dérivées de l'arthritisme : l'hypocondrie et l'hystérie. Quelquefois ces anomalies de la sensibilité surviennent sous l'influence de troubles dyspeptiques, de l'ingestion de certaines substances, des conditions atmosphériques. J'ai rencontré des arthritiques chez lesquels les temps de neige provoquaient un prurit nocturne très-incommode, jusqu'à causer de l'insomnie; c'est, pour ainsi dire, l'urticaire sans l'élément congestif qui l'accompagne, ou du moins avec un état congestif peu accentué; les aberrations de la sensibilité sont plus souvent, chez les hystériques, l'anesthésie, l'hyperesthésie et la névralgie; le prurit est plus rare et surtout joue un rôle bien moins important dans l'ensemble des phénomènes morbides qui provoquent les plaintes des malades.

Dans le plus grand nombre des cas, une lésion de l'organe tégumentaire accompagne le prurit; lésion dont nous étudierons succinctement les différentes formes. Ces localisations morbides, dans cette région comme dans les autres parties du tégument, sont, dans le plus grand nombre des cas, l'expression d'une condition diathésique que je crois être le plus souvent l'arthritisme.

J'avais, avant M. Bazin, en 1855, tenté de défendre l'opinion de Lorry sur l'existence d'affections cutanées d'origine arthritique; j'avais cherché, avec les données d'une observation trop restreinte, à en indiquer les caractères. Mais à M. Bazin revient l'honneur de les avoir décrites et fixées dans la science, d'en avoir indiqué les nombreuses variétés, les signes différentiels; des maladies cutanées.

Malgré l'autorité de cet éminent pathologiste, les limites de l'herpétisme me paraissent moins déterminées, ou plutôt, comme je le disais, il y a quelques années, nous devons l'admettre *provisoirement*, parce qu'il représente un groupe de faits morbides qu'on ne peut pas encore faire rentrer d'une manière incontestable dans les autres divisions du cadre nosologique; mais plus j'étudie l'herpétisme au point de vue de son origine, plus son domaine me paraît se rétrécir entre le scrofule et l'arthritisme surtout, dont l'herpétisme ne me paraît être le plus souvent qu'une dérivation.

Plus j'y regarde avec attention, et depuis le début de ma carrière cette question a attiré mon attention, plus je rencontre souvent la goutte derrière les affections dites herpétiques.

A côté de ces grandes conditions diathésiques interviennent, comme coefficients ou comme causes occasionnelles en première ligne, les émotions morales, les chagrins, les excès, les veilles prolongées, tout ce qui entraîne des dépenses exagérées d'innervation, en trouble la réparation, le défaut de soin, la malpropreté, les topiques irritants, peuvent favoriser ou provoquer le développement de différentes formes de dermite.

Un régime stimulant, les excès de table ont une incontestable influence sur l'évolution de l'arthritisme et de tous ses dérivés. Certains aliments, tels que les crustacés, ont toujours été considérés comme nuisibles aux dartreux. Le défaut d'exercice musculaire, le séjour dans une atmosphère impure, en troublant le travail nutritif, favorisent toutes les manifestations diathésiques qui n'en sont que des aberrations. A plus forte raison ces maladies qui en déprimant profondément l'organisme appellent un état congestif vers les organes génitaux. Ainsi la syphilis, la blennorrhagie peuvent être le point de départ du prurit, les végétations vulvaires le favorisent également. L'onanisme, qui en est trop souvent la conséquence, peut aussi en être le point de départ.

Certaines évolutions physiologiques peuvent dans un terrain prédisposé provoquer des affections prurigineuses de la vulve. Ainsi, il n'est pas rare, surtout dans les races lymphatiques, de voir le travail de la dentition, et surtout celui qui s'effectue de trois à huit ans, accompagné de vulvite prurigineuse, avec une sécrétion mucoso-purulente, qui s'accumule entre les lèvres agglutinées. Ces vulvites peuvent quelquefois se développer en dehors de l'évolution dentaire; un catarrhe vagino-vulvaire précède quelquefois l'évolution pubère dans les mêmes conditions diathésiques. D'une autre part, les molimens congestifs, qui succèdent à la ménopause, se localisent quelquefois dans la vulve, et il n'est pas rare de voir à cette époque se développer des affections prurigineuses de la vulve.

Les lésions qu'on observe chez les femmes affectées de prurit vulvaire varient comme celles des autres régions tégumentaires. Elles se montrent parfois sous la forme érythémateuse et constituent *l'intertrigo* qui a pour siége le pli génito-crural, le périnée, les aines, le sillon inter-fessier. Tantôt passager, aigu, il peut succéder à une fatigue, à une marche prolongée; il est caractérisé par une rougeur vive, diffuse, accompagnée de cuisson, de prurit, et quelquefois d'une sécrétion visqueuse; d'autrefois, chronique, commun dans les races arthritiques, il donne à la peau une teinte d'un rouge sombre, vineuse, bronzée; souvent la surface en est comme plissée, et les limites de l'érythème sont marquées par un bourrelet festonné. Cette affection est très-opiniâtre, et quand on est parvenu à l'atténuer ou à la faire disparaître, elle a une grande tendance à récidiver. Le prurit de l'intertrigo arthritique est plus intense la nuit, caractère que nous retrouvons, comme je l'ai déjà dit, dans un grand nombre de dérivés de la goutte, appelée par Sydenham *une visiteuse nocturne*. Suivant la remarque de M. Bazin, des éruptions papuleuses ou furonculeuses peuvent s'ajouter à l'érythème. On pourrait à la rigueur confondre le bord arrondi, saillant de l'intertrigo avec l'*herpes tonsurans*, très-rare dans cette région qu'il n'envahit qu'après s'être montré ailleurs.

Le pityriasis, par sa marche et par ses caractères, se rapproche beaucoup de l'intertrigo; la peau est sèche, d'un rouge bru- [illegible] d'une desquamation furfuracée. En examinant à la loupe, on aperçoit de petites écailles qui remplissent parfois les orifices des follicules pileux et embrassent la base des poils.

Dans le prurigo pudendi, l'élément papuleux n'est pas aisément appréciable. La peau est brunâtre, onctueuse. Parmi les lichens, le lichen circumscriptus et le lichen pilaris sont, d'après M. Bazin, les variétés qu'on observe le plus souvent sur les parties génitales.

L'eczéma des parties génitales est mieux défini dans ses caractères distinctifs, du moins pendant ses premières phases; car après la rupture des vésicules, la peau peut présenter une surface sèche, couverte de lamelles furfuracées qui rappellent le pityriasis. D'autrefois, tendant à la forme impétigineuse, l'eczéma se montre sous l'aspect de plaques humides, recouvertes de croûtes; dans d'autres cas, il reste humide et donne naissance à des excoriations superficielles, semées de vésicules, d'une couleur rouge vif ou violâtre, quelquefois entourées d'un bourrelet saillant.

L'eczéma est une des formes les plus péniblement prurigineuses parmi les dermatoses vulvaires; il peut affecter une marche aiguë ou chronique; ordinairement celle-ci n'est pas uniformément continue.

Mais elle offre des rémissions et des exacerbations. Quelquefois même la forme chronique semble être une série d'attaques aiguës successives. Commun dans les races goutteuses, l'eczéma peut coïncider quelquefois avec des varices des veines génitales. Il peut pénétrer dans le vagin et s'étendre au col de l'utérus. J'en ai recueilli un assez grand nombre d'observations, la suivante en est un type.

Madame O..., âgée de 35 ans, est d'une constitution délicate; sa poitrine est déformée par le rachitisme; sa peau est fine, transparente, couverte d'éphélides; ses cheveux présentent une teinte roussâtre. Elle est née d'une mère rhumatisante et d'un père qui, dit-elle, a eu longtemps des plaies aux jambes; elle a vu ses premières règles à 14 ans; la menstruation s'est établie avec difficulté, et souvent des irrégularités en ont troublé le cours. La dame O... est sujette à un flux leucorrhéïque qui est devenu plus abondant depuis quelques années. Il y a cinq ans, elle eut un enfant qui succomba peu de temps après sa naissance.

A plusieurs reprises et depuis son enfance, elle a été tourmentée par des affections des yeux et des oreilles; depuis quinze mois, elle éprouve à la vulve des démangeaisons presque continuelles, exaspérées par la marche et beaucoup plus vives vers la période menstruelle; en même temps la leucorrhée devient plus abondante; c'est surtout après les règles que cette indisposition est plus incommode; elle la force alors de se gratter avec une sorte de fureur qui la met en sang, suivant ses expressions; en même temps survient une exaltation du sens génésique, accompagnée de douleurs hypogastriques; elle éprouve des désirs violents qu'elle hésite à satisfaire, parce que le coït lui cause de vives douleurs. Sa constitution s'est altérée sous l'influence de cette souffrance prolongée; elle a maigri, elle a pâli; la peau de la lèvre supérieure présente cette teinte jaune verdâtre qui est le cachet de l'état anémique. Elle est en proie, depuis son enfance, à des troubles dyspeptiques qui ont augmenté; ses nuits sont inquiètes, agitées; elle éprouve des douleurs erratiques dans les membres. Depuis l'origine de la maladie, elle a essayé beaucoup de remèdes qui ne lui ont apporté aucun soulagement; elle a fait une saison à Enghien, mais ces eaux ont modifié heureusement l'état des fonctions digestives sans diminuer le prurit vulvaire.

C'est dans ces conditions qu'elle vint me consulter. L'examen des organes génitaux me révéla les lésions suivantes : les grandes lèvres et surtout les nymphes sont rouges, tuméfiées, couvertes de saillies rougeâtres; les lacunes folliculaires, qui entourent l'orifice uréthral, sont dilatées; le vagin est rouge, ridé, hérissé de petites saillies d'un rouge vif, plus nombreuses vers la partie supérieure. Le col utérin est irrégulier; vers le milieu de la lèvre postérieure, on remarque les traces d'une déchirure; les deux lèvres sont parsemées de petites élevures saillantes, disséminées, isolées ou groupées par séries linéaires, jaunâtres au sommet, et dont quelques-unes offrent l'aspect vésiculeux. Toutes ces parties sont baignées d'un liquide puriforme, jaunâtre, fétide et très-abondant.

Malgré l'ancienneté de la maladie, il y avait là un état subaigu. L'eczéma marche souvent par fusées successives, et peut présenter presque indéfiniment un caractère d'acuité; chaque crise menstruelle, en congestionnant la région hypogastrique, semblait donner un coup de fouet à l'affection herpétique. Dans ces conditions, je commençai le traitement par des émollients, des boissons dépuratives et amères, et quelques purgatifs doux (1). Je conseillai ensuite des lotions alcalines très-chaudes et des bains alcalins; les démangeaisons se calmèrent, mais la fluxion menstruelle les fit disparaître. Après quelques jours de repos, pour laisser s'abattre cette surexcitation momentanée qu'avaient ramenée les règles, je fis faire des lotions et des injections avec une faible solution de sublimé.

Les démangeaisons cessèrent définitivement, et la malade fut délivrée en quelques semaines d'une affection qui la tourmentait

(1) Les purgatifs, auxiliaires si utiles du traitement dit dépuratif dans les affections herpétiques, doivent être maniés avec prudence. J'ai vu sous leur influence des diarrhées très-rebelles succéder à des éruptions cutanées de nature dartreuse.

Qu'on nous permette, maintenant, de dire quelques mots de notre docteur de la Faculté de Paris.

Morand (Jean-François-Clément), désigné, comme on a pu le voir, sous le nom injurieux de *Petit* Morand, pour le distinguer sans doute de son père, Sauveur Morand, l'illustre et habile chirurgien, *le Petit* Morand n'en était pas moins un homme d'une valeur réelle et justement estimé dans la compagnie à laquelle il appartenait. Il s'occupa avec quelques succès d'anatomie, toucha à un certain nombre de questions de médecine et consacra une grande partie de son temps à des recherches de chimie et d'histoire naturelle. Il avait également quelque réputation comme écrivain, et ces titres divers lui permirent d'entrer à l'Académie royale des sciences de Paris, à l'Académie de médecine de Madrid, à la Société royale de Londres, à la Société botanique de Florence, etc.

Morand, comme le plus grand nombre des médecins un peu célèbres de son temps, n'eût pas été satisfait s'il n'eût eu à veiller sur la santé de quelque prince. Nous ne savons ce qu'il y a de fondé dans le factum ci-dessus et si réellement notre docteur fut *renvoyé de la place de médecin de S. A. E. monseigneur le cardinal évesque et prince de Liége*; toujours est-il qu'il devint médecin ordinaire de Stanislas, roi de Pologne, duc de Lorraine et beau-père du roi très-chrétien, Louis XV.

Le métier de médecin de cour n'était pas toujours des plus commodes, ni des plus honorables; on ne se maintenait souvent qu'à force de flatteries et même de bassesses. Un des premiers soins de Morand fut de dédier à Sa Majesté polonaise et lorraine une thèse soutenue sous sa présidence par un certain Guillaume Fumée. Croyez bien que ce ne fut pas une petite affaire. La cérémonie se fit avec la plus grande pompe; le roi de Pologne, n'y étant pas de sa propre personne, était représenté par un magnifique portrait, fort en évidence, et par un de ses principaux officiers qui assista à la dispute. — Ce qui prouve que tout n'est pas agrément dans le métier d'un officier attaché à la personne royale.

Le sujet de la thèse vaut la peine d'être rappelé; le voici : — *An ex heroïbus heroës?* — Naturellement la réponse était affirmative. Il est facile de s'imaginer tout ce que pareille thèse devait renfermer de compliments, de fines allégories, à l'adresse de Sa Majesté, ci-devant royale, aujourd'hui détrônée, brave et digne homme cependant, prince comme on n'en trouve malheureusement pas beaucoup, père de ses sujets à plus d'un titre, et à qui la fortune, tout héros qu'il pût être, n'avait accordé qu'une fille, qui fut reine de France.

En voilà assez sur le Petit Morand, et nous demandons pardon au lecteur de cette longue digression. Rien n'est ennuyeux et insupportable comme l'homme qui se voue à l'étude des vieux textes et des vieilles histoires. Tout l'intéresse; pour lui, le moindre détail a un attrait irrésistible, il ne sait pas garder dans ses cartons ses trouvailles et ses réflexions; il pense que tous ses lecteurs sont comme lui et trop souvent il ennuie alors qu'il pensait amuser. — Aussi vais-je me contenter de dire un seul mot de la *Gazette d'Épidaure*, condamnée à être brûlée par le balayeur ordinaire de la Faculté de Pont-à-Mousson.

La *Gazette d'Épidaure* était rédigée par *Barbeu-Dubourg*, un savant, un littérateur et surtout un botaniste de quelque talent, et de plus un ami particulier de l'illustre Franklin. Tous ces titres du rédacteur n'empêchent pas la *Gazette d'Épidaure* de n'être qu'un assez pauvre journal qui n'eut jamais de succès.

Le premier numéro est du mercredi 1er avril 1761, et porte pour titre : — GAZETTE D'ÉPIDAURE, *ou Recueil hebdomadaire de nouvelles de médecine avec des réflexions pour simplifier la théorie et éclairer la pratique. — Mens sana in corpore sano.*

A partir du n° 23, mercredi 27 mai 1761, elle devient la *Gazette de médecine* et porte cette nouvelle légende :

... Tibi se mortalia sæpè
Corpora debebunt. — OVID.

C'est un recueil bizarre où l'on trouve de tout : des annonces, des énigmes, des facéties, des lettres de M. Vampyre et des réponses de Farfadet, assez peu de médecine, des sujets de thèse, des arrêts de la Faculté, etc.

Je n'ai pas besoin de dire pour quelle raison la Faculté de Pont-à-Mousson condamna la pauvre *Gazette* à être brulée par le balayeur de l'École. Elle avait eu la malencontreuse idée de publier *in extenso* le décret de la Faculté de médecine de Paris et de prendre fait et cause pour Morand contre La Grave et *S. A. monseigneur le cardinal et prince de Liége*. — Décidément, la médecine fera toujours bien de se défier des cardinaux et de leurs amis!

Dr. H MONTANIER.

(La suite au prochain numéro.)

depuis quinze mois. La diathèse herpétique ne perdit pas pour cela ses droits sur elle; depuis lors, j'ai soigné cette dame pour différentes affections du tégument interne ou externe, qui naissaient de la même racine. (Pityriasis capitis, blépharite chronique, bronchite chronique, diarrhée, etc.)

Il me semble que cette observation est très-concluante; la ressemblance de l'affection du col et de celle de la vulve est frappante; elles présentent la même forme et cèdent au même traitement. Ce ne sont pas ces granulations disséminées qui apparaissent quelquefois dans le catarrhe vaginal et ne sont que des follicules enflammés; ici, on voit de petites élevures dont quelques-unes vésiculeuses, d'autres jaunâtres au sommet, entourées d'une auréole rose à leur base, disséminées ou réunies par petits groupes.

Je serai moins affirmatif pour les saillies du vagin qui m'ont paru cependant répéter la lésion de la vulve; dans tous les cas, nous avons un exemple remarquable de catarrhe herpétique; les sulfureux, les astringents avaient été employés sans succès, peut-être même avaient-ils exaspéré la maladie; mais elle disparut sous l'action du mercure, médicament si efficace dans toutes les formes d'eczéma chronique et spécialement dans l'eczéma vulvaire.

Aujourd'hui, 1868, cette dame vit encore, et chaque année, au printemps surtout, la membrane tégumentaire devient le foyer d'un état fluxionnaire variable dans son siége comme dans sa forme. Des bronchites, des angines habituellement compliquées d'un trouble gastro-intestinal très-accentué, quelquefois des entérites, des poussées eczémateuses vers la tête et les oreilles, témoignent qu'elle est toujours en puissance de la même diathèse. Le prurit vulvaire qui avait été la plus pénible de ces manifestations, la plus rebelle et qui avait été accompagné des troubles nutritifs les plus accusés, n'a reparu que faiblement; des lotions avec une infusion de fleurs de sureau et d'aconit, une autre fois une décoction émolliente additionnée d'une petite quantité d'extrait de saturne en firent prompte justice.

Comme M. Bazin l'a avancé, l'*herpès* doit être habituellement rangé parmi les arthritides; il est toujours récidivant. Comme l'*herpès preputialis*, il a été plus d'une fois pris pour des chancres mous à leur période initiale; quelquefois ses vésicules offrent à la contagion des portes ouvertes et subissent la transformation chancreuse.

Comme l'*eczéma*, l'*herpès* des lèvres peut se répéter sur le col utérin. Il peut, ainsi que l'a si bien indiqué Legendre, se répéter périodiquement à chaque époque menstruelle; quelquefois, quand les malades grattent et irritent les vésicules herpétiques, elles se transforment en furoncles. Sur le col, je les ai vues devenir le point de départ d'érosions granulées.

Je ne prétends pas avoir énuméré toutes les variétés de lésions herpétoïdes qu'on peut observer chez les femmes affectées de prurit vulvaire. Du reste, la détermination nosologique et la forme extérieure de la lésion sont bien moins importantes pour le traitement que le mode pathologique, la marche et les conditions constitutionnelles.

(*La suite prochainement.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 6 octobre 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Faton (de Vendôme) sur une épidémie de fièvre typhoïde. (Comm. des épidémies);

2° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Miers (Lot), par M. le docteur Lagasquié, et de Salies (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Nogaret (Comm. des eaux minérales);

3° Un rapport du Comité central de vaccine du département du Nord. (Comm. de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Naudet, de Langres, sur une épidémie de diphthérie qui a eu lieu à Courcelles-en-Montagne (Haute-Marne), en 1866 et 1867. (Comm. des épidémies);

2° Une lettre de M. le docteur Telèphe-Desmartis (de Bordeaux), à l'occasion du traitement de la péritonite puerpérale, sur l'emploi de l'aspiration utérine.

3° Un pli cacheté déposé par MM. Gaube et de Riverend, sur un alcaloïde extrait du *sambucus nigra*.

— M. Béclard présente un uréthroscope construit par M. Galante sur les indications de M. le docteur Mallez.

— M. de Kergaradec présente :

1° De la part de M. le docteur Lecadre, une étude comparative sur Broussais et Laënnec;

2° De la part de MM. Leudet et Lecadre, un extrait des annales d'hygiène et de médecine légale sur les égouts de la ville du Havre.

— M. Larrey présente :

1° Un mémoire relatif à l'analyse du sang chez les indigènes de l'Algérie, par M. Feguoux, pharmacien;

2° Une brochure de M. le docteur Astié, concernant la rénovation des principes fondés par nos grands chirurgiens de l'armée;

3° La relation d'un cas de fracture du calcaneum par écrasement par M. le docteur Sonrier;

4° Un mémoire imprimé sur le catarrhe utérin, et son traitement par les injections intra-utérines, par M. le docteur Gantillon (de Londres);

5° Une note en italien de M. le docteur Tigri (de Sienne), sur les trois espèces de levain usitées dans la panification;

6° Un travail manuscrit intitulé : *De l'Anévrysme de l'aorte ascendante traitée par la galvano-poncture*, de la part de M. le docteur Ciniselli (de Crémone), candidat au titre de correspondant. (Comm., MM. Larrey et Broca);

— M. Depaul dépose sur le bureau une lettre de M. le docteur Lanthier, relatant l'observation de la malade à laquelle M. Jules Guérin a appliqué son aspiration utérine. Cette observation, fait remarquer M. Depaul, diffère sur plusieurs points de celle que M. Jules Guérin a présentée à l'Académie.

Ces différences portent principalement sur l'état de la malade trouvé très-grave par M. Guérin; tandis que, pour M. Lanthier, il n'avait aucune gravité.

— M. le Président déclare deux places vacantes, l'une dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Velpeau, l'autre dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale, en remplacement de M. Rayer.

M. Depaul. Messieurs, j'ai demandé la parole à propos de la correspondance pour vous présenter une observation de la part de M. Lanthier. M. Lanthier est le médecin ordinaire de la malade à laquelle M. Jules Guérin a appliqué son appareil inspirateur. Ce M. Lanthier est venu me voir et m'a prié de vous présenter l'observation qu'il a faite lui-même sur la malade en question. Cette observation diffère sur beaucoup de points de celle de M. Guérin, mais il y a surtout une différence capitale, qui est celle-ci : à savoir que l'état de la malade, trouvé si grave par M. Guérin, n'avait, selon M. Lanthier, rien de sérieux. Dans son observation, M. Guérin signale le pouls petit, faible, à peine perceptible. M. Lanthier, au contraire, qui l'a examinée avec tout le soin que M. Blot et moi demandions à M. Guérin, a compté 80 pulsations; et ceci le 19, c'est-à-dire le jour même où M. Guérin allait appliquer son appareil. M. Lanthier a vu la malade à deux heures, et M. Guérin a été appelé en toute hâte à quatre heures et demie. L'observation de M. Lanthier est donc tout à fait différente de celle de M. Guérin, et c'est principalement ce fait que je tiens à établir.

M. Jules Guérin. J'avoue n'avoir pas une aussi grande habitude des accouchements que M. Depaul. Aussi n'ai-je pas été appelé auprès de cette femme comme accoucheur, mais tout simplement parce que j'ai eu à l'opérer il y a un an. Le mari de cette femme est arrivé chez moi très-inquiet. Je me suis rendu chez lui, j'ai fait appeler M. Lanthier, qui a refusé de venir, et le mari, loin d'insister, m'a d'ailleurs déclaré qu'il ne tenait pas à le rappeler, sa confiance ayant été ébranlée à son égard. J'ai déclaré au mari que le cas de sa femme était très-grave; sur ma demande, il m'a écrit une lettre que j'ai déposée sur le bureau de l'Académie, et l'Académie jugera entre cette lettre et celle de M. Lanthier, que je ne connais pas du tout, et avec lequel je n'ai pas eu le moindre rapport vis-à-vis de la malade.

Maintenant, comme je l'ai déjà dit, j'ai appliqué l'appareil à neuf heures du soir, et immédiatement après l'application de cet appareil, la femme a été débarrassée des matières putréfiées qui ne pouvaient pas sortir. Je maintiens donc ce que j'ai dit, et j'appelle tous ceux qui le voudront à venir constater le fait sur le cadavre ou sur le vivant.

LECTURE.

M. F. Voisin lit un travail intitulé : *De l'emploi de nos facultés instinctives, intellectuelles et morales. — Nouvelles tables de la loi.* Ce travail, qui est extrait de l'introduction du troisième volume de l'ouvrage de M. Voisin, se résume dans cet énoncé succinct :

Je viens vous entretenir aujourd'hui, dit M. Voisin, de l'emploi que nous devons faire de nos facultés instinctives, intellectuelles et morales. On ne s'imaginerait guère, au sein de notre civilisation, qu'on puisse se demander comment, sous ces différents rapports, nous devons vivre notre vie? Et cependant la question n'a réellement rien d'étrange. Les principes que l'on nous a inculqués à ce sujet ne sont point en accord avec les prescriptions de la nature, et d'après les études auxquelles je me suis livré à cette occasion et la confiance qu'elles m'inspirent, je ne balance pas à soumettre à votre appréciation les principes entièrement opposés qui en découlent et que j'oserais volontiers vous présenter comme pouvant former au dix-neuvième siècle de notre ère les nouvelles tables de la loi.

M. Voisin lira la suite de ce travail dans une prochaine séance.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le traitement de la péritonite puerpérale.

La parole est à M. Gosselin.

DISCUSSION SUR LA PÉRITONITE PUERPÉRALE.

M. Gosselin. La communication de M. J. Guérin sur le traitement de la fièvre puerpérale par l'aspiration appelle encore une fois l'attention sur l'étiologie et la pathogénie d'une de ces maladies fébriles à formes multiples, dont l'explication rigoureuse est des plus difficile et me paraît faite pour embarrasser les plus grands maîtres de l'art. Elle a cet autre mérite de rapprocher à nouveau, sous le rapport de l'origine, des accidents qui peuvent les compliquer, la plaie utérine des accouchements, des blessures graves, des plaies des amputés. Mais il est malheureux que la plupart des arguments invoqués par notre savant collègue à l'appui de sa théorie soient inadmissibles.

Je pense comme MM. Depaul, Blot et A. Guérin que la cavité abdominale ne joue pas et ne peut pas jouer par rapport à l'utérus le rôle d'un soufflet aspirateur. Car il ne se fait jamais de vide dans cette cavité. A aucun moment de l'inspiration ni de l'expiration il ne se fait un vide et surtout une aspiration assez forte pour faire passer les liquides utérins dans les trompes d'abord, et ensuite dans le péritoine. De même, il me paraît impossible de faire, avec l'instrument de M. J. Guérin, une aspiration assez puissante pour engager dans la trompe un liquide épais et surtout floconneux.

Je veux insister d'autant moins sur ces objections déjà présentées victorieusement par MM. Depaul, Blot et A. Guérin, que tout en rejetant la théorie de M. J. Guérin, je n'en conclus pas que le moyen thérapeutique soit mauvais. En somme, c'est un nettoyage de l'utérus par injection et par inspiration. Ce nettoyage est en rapport avec cet autre côté de la théorie pathogénique qui donne l'altération putride des liquides utérins comme point de départ des fièvres graves consécutives à l'accouchement. Il se peut que ce soit bon, je ne l'affirme pas, l'observation seule pourra décider.

J'ai demandé la parole surtout afin d'examiner un point spécial de la théorie de M. J. Guérin, celui qui est relatif à l'intervention de l'air extérieur dans la décomposition initiale des liquides de la matrice, et qui fait de cette théorie une extension de la théorie générale du danger de l'air en contact avec les plaies exposées.

M. J. Guérin admet que les fièvres graves des accouchées comme celles des opérées, ont pour point de départ la décomposition et la putridité. Sous ce rapport, je suis en pleine communauté d'opinion avec lui. Cette opinion doit servir de point de départ à la recherche des moyens pophylactiques.

Mais comment se fait cette altération putride? Ici commence mon désaccord avec M. J. Guérin. Je me demande si c'est bien par le contact de l'air que la putridité arrive? Je le contesterais quand bien même je serais sûr que l'air pénètre réellement dans la cavité utérine. Mais y pénètre-t-il? M. J. Guérin pense qu'au moment de l'accouchement, chez certaines femmes, l'utérus ne revient pas sur lui-même et qu'il en résulte un vide dans la cavité. Cette proposition ne s'appuie sur aucune preuve, sur aucune expérience directe; je la rejette. Quand l'utérus ne revient pas sur lui-même, ou ses parois s'appliquent à elles-mêmes, ou bien la plaie qui pourrait rester libre se remplit de sang.

L'assertion de M. J. Guérin serait acceptable si le vagin était rigide et continuellement béant; mais puisque les parois en sont molles et élastiques, ce conduit ne reste pas béant, et il ferme bien vite accès à l'air extérieur.

J'accepterais à la rigueur que quelquefois, à l'instant même de l'accouchement et avant que le vagin ait eu le temps de revenir sur lui-même, un peu d'air a pu pénétrer; mais ce serait tout à fait passager. Il n'y aurait pas par conséquent de renouvellement possible et de contact prolongé de l'air, comme cela a lieu pour la plupart des autres plaies exposées.

Une autre proposition de M. J. Guérin est celle-ci : Le sang et les autres liquides utérins, en communication avec l'air, et par le fait de cette communication se décomposent, et ce sont les produits de la décomposition qui, en passant dans le péritoine par les trompes, font naître la péritonite puerpérale.

J'objecte à cette proposition que l'air ne pénétrant pas dans l'utérus, ou, s'il y pénètre par hazard, y séjournant trop peu de temps, ce n'est pas lui qui est cause de cette décomposition putride initiale dont les produits, selon moi, au lieu de passer dans le péritoine, comme le veut M. Guérin, sont absorbés par les lymphatiques et les veines, et vont infecter toute l'économie.

La putridité, à mon avis, peut se faire sans la présence de l'air. Elle se produit, comme l'a dit M. Blot, à l'abri du contact de cet agent, sur le fœtus mort dans le sein de sa mère; elle se produit assez souvent dans les abcès fétides avec développement de gaz ammoniacaux et sulfureux que nous voyons se former chez les sujets débilités. Pourquoi ce qui a lieu pour le fœtus et pour les abcès fétides n'aurait-il pas lieu aussi dans la matrice? Mais alors, me dira-t-on, si vous ne croyez pas à la nécessité de l'air pour décomposer les liquides de la matrice, comment se produit la décomposition et quelles en sont les causes? Je ne sais pas du tout comment le phénomène se produit et je n'en connais que les causes éloignées : ce sont comme pour les sujets qui font des abcès fétides certaines conditions qui amènent des modifications profondes dans la nutrition, altèrent les liquides et surtout le sang de l'organisme, et les préparent à cette décomposition facile une fois qu'ils ne sont plus contenus dans des vaisseaux. Les causes appréciables pour nous qui modifient ainsi la nutrition sont : l'hématose imparfaite et défectueuse, dans une atmosphère viciée par l'encombrement ou par le non-renouvellement de l'air, l'affaiblissement de la constitution par des fatigues, des excès, des veilles, des privations, des maladies, des chagrins et des émotions morales, la douleur physique. Pour tout cela, ne me demandez pas d'explication empruntée soit à la physiologie, soit à la physique. Je n'en ai pas et je ne veux pas vous donner des hypothèses; constatez seulement avec moi ce fait, qu'après comme avant l'accouchement, dans les grandes villes surtout, une ou plusieurs de ces conditions se rencontrent assez fréquemment pour qu'on puisse les invoquer comme cause de cette modification du sang, qui le prédispose à s'altérer lui et les liquides qu'il engendre sans que l'air extérieur intervienne le moins du monde.

Et maintenant, je reporte aux grandes plaies véritablement exposées les opinions que je viens de présenter et je dis : Si dans l'utérus et dans les abcès fétides les liquides deviennent putrides, sans que l'air y contribue, la même chose peut bien avoir lieu à la surface des grandes plaies qui suppurent. Pour elles aussi, la respiration dans une atmosphère viciée, la faiblesse antérieure, les fatigues, les émotions, etc., ont bien pu donner au sang cette aptitude à la décomposition, d'où résulte ce qu'on appelle aujourd'hui les poisons organiques. Que la présence de l'air y contribue dans une certaine mesure, je le veux bien, mais quand je considère la facilité et la rapidité avec laquelle se fait le produit toxique dans certains cas et le très-grand nombre de solutions de continuité suppurantes qui, malgré leur large exposition à l'air, ne sont pas suivies de putridité, je ne puis m'empêcher de croire de plus en plus que l'action de l'air est secondaire et que l'effusion et le séjour hors de leurs canaux naturels de liquides mal élaborés sont les causes principales de l'altération putride.

Si j'insiste sur ces remarques, c'est qu'aujourd'hui on se préoccupe beaucoup de la prophylaxie des accidents consécutifs à l'accouchement et aux grandes plaies. Or, si la théorie de M. J. Guérin était acceptée, les efforts dans cette direction seraient bien bornés. On chercherait à soustraire les plaies au contact de l'air et rien de plus. Si à la soustraction de l'air on ne prend pas le soin d'ajouter l'immersion du malade dans un air pur, l'alimentation, les toniques, l'éloignement des influences morales, etc., on n'aura que des résultats insuffisants.

M. Gosselin rappelle à cette occasion les efforts que l'on fait partout pour perfectionner l'hygiène hospitalière, et il mentionne un mémoire important de M. Chantreuil fils, qui propose l'adoption en grand d'un système en vigueur en Amérique et en Allemagne. Il s'agit de salles sous tentes, largement aérées, faciles à renouveler. Ce serait, de l'avis de M. Gosselin, le meilleur système hospitalier pour les accouchées et les opérés. Or, ajoute-t-il, les médecins d'abord, les administrateurs ensuite, auraient le droit de refuser ces innovations, si la doctrine du contact de l'air sur les plaies venait à faire beaucoup de partisans. Il y aurait là un danger. J'ai tenu, dit-il en terminant, à le signaler et

à protester contre les conséquences pratiques de cette doctrine par les arguments que lui fournissait la critique du travail de M. J. Guérin.

M. JULES GUÉRIN. Je commencerai par répondre à M. Gosselin, comme je l'ai fait à M. Alphonse Guérin, à savoir que je suis très-heureux de voir la discussion s'appuyer sur des faits et non pas seulement sur des dénégations systématiques.

Voilà vingt-cinq ans que j'ai conçu des idées au sujet de la question qui nous occupe, et la persistance que je montre à l'égard de ces idées est au moins une preuve que ma conviction est profonde; il me sera donc permis de m'étonner de la facilité avec laquelle on repousse ces idées que je n'ai pas émises sans les avoir préalablement mûries et étudiées profondément. Et, d'ailleurs, pour que mon collègue M. Gosselin vienne répéter ici ce qu'ont déjà dit les autres, il faut réellement qu'il ait conscience de la valeur de mon opinion. Je persiste donc dans cette opinion, et je prétends que cet utérus globuleux représente une cavité qui ne peut pas disparaître, comme le soutiennent mes adversaires, et cela est en effet bien évident, car il n'est pas possible que les parois d'une sphère viennent s'accoler les unes aux autres. Les principes de la physique la plus élémentaire sont là pour le démontrer. Je n'ai jamais prétendu, comme me le font dire MM. Depaul et Blot, que ces parois fussent rigides comme ceux d'une bouteille; mais je maintiens qu'il y a là des sinus, des espaces libres dont on ne peut nier l'existence; et, puisque M. Depaul se refuse à me laisser faire des expériences à ce sujet dans son service, j'en appelle aux vétérinaires qui n'auront pas à me faire les mêmes objections que M. Depaul; et je les prie de me dire si réellement il n'y a pas là de cavité; je maintiens en outre ce fait, que des liquides putréfiés engendrent des gaz. Il y a là des conditions dynamiques et mécaniques qu'il est impossible de réfuter.

Quant à l'objection que me fait mon collègue M. Gosselin, au sujet de la fièvre puerpérale, que je confondrais, suivant lui, avec la péritonite, je demande la permission de lire à l'Académie la fin de mon discours de 1858, où je formule nettement ma manière de voir à ce sujet.

«... La fièvre puerpérale, qui a son principal point de départ dans cette altération *sui generis* de la plaie utérine, doit comprendre dans sa formule étiologique *l'état puerpéral* antérieur du sujet, *l'infection* ou *l'intoxication* puerpérales résultant du milieu infecté, comme le caractère de la plaie utérine exposée comprend la *nature particulière* de la plaie, du *liquide* qui la baigne et de la *fonction spéciale* dont elle était le siége immédiat.

« La fièvre puerpérale, considérée comme effet collectif et comme résultante de tous ces éléments étiologiques, peut et doit conserver cette dénomination et rester comme une maladie à part, dont la nature et les caractères sont aussi distincts que les éléments qui lui donnent naissance, etc.... »

Je fais donc, comme on le voit, une distinction bien nette entre la fièvre puerpérale et la péritonite.

Il ressort de mes expériences un fait que personne ne peut nier et qu'ont prouvé les expériences récemment faites par M. Alph. Guérin comme, du reste, l'avaient déjà prouvé celles que j'avais faites avant lui, à savoir que j'ai inventé un moyen de faire sortir de l'utérus toutes les matières putréfiées qu'il renferme. C'est donc là un fait bien établi sur lequel il est inutile de revenir.

Quant à la présence de liquides purulents dans les trompes, il me revient à la mémoire un travail présenté à l'Académie il y a quatre ou cinq ans par un médecin dont le nom m'échappe, tendant à prouver qu'il y a toujours des liquides purulents dans les trompes. C'est ce que j'ai constaté moi-même, excepté dans les empoisonnements subits. Il est donc reconnu aujourd'hui qu'il y a, sinon toujours, au moins très-souvent des liquides putréfiés dans les trompes. Si cela est, il y a donc quelque raison de faire le vide. M. Gosselin et les autres prétendent qu'il n'y a pas de passage possible. Je vais donc me trouver obligé de rappeler encore une fois, à ce sujet, ce que j'ai dit en 1858. (Ici M. Jules Guérin rappelle le passage de son discours de 1858, déjà cité dans la précédente séance, et dans lequel il a réuni tous les faits et les expériences qui démontrent le passage de l'air dans le péritoine à travers les trompes (voir *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIII, n° 18, 30 juin 1858, p. 853 et passim.).

Et à l'appui de cette proposition, je citerai encore M. Béhier et M. Jacquemier qui reconnaissent comme moi la possibilité du passage des matières purulentes de l'utérus dans l'abdomen. J'ai dit que dans la péritonite puerpérale il y avait ballonnement du ventre; or, il est bien évident que ce ballonnement est dû à la présence de liquides ou de gaz dans l'abdomen; or, en admettant un instant avec mes adversaires qu'il ne soit pas possible de retirer des liquides, il faut bien admettre au moins qu'on peut retirer des gaz. Mes adversaires n'opposent donc que des théories négatives à des faits et des allégations que je leur apporte.

J'ai à faire, dans cette discussion, à deux sortes d'adversaires, les uns qui nient tout et ne veulent rien admettre des faits que j'apporte, les autres qui veulent s'approprier mes inventions.

Reste la question de la limite d'action de mon appareil; eh bien, je prétends que cette limite est tout aussi étendue que la théorie dont elle émane. Mon appareil agit depuis le vagin jusqu'au péritoine, et je défie mes adversaires de prouver le contraire.

Quant au prétendu danger de mon appareil, il tombe de lui-même, puisque d'abord j'ai dit que je faisais l'aspiration avant l'injection. Je maintiens donc tout ce que j'ai dit, et je demande à tout le monde de venir expérimenter avec moi sur le cadavre, et à tous ceux qui le voudront de venir expérimenter sur le vivant.

M. DEPAUL. Si je demande la parole, c'est que, devant quitter Paris, je ne veux pas laisser croire à M. Guérin qu'il m'ait convaincu le moins du monde; et je réfuterai M. Guérin par ses propres paroles; il me suffira pour cela de rappeler une de ses conceptions auxquelles il paraît avoir renoncé aujourd'hui, et qui consistait à proposer de vider la cavité péritonéale des liquides morbides qu'elle renferme par la méthode sous-cutanée. C'est évidemment qu'il ne croyait pas alors à la possibilité de les extraire par les trompes.

M. Guérin prétend que la matrice se dilate; mais c'est vous-même qui la dilatez en y insufflant de l'air. Pour les trompes, il est bien évident qu'elles ne pompent pas, et je ne reviendrai pas là-dessus. Quant au ballonnement du ventre, ce ballonnement est dû, tout le monde sait cela, et je suis honteux de le rappeler, à la distension des intestins par des gaz et à la pression qu'ils exercent sur les parois de l'abdomen; et, en effet, à l'autopsie, à peine a-t-on fait l'ouverture, que l'intestin sort de lui-même. Quant au passage du gaz à travers les trompes, je défie M. Guérin de nous en prouver jamais la possibilité.

M. J. GUÉRIN. M. Depaul, pour repousser mes assertions, me prête des idées que je n'ai pas. Je n'insiste pas d'ailleurs, j'en appelle à l'expérience et à l'avenir. Et enfin, je terminerai en vous demandant quels sont vos moyens de thérapeutique pour cette cause de deuil dans les familles? Quels moyens avez-vous? Aucun. Or, je vous en apporte un que je crois et que je maintiens bon.

Que vous coûte-t-il de l'essayer? Essayez-le donc! Quant à la persistance que met M. Depaul à se prévaloir de sa position et de sa dignité, j'en suis heureux, car loin de chercher à abaisser mes adversaires, je suis flatté de les voir s'élever eux-mêmes et se rendre ainsi dignes de moi.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 119. — SAMEDI 10 OCTOBRE 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 10 OCTOBRE 1868. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour com[illegible] le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE : De quelques-uns des accidents inhérents à l'usage interne du nitrate d'argent, et en particulier de l'albuminurie argentine. Sur l'étiologie du typhus épidémique. — De l'emploi des courants continus dans le traitement de l'ataxie locomotrice, par M. le docteur Onimus. — A propos de la méthode expectante dans le traitement de la pneumonie, par L. de Lucé (de Vire). — Feuilleton : Les Facultés de médecine de province avant la Révolution, par M. H. Montanier. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De quelques-uns des accidents inhérents à l'usage interne du nitrate d'argent, et en particulier de l'albuminurie argentine.

L'extension de plus en plus grande que prend de nos jours l'usage interne du nitrate d'argent, dont les indications se sont notablement multipliées depuis les applications plus ou moins heureuses qu'en ont faites MM. Wunderlick, Charcot, Vulpian et autres, au traitement de l'ataxie locomotrice, nous fait un devoir de saisir l'occasion qui se présente de signaler quelques-uns des inconvénients et des dangers que peut présenter cette médication. Sans parler des effets toxiques que pourraient produire des doses trop élevées, mais qu'il est aisé d'éviter par un dosage convenable, on connaît ce phénomène spécial de la coloration ardoisée de la peau, restée jusqu'à présent indélébile. Nous en avons rapporté il y a quelques années un très-curieux exemple observé dans le service de la clinique Trousseau à l'Hôtel-Dieu. Il s'agissait d'un épileptique qui, à la suite d'une médication prolongée par le nitrate d'argent, avait vu la totalité de ses téguments devenir d'une couleur ardoisée extrêmement prononcée, sans avoir eu d'ailleurs la compensation du moindre amendement dans son état. (C'est ce même malade qui a subi depuis, en Angleterre, l'opération de la castration et la trachéotomie, tout en continuant à rester épileptique comme devant.) Une étude plus attentive des malades soumis à la médication argentine, a fait reconnaître depuis, comme il était d'ailleurs naturel de le présumer, que ce phénomène traduisant une sorte d'imprégnation générale de l'économie par les sels d'argent, n'était pas borné aux téguments.

MM. Charcot et Ball, dans leur excellent article *Argent*, du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, ont consigné les résultats des expériences et des observations qu'ils ont faites sur ce sujet. Chez des animaux (des chiens) auxquels ils avaient fait prendre du nitrate d'argent à dose médicinale pendant un mois ou six semaines, et qui ont succombé à une affection intercurrente, ils ont constaté, à l'autopsie, ce fait singulier, savoir : que tandis que la muqueuse de l'estomac et de la partie supérieure du duodénum offrait sa coloration normale, un peu plus bas on voyait apparaître une teinte ardoisée, qui prenait une coloration de plus en plus foncée à mesure qu'on descendait vers la fin de l'iléon. La couleur noire arrivait à son maximum immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cécale. Sur ce point, elle s'arrêtait brusquement. La muqueuse reprenait sa coloration normale dans le cœcum, puis on voyait apparaître de nouveau la teinte ardoisée, dont le maximum d'intensité occupait la partie inférieure du rectum. Chez les animaux qui avaient été soumis pendant un temps plus long à l'action du nitrate d'argent, la coloration de l'intestin était plus uniformément ardoisée, et il n'existait pas une ligne de démarcation tranchée entre le jéjunum et l'iléon. Mais, en revanche, il se manifestait un autre phénomène très-remarquable. Après deux ou trois mois, les sujets présentaient des taches noirâtres sur la muqueuse gengivale, au collet des dents, et plus spécialement au niveau des canines.

D'un autre côté, des observations sur l'homme faites par MM. Charcot et Vulpian, les ont conduit à exposer, comme il suit, la succession des phénomènes physiologiques qui se manifestent à la suite d'une administration prolongée du nitrate d'argent :

Dans une première période, c'est-à-dire au début du traitement, le nitrate d'argent est parfaitement toléré. Loin d'exercer une action irritante sur le tube digestif, il ne semble même pas déterminer forcément des effets purgatifs ; cependant, lorsqu'on élève la dose, on voit survenir quelquefois un peu de gastralgie et de légères coliques qui disparaissent promptement. En dehors de ces troubles intestinaux, le seul phénomène appréciable qui se manifeste à cette période, ce sont des démangeaisons et quelquefois un peu d'érythème papuleux.

Après avoir absorbé une quantité plus ou moins considérable de nitrate d'argent, dont le minimum paraît devoir être fixé au total de deux grammes, les sujets présentent le liséré bleu foncé du collet des dents, signalé pour la première fois par M. Duguet. Il se produit, en général, au bout de trois mois de traitement. En outre, la muqueuse buccale se colore sur une grande étendue, de manière à constituer des plaques noirâtres. C'est dans cette seconde période que M. Guipon, de Laon, a constaté la stomatite.

C'est après un traitement plus prolongé, c'est-à-dire après l'injection d'une quantité considérable de nitrate d'argent, que survient la coloration ardoisée de la peau. Ce dernier phénomène, qui est la manifestation cutanée de l'*argyrie* des Allemands, ne se produit généralement qu'à un assez long intervalle de l'époque où se manifeste le liséré gengival.

A ces trois périodes, il faut en ajouter une quatrième, ou plutôt au phénomène caractéristique de cette période, il faut ajouter une nouvelle série de lésions qui ont été constatées par divers observateurs, et qui accusent l'imprégnation générale de l'économie, telles que la présence de granulations noires dans la plupart des tissus et des viscères. C'est sur l'une de ces lésions, en particulier celle des reins, que nous voulons appeler un moment l'attention.

M. Liouville a communiqué récemment à la Société de biologie une note très-intéressante sur une lésion des reins et sur l'albuminurie argentine consécutive, à laquelle nous empruntons les détails qui suivent :

Il s'agit d'une femme de 34 ans qui était dans l'infirmerie de la Salpêtrière, service de M. Vulpian, et qui y a succombé à une ataxie locomotrice dont elle était atteinte depuis plusieurs années. On a constaté à l'autopsie les caractères très-accusés de la sclérose en plaques généralisées de l'encéphale et de la moelle épinière. Parmi les nombreux traitements auxquels cette malade avait été soumise sans succès final, mais toutefois avec quelque temps d'arrêt, se trouvait le nitrate d'argent. Elle y avait été soumise il y a six ans de la façon suivante :

Le 2 août 1862, on avait débuté par deux pilules de nitrate d'argent chaque jour, de la dose de 0,01 centigramme chaque.

Le 8 août de la même année, moment où il y eut une légère amélioration, elle fut mise à trois pilules, dose qui fut continuée sans interruption jusqu'au 20 avril 1863. Cette femme avait donc pris environ, dans ce laps de temps, 700 pilules, ce qui représentait un total approximatif de 7 grammes de nitrate d'argent. Malheureusement, l'amélioration obtenue au début n'avait pas eu de durée, et il avait fallu recourir à d'autres médications. Néanmoins, lors de la dernière apparition de cette malade à l'infirmerie, en avril 1868, bien qu'il y eut alors cinq ans qu'elle avait cessé l'usage des pilules de nitrate d'argent, M. Liouville fut frappé par la teinte un peu bistrée de la peau du ventre et par le relief coloré des bords gengivaux des dents. Mais là ne se bornaient pas les signes d'imprégnation. Nous avons dit qu'à l'autopsie, on avait constaté les lésions caractéristiques de la sclérose des centres nerveux ; indépendamment de ces lésions, MM. Vulpian et Liouville ont reconnu, tout d'abord, à la simple inspection, que les reins et les plexus choroïdes étaient considérablement imprégnés par le passage du nitrate d'argent. Plus tard, ils constatèrent que les capsules surrénales paraissaient aussi avoir subi cette influence. Le microscope et l'analyse chimique ont confirmé ce qu'un examen superficiel faisait soupçonner.

En effet, les reins offraient à la coupe une apparence caractéristique ; ils étaient comme parsemés, surtout dans la substance corticale, de petits points noirs, bleuâtres, isolés, se présentant sous la forme d'une poussière fine, à grains disséminés, mais fixes. C'étaient les glomérules de Malpighi, teintés

---

FEUILLETON

LES FACULTÉS DE MÉDECINE DE PROVINCE (1)

Avant la Révolution.

II

PLAIDOYER FAIT AU PARLEMENT DE BOURGOGNE, SUR LE RÈGLEMENT DES MÉDECINS ET APOTHICAIRES TOUCHANT L'EXERCICE DE LEUR ART ET PROFESSION.

Il nous paraît probable que, de tout temps, médecins et pharmaciens ont vécu en assez mauvaise intelligence. Voilà ce que c'est que d'être trop proches voisins et d'avoir de trop nombreux points de contact. Il faut être le bon Andrieux pour s'étonner que deux voisins aient toujours entre eux la guerre. Ce gentilhomme processif, M. de Malherbe, s'il vous plaît, avait parfaitement raison quand il répondait à ceux qui étaient surpris de le voir en procès avec tous ses voisins et ses parents : — « Voulez-vous que j'aie des procès avec les Turcs et les Moscovites ? Je n'ai rien à partager avec eux. » Malherbe, à la vérité, était un franc Normand ; mais nos anciens docteurs se comportaient comme s'ils fussent tous nés dans cette plantureuse province, si riche en procès.

Tout le dix-septième siècle est rempli par les querelles et les procès entre apothicaires et docteurs ; mais ces querelles, qui se sont continuées longtemps encore, avaient déjà pris naissance dans les siècles antérieurs. Les médecins prétendaient à la suprématie ; les apothicaires voulaient être les égaux des docteurs ; c'étaient les plus sages. D'autres disaient connaître les maladies et leur traitement bien mieux que les suppôts de la Faculté. A la vérité, la loi, les arrêtés, les décrets se prononçaient toujours en faveur de ces derniers et plaçaient les apothicaires, non pas seulement sur le second plan, mais sous la dépendance de leurs ennemis.

Les médecins voulaient faire exécuter les jugements qui leur étaient favorables ; les apothicaires essayaient de s'en affranchir : dix fois vaincus, ils revenaient dix fois à la charge. De là non pas seulement de bons et gras procès, mais des querelles, des invectives, des mémoires, des pamphlets où les gros mots n'étaient pas plus épargnés que les épithètes malsonnantes. Sur ce terrain, les ennemis se valaient ; des deux côtés, le feu était aussi bien nourri, et aujourd'hui encore, il serait difficile de décerner la palme en toute équité.

Au dix-septième siècle, les médecins avaient de leur côté un terrible jouteur, notre bon ami Guy-Patin, le moqueur cruel et sans pitié. Comme il vous les habille, ces pauvres apothicaires ! Il suffit d'ouvrir au hasard sa correspondance et de prendre sans chercher : — Les apothicaires sont de la *canaille*, des *coïons*, des *voleurs*, des *tyrans barbaresques*, des *épiciers* et mille autres aménités de même nature. — Tout cela lui valut, à la vérité, un procès, procès célèbre dont il sortit vainqueur et mille fois plus impertinent encore.

Bernier ne les traite pas mieux, quoique plus lourdement. Selon lui, ils sont obligés de reconnaître les médecins pour leurs *supérieurs et précepteurs*, ne tenant que de leur fond et de leur bonté *tout ce qu'ils ont et tout ce qu'ils sont*. — C'était justement là la clef de la difficulté. — « Qu'ils apprennent, ajoute-t-il, qu'ils ne sont que des *apothicaires, marchands, droguistes, épiciers, grossiers, aromataires.* » Puis il s'amuse de quelques-unes de leurs erreurs les plus célèbres, de leurs bévues, de leurs *quiproquos*, et il les appelle, après d'autres, non pas seulement les *singes de la médecine*, mais des *canonistes*, par allusion aux canons de leurs seringues !

Toutes ces injures, d'assez mauvais goût, ne devaient guère apaiser les colères et les rivalités. Les apothicaires répondaient que la plupart des médecins n'étaient que des ignorants connaissant mal les drogues qu'ils employaient et sachant à peine formuler ; qu'ils n'agissaient que dans l'intérêt de leur avarice et qu'ils exploitaient les pauvres malades ; qu'eux, apothicaires, valaient au moins autant que les docteurs, etc., etc.

Ces querelles, d'ailleurs, on ne les trouve pas seulement à Paris, mais partout, et il n'est peut-être pas de grande ville qui n'ait eu son procès célèbre. C'est justement d'un de ces procès, plaidé devant le parlement de Bourgogne, que nous voulons nous occuper aujourd'hui ; procès curieux à plus d'un titre, et qui va nous permettre d'entrer en plein dans la vie intime des docteurs et des apothicaires, en l'an de grâce 1605.

Quand on lit, sans y être préparé suffisamment, la pièce des *Plaideurs* de Racine, un des plus jolis vaudevilles du Théâtre Français, on s'imagine que le grand écrivain a tout inventé ; c'est une erreur. A peine a-t-il exagéré. Les *plaideurs* de Racine ne s'inventent pas plus que les *médecins* de Molière ; ce sont des portraits, chargés sans doute, mais ce sont des portraits, et l'éloquence de maître Petit-Jean est, à peu de chose près, l'éloquence d'alors. Il suffirait, pour en être convaincu, de lire la pièce que nous analysons et qui est intitulée : PLAIDOYER, *fait au Parlement de Bourgogne, sur le règlement des médecins et apothicaires*, etc., etc.

A propos d'apothicaires et de médecins, il y a de tout dans ce plaidoyer : il y a d'abord énormément de latin, beaucoup de grec et une assez jolie proportion d'hébreu. On y parle de Dieu, des saints, des apôtres, d'Alexandre, de Caton, de Cicéron, d'Aristote, de Cirus ; la cabale y joue un grand rôle ; l'astronomie médicale y est proclamée et reconnue ; le pouvoir des amulettes n'y est pas contesté, bien au contraire ; les charlatans y ont leur panégyrique. Il n'est pas une superstition, une croyance ridicule qui ne soit acceptée et recommandée ; et l'on n'étonnerait bien davantage si, faisant un retour sur nous-mêmes et sur notre époque, nous n'étions obligés de convenir qu'il en est encore à peu près de même ; que les charlatans sont plus triomphants que jamais ; que les amulettes sont en grande vénération ; que le magnétisme, que le spiritisme ont encore de nombreux adeptes, et que, tous les jours, le zouave Jacob accomplit de nouveaux miracles !...

Entrons maintenant dans l'examen médical du *plaidoyer* et voyons

(1) Voir notre dernier numéro.

par le métal. Ce n'était pas seulement le contour, mais l'intérieur de tout ou partie des glomérules qui était atteinte.

Les conduits ne paraissaient pas avoir subi une grande modification dans leur teinte. Mais, par contre, on y constatait avec netteté l'existence de nombreuses altérations rappelant les lésions granulo-graisseuses des cylindres dans les reins frappés de la maladie de Bright. Or, il est bon de rappeler que pendant la vie, on avait trouvé, à plusieurs reprises, de l'albumine dans l'urine de cette malade.

Les coupes des pyramides n'ont pas fourni de notions aussi évidentes pour l'imprégnation argentique que celles qui résultaient de l'examen de la substance corticale, où semblaient se confiner les altérations les plus prononcées.

Pour les capsules surrénales, cette même imprégnation, déjà soupçonnée à l'œil nu, fut pleinement confirmée par l'examen histologique. Il en a été de même pour les plexus choroïdes.

Les recherches ont également porté sur les poumons; mais quoique M. Liouville ait cru reconnaître une légère atteinte des éléments de ce tissu, la difficulté étant accrue ici de la possibilité d'une confusion avec la pigmentation si fréquente et l'état dit charbonné, il n'a pas cru devoir se prononcer à cet égard.

Il est intéressant de rapprocher la lésion des reins, dont il vient d'être question, de la constatation qui a été faite pendant la vie de la présence d'albumine dans les urines. Il y aurait donc à enregistrer une nouvelle sorte d'albuminurie spéciale comparable à celle que M. Ollivier a constatée chez les saturnins et qu'il a décrite sous le nom d'albuminurie saturnine. De là, la nécessité désormais pour les praticiens, quand ils se trouvent en présence d'un malade soumis depuis quelque temps à l'administration du nitrate d'argent, de surveiller en particulier l'état des urines; l'albuminurie étant dans ce cas l'indice d'une lésion spéciale du rein, qui doit avertir de cesser ou tout au moins de diminuer la médication. C'est là la seule conclusion pratique que nous voulions pour le moment tirer, avec M. Liouville, de cette observation qui présente d'ailleurs, sous d'autres rapports, un très-grand intérêt.

Sur l'étiologie du typhus épidémique.

A l'occasion de l'analyse d'une conférence de M. Virchow sur le typhus famélique, insérée par notre collègue M. le docteur Revillout dans sa *Revue clinique* du 5 septembre, M. le docteur Ridreau, médecin major au 51e régiment de ligne, nous a adressé la note suivante, qui trouve ici sa place :

« Parallèlement, et comme point de comparaison à ce que vous avez rapporté de la dernière leçon de Virchow (*Gazette des hôpitaux*, 5 septembre 1868), nous écrit notre confrère, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien transcrire dans votre estimable journal les lignes suivantes que j'écrivais il y a tantôt neuf ans à mon retour de Crimée dans un mémoire intitulé : *Dissertation sur l'affection typhique, ses causes, son siége, sa nature et sa médication* (1).

« *Causes du typhus épidémique.* — Il y a unanimité sur les causes du typhus épidémique.

« Il se développe dans les grands rassemblements d'hommes obligés de séjourner dans des lieux limités et difficilement aérables; c'est-à-dire que la viciation de l'air par la respiration

(1) *Dissertation sur l'affection typhique* (typhus, fièvre typhoïde), ses causes, son siége, sa nature et sa médication. Strasbourg, imprimerie d'Ad. Christophe, 1859.

et les diverses excrétions du corps est la véritable cause efficiente qui engendrera et rappellera toujours la même maladie.

« On en a signalé une foule d'autres que je ne considère que comme adventives. Elles hâteront, elles aggraveront la maladie, mais elles ne la produiront pas. Elles constituent peut-être les légères différences qui ont été signalées dans les typhus dont nous avons la relation.

. . . .

« Cette dernière remarque, vraie souvent, n'est pas absolue, parce que ni le froid ni la chaleur ne sont *cause* de la viciation de l'air, ils n'en sont que l'occasion.

« En Crimée, dans les années 1854, 1855, 1856, le typhus n'a commencé réellement à se montrer dans nos ambulances que vers la fin du mois de décembre, et a eu toute son intensité dans les temps froids et pluvieux.

« Dans l'ambulance où je me trouvais et où j'avais un service de plus de quatre cents malades, tant blessés que fiévreux, je puis affirmer que je n'ai pas vu d'affection typhique depuis juillet 1855 jusqu'au mois de novembre.

« Et cependant toutes les plaies étaient prises de pourriture d'hôpital très-contagieuse...

« Nos malades avaient une nourriture encore plus mauvaise qu'après la prise de Sébastopol. Porteurs de toutes sortes de blessures, amputés des bras, des jambes, ils couchaient par terre sur une couverture pliée en deux; aux plus malades je faisais donner, autant que possible, un peu de foin pour éviter le contact trop immédiat de la terre. Ils manquaient de tous les ustensiles de première nécessité. Ils n'avaient ni vases, ni verres, ni assiettes... et le typhus ne se déclarait pas. C'est que, jusqu'à la fin de novembre, on pouvait ouvrir les tentes, mettre les hommes au grand air pendant la journée, et ne pas fermer hermétiquement pendant la nuit.

« L'air vicié par la respiration cutanée, par les exhalaisons putrides des plaies, était promptement enlevé aussitôt qu'on ouvrait les tentes.

« Les pluies et la neige venues avec le froid, il en a été tout autrement. On souffrait du froid, on était mouillé. Entre deux maux, dont l'un présent à chaque instant et dont on pouvait se garer, et un autre inconnu, éloigné au moins, on se garantissait du plus imminent, on fermait toutes les ouvertures, on les calfeutrait. C'est alors que l'air ne se renouvelant plus, la fièvre typhique se développait.

« Tous les médecins de Crimée peuvent se rappeler qu'avec de grands froids et une atmosphère calme le typhus diminuait, si le temps était assez pur pour qu'on pût ouvrir. Il augmentait avec la pluie, la neige et les grands vents du Nord.

. . . .

« Le typhus est dû à un empoisonnement.

« En Crimée on pouvait faire du service médical une condamnation à mort, c'était une affaire de temps.

« Tel médecin qui était resté quinze jours, un mois et plus, sans être atteint, pouvait à point nommé indiquer la cause de cette exception.

« Il le devait au peu de temps qu'il passait dans les lieux confinés et aux courses nombreuses nécessitées par le service.

. . . .

« En somme, ceux qui ont été le moins atteints sont ceux qui sont restés le moins de temps dans les lieux infectés et ceux qui se sont donné le plus de mouvement au grand air. »

— Il serait difficile de trouver des faits plus concluants en faveur de la doctrine étiologique du typhus épidémique le plus généralement admise, doctrine si bien établie et si fondée qu'on pourrait presque se flatter (s'il y avait de quoi) de faire naître une épidémie de typhus à volonté. Heureusement que la proposition peut être renversée, et qu'étant donnée la possibilité de faire cesser l'encombrement et de disposer d'une aération et d'un régime convenables, on peut se promettre presque aussi facilement de la faire cesser.

DE L'EMPLOI DES COURANTS CONTINUS

Dans le traitement de l'ataxie locomotrice,

Par M. le docteur ONIMUS (1).

OBSERVATION VII. — L..., valet de chambre, âgé de 50 ans, a été militaire (cuirassier) jusqu'à l'âge de 30 ans. Depuis cette époque, il est valet de chambre. Il est fortement bâti, n'a pas eu de maladies antérieures et dit n'avoir fait d'excès d'aucun genre.

Depuis cinq ans, il ressent de violents maux de tête, et dès la même époque, sa vue a commencé à s'affaiblir. Les maux de tête n'étaient point continus et ne restaient pas constamment fixés à la même place; ils arrivaient par intermittence et voyageaient d'un endroit de la tête à l'autre.

Depuis deux ans, il ressent dans les jambes de la lassitude et une grande faiblesse. En même temps, il éprouve de temps en temps des douleurs très-vives, qui lui font l'effet de fortes crampes. Il accuse également un sentiment de pesanteur dans les reins.

Il éprouve des douleurs lancinantes dans les bras; ces douleurs ont apparu quelque temps après celles des jambes. En étendant les bras, on remarque un léger tremblement dans la main. Quand il tient un objet dans la main, il craint de le lâcher à chaque instant. La sensibilité du bras ne paraît pas diminuée; celle des jambes a sensiblement diminué.

Il n'a jamais eu d'incontinence d'urine, mais il a une grande difficulté à uriner, et met un temps assez long entre le désir d'uriner et l'émission.

La marche n'est pas trop mauvaise, quoique très-lente de temps en temps; il lance les jambes en avant et les laisse retomber fortement sur le sol. Il risque de tomber dans l'obscurité. Lorsqu'on lui fait fermer les yeux, son corps se balance en tous les sens, mais sans tomber. Il lui est difficile de marcher sur la pointe des pieds sans trébucher et sans risquer à chaque instant de faire une chute.

Depuis deux ans, le sens de l'ouï s'est beaucoup affaibli; il n'entend que les paroles prononcées tout près de lui et d'un ton très-fort. On n'aperçoit aucune altération organique, la membrane du tympan est normale et la trompe d'Eustache parfaitement saine et libre. Il accuse des étourdissements d'oreille. L'examen ophtalmoscopique donne les résultats suivants : atrophie du nerf optique, artérioles diminuées de calibre, pupille très-rétrécie.

Ce malade est encore en traitement, et il a eu jusqu'à présent trente-cinq séances d'électrisation par les courants continus. Tous les symptômes ont subi une amélioration très-marquée.

Les douleurs des membres ont disparu en grande partie; celles des jambes ne se font plus sentir; elles persistent encore du côté des bras, mais elles sont moins fortes qu'avant le traitement.

La marche est plus ferme, quoiqu'elle conserve encore les caractères typiques des ataxiques; il ne trébuche que très-rarement. Il se tient debout, les yeux fermés, sans balancement de corps, pendant un temps très-long. Nous l'avons fait rester dans cette position pendant deux minutes, sans qu'il ait risqué de tomber. Il marche et se retourne, les yeux fermés, sans difficulté. Il peut également se tenir sur la pointe des pieds et marche ainsi sans faire de chutes.

Il urine beaucoup plus facilement et l'émission se fait presque aussitôt. Le jet d'urine est plus fort.

Les douleurs de tête ont beaucoup diminué; il affirme entendre mieux et être débarrassé des bourdonnements d'oreilles qu'il avait précédemment.

(1) Fin. — Voir le numéro de jeudi dernier.

---

ce que, chemin faisant, nous y rencontrerons qui puisse intéresser notre profession.

Il y a là trois plaidoyers; l'un pour les apothicaires, du sieur Bernier; l'autre, du sieur Guillaume, pour les suppôts de la Faculté; le troisième enfin, du sieur de Vallepelle, procureur du roi. Le tout est précédé d'une *Ode anacréontique*, œuvre de Louvan Géliot, dijonnais, avocat en parlement.

Est-ce bien une ode? Il est au moins permis d'en douter, et il serait difficile d'imaginer un chercheur de rimes plus plat et plus insipide que l'avocat Géliot. Quant à l'épithète *anacréontique*, je défie l'Académie française, doublée de l'Académie des Inscriptions, de me l'expliquer. Pauvre Anacréon! S'il n'avait fait que des odes de cette valeur, il n'aurait assurément pas la mauvaise réputation que certaines gens lui ont faite, par la raison toute simple qu'il n'aurait pas de réputation du tout.

Je ne puis citer cette pièce tout entière, bien qu'elle soit assez courte, mais on me permettra cependant d'en rapporter quelques vers; ils ne sont pas plus mauvais que tous les autres et suffiront pour faire apprécier le talent de l'avocat, poëte anacréontique!

Enfin, le Dieu qui préside
A la troupe Aganippide (1);
Le Dieu des simples divers,
Me veut inspirer des vers :
Afin que la France toute,
Qui, attentive, m'escoute,
Sçache pourquoy et comment
Ce livre eut commencement.

Ce début tient tout ce qu'il promet, et je saute bien vite à la fin, où se trouvent les portraits (et quels portraits!) des deux avocats.

De là vient, qu'entrant premier
Dans la bouche de BERNIER,

(1) La troupe *Aganippide*, pour qui n'a pas oublié le grec, c'est la troupe des Muses; ce surnom leur vient de la fontaine Aganippe, fille du fleuve Permesse, et dont les eaux inspiraient les poëtes,... pas ceux de Dijon.

Il (Apollon) lasche dessus sa langue
Le subject de la harangue;
Et d'un discours recherché,
Fait voir ce qui est caché
Dans la plus riche boutique
De l'Itale et de l'Attique :
Quand il conclut doctement
Encontre le réglement.

Puis il se coule, et se glisse
A l'autre part de la lice :
Là où GUILLAUME, tonnant,
Va le barreau estonnant;
Et par l'effort de son dire
Monstre bien qu'un Dieu l'inspire :
Quand il parle éloquemment
A l'effet du règlement.

Personne n'insistera, je pense, pour que je fasse une plus longue citation; le malheur est que notre avocat-poëte ne dit rien touchant la médecine et les médecins. Il nous faut donc arriver, sans autre préface, à ce fameux règlement et au procès dont il fut le sujet.

Les médecins se plaignant « de ce que, à leur mépris et l'intérêt du public, les apothicaires de cette ville (Dijon), sortans hors des termes de leur art, entreprennaient légièrement sur ce qui appartenait nuëment à leur profession, se mêlaient de faire la médecine, et sans avoir connaissance aucune des règles et préceptes de la science, s'ingéraient d'ordonner inconsidérément les remèdes plus importants et périlleux, notamment les potions purgatives et la saignée. Pour arrêter ce désordre, » ils voulurent imposer aux apothicaires un règlement dont nous allons donner l'analyse complète :

1° Que les apothicaires qui se présenteront pour être reçus, seront examinés par deux anciens apothicaires, *en présence de deux médecins* et des échevins. Les médecins pourront interroger;

2° Les médecins n'étant souvent appelés auprès des malades qu'après que ceux-ci ont été purgés ou saignés, *dont advient des inconvénient irréparables*, les apothicaires devront inviter les personnes qui soignent le malade à faire appeler le médecin, pour qu'il fasse *ce qui sera jugé propre*;

3° « Sont faites deffenses aux apothicaires de recevoir aucunes ordonnances de médecine et autres potions, qu'elles n'aient été prescrites et ordonnées par médecins ou docteurs approuvés, soit de cette ville ou d'autres lieux;

4° « Leur est ordonné de tenir un livre particulier, dans lequel les ordonnances des médecins qui ordonneront en cette ville seront écrites par lesdits médecins, signées par eux, datées et rédigées par ordre des jours qu'elles seront faites. » — Cet article fut le moins vivement discuté, ainsi que nous le verrons. Les docteurs y laissaient un peu trop voir le bout de l'oreille; leur avocat en fit assez facilement l'abandon.

5° Les drogues vénéneuses devront être tenues sous clefs. Les maîtres sont responsables civilement de la faute de leurs valets et domestiques. — Il est assez remarquable de voir renaître, de nos jours, cet article d'une importance capitale.

6° « Lesdits apothicaires ne tiendront dorénavant qu'un même livre qu'ils appellent *antidotaire*, tel qu'il sera avisé entre eux et les médecins et corrigé par l'avis et conseil desdits médecins; »

7° Les boutiques d'apothicaires seront visitées deux fois par an par des jurés, *en présence de deux médecins* et des échevins.

Tel est le règlement, assez rationnel dans presque toutes ses parties, mais où le médecin occupe toujours la première place, que les apothicaires refusèrent de reconnaître, et qui devint le thème du procès (1).

Dr H. MONTANIER.

(La suite au prochain numéro.)

(1) C'est presque dans les mêmes termes que se passa, à Paris, le procès fameux entre médecins et apothicaires, qui fut tranché par arrêt solennel du Parlement, le 28 avril 1671.

La vue s'est sensiblement améliorée; il distingue les objets à une distance plus éloignée; et tandis qu'auparavant il ne pouvait, dit-il, distinguer aucune lettre des affiches murales, il parvient aujourd'hui à lire les mots écrits en grand caractère.

On voit donc que l'amélioration a été générale; elle a été progressive, lente; mais pendant le cours du traitement, il n'y a jamais eu de recrudescence de la maladie. Ce cas est certes le plus favorable que nous ayons observé; nous espérons pouvoir le suivre pendant longtemps et le présenter aux personnes que ces faits pourraient intéresser.

Observation VIII. — L'observation suivante est surtout importante, parce qu'elle se rapproche des symptômes que Remak a donnés dans le tabes basiliaris, car on sait qu'il divise l'ataxie locomotrice en tabes dorsalis, tabes cervicalis et tabes basiliaris, selon la région où se trouve la lésion.

M. M..., marchand de vins, âgé de 46 ans, sans maladie antérieure, sans avoir fait d'excès de femmes, mais peut-être quelques excès alcooliques, a été atteint en 1865 d'étourdissements fréquents. Quelque temps auparavant, il avait eu de violents chagrins, et attribuait ses étourdissements à cette cause. Fort peu de temps après, sa vue s'altéra, et il ne fut plus aussi sûr de sa marche. Au bout de quelques mois, ces étourdissements se dissipèrent; mais à partir de cette époque, il vit tous les objets doubles. Pendant quinze mois, sans que la maladie s'aggrava beaucoup, il subit différents traitements : pilules de digitale, pilules mercurielles, iodure potassium, sulfate de quinine, purgatifs, vésicatoires, etc. Depuis un an, il souffre de violents maux de tête; ces douleurs ne restent pas localisées en un point, elles apparaissent tantôt aux tempes, tantôt sur le dessus et ou sur le derrière de la tête. Elles reviennent presque tous les soirs, au milieu de la nuit et l'empêchent de dormir.

A l'inspection ophthalmoscopique, on constate un commencement d'atrophie des nerfs optiques, plus avancée à gauche qu'à droite. Les pupilles sont très-rétrécies.

Il se plaint, depuis quelques semaines, de douleurs dans le bras gauche, de fourmillements, et il n'est plus aussi adroit de ses mains. Lorsqu'il tient un objet, il craint toujours de le laisser échapper. La force musculaire du bras est conservée.

Il n'a pas de douleurs dans les jambes. La sensibilité y est bien conservée. Il se tient debout les yeux fermés. Rien du côté de la vessie. Érections très-rares.

Au bout de trente séances d'électrisation sur la partie supérieure de la moelle; la diplopie avait presque complétement disparu, car il ne voyait les objets doubles qu'en regardant fortement en bas, tandis qu'avant, il voyait double en regardant en haut, en bas et à droite.

Les douleurs de tête ont également disparu, il peut dormir toute la nuit et n'a plus d'étourdissements. Les troubles plus récents du côté du bras gauche restent dans le même état et ne paraissent pas subir d'amélioration.

A côté de cette observation, nous pourrions placer une autre observation où les symptômes sont localisés dans les muscles de l'œil. Malheureusement, nous n'avons pu prendre cette observation que d'une manière très-incomplète.

M. H... a vécu très-longtemps à l'île Cuba. Depuis quatre ans, il souffre de forts maux de tête et depuis deux ans il voit double. En même temps, il ne peut pas régler les mouvements de ses paupières supérieures, et ne peut, la plupart du temps, qu'en soulever une seule à la fois, l'une se refermant quand l'autre œil s'ouvre. C'est surtout à droite que la chute de la paupière est plus prononcée; plusieurs mois auparavant, le ptosis existait plus marqué à gauche.

M. le docteur Liebreich, qui diagnostiqua dans ce cas les symptômes du tabes basiliaris, constata en même temps un strabisme convergent avec différence de hauteur, suite de la paralysie de la troisième et de la sixième paire à gauche. A droite, il y avait un peu de paralysie du côté de la sixième paire. Il n'y avait aucun autre symptôme, pas de douleurs fulgurantes, pas d'ataxie des membres.

L'application des courants continus détermina, au bout de fort peu de temps, de la régularité dans les mouvements de la paupière et la disparition de toute difficulté d'élévation. La convergence diminua également dans une forte proportion, mais ne disparut pas complétement.

Ces effets furent obtenus au bout de trente-cinq séances; l'amélioration, à partir de ce moment, resta stationnaire. Il n'y eut jamais la moindre excitation du côté du cerveau, ni maux de tête, ni étourdissements.

En rapprochant ces deux observations et d'autres où les troubles oculaires sont très-marqués, on est frappé de l'existence presque constante de maux de tête violents, paraissant surtout le soir et changeant facilement de place. On comparerait volontiers ces douleurs aux douleurs lancinantes des jambes, lorsque la sclérose débute par les parties inférieures de la moelle.

Il nous reste à expliquer le mode d'application des courants continus; nous allons le faire avec quelques détails, afin d'éviter aux médecins, qui voudraient employer ce traitement, des tâtonnements inévitables ou des modes opératoires défavorables.

Préoccupé dans les commencements de la perte de la sensibilité des membres inférieurs et du siége ordinaire de la lésion organique dans la partie lombaire de la moelle, nous appliquions d'abord les courants sur les jambes et sur la partie inférieure de la moelle. Nous mettions le plus souvent un des pôles sur une des jambes, le long du trajet d'un nerf, et l'autre pôle sur la colonne vertébrale à la région lombaire. Lorsque les bras étaient également atteints, nous mettions un des pôles sur le plexus brachial et l'autre sur l'avant-bras ou sur la colonne vertébrale à la région cervicale.

Ces procédés ne valent rien; *il est complétement inutile d'électriser les membres*, il faut n'électriser que la moelle. Donc, quel que soit le cas, il est nécessaire d'agir directement sur les centres et dans une assez grande étendue.

Quand les troubles fonctionnels ne sont manifestes que dans les membres inférieurs, ce qui est assez rare, il faut placer un rhéophore sur la dernière vertèbre lombaire, et l'autre sur les vertèbres dorsales. Lorsque la lésion est limitée à la partie supérieure de la moelle, il faut placer un des pôles sur la sixième ou la cinquième vertèbre cervicale, et l'autre sur la base du crâne ou plutôt sur l'atlas et l'axis. Dans ce cas, nous avons également, pendant la moitié de la séance, placé un des pôles sur la région du cou qui recouvre le ganglion cervical supérieur. Il est inutile, et il peut devenir dangereux d'électriser directement la tête aux environs des yeux. Lorsque la lésion occupe la partie inférieure et qu'il y a en même temps des troubles oculaires, nous plaçons le pôle positif sur la région lombaire, et le pôle négatif du côté du ganglion cervical supérieur. Le courant, dans ces conditions, doit être moins intense. Dans la plupart des cas, il faut placer un pôle, le pôle positif, sur la région lombaire, et l'autre, le pôle négatif, sur la région cervicale.

Il est important d'employer un courant ascendant, c'est-à-dire de placer le pôle positif à la partie inférieure, et le pôle négatif à la partie supérieure de la moelle. Si l'on oublie cette règle, on voit souvent les douleurs des membres réapparaître ou même augmenter. Nous en avons fait l'observation plusieurs fois, et cela nous a d'autant plus étonné, que dans la plupart des autres maladies, de même que dans les expériences physiologiques, nous avons toujours vu le courant ascendant être plus excitant que le courant descendant. Dans l'observation où le malade présente des phénomènes nerveux ressemblant à ceux de l'épilepsie spinale, nous avions cru nécessaire d'employer les courants descendants.

Cette application a augmenté les douleurs, que nous avons calmées au contraire par l'emploi des courants ascendants. Ce fait paraît, au premier abord, en contradiction avec les expériences physiologiques. En effet, nous avons constaté que le courant ascendant ou centripète déterminait des actions réflexes plus marquées que le courant descendant ou centrifuge (1). Depuis, M. le docteur Legros et moi, nous avons vu les courants descendants empêcher toute espèce d'action réflexe, même lorsque les mouvements réflexes sont très-marqués, comme dans la section de la moelle ou dans l'empoisonnement par la strychnine. Les courants ascendants les augmentent au contraire dans plusieurs cas et maintiennent les muscles dans des contractions tétaniques. (*Communication à la Société de biologie.*)

Il semblerait donc que dans l'électrisation de la moelle chez les ataxiques nous devions avoir de l'augmentation des douleurs par l'emploi des courants ascendants; et cependant le contraire a lieu. Pour expliquer cette action, il faut nous reporter aux conditions mêmes des faits physiologiques. Si dans les cas normaux et dans certains cas pathologiques, les courants ascendants agissent si activement, c'est qu'ils influent surtout sur les nerfs sensitifs. Coupez ou attirez les nerfs sensitifs, et aussitôt l'effet inverse va se produire. Le courant qui arrivera à déterminer le plus activement la contraction des muscles, sera alors le courant descendant; le courant ascendant ou centripète perdra presque toute son action, ou tout au moins il paraîtra moins excitant que lorsque les nerfs sensitifs ne sont point attirés. Or, dans la sclérose des cordons postérieurs, la sensibilité est en général diminuée, de plus, la lésion matérielle de la moelle lui enlève de son excitabilité, et nous nous trouvons ainsi dans le cas physiologique, où un courant descendant agit plus énergiquement qu'un courant ascendant. Ajoutons, de plus, que l'on peut employer des courants très-forts chez les ataxiques, sans produire aucun accident, ni excitation consécutive, ni maux de tête, ni troubles gastriques; ce qui prouve bien encore combien, malgré certains symptômes qui paraissent dus à une excitation, la moelle joue un rôle passif dans les symptômes, et que ses fonctions, loin d'être surexcitées, sont au contraire affaiblies.

Si, des faits physiologiques nous passons aux lésions anatomiques, nous voyons encore la raison d'être du mode de traitement que nous employons. Il est très-rare de trouver une lésion anatomique dans les nerfs périphériques; il est donc inutile d'agir sur les membres, et comme la lésion se trouve limitée à la moelle, c'est là seulement qu'il faut chercher à déterminer un changement dans l'état pathologique.

L'ataxie locomotrice est due à la destruction des éléments nerveux, et à leur substitution par un élément inactif et, pour ainsi dire, inerte, le tissu conjonctif ou lamineux. Comment donc peut-on agir sur une pareille lésion, et n'est-il pas illogique de vouloir faire réapparaître les éléments nerveux disparus? Il est évident que l'on ne cherche pas à détruire le tissu conjonctif ou lamineux qui s'est développé dans les cordons postérieurs de la moelle; mais comme l'ont observé MM. Charcot et Vulpian, on trouve quelquefois des tubes nerveux de nouvelle formation, et d'un autre côté, dans les commencements de la maladie, d'après l'observation de MM. Charcot et Bouchard, la lésion porte principalement sur les capillaires dont les parois présentent une multiplication de leurs noyaux. De plus, M. Bouchard a encore observé que les cylindres axes persistaient longtemps au milieu du tissu conjonctif. On voit donc que si les lésions sont graves, on peut espérer cependant en modifier quelques-unes, en agissant convenablement, et sur la fonction des nerfs et sur leur nutrition. Or, de tous les moyens thérapeutiques, aucun ne pourra remplir ce double but, aussi efficacement que les courants continus. Ils ont, sur les courants d'induction, l'avantage immense de pouvoir être appliqués directement sur la moelle, sans causer aucun trouble, et de plus, comme nous l'avons démontré avec M. Legros (*Journal d'anatomie et de physiologie*. Juillet 1868), les courants d'induction ralentissent ou arrêtent la circulation, tandis que les courants continus l'augmentent et la rétablissent même lorsqu'elle est arrêtée dans les capillaires. Ils agissent donc directement sur la fonction des éléments nerveux, en les maintenant pendant un temps plus ou moins long sous l'influence d'un courant électrique, et ils empêchent l'attention de ces mêmes éléments nerveux, en augmentant la nutrition par suite de leur action sur la circulation.

(1) *Journal d'anatomie et de physiologie*. Juillet 1867. *Des actions réflexes déterminées par les courants électriques constants et continus.*

Quant à la disparition souvent très-rapide des douleurs fulgurantes, elle est bien facile à expliquer. Ces douleurs, en effet, s'expliquent surtout par l'irritation des fibres motrices qui déterminent, dans les muscles, des contractures, des crampes, qui quelquefois sont très-manifestes à l'œil nu. Le tissu lumineux qui se forme dans les cordons postérieurs agit comme un corps étranger et détermine une irritation continue sur des cordons antérieurs. C'est cette irritation qui influe sur les nerfs moteurs et consécutivement sur les muscles. C'est la même cause qui détermine la contracture de la vessie; car il est à remarquer que, presque toujours, il y a chez les ataxiques de la contracture et non de la paralysie de la vessie; ce n'est qu'à la dernière période que la paralysie de la vessie existe réellement. Ces spasmes musculaires augmentent par les courants continus centrifuges, car ces courants agissent surtout sur la contractilité, et excitent les nerfs moteurs, tandis que les courants ascendants ou centripètes font cesser les contractures et affaiblissent plutôt l'action des nerfs moteurs. On peut donc comprendre facilement pourquoi les douleurs des membres et la contracture de la vessie cessent promptement sous l'influence des courants continus ascendants.

En résumé, si d'un côté les courants continus peuvent agir sur la lésion anatomique, ils parviennent également à amender promptement les symptômes; quelquefois ceux-ci seuls se trouvent améliorés, et la lésion reste stationnaire. Mais dans une affection aussi terrible, le traitement qui parvient à soulager et quelquefois à arrêter et même à améliorer la maladie, mérite certes d'appeler l'attention des médecins.

A PROPOS DE LA MÉTHODE EXPECTANTE

Dans le traitement de la pneumonie.

Par L. de Lucé (de Vire).

Dans un article inséré dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 15 septembre dernier, M. le docteur L. Fournier (d'Angoulême) gourmande les partisans de l'expectation dans le traitement de la pneumonie, et, leur montrant les cadavres de deux victimes, qu'auraient sauvées, assure-t-il, la saignée, l'émétique, et les vésicatoires, il condamne énergiquement la méthode expectante.

J'ai tout lieu de croire que les deux faits malheureux cités par M. le docteur Fournier seront tout à fait insuffisants pour confondre et amener à récipiscence les partisans, aujourd'hui nombreux, de la méthode expectante dans le traitement de la pneumonie, même de l'adulte.

Ces deux observations ne prouvent absolument rien, attendu que nul d'entre nous n'entend par l'expectation l'absence totale de soins éclairés, et que les deux malades de M. le docteur Fournier sont restés, le premier, huit jours, le second, quinze jours, privés de tous soins médicaux, et ont usé, peut-être, de pratiques populaires plus ou moins pernicieuses; et, malgré l'opinion contraire de M. le docteur Fournier et toute l'estime que m'inspire son talent, rien ne me prouve non plus que, soignés par lui, ces malheureux auraient guéri.

Le troisième fait cité par M. le docteur Fournier et destiné à faire contraste par la rapidité de la guérison qui a suivi la médication appliquée, est moins probant encore, et je ne suis pas certain que le large vésicatoire qui fut posé à la base du poumon ait guéri plutôt une pneumonie naissante, comme l'affirme mon honorable confrère, qu'une pleurésie avec léger épanchement. Mais, je veux parler de l'expectation dans la pneumonie et non discuter un diagnostic.

Je suis, et reste, un partisan de l'expectation, d'une expectation intelligente, non aveugle, et voici comment le hasard est venu m'ouvrir les yeux et me faire abandonner la méthode dangereuse que je préconisais aux débuts de ma pratique médicale.

Un jour, il y a de cela près de trois ans, je fus appelé près d'un ouvrier, misérable, père de cinq enfants en bas âge, atteint depuis deux ou trois jours (je raconte de mémoire) d'une pneumonie qui avait déjà produit l'hépatisation de la partie postérieure du lobe moyen et du tiers inférieur du lobe supérieur du poumon droit, et plongé le malade dans une prostration d'un fâcheux augure. Je fis transporter à l'hôpital d'Évron, où j'exerçais alors, cet ouvrier qui, affaibli par un travail pénible et une nourriture insuffisante, me parut incapable de supporter le traitement rigoureux que j'employais à cette époque. Je fis couvrir la poitrine et le dos de sinapismes, et prescrivis une décoction de polygala et du bouillon par cuillerées. Le lendemain, l'état s'était aggravé et le malade reçut les derniers sacrements. Le soir, pourtant, je crus surprendre çà et là quelques râles qui me firent espérer une résolution. Le matin du troisième jour, malgré l'amendement des symptômes généraux, l'oppression était excessive. A l'auscultation, je constatai les progrès rapides du travail résolutif et l'accumulation dans les bronches d'abondantes sécrétions que le malade n'avait pas la force d'expectorer. Je fis donner deux grammes d'ipéca, et la dyspnée disparut en partie avec sa cause. Chaque jour, depuis, la résolution fit des progrès, et, à la fin de la semaine (dixième ou onzième jour de la maladie), le malade, dont j'avais désespéré, guéri, mangeait des potages avec appétit.

Je fis des réflexions, et trois cas où le traitement classique appliqué dans toute sa rigueur avait été suivis d'une issue funeste à laquelle il n'était peut-être pas étranger, me revinrent à l'esprit et inquiétèrent ma conscience.

Quelques jours après j'étais appelé près d'un robuste paysan atteint depuis quarante-huit heures d'une pneumonie peu étendue de la partie

moyenne et postérieure du lobe supérieur du poumon gauche. Matité dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, râles crépitants périphériques, expectoration pathognomonique, symptômes généraux bénins, tels furent les phénomènes que j'observai. J'usai du même traitement que dans le cas précédent, moins le vomitif, et le malade, huit jours plus tard, était rétabli : il n'eut pas même de convalescence.

C'est alors que je quittai Évron pour Vire, où je ne tardai pas à trouver l'occasion d'expérimenter de nouveau la méthode expectante.

Le premier cas qui se présenta fut celui d'un jeune cordonnier, âgé de dix-huit ans, d'une constitution délicate, atteint d'une pleuro-pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche, bien caractérisée, mais sans gravité. Le traitement se borna à une application de huit sangsues, suivie deux jours après de celle d'un vésicatoire volant, et à l'usage quotidien de la potion suivante que le malade prit concurremment avec une décoction de polygala :

Pr.		
Teinture de digitale		1 gr. »
Décoction de 0,20 d'ipéca		1 20
Sirop de tolu	aa	16
— diacode		

(A prendre par cuillerées d'heure en heure).

Quinze jours après, ce jeune homme reprenait son travail.

Ici, les sangsues et le vésicatoire étaient destinés à combattre l'inflammation pleurale.

J'eus ensuite à traiter une jeune femme, papetière, enceinte de six mois, atteinte d'une pneumonie du poumon gauche qui, dès le cinquième jour, était hépatisé à la partie inférieure et postérieure de son lobe supérieur dans l'étendue de la paume de la main. Le pouls, petit, monta à 130, la respiration à 50, et le sixième jour, le danger me parut si imminent que le soir j'allai voir la malade avec l'intention de préparer sa famille à l'issue funeste de la maladie. Quelques râles de retour, disséminés çà et là, me firent suspendre la fâcheuse prédiction. Le lendemain, la pneumonie entrait en pleine résolution. C'était le 6 mai 1867 que j'avais été appelé, le 16 du même mois, la malade se levait, et trois mois plus tard, accouchait heureusement. Douze sangsues, des sinapismes, la potion à la teinture de digitale, la décoction de polygala, des lavements laxatifs, du bouillon, telle fut la thérapeutique suivie.

L'hiver dernier je fus appelé à donner des soins à un ouvrier drapier, robuste, âgé de cinquante ans environ. Je constatai une pleuro-pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche assez étendue, compliquée d'un léger épanchement pleural. J'appliquai douze sangsues, deux jours après un large vésicatoire, et je prescrivis la même médication interne que dans les cas précédents, en doublant toutefois les doses de digitale et d'ipéca. Le malade se rétablit bien, mais plus lentement, et l'épanchement nécessita un second vésicatoire et quelques boissons diurétiques.

Au printemps de cette année, j'ai aussi traité une fermière, âgée de cinquante-quatre ans, épuisée par le travail et une nourriture aussi grossière qu'insuffisante, d'une mauvaise santé habituelle, et incapable de résister à une médication énergique. Le lobe moyen et le tiers inférieur du lobe supérieur du poumon droit étaient envahis par une inflammation étendue. matité, souffle, bronchophonie, râles crépitants, périphériques, oppression (40 respir.), expectoration caractéristique, pouls fréquent (120), mou pourtant, prostration profonde, rien ne manquait au diagnostic. J'avais peu d'espoir de sauver la malade, et le prêtre fut appelé le matin du cinquième jour. Néanmoins, cette femme était hors de danger le huitième jour, et sa santé est aujourd'hui plus florissante qu'avant la maladie. Des sinapismes, la décoction de polygala, la potion à la teinture de digitale (2 à 4 gr. progres.), du bouillon, furent les seuls agents thérapeutiques mis en usage. L'amélioration coïncida avec un ralentissement extrême de la circulation.

L'été dernier, j'ai donné des soins à trois enfants atteints de broncho-pneumonie consécutive à une éruption rubéolique.

Le premier, une petite fille de six ans, soumis au même traitement (teinture de digitale 10 gouttes, ipéca 0,10), secondé par l'administration d'un vomitif, guérit rapidement de sa pneumonie, mais la convalescence se prolongea, à cause de la persistance du catarrhe rubéolique.

Le second, une fille de dix ans, atteinte d'une hépatisation peu étendue, quoique parfaitement caractérisée, du lobe supérieur du poumon gauche, a guéri de même par les moyens.

Le troisième, un garçon de sept ans, était au sixième jour de sa maladie, qu'avant moi un médecin traitait par l'expectation pour une fièvre typhoïde (1), lorsque je le vis. C'est à peine si je pus obtenir quelques mots du petit malade, plongé dans une prostration comateuse. Le ventre était souple, insensible, le lobe supérieur du poumon gauche en partie hépatisé, le souffle bronchique intense, le pouls à 140. Je prescrivis du tilleul, du bouillon par cuillerées, une potion avec 30 gouttes de digitale et 0,30 de poudre d'ipéca et fis promener des sinapismes sur les membres inférieurs. Les deux premiers jours, l'enfant refusa la potion et le bouillon. Pour le tromper, je fis mêler à son tilleul une décoction du mélange suivant :

Poudre de digitale	aa	0,30
— d'ipéca		

Il n'y eut aucun vomissement. Le pouls ne commença à se ralentir qu'au onzième jour de la maladie, et la résolution ne fut certaine qu'au quatorzième. La persistance du catarrhe rubéolique nécessita un vomitif et prolongea un peu la convalescence.

Enfin, récemment, j'ai vu guérir une enfant de deux ans, que j'ai traitée avec de l'eau d'orge coupée de lait, un sinapisme et un vomitif.

Ces dix cas de pneumonie sont les seuls qu'il m'ait été donné d'observer depuis que j'ai abandonné le traitement que préconise M. le docteur Fournier, et les résultats de ma nouvelle méthode thérapeutique ne sont pas de nature à me faire regretter l'ancienne. J'ajoute que, ancien élève et admirateur de M. le professeur Bouillaud, je ne puis guère être soupçonné d'être un partisan systématique de l'expectation.

M. le docteur Fournier dira que ma méthode n'est pas la méthode expectante, je le sais ; mais la différence est petite, comparée surtout à celle qui sépare ma thérapeutique de celle de mon honorable contradicteur. D'autres médecins, avant moi, ont préconisé la digitale dans le traitement de l'affection qui m'occupe ici, et à des doses bien supérieures aux miennes. Je crois à ses bons effets, et je me propose d'en étudier l'action dans les cas nouveaux qui se présenteront à mon observation.

(1) Pourtant, ce médecin avait appliqué un vésicatoire sur l'épaule gauche.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Mallez recommencera ses conférences cliniques sur les maladies de l'*appareil urinaire*, le lundi 12 octobre, à onze heures, nº 1, rue Christine.

— La Société des médecins des Bureaux de bienfaisance se réunira mercredi prochain, 14 octobre, à la mairie du premier arrondissement.

Ordre du jour : Note sur un cas d'hydrophobie, par le docteur Passant; — rapport de la Commission de statistique sur les maladies régnantes pendant le troisième trimestre 1868.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Liste par ordre de mérite des candidats admis, en 1868, à l'Ecole de service de santé militaire de Strasbourg (décision du 8 octobre).

ÉLÈVES EN MÉDECINE.

1. Maljean (François-Augustin). — 2. Poulet (Auguste-Marie). — 3. Lauza (Auguste-Prosper). — 4. De Jauffreau-Blazac (Joseph-André-Marie-Gabriel). — 5. Jeannel (François-Louis-Maurice). — 6. Schrapt (Jacques-Joseph). — 7. Salvat (Adrien). — 8. Billot (Camille-Marie). — 9. Robert (Henri-Léon). — 10. Capdevielle (Louis).

11. Festeau (Paul-Ernest). — 12. Petit-Bregnat (François). — 13. Dervogne (Marie-Clément-Albert). — 14. Warion (Henri-Philémon). — 15. Antony (Frédéric-Jacques). — 16. Morer (Sauveur). — 17. Carivenc (Emile-Casimir-Edmond). — 18. Cicile (Eugène-Charles). — 19. Chevassus (Ernest-Auguste). — 20. Dupuy (Joseph-Albert).

21. Bruant (Eugène-Charles-Alfred). — 22. Fourcade (Marie-Antoine-Jérôme-Denis). — 23. Festy (Georges-Paul). — 24. Cariolet (Gustave-Marie). — 25. Choné (Auguste). — 26. Magnin (Charles-Emile). — 27. Dumareau (René-François-Marie). — 28. Chevalier (Romarin-Armand). — 29. Grandgury (Joseph). — 30. Ader (Joseph-Alexis-Adolphe).

31. Philippi (Albert-Emile). — 32. Augey (Bernard). — 33. Thiébault (Félix-Louis). — 34. Forestier (Joseph-Cirille-Jules). — 35. Testevin (Gatrin-Jean). — 36. Langlais (Alfred-Eugène). — 37. Lauzeral (Jean-Louis-Auguste). — 38. Demandre (Abel-Hilaire). — 39. Granier (Joachim-Félix). — 40. Buisson (Léon-Gabriel).

41. Laulon (Armand-Alexandre). — 42. Castel (Louis-Paul-Emile). — 43. Aron (Léonard). — 44. Lobit (Jean-Joseph-Augustin). — 45. Rigodon (Jean-Baptiste). — 46. Gasmann (Jules-André). — 47. Sassot (Alfred-Adrien-Denis-Thomas). — 48. Charrier (Jean-René-Emile). — 49. Vercoutre (Auguste-Théophile). — 50. Choulex (Pierre-Louis-Alphonse).

51. Felhoen (Arthur-René-Hippolyte). — 52. Radouan (Camille). — 53. Torreille (Alphonse-Laurent-Joseph). — 54. Boutié (Marie-Léopold). — 55. Payan (Denis-Célestin). — 56. Léo (Hippolyte-Antoine). — 57. Schmitt (Emile). — 58. Cauquil (Marie-Gabriel-Léon). — 59. Soizard (Gaston-Ferdinand). — 60. Potheau (Anselme-Alexandre).

61. Lecoq (Augustin-Charles). — 62. Renauld (Aimé-Désiré). — 63. Perrot (Jean-Prosper-Alcide). — 64. Franchet (Pierre-Paul-Henri). — 65. Renaut (Alfred-Alban-Léon). — 66. Bezard (Jean-Marie-Alexandre-Edouard). — 67. Charpentier (Caliste-Joseph-Alfred). — 68. Bachoz (François-Antoine). — 69. Vautrin (Marie-Camille-Alexandre). — 70. Davezac (Jacques-Jérôme).

71. Didier (Henri-Armand). — 72. Landriau (Marie-Achille-Léon). — 73. Baulmont (Charles-David-Ernest). — 74. Dubujadoux (Paul-Jean-Baptiste). — 75. Vauthier (Auguste-Frédéric). — 76. Cadot (Louis-Félix). — 77. Folie-Desjardins (Louis-Paulin-Maurice). — 78. De Parades (Simon-Joseph). — 79. Collin (Henri-Ernest-Nicolas). — 80. Adam (Alexandre-Jules).

81. Miffre (Sylvain-Arsène). — 82. Mareschal (Marie-Antoine-Henri). — 83. Baudot (Jean-Claude-Camille). — 84. Gros (Louis-Jacob). — 85. Bayard-Louis-Paul-Emile. — 86. Rouanet (Pierre-Eugène-Charles-Albert). — 87. Durand (Alphonse-Amand). — 88. Farssac (Alfred-Charles-Etienne-Marie). — 89. Chavasse (Paul-Louis-Marie-Eugène). — 90. Sacreste (Pierre-Manuel).

91. Cirou-Rochefort (Ernest-Paul). — 92. Villiés (Jean-Baptiste-Paul-Gustave). — 93. Leprieur (Charles-Marie-Pierre-René). — 94. Villemsens (Louis-Gaston). — 95. Demennynck (Gustave-Louis-Charles). — 96. Descargues (Joachim-Joseph-Jean-Elie). — 97. Vernial (Paul).

ÉLÈVES EN PHARMACIE.

1. Prestat (Emile-Joseré). — 2. Trapet (Louis-Joseph). — 3. Brouant (Léon-Charles-Antoine). — 4. Beunat (Pierre-Joseph). — 5. Worms (Théophile). — 6. Forestier (Joseph-Cyrille-Jules). — 7. Dechaux (Théodule). — 8. Troupeau (Paul). 9. Jehl (Xavier). — 10. Marty (Joseph-Auguste).

11. Péré (Prudence-Adrien). — 12. Choisel (Gustave-Marie-Nicolas). — 13. Martaud (Pierre-Jean). — 14. Karcher (Frédéric-Charles). — 15. Cuinet (Louis-Constant-Maxime).

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUENEAU DE MUSSY (1).

Etudes cliniques sur le prurit vulvaire.

Sous le rapport de la marche, le prurit peut être aigu, subaigu ou chronique.

Le prurit aigu, nerveux, sera combattu par les bains émollients, amylacés. On peut y ajouter la décoction de têtes de pavots et l'infusion de feuilles de laurier-cerise. Les cataplasmes de riz ou d'amidon, les lotions avec l'infusion de belladone ou d'aconit, les douches d'eau pulvérisées, émollientes et narcotiques trouveront, dans des cas de sensibilité extrême des parties malades, une utile application.

(1) Voir le numéro du 8 octobre.

La solution de bromure, la poudre de riz et de racine de belladone, la pommade avec le glycérolé d'amidon simple ou additionné de bromure, quelquefois d'acide tannique, réussiront souvent à calmer le prurit nerveux dans le cas où existe en même temps une hyperesthésie vulvaire. Landry avait institué la pratique de cautériser la face interne des nymphes avec un crayon de nitrate d'argent; et il m'affirmait avoir vu plusieurs fois disparaître ou se modifier sous l'influence de cette médication des accidents hystériques liés à cette hyperesthésie génitale.

Il faudra, bien entendu, joindre au traitement topique le traitement général de l'état névropathique, certaines eaux minérales, celles de Néris, de Luxeuil, de Pfeffers, d'Ussat, et surtout une bonne hygiène physique et morale en seront les principaux éléments.

Dans les formes herpétoïdes ou éruptives aiguës, la plupart des moyens que je viens d'indiquer seront prescrits avec avantage. On pourra y ajouter après l'apaisement des accidents les plus aigus, les infusions de fleur de sureau, les cataplasmes de fleurs de camomille.

En général, les lotions tièdes ou même chaudes conviennent mieux que les topiques froids. Ceux-ci, après un soulagement passager, provoquent une douloureuse réaction.

La forme subaiguë peut succéder à la précédente ou se montrer d'emblée. Les lotions chaudes calmantes y réussissent encore; mais on se trouve bien des lotions avec une faible solution de sublimé, plus rarement des lotions alcalines qui conviennent surtout dans les formes sèches, les onctions avec la glycérine anglaise neutre, après une exacerbation passagère des cuissons, les apaise souvent; on ajoutera dans certains cas à la glycérine du calomel, de l'extrait de belladone, de l'acide tannique, de la benzine. J'ai vu dans un cas qui avait résisté à d'autres topiques, M. le docteur V. Révillout faire faire appliquer avec succès des tranches de citron; en général, les mercuriaux dans la forme subaiguë seront le plus souvent indiqués et le plus souvent efficaces.

Si les lésions prurigineuses s'étendent au vagin ou si celui-ci donne issue à des sécrétions morbides, après avoir examiné l'utérus et rempli les indications immédiates qui résulteront de cet examen, il convient de faire des injections tantôt simplement calmantes, tantôt calmantes et légèrement résolutives avec la décoction de riz et de pavots, par exemple, avec l'infusion de fleurs de sureau et d'aconit, avec l'infusion de mauve et de camomille, avec la décoction de pépins de coings et le borax.

D'autrefois, on se trouve bien d'introduire chaque jour dans le vagin, et de l'y laisser pendant quelques heures, un petit rouleau de ouate enduite de glycérine ou d'un des glycérolés que nous avons indiqués plus haut.

La forme chronique réclame les mêmes topiques, mais plus librement maniés; l'excitabilité est moindre et le tégument ma-

---

FEUILLETON

LES FACULTÉS DE MÉDECINE DE PROVINCE (1)

Avant la Révolution.

Notre poëte nous apprend que Bernier parla le premier; il discuta pied à pied chacun des articles et ne manqua pas une seule occasion de dire aux médecins leur fait, vrai ou faux.

« C'est donc le bien public, dit-il dès son début, qui les a portés (les médecins) à faire ce bruit? C'est l'honneur de leur science qui les convie à ce procès? C'est le dommage et l'intérêt de la santé commune qui les nécessite de rechercher ce règlement? Ce masque est trop grossier, cette feinte est trop lourde, ou plutôt ce voile est trop mince et délié *nebula linea*; la vérité passe et pénètre à travers. C'est la considération du gain, c'est le regret du partage inégal des profits, c'est le désir de s'enrichir qui les presse et les fait crier, ainsi le monopole des Catilinaires.... » Après cet exorde peu flatteur, Me Bernier entre dans l'examen de chacun des articles du règlement.

Le premier article ne lui fournit aucun développement remarquable; mais il n'en est pas de même du deuxième, qui veut que les apothicaires ne fassent pas de saignées et n'usent pas de potions purgatives, mais fassent d'abord prévenir le médecin. Écoutez le terrible avocat : — « Il faut bien dire que les intimés ont appelé les appelants semblables à la statue de Memnon, laquelle ne résonnait, sinon à l'arrivée du soleil et étant touchée des rayons d'icelui. Ils jugent peut-être que l'apothicaire ne peut rien faire sans la présence du médecin, s'il ne l'a près de soi à toute heure, à tout moment. Mais c'est se tromper lourdement, car tout ainsi, comme cette même statue, ayant été brisée et mise en pièces par le commandement de Cambises, découvrit l'artifice qui la faisait résonner, ne laissa pas de faire bruit, comme le satyrique le remarque en ce vers :

Dimidio magicæ resonnant ubi Memnone chordæ.

Ainsi les apothicaires ne laissent de secourir le malade et d'apporter ce qui est nécessaire à la guérison, en l'absence et sans le médecin, duquel l'œil et la vue est plus à charge qu'à profit. » Le trait est un peu dur, on en conviendra, d'autant qu'il est appuyé de citations de Pline, de Plaute, d'Horace, etc.

Le troisième article *fait défenses aux apothicaires de recevoir aucunes ordonnances, si elles ne viennent de médecins ou docteurs approuvés....* Selon Bernier, cette réquisition n'est que pure envie, comme si la médecine et la pharmacie n'étaient pas une même chose, consistant plus en l'expérience et l'usage qu'en la science et théorie simple. Or, les apothicaires connaissent les médicaments plus et mieux que les médecins et sont, par conséquent, plus capables de les bien appliquer. On retrouverait, même de nos jours, cette théorie fort à la mode chez quelques pharmaciens et chez la plupart des malades. En Égypte, tout le monde était médecin. Selon Tibère, tout homme ayant soixante ans devait avoir une suffisante expérience de son tempérament, de sa santé et des médicaments qui lui convenaient, pour se passer de médecin; Caton détournait son fils de l'étude de la médecine, lui remontrant, *Commentarium sibi esse, quo liberis mederetur et servis et familiaribus.* Avicenne est d'avis que la confiance dans le médecin vaut mieux que le remède, et enfin, sous Justinien, *les servantes mêmes faisaient la médecine.*

Après cela, qui oserait soutenir encore que les apothicaires ne sont pas aptes à prescrire les médicaments? Objectera-t-on les dangers qui peuvent advenir en pratiquant les recettes de médecins inconnus; n'en est-il jamais advenu des cures ordinaires des médecins connus? Voyons un peu : Glaucus était le médecin d'Alexandre, il traita Héphestion, et Héphestion mourut par la faute de Glaucus, *lequel, pour ce sujet, fut supplicié en croix.* Le fameux Antonius Musa, après avoir guéri Auguste, voulut soigner Marcellus par le même système, et Marcellus mourut. Acesias était renommé pour ses mauvaises cures, et Themison également, dont Socrate a dit *que telles fautes ne paraissent pas au soleil, ains que la terre les couvrait.*

Bernier s'occupera peu du quatrième article, *vu que le seul texte montre l'impertinence d'icelui.* Il donne cependant d'excellentes raisons pour l'écarter, et entre autres que le médecin seul qui soigne un malade doit connaître la maladie, car il est tel cas où la divulgation peut être extrêmement dommageable.

Les médecins ont encore *impertinemment requis* que les apothicaires tinssent sous clef leurs drogues vénéneuses. Ils ne vont cependant pas à l'encontre et trouvent l'avis fort sage; *mais ce qui les fâche* est que cette ordonnance se trouve faite à la réquisition des médecins et quasi à leur sujet et occasion. Pour ces pauvres apothicaires, c'est toujours la même plainte. Les médecins prétendent dominer et commander, être les maîtres, en un mot, et c'est ce qui les fâche, comme dit notre avocat (1).

Quant à l'*Antidotaire*, Bernier n'en dit que quelques mots, mais ils

(1) Voir notre dernier numéro.

(1) Voici le préambule du règlement passé à Paris, en 1631, entre la Faculté et les apothicaires : — « Lesdits apothicaires-épiciers, tant pour eux que pour leurs successeurs, ont reconnu et reconnaissent les Docteurs de ladite Faculté de Paris pour leurs *maîtres et directeurs* en tout ce qui concerne la médecine et pharmacie.... »

lade est moins sensible à l'action des modificateurs. J'ai vu dans ce cas les bains sulfureux, dangereux dans les premières formes, intervenir utilement. J'ai le regret de me trouver en désaccord sur ce point avec mon illustre confrère, le docteur Bazin. L'origine diathésique du mal local ne m'a pas paru avoir pour la détermination du traitement topique l'importance qu'il lui attribue. Le mode pathologique, la marche, l'état physiologique local et général fournissent les indications; comme il l'a si bien établi, il n'y a pas de spécifiques, il y a des modificateurs qui peuvent convenir à certains états de l'organisme, qui peuvent, dans certains cas, corriger les aberrations du travail nutritif, rectifier certaines anomalies de la vie, mais qui ne répondent pas exclusivement à une maladie déterminée. Eh bien! l'expérience a montré l'utilité des eaux sulfureuses dans un grand nombre d'affections chroniques de la peau, quelle que fût leur étiquette diathésique. Elles modifient la nutrition, la sécrétion de l'organe tégumentaire, le stimulent en même temps, et, comme disait Bordeu, ramènent quelquefois à un état d'acuité accidentelle, susceptible de résolution, une fluxion congestive chronique; d'autrefois, elles semblent agir non-seulement sur le ton du travail morbide, mais sur son mode intime; la formule de Bordeu, applicable à certains cas, n'embrasse pas tous les effets de la médication sulfureuse. Je me rappelle M. X..., de 40 ans, maigre, très-nerveux, qui me consulta pour un eczéma subaigu des membres inférieurs. Cette affection, après avoir résisté pendant plus d'un an à toute autre médication, fut guérie très-rapidement par des bains sulfureux. Une dizaine d'années après, il eut une bronchite grave avec un flux catarrhal abondant; l'Eau-Bonne donnée après l'apaisement des phénomènes fébriles en fit promptement justice. Huit ou dix ans après, il eut une dyspepsie rebelle avec gastralgie, amaigrissement considérable, phénomènes d'autant plus inquiétants que son père avait succombé à un cancer à l'estomac. Les révulsifs épigastriques, le lait coupé avec l'eau de Vichy, l'air de la campagne, et plus tard une saison à Vichy, amenèrent une cure complète (1). Plus tard, il eut un léger retour de l'eczéma des jambes qui fut passager. Ainsi, dans ce cas, le soufre a guéri une affection herpétique cutanée et une affection bronchique très-probablement de même racine; plus tard, un traitement alcalin a été opposé avec succès à une lésion gastrique qui, par sa durée, par sa résistance, offrait tous les caractères d'une manifestation diathésique, dont le retour ultérieur de l'eczéma semble avoir donné la note.

Je me rappelle encore avoir envoyé à Cauterets, il y a quinze ans, une dame de race arthritique qui avait eu un eczéma chronique autour des oreilles, et une dyspepsie à forme gastralgique durant depuis plusieurs années. Elle y fut guérie de cette double affection, et subit sous l'influence de leurs eaux une véritable transformation. Plus tard, elle eut des arthrites subaiguës, et après qu'elle en fut guérie, je l'envoyai à Plombières. A part cet accident rhumatismal, qui a été fort léger, sa santé, autrefois très-ébranlée, n'a subi, depuis son voyage à Cauterets, aucun échec sérieux.

Tous les ans, au printemps, elle éprouve un peu de démangeaisons aux oreilles, qui deviennent le siége d'une poussée eczémateuse insignifiante. Ces phénomènes se reproduisent quelquefois, mais moins accusés encore pendant l'automne, j'ajouterai que les urines sont habituellement très-sédimenteuses.

Voilà encore le soufre guérissant un eczéma chronique, très-probablement d'origine arthritique, et la dyspepsie qui l'accompagnait.

Dans l'eczéma, dans le lichen chroniques, il me paraît incontestable que les sulfureux peuvent intervenir efficacement; seulement, quand ces affections sont accompagnées d'une vive excitabilité nerveuse, ou quand elles ont tendance à subir des exacerbations qui peuvent les ramener à une forme aiguë, il est prudent de prescrire des eaux faiblement minéralisées, comme les eaux chaudes, celles de Saint-Sauveur, certaines sources de Cauterets. Dans d'autres cas, on préférera les sources sulfureuses très-alcalines ou celles qui sont en partie dégénérées en hyposulfites, comme les eaux d'Amélie, de Moligt, d'Ax, qui seront souvent très-utiles chez les névropathiques, dans les arthritides irritables. Je me rappelle avoir guéri à Amélie un prurit vulvaire accompagné de désordres nerveux, très-pénible, et auquel, depuis plusieurs années, on avait inutilement opposé un grand nombre d'autres médications. L'observation suivante sera un exemple d'une affection névropathique, accompagnée d'une éruption lichénoïde de la vulve et d'une acne rosacea, qui a été heureusement modifiée par les eaux de Moligt.

Madame de P..., âgée de 40 ans, a éprouvé dans sa jeunesse des douleurs névralgiques. Son père a eu, il y a quelques années, une attaque de dyspepsie grave, à forme gastralgique; il a souffert de rhumatismes lombaires, et il a sur le nez et les joues quelques traces d'acne rosacea.

Il y a treize ans, cette femme eut un premier enfant; depuis lors elle a éprouvé dans le vagin une sensation de chaleur et de brûlure accompagnée d'une sensation de contraction dans l'utérus; telles étaient les expressions de la malade. Trois ans après, elle devint enceinte pour la seconde fois et fit une fausse couche. Il y a six ans, nouvelle grossesse, qui arriva à son terme normal.

Les sensations morbides persistaient cependant avec des variations d'intensité. L'examen de l'utérus fit constater une érosion du col qui fut combattue efficacement par la cautérisation. Mais à la guérison de l'affection utérine succéda une éruption *dartreuse* sur les jambes.

Envoyée à Saint-Gervais par le médecin qu'elle consulta, elle vit la dartre guérir; mais en même temps survint un écoulement séreux lactescent par le vagin, qui se montrait pour la première fois et était très-abondant. En même temps, elle commença à souffrir d'un prurit vulvaire insupportable, de douleurs lombaires, de névralgies érotiques. Les nuits étaient sans sommeil, la nutrition s'altérait et les forces étaient considérablement diminuées. Ce fut dans ces conditions que la malade réclama mes conseils. Assez grasse, mais d'une constitution molle, cette malade avait la figure couverte d'acne rosacea, qui ajoutait à ses souffrances et surtout à ses préoccupations. Sous l'injection qui accompagnait l'éruption pustuleuse, on entrevoyait une teinte un peu jaunâtre de la lèvre supérieure qui accusait le trouble de l'hématopoïèse.

La vulve était d'une sensibilité extrême au moindre contact. Les lèvres étaient tuméfiées, presque glabres, d'un rouge livide, couvertes d'une éruption papuleuse. Le vagin, d'où s'écoulait un liquide laiteux, était d'un rouge écarlate, d'une sensibilité exquise. La muqueuse du col offrait les mêmes caractères. Je prescrivis à la malade de se rendre aux eaux de Moligt, et en attendant de faire des injections avec de la décoction de pépins de coings et de têtes de pavots, plus tard avec de l'infusion de sureau et d'aconit, de se baigner dans de l'eau amidonnée, et de prendre tous les jours deux cuillerées d'une mixture avec sirops de quinquina, de cresson, de saponaire, et solution de Fowler. Je l'ai revue un an après, il y a deux mois environ, et je constatai un amendement notable. L'acne rosacea avait presque disparu, les forces s'étaient relevées, la malade mangeait et dormait mieux; quoique l'état de la vulve fût amélioré, la malade se plaignait encore de démangeaisons et de souffrances dans la marche, elle réclamait elle-même une seconde saison à Moligt, que je lui prescrivis de nouveau.

Je prends au hasard ces observations dans mes souvenirs. J'en ai rencontré beaucoup d'autres analogues à celles que je viens d'analyser. Il n'est pas un médecin des eaux pyrénéennes, de celles de Saint-Gervais, Schinznach, etc., qui ne puisse en citer un très-grand nombre.

La conclusion est celle-ci : les eaux sulfureuses sont souvent indiquées dans les formes chroniques et quelquefois même dans les formes subaiguës des affections cutanées qui ne sont pas très-excitables, quelle que soit d'ailleurs leur origine diathésique; à moins, bien entendu, qu'en dehors de l'état local, que nous apprécions seul en ce moment, il n'y ait quelque contre-indication à leur emploi.

Cependant, et ceci, je suis heureux de le constater, me rapproche peut-être un peu des idées de M. Bazin, dans les herpétides et dans les arthritides, quand surtout l'affection cutanée est compliquée d'accidents névropathiques, des troubles considérables de la sensibilité. Quand elle est sujette à des exacerbations, il faut préférer les eaux sulfureuses faibles, alcalines. Comme l'a remarqué M. le docteur Garrigou, ces eaux ne dégagent presque pas d'acide sulfydrique, et ne laissent pas précipiter de soufre en quantité notable; elles ne *blanchissent pas*; elles sont beaucoup moins stimulantes et conviennent particulièrement dans les dermatoses prurigineuse de la vulve et du vagin.

Je dois dire cependant que j'ai traité par les eaux sulfureuses artificielles, quand j'étais à Loursine, il y a une vingtaine d'années, des affections herpétiques de l'utérus et du vagin, et que si j'ai été quelquefois obligé de renoncer à cette médication à cause des effets d'hyperstimulus qu'elle produisait, elle m'a cependant donné quelques succès.

Aujourd'hui, mieux éclairé sur l'action des sulfureux et sur leurs indications, je ne les emploie que dans les circonstances que j'ai déterminées. Je me rapproche dans leur formule de la minéralisation des sources faibles des Pyrénées, comme celles de Saint-Sauveur; je les maintiens à cette dose ou je les élève progressivement suivant les effets obtenus; j'y ajoute, pour remplacer la barégine, une demi-livre à une livre de gélatine ou de mucilage de graines de lin; d'autres fois, simplement du son ou de l'amidon. Souvent même, pour me rapprocher des conditions indiquées par M. Garrigou, comme caractéristiques du groupe oriental des Pyrénées, j'associe dans des proportions variables le sous-carbonate de soude au polysulfure ou au monosulfure de sodium 100, 50, 25 grammes du premier pour 4, 8, 12, 16 grammes du second. Dans d'autres affections, quand je veux donner un bain plus actif, plus stimulant, je fais dissoudre dans un bain 20, 30 grammes, très-rarement 40 grammes de polysulfure. Les doses banales de 125 grammes de foie de soufre sont très-exagérées et peuvent provoquer des effets d'excitation très-nuisibles. Les bains les plus sulfureux des Pyrénées ne renferment pas 10 grammes de monosulfure; ils sont pour la plupart minéralisé pour le monosulfure de sodium; aussi, pour me rapprocher davantage de la composition des eaux naturelles, j'ai l'habitude de prescrire le polysulfure de sodium, qui donne une solution plus onctueuse et qui est peut-être mieux supporté par la peau que les sulfures de calcium et de potassium. Celui-ci offre en outre l'inconvénient d'être rarement pur dans le commerce et d'être souvent mélangé de sels terreux.

Si des complications d'hyperesthésie et de névralgie vulvaires s'ajoutent à l'affection prurigineuse, on pourra conseiller avec avantage les eaux de Néris, de Luxeuil, de Pfoeffers. Plombières, l'an dernier, a soulagé une de mes malades qui se trouvait dans ces conditions.

Dans les formes chroniques, le mercure dont nous avons constaté l'opportunité dans les formes subaiguës est très-souvent efficace. Les affections groupées par M. le docteur Bazin sous le nom d'herpétides et d'arthritides guérissent incontes-

(1) Il nous a été donné cette année de voir tout le bénéfice que — dans des semblables circonstances — le malade peut tirer d'une des sources de Vals (la Saint-Jean), que son degré de minéralisation nous semble devoir faire préférer à du lait coupé par l'eau de Vichy. (Dr E. L.)

---

sont méchants, bien assénés et portent coup. On sait qu'un antidotaire était ce qu'est à peu près de nos jours le *Codex*. Mais comment les médecins s'accorderont-ils ici, puisque « jusques à ores on ne les a guère vus d'accord ni au jugement des maladies ni en l'ordonnance des médecines. Imiteront-ils le syncrétisme des Candiots qui étaient perpétuellement divisés, forts quand ils se liguaient contre leur commun adversaire? » Les appelants consentent toutefois à ce que leur antidotaire soit revu par la Faculté de Montpellier ou par celle de Paris. A Dijon, comme partout ailleurs en France, ces deux Facultés célèbres étaient reconnues supérieures à toutes les autres et prises pour arbitres dans une foule de cas.

Telle est, en résumé, et dans ce qu'elle a d'important ou de curieux, la plaidoirie de Me Bernier. Écoutons maintenant Me Guillaume pour les médecins. Le premier, nous l'avons vu, ne ménage pas les injures et les insinuations malveillantes; il le fait avec une certaine verve, et sa gravité est plus apparente que réelle. Le second est plein de l'importance de ses clients; il se place autant au-dessus de son adversaire qu'il place le médecin au-dessus de l'apothicaire; il est grave, compassé, solennel; il ne ménage pas plus que l'autre les injures et les grossièretés, mais il les assaisonne mieux et les débite, comme il convient à un homme de grande réputation très-probablement, parlant pour des clients d'une telle importance et prud'homme.

« On prétend, dit-il, que la médecine est un art facile et que chacun est apte à la bien exercer; c'est tout le contraire qu'il faut dire. La nature a donné aux animaux une science naturelle des remèdes propres à la guérison de leurs maux. Elle enseigne à la tortue ayant mangé une vipère l'origane pour un contre-poison; elle apprend la vertu du dictame aux chèvres de Candie; elle fait connaître au dragon le fenouil pour éclaircir sa vue ternie et éblouie; elle donne l'industrie à l'ours de chercher l'arum sauvage pour ouvrir ses boyaux étrécis et pour se réveiller l'appétit, etc., etc., et à nous la connaissance des choses propres à notre santé nous est vendue à un prix si cher, que nos jours y courent entiers, toute notre vie y est employée.... Hippocrate l'a dit : *Ars longa, vita brevis, experimentum difficile.* » Et les pharmaciens se permettent de saigner, chose grave entre toutes, et de purger, sous le prétexte de chasser les humeurs peccantes, mais au fond pour vider leurs boutiques. »

Est-ce que le pharmacien est capable de juger sainement le mal et de savoir l'époque précise où il convient d'appliquer le remède? Laissons parler un instant Me Guillaume, il va nous exposer à sa façon une théorie médicale très-curieusement présentée.

« Doncques, au fait de la potion purgative, outre diverses remarques, il faut particulièrement considérer que la nature en la production des humeurs malignes et peccantes, a aussi bien ses degrez de naissance, d'accroissement et dechet, comme en l'establissement des meilleures qualitez, et en la production mesme et génération des parties du corps. De sorte que, pour la curation du malade, le principal point consiste en la prudente cognoissance de l'estat de l'humeur qui cause l'indisposition : quand je dy l'estat, je n'entens pas simplement la qualité ou la quantité : mais je veux dire la crudité, ou maturité d'icelluy. Car d'attaquer le mal d'abbord par une purgation, comme font indiscrettement les appellans, c'est pecher contre la première reigle de la médecine pratiquée par les Œgiptiens, desquelz comme d'une première source, est descoulée celle que tous les peuples ont depuis exercée. En quoy l'analogie et proportion est grande en la concoction des humeurs internes et la maturation des apostèmes extérieurs, le chirurgien pecheroit grandement perçant l'aposteme devant qu'il soit meur : y mettant de plain sault le fer, il y mect le feu, il en retarde la suppuration, il cause une gangrene en la partie et necessite quelque-fois de la coupper.

« La purgation donnée en la crudité de l'humeur opère de pires effects : car outre ce que c'est un duel du remede et de l'humeur, tous deux en leur force et vigueur, qui tiennent par ce moyen la maladie en lengueur au lieu que la nature employeroit sa chaleur et ses esprits à cuyre lentement l'humeur pour la rendre plus facile à guérir, nous la retirons de ce devoir par le médicament intempestivement donné, voulans de vive force colleter et abbatre ce que nous devons surmonter pied à pied et deschirer coup à coup ce qu'il seroit plus expédient de descoudre point à point. Et toutefois, il ne faut rien faire en la curation du mal, sinon après la nature, il la faut suyvre et non pas malgré elle, précipiter le médicament : elle est saige et savante pour notre guérison, et n'y peut pas moins que l'art. »

M. Velpeau, qui voulait qu'on ouvrît de bonne heure les vastes abcès; M. Bouillaud, qui prétend juguler certaines maladies, ne se doutaient guère qu'ils avaient été réfutés, il y a près de trois siècles, par un avocat au parlement de Dijon, qui dit parfois d'excellentes choses, quoique sous une forme un peu singulière.

« C'est chose assurée que tout de mesme que le linge, qui se nettoie avec du savon, des cendres et autres matières abstersives, s'use bien plus que celluy qu'on lave avec de l'eau simple: de même la multitude de drogues jetées trop legièrement dans le corps par la fréquence des purgations, altère ses forces, mine et ronge lentement sa meilleure disposition, gaste et offence ses complexions. Et c'est peut-être l'occasion pour laquelle Platon conseillait, non-point comme philosophe, mais comme bon médecin, que l'on n'afoiblit point le corps par une multitude de médicaments, mais que l'on corrigeast le mal, si d'avanture il n'estait extrêmement périlleux, par la simple diaite. Aussi estoit-ce l'ancienne forme des premiers, et plus célèbres medecins, de n'en user point et de n'employer aucune drogue pour le restablissement de sa santé. »

Bientôt après, à la vérité, Me Guillaume, qui est bien de son époque et qui, comme tous ses contemporains, les médecins compris, croit à la magie et à l'astrologie, va nous débiter les belles choses que voici. N'allez pas croire qu'il élève le moindre doute; notre avocat est un disciple fervent de Corneille Agrippa.

« Puisqu'ils entreprennent sur la profession du médecin, qu'ils

tablement par les topiques mercuriels sans qu'on puisse déduire de cette guérison aucune présomption d'origine syphilitique, En général, dans les dermatoses vulvaires, les solutés mercuriaux sont préférables aux pommades; celles-ci réussissent cependant dans certains cas. Je me suis quelquefois bien trouvé de pommades avec le calomel et la belladone. Le glycérolé d'amidon, fait avec de la glycérine anglaise neutre, devra, en général, être préféré à l'axonge comme excipient.

La solution de sublimé employée tiède en lotions m'a plusieurs fois donné d'excellents résultats à la dose de 50 centigram. de sublimé pour 500 grammes d'eau, et qu'on coupe par moitié pour la tiédir avec de la décoction très-chaude de pavots ou de laitue. J'y ai quelquefois ajouté quelques gouttes d'eau de laurier-cerise.

Si je me suis longuement étendu sur le traitement externe, ce n'est pas que je lui donne la prééminence sur le traitement interne, qui devra l'accompagner et souvent même le précéder. Le plus souvent, pour prévenir les métastases qui succèdent trop souvent à la suppression d'une localisation morbide invétérée, je ne fais commencer le traitement topique qu'après avoir soumis l'organisme, pendant deux ou trois semaines, aux modificateurs généraux qui peuvent combattre le substratum constitutionnel ou diathésique de la lésion locale.

Dans cette partie importante du traitement, l'hygiène a la première place : air pur; régime réparateur mais non stimulant; éviter toutes les excitations morales et physiques qui retentissent sur la lésion cutanée; puis viennent ces modificateurs du travail nutritif qu'on a regardés comme dépuratifs; les sucs de végétaux amers, le jus de cresson, légers toniques dont quelques-uns, comme le cresson, renferment du soufre et de l'iode en quantités appréciables.

On y ajoute des modificateurs plus énergiques, comme l'arsenic à très-petites doses ou l'eau minérale de la Bourboule, qui renferme 8 à 15 milligrammes d'arséniate de soude par litre, associé à 4 grammes de chlorure de sodium et 2 grammes de bicarbonate sodique, heureux mélange d'éléments qui modifient puissamment la nutrition et l'hématose, non moins utile dans les scrofulides que dans un grand nombre d'herpétides où le ton de l'organisme a besoin d'être relevé, utile quelquefois aussi chez les arthritiques. Relever ou soutenir l'action nutritive est une indication qui se présente dans toutes les maladies chroniques. A ce titre également les alcalins peuvent intervenir avec avantage, et si, comme on l'a dit et comme je suis très-disposé à l'admettre, l'excès d'acide urique dans le sang provoque des affections cutanées, outre leur action dynamique, les sels sodiques peuvent remplir une indication chimique dont il est permis de tenir compte.

Dans le prurit lié à la vulvite des petites filles, les toniques, l'infusion de feuilles de noyer en lotions et en boisson, les bains sulfuro-alcalins seront souvent utiles. J'ai été quelquefois obligé dans ce cas d'employer des badigeonages avec une solution d'azotate d'argent, ou, après l'apaisement de l'état aigu, des lotions avec addition de sulfate de zinc, d'alun ou de composés tanniques. Chez les femmes enceintes, le prurit persiste quelquefois jusqu'après l'accouchement. Les cataplasmes faits avec de la fécule de riz et de l'infusion d'aconit, recouverts de taffetas gommé m'ont réussi dans un cas où tous les autres topiques avaient échoué. M. le professeur Hardy emploie souvent avec succès dans l'eczéma de simples applications de toiles enduites de caoutchouc. J'ai eu à me féliciter d'avoir suivi son exemple, mais je n'ai pas encore tenté ce moyen dans l'eczéma vulvaire.

Dans tous les cas, c'est par l'action combinée des topiques et des modificateurs généraux qu'on peut arriver à la guérison; les récidives sont très-fréquentes, et c'est par l'observance persévérante des préceptes de l'hygiène qu'on peut espérer de les prévenir.

MALADIE DU SOMMEIL.

Par M. Dumoutier, *chirurgien de marine.*

Un voyage à la côte occidentale d'Afrique et aux Antilles (Martinique) en qualité de commissaire du gouvernement pour l'émigration des noirs m'ayant permis d'observer une affection bien peu connue et sur laquelle, je pense, la plume est encore muette, je demanderai la faveur d'en dire quelques mots.

Cette affection, appelée vulgairement *maladie du sommeil*, et à laquelle a succombé une de mes malades, sévit seulement sur les nègres de la côte d'Afrique et principalement ceux des territoires du *Gaben* et du *Congo*, et devient d'autant plus rare, qu'on s'avance vers le Nord. Ce qui frappe le plus au premier abord, quand on considère les malades, c'est cette tendance irrésistible au sommeil; cette torpeur et cet engourdissement qui s'emparent d'eux; ils n'accusent pas de souffrance, et cependant, chez eux, il existe un affaiblissement général des membres, la marche est vacillante, la sensibilité tactile semble pervertie et les mains saisissent et embrassent mal les objets qui pourraient leur offrir un point d'appui. Pendant le sommeil, les matières fécales et les urines s'échappent involontairement. Quant à l'intelligence, elle paraît intacte; la respiration est normale et les digestions régulières. Tels sont les principaux symptômes que j'ai observés dans trois cas, dont un plus attentivement pendant le trajet du navire de l'émigration *la Marie*, du Congo à la Martinique.

Depuis quelques jours, j'avais cru remarquer que la nommée M..., âgée d'environ 15 ans et inscrite au rôle de l'émigration sous le numéro 228, était un objet de répulsion pour ses compagnes : elles s'éloignaient de la malheureuse avec dégoût et refusaient même de partager toute nourriture avec elle.

Le 29 octobre 1861, je la fis entrer à l'hôpital du bord, et je ne tardais pas à reconnaître les signes certains de la *maladie du sommeil* un besoin irrésistible de dormir; sitôt éveillée, elle retombait à l'instant dans le même état).

D'après les quelques rares renseignements que j'ai pu recueillir, la maladie du sommeil ne s'observe généralement que chez les esclaves ou captifs venus de l'intérieur. On n'ignore pas les souffrances et les tortures qu'ils ont à endurer de la part des princes barbares, au pouvoir desquels ils sont tombés : un travail excessif, une nourriture insuffisante, de mauvais traitements, le chagrin, l'ennui, le désespoir même causé par l'absence du pays natal, ne sont-ce pas là des causes capables d'amener cette espèce de paralysie générale, lente et progressive, enfin ce sommeil fatal et presque toujours mortel.

Comme traitement curatif, j'ai employé chez ma malade la strychnine, — afin de stimuler le système nerveux, — et les toniques tels que les kinas et les ferrugineux, mais en vain. Considérant que l'état nostalgique était une des causes prédisposantes de la maladie, j'avais espéré un meilleur résultat en tâchant d'agir sur le moral, la stimulant un peu, la forçant même à prendre part aux jeux et divertissements de ses compagnes. J'ai obtenu, pendant deux ou trois jours, une légère amélioration; mais bientôt après, le mal reprit son cours et ma malade succombait deux jours avant notre arrivée au port (25 novembre) après un court accès de fièvre.

Un de mes collègues m'a dit avoir employé l'électricité, mais le résultat n'a pas répondu à son attente : il a seulement prolongé un peu l'existence de son malade. Quant aux autopsies, deux, à ma connaissance, ont été faites au Congo : ni le cerveau, ni la moelle, ni les membranes n'ont présenté aucune altération apparente.

Je termine ici ce court énoncé d'une affection qui n'a pas encore été livrée à l'étude des praticiens, laissant à d'autres plus expérimentés, plus érudits, et surtout à même de mieux observer, le soin d'éclairer un point de la science médicale encore si obscur.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, *directeur de la* Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le Directeur,

Pour éviter autant que possible les accidents qui peuvent résulter des erreurs commises dans la préparation et l'administration des médicaments, voici ce que je fais et recommande depuis longtemps :

1° *Administration des remèdes.* — On donne les remèdes sous deux modes principaux : *usage externe* et *usage interne*. Un grand nombre d'accidents sont occasionnés parce qu'il arrive qu'on administre à l'intérieur des préparations destinées à l'usage externe. Cette première erreur serait impossible si l'on adoptait la mesure générale suivante :

Mettre les médicaments internes dans des fioles *transparentes* en verre et les autres dans des bouteilles, fioles, etc., complétement *opaques*. De cette manière, en prenant en mains l'une de ces dernières préparations officinales, on serait frappé de l'opacité du contenant et on serait obligé de songer au contenu, ne fût-ce que pour s'assurer que le flacon n'est pas vide. L'étiquette, à défaut de l'usage (si cet usage était lent à s'établir), indiquerait alors le mode d'emploi du médicament. Quant aux enfants et aux ignorants qui ne savent pas lire, ils ne seraient guère tentés de boire un liquide dont ils ne pourraient voir la couleur, l'aspect.

En ce qui concerne les préparations pour l'usage interne, les praticiens devraient se faire une loi que, pour ma part, j'observe depuis quinze ans, de ne jamais prescrire de fortes doses de médicaments toxiques. Mieux vaut obliger le malade à faire renouveler plus souvent les recettes qui contiennent du laudanum, du mercure, de l'arsenic, etc.... Tout accident par abus d'un médicament interne sera ainsi conjuré.

2° *Préparation des remèdes.* — La précaution indiquée plus haut peut être appliquée aux flacons des pharmacies et des laboratoires : les substances toxiques dans des vases *opaques*, les substances non toxiques dans des vases *transparents*. Il en résulterait que le flacon opaque serait un véritable avertissement et obligerait à recourir à la lecture de l'étiquette. Dans le cas même où un flacon opaque serait pris pour un autre de même catégorie, on saurait toujours qu'on prend en mains une matière active, un poison. On pourrait donc substituer par mégarde un poison à un autre, mais jamais un poison à une substance inoffensive.

Agréez, etc.

Boere.

Charlieu, 9 octobre 1868.

Mérin, ce 10 octobre 1868.

Monsieur le rédacteur,

J'ai lu le rapport fait à la Société de pharmacie et la lettre du docteur Martin Saint-Ange, sur la question *des mesures les plus propres à éviter les erreurs dans l'emploi des médicaments*.

Cette question, pour son importance, se recommande à tout le corps médical, et, puisqu'elle n'a pas occupé l'attention de nos sociétés savantes, la presse doit réclamer le concours de tous ceux qui peuvent aider à la solution de ce difficile problème.

L'erreur pouvant procéder, soit du médecin, soit du pharmacien, le rapport distingue dans ses conclusions les précautions qui incombent à l'un ou à l'autre. Je passe bien vite sur tout ce qui a été dit concernant le pharmacien : forme et couleur des flacons, compte-gouttes, étiquettes, rien n'est de trop pour éviter la confusion des fioles. Il est utile encore que la désignation de la substance médicamenteuse remplace sur les étiquettes cette banale et énigmatique suscription : *Potion suivant la formule*. Tout le monde est d'accord là-dessus.

Mais, malgré tout le bien que le docteur Martin Saint-Ange veut bien nous en dire, en sera-t-il de même de cette *tête de mort reposant sur deux fémurs en croix?* Cette étrange importation anglaise, que messieurs les pharmaciens de Boulogne se sont empressés d'adopter, est-elle donc appelée à se généraliser? Certes, l'image de la mort indiquerait hautement pour les moins intelligents que la mort peut sortir de ce flacon vénéneux. La pensée est formelle, le but à atteindre est serré d'aussi près que possible, cette voie est la plus directe et la plus prompte, l'idée me paraît aussi britannique que possible. Mais, et ici je m'adresse à ceux qui, comme moi, ont observé avec quelle anxiété l'œil de certains moribonds s'attache à la cuiller qu'on approche de leur bouche, en même temps qu'au flacon qu'on approche de la cuiller, je le demande, la vue de cette sinistre image, de cette funèbre silhouette, de cet échantillon de catafalque, est-elle bien propre à relever l'énergie qui déjà vacille? Ne viendra-t-elle pas au

---

sçachent hardiment que la cognoiscance est bien imparfaite de celuy qui se mesle de traiter le corps de l'homme, s'il ne se lève de terre et approche davantage des cieux : je veux dire, si hors les livres d'Hippocrate et de Galien, ils ne se jetent aux escholes de l'astronomie, et s'acquièrent une notice des astres et de leur mouvements, outre la cognoiscance des herbes, et des racines. Et pour le montrer en peu, c'est chose asseurée que le corps de l'homme, propre et particulier sujet de la médecine, en sa génération premièrement tire quelque chose du concours des astres et despend aucunement des influances célestes, lesquelles y agissent et servent à l'organiser et le conduire à sa dernière disposition, affin qu'il soit formé à temps et voie la lumière après le nombre des jours complet et reiglé, mais sur tous la puissance y est remarquable de ces deux, du Soleil et de la Lune, et de leurs aspects és signes du Zodiac.

« Et quant à la Lune, qui suit comme son maistre le Soleil et ne travaille à cet ouvrage qu'après luy, et autant qu'il le permet. Aussi est-ce ce que l'on dit que le Soleil engèdre et la Lune produit et met au jour la portée. Ce que les Chaldeens, grands astronomes et grands médecins tout-ensemble, ont voulu figurer par cette doctrine. Qu'à la naissance de l'homme quatre dæmons assistet dôt le premier est réputé le Soleil, l'autre est la Lune, soubs le nom de la Fortune. »

Après cela, il est surabondamment démontré que jamais les apothicaires n'auront une science suffisante pour exercer l'art si difficile de la médecine. Le médecin, c'est le maître, c'est l'intelligence; l'apothicaire n'est qu'une sorte de valet fait pour exécuter et obéir; et il trace le parallèle suivant, qui ne devait guère être de nature à apaiser la querelle :

« Il y a grande différence d'ordonner un médicament, une droguë, une composition, et de la préparer : l'un despend de la cognoiscance intellectuele du mal, l'autre ne consiste qu'à la simple opération : l'un se nomme art et science, l'autre n'est qu'un préministère; l'un commande, l'autre obeït et met en œuvre ce qui est ordonné. L'apothicaire preste ses mains, le discours et le jugement du médecin fait tout; et ainsi qu'au pied de cette coupe tant celebre en Delphe, l'eau et le feu participent à l'honneur d'un si riche ouvrage, côme simples causes matérielles, l'eau donnant la trempe, et le feu l'amolissement : mais la principale et maistresse cause que nous y devons admirer, c'est l'art et la raison qui met en œuvre et applique les autres. De même en l'opération de la santé et guérison des maladies, l'apothicaire n'y est considéré que comme simple agent du medecin et instrument, duquel il se sert pour mettre en œuvre ce que son jugement et sa science luy dit. »

Il va sans dire que notre avocat démontre péremptoirement que les médecins ne sont ni gens rapaces, ni avares; qu'ils exercent volontiers leur art sans exiger des pauvres aucun honoraire; que leur désintéressement est bien connu, et qu'on n'en voit aucun ayant fait une grande fortune. Cela pouvait être vrai à Dijon, mais non point à Paris. Alors, comme aujourd'hui, on rencontrait des médecins et des chirurgiens, vrais marchands de santé, pour qui la plus grande préoccupation est de gagner de l'argent, beaucoup d'argent, sans grand souci de ce que l'on pensera d'eux. Le monde les juge cependant et les juge très-sévèrement. Il y a peu de jours, j'entendais un grand et très-riche personnage se plaindre amèrement d'un de nos chirurgiens très en renom. Celui-ci avait ouvert un abcès froid chez un enfant et demandé cinq mille francs d'honoraires. « Cette somme n'est rien pour moi, disait notre personnage, qui avait payé sans se plaindre; mais en vérité, je trouve que c'est là une façon indirecte de dépouiller les gens. A quoi donc servirait ma fortune si chacun croyait pouvoir m'exploiter, comme le docteur X..., et si, sous prétexte que je suis fort riche, le boulanger me faisait payer dix ou vingt francs le kilogramme de pain et ne voulait pas m'en fournir à un moindre prix? » — Revenons à notre plaidoyer.

Dr H. Montanier.

(La suite au prochain numéro.)

La population de Sceaux (près Paris) vient de faire une grande perte dans la personne de M. le docteur Thore, qui vient de mourir dans un âge encore peu avancé. Ajoutons que la science perd aussi en M. Thore un médecin très-distingué. Depuis ses débuts dans la carrière par un ouvrage considérable et d'une haute portée, sur les maladies incidentes des aliénés, M. Thore n'a cessé, malgré les exigences d'une nombreuse clientèle, de recueillir et de publier sur divers sujets de médecine pratique, notamment dans la *Gazette des Hôpitaux*, des observations qui sont toutes marquées du cachet d'un esprit judicieux et éclairé. M. Thore comptait, dans le corps médical de Paris, un grand nombre d'amis à qui la nouvelle de sa mort laissera de profonds regrets.

— On nous annonce la mort de M. le docteur Charles Lejeune, ancien président de l'association médicale de Laon; de M. le docteur Lemercier, sous-bibliothécaire du Muséum d'histoire naturelle; de M. le docteur Emmanuel Rousseau, conservateur des galeries d'anatomie au Muséum d'histoire naturelle.

— M. le docteur A. Garrigou-Desarènes recommencera ses conférences cliniques et son cours sur les maladies *des oreilles*, le mardi 13 octobre, à une heure, n° 6, rue du Pont-de-Lodi, et il les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

— La prochaine séance de la Société de médecine de Paris aura lieu le 16 octobre.

Ordre du jour : Iconographie photographique de la stucture intime du ganglion spinal, de la moelle et du bulbe.

contraire ajouter à ces funestes appréhensions, à ces sombres pressentiments qui assiégent tant de pauvres malades?

J'arrive aux conclusions du rapport, qui s'adressent au médecin :

1° Employer pour ses prescriptions des feuilles de papier portant imprimés son nom et son adresse.

2° Écrire sur deux feuilles séparées la prescription et la consultation : la prescription pour le pharmacien qui devra en rester dépositaire, la consultation pour le malade.

Là se bornent les moyens recommandés pour diminuer les chances d'erreur. Pour ma part, je doute fort que leur adoption ajoute beaucoup aux garanties d'erreur dont doit s'entourer le médecin qui rédige une prescription.

En outre, la précaution édictée par le second paragraphe : « Écrire sur deux feuilles séparées, etc... » peut avoir sa valeur dans quelques circonstances, dans certaines consultations, mais elle est loin d'être applicable à tous les cas de médecine usuelle. Le praticien ordinaire, le praticien de campagne surtout, se borne et se bornera toujours à délivrer une formule et à donner de vive voix quelques explications sur la manière de s'en servir.

Voilà la prescription courante, voilà l'ordonnance la plus ordinaire. La formule et uniquement la formule, voilà ce qui, pour le médecin et quelquefois pour le pharmacien, sera le plus souvent la source des erreurs et la cause première de déplorables accidents. Aussi doit-on surtout s'ingénier à la recherche de tous les moyens capables d'agir comme préservatif d'erreur dans la formule.

Parmi ces moyens, il en est un que je tiens à faire connaître et c'est là l'unique but de cette lettre, déjà trop longue. Je l'emploie depuis quinze ans, et il est tellement simple, que je m'étonne de ne l'avoir encore vu signaler par personne.

Ce moyen consiste, pour le médecin, à s'astreindre, dans tous les cas, après avoir mis en colonne correspondante les chiffres décimaux de sa formule à les souligner d'une barre et à en faire l'addition.

Par cette simple opération :

1° le médecin est immanquablement contraint de revoir tous ses chiffres. En outre, ce total lui permet de mieux juger immédiatement les divisions possibles en cuillerées ou paquets.

2° Le pharmacien voit sur le champ la capacité du flacon exigée par la solution prescrite, et, dans le cas de doute au sujet d'un chiffre mal tracé, il trouve encore dans ce total un précieux point de repère, sinon un contrôle infaillible.

Sans doute, il sera toujours indispensable d'écrire nettement les chiffres, de bien placer la virgule, d'exprimer même en toutes lettres chacune des divisions décimales, etc., etc...; mais, je le répète, l'expédient de l'*addition* attire une deuxième fois l'attention du médecin sur le même objet; il épargnera des erreurs, sinon toujours dangereuses, du moins sans excuse en médecine.

Agréez, monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération distinguée.

Dr LUZAREY.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

241. Delalande (Marie). De la méthode à suivre dans l'étude clinique des maladies internes.

242. Courteneuve (Jean). De la Trachéotomie dans le traitement du croup.

243. Monthus (Adolphe). Essai sur la Pneumonie double.

244. Dejean (Jérôme). Quelques mots sur l'étiologie de la Pellagre et particulièrement de la pellagre landaise.

245. Levraud (Adam). Étude sur le développement des vaisseaux capillaires sanguins dans les tissus de nouvelle formation.

246. Vauttier (Achille). Essai sur le Ramollissement cérébral latent.

247. Dubois (Octave). De la Déglobulisation du sang.

248. Haynaut (Eugène). Essai sur les différentes formes du Lichen simple.

249. Depallier (Albert). Des Perforations spontanées de l'appendice ilio-cœcal.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 5 octobre 1868, rendu à Biarritz sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, M. Poitou-Duplessy (Paul), médecin de première classe de la marine, médecin-major du *Chamois*, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur : douze ans de services effectifs, dont dix à la mer.

— M. le docteur Billod, directeur, médecin en chef de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire, est nommé directeur-médecin de l'asile des aliénés de Vaucluse, près Paris.

L'établissement de Vaucluse, dont l'ouverture est très-prochaine, a été construit par les soins de M. le préfet de la Seine.

— « Aujourd'hui même, 9 octobre, nous écrit un de nos confrères, la glace a paru dans le canton de Laguiole (Aveyron). »

Avant hier, on a constaté la première gelée blanche à Paris.

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris s'est ouvert, comme nous l'avons annoncé, le 8 octobre.

Le jury du concours était composé de la manière suivante :

MM. Fremy, Oulmont, Simonnet, Marjolin et Pean, juges titulaires; MM. Isambert et de Saint-Germain, juges suppléants.

La question écrite était ainsi formulée : muscles intrinsèques du larynx; — caractères différentiels des laryngites.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 121. — JEUDI 15 OCTOBRE 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 15 OCTOBRE 1868. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HOPITAL NECKER (M. Félix Guyon). Périnéoraphie. — Théorie de la contagion médiate ou miasmatique appelée encore infection. De la méthode à suivre pour la détermination des conditions qui rendent les milieux infectieux. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Feuilleton : Les Facultés de médecine de province avant la Révolution, par M. H. Montanier.

Paris, le 14 octobre 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Jolly a lu, ou plutôt fait lire par procuration, un fragment philosophique qui paraît destiné à servir d'introduction à un ouvrage de longue haleine, si nous en jugeons par son titre même : *Introduction à la philosophie dans ses rapports avec l'hygiène et la médecine*. C'est une dissertation médico-philosophique sur l'instinct.

Passant de l'étude des instincts des animaux qui nous a révélé plus d'un enseignement utile, même en médecine, à l'étude des déterminations instinctives chez l'homme, M. Jolly a cherché à en déduire tout ce que l'observation attentive de cette faculté en exercice a pu apporter de lumières au praticien dans le diagnostic des maladies, tout ce qu'elle peut fournir d'indications rationnelles dans leur traitement.

Le sujet n'est pas neuf, mais il est de ceux que les esprits enclins à la méditation du cabinet aiment à reprendre et à revivifier au foyer de leurs réflexions et de leur expérience personnelle. La première médecine n'a été qu'une médecine toute d'instinct. L'instinct et le hasard ont été nos premiers guides et nos premiers maîtres. L'étude de la marche et de la solution naturelle des maladies a été le premier fondement de la science. L'école des naturistes tout entière, d'Hippocrate à Stahl et à Sydenham, n'a pas d'autre principe. Ne rien entreprendre en thérapeutique, sans avoir consulté d'abord les tendances de la nature et les avertissements de l'instinct, tel est le précepte dans lequel se résume pour eux toute la médecine; *quo natura vergit eo ducendum*. C'est là le grand principe de thérapeutique rationnelle que M. Jolly, à l'exemple de ces grands maîtres, voudrait voir inscrit sur les frontons de nos Ecoles. Assurément, si demain la Faculté de médecine — avec autorisation ministérielle — venait à graver cette inscription sur le fronton de l'Ecole, nous n'escaladerions pas la colonnade pour l'effacer, car c'est l'expression d'une des vérités médicales les mieux établies sur l'observation; mais nous voudrions qu'on la fît suivre, sous une forme apophtegmatique quelconque, d'un petit correctif destiné à avertir qu'il ne faut pas se fier toujours aveuglément aux mouvements de la nature. La nature fait parfois comme le bon Homère, et il convient de la réveiller. Elle fait quelquefois pis, et nous ne voudrions pas prendre la responsabilité de respecter toujours ses tendances parfois perverses et ses actes souvent destructeurs. Il faut distinguer, et ici ce n'est plus affaire d'instinct, mais affaire de raison; et si l'observation de la marche naturelle des actes morbides nous a beaucoup appris, ce n'est pas un motif pour en rester là et pour ne pas chercher à apprendre davantage encore en faisant appel à tout ce que la science moderne met de moyens nouveaux d'information à notre disposition.

Quant à tout ce que l'on peut tirer d'enseignement et d'indications utiles dans le langage de l'instinct, nous sommes loin de le méconnaître et de n'en point vouloir tenir compte; mais que sont les instincts de l'homme comparativement à ceux des animaux, étouffés qu'ils sont en quelque sorte sous le poids et la domination de la raison? Raison amasse, instinct pas, a dit un écrivain d'infiniment d'esprit, qui a creusé beaucoup plus profondément que beaucoup de médecins et de naturalistes l'histoire comparative des instincts et des passions, M. Toussenel, l'auteur de *l'Esprit des bêtes*. Subordonnons donc, dans l'étude de l'homme, les enseignements de l'instinct à ceux de la raison.

M. Jolly nous pardonnera ces quelques réflexions au sujet de quelques-unes des idées de son travail qui nous ont le plus particulièrement frappé à l'audition. Son travail serait assurément digne d'une argumentation plus sérieuse; il est probable qu'une lecture plus attentive modifiera nos premières impressions. Nous saisirons avec plaisir l'occasion d'en faire l'épreuve.

La suite de la discussion sur le traitement de la péritonite puerpérale a occupé une partie de cette séance. M. Poiseuille est monté à la tribune pour opposer des considérations nouvelles de physique à la théorie de l'aspiration de M. J. Guérin. M. Guérin a répliqué, et M. H. Bouley a donné de courtes explications sur le fait, invoqué par son collègue, de pénétration de l'air dans la cavité abdominale des animaux dans certaines conditions spéciales. On trouvera une analyse de ce petit complément de discussion dans le compte rendu de la séance, ainsi qu'un document nouveau introduit dans la discussion par deux lettres, l'une de M. le docteur Carcassonne, l'autre du mari de la malade opérée par M. J. Guérin.

Dr Brochin.

HOPITAL NECKER. — M. Félix GUYON.

PÉRINÉORAPHIE.

(Observation recueillie par M. Molinier, interne du service.)

R... Hortense, domestique, âgée de 23 ans, est accouchée trois fois, la première à huit mois de grossesse, la seconde à neuf mois moins quinze jours, la troisième à terme. Les deux premiers accouchements n'ont déterminé aucun accident, le troisième a amené une déchirure du périnée. Ce troisième accouchement a eu lieu à Necker le 30 décembre 1867. La tête de l'enfant était volumineuse. Le travail a duré dix-huit heures.

La malade dit que la déchirure s'est produite au moment du passage des épaules et qu'elle en a eu conscience à ce moment.

La solution de continuité s'étendait de la commissure postérieure de la vulve jusqu'au sphincter anal qu'elle laissait à nu.

On ne fait d'abord aucune tentative pour amener la réunion ; c'est seulement quatre jours après l'accident qu'on applique trois serres-fines.

Une de celles-ci ne tarde pas à tomber ; les deux autres sont enlevées au bout de trois jours. Il n'y avait aucune réunion. On lave la plaie avec de l'eau-de-vie camphrée.

La malade passe dans le service de M. Guyon en janvier 1868. A ce moment la plaie bourgeonnait à peine; cependant on fit une suture avec deux fils d'argent, sans avivement, le 1er février 1868. Le 9 février, il y a un peu de réunion en arrière. La malade sort. Elle revient plusieurs fois et l'on touche la plaie avec le nitrate d'argent ou la teinture d'iode pure. Malgré tout, on voit persister à la partie postérieure une fissure rouge, douloureuse, surtout lorsque la malade s'assied. Elle rentre le 23 avril 1868.

La plaie présente à ce moment les caractères suivants :

Les deux faces sont cicatrisées isolément et présentent l'aspect d'une muqueuse qui se prolonge jusqu'au sphincter de l'anus; il n'y a plus aucune trace de la fissure qui existait antérieurement.

Il n'y a aucune incontinence des matières fécales; il n'y a pas de douleur pendant la défécation; mais il y en a pendant la marche. L'opération ayant été décidée, on donne un purgatif qui provoque trois selles, dont une le matin de l'opération.

Opération pratiquée le 27 avril par M. F. Guyon.

Une incision horizontale *ab* est d'abord tracée en avant de l'anus, à quelques millimètres de cette ouverture que le chirurgien a l'intention de ménager complètement.

Cette incision se prolonge à droite et à gauche dans toute l'étendue correspondant à la limite inférieure de la déchirure. De chacune de ses extrémités, on fait partir une incision verticale *ac*, *bd*. Cette incision mesure près de trois centimètres. Une nouvelle incision horizontale *cd* est alors tracée; elle doit rejoindre les deux extrémités des incisions verticales et empiéter sur le vagin.

La surface à aviver est alors représentée par deux triangles réunis par leur sommet. Mais dans ce point même où les deux incisions horizontales sont le plus rapprochées l'une de l'autre, elles sont encore séparées par un centimètre environ.

L'avivement est alors fait avec le bistouri et les ciseaux ; il empiète sur la muqueuse vaginale et respecte complètement l'ouverture anale. Cinq points de suture métallique sont alors disposés transversalement, de façon à rapprocher latéralement les deux triangles avivés et à les mettre en contact par toute leur surface saignante. Ces points de suture ne pénètrent pas dans le rectum, mais ils doivent embrasser la plus grande épaisseur possible de tissu. Pour remplir ces indications, M. Guyon se sert d'une grande aiguille courbe qu'il enfonce immédiatement au-dessus de la ligne supérieure d'avivement *cd* et qu'il plonge profondément dans les parties molles voisines avant de la faire sortir au niveau de la ligne inférieure de l'avivement *ab*.

L'aiguille, étant alors complètement dégagée, est enfoncée du côté opposé au niveau de la ligne inférieure d'avivement et ressort au niveau de la ligne supérieure d'avivement, après un trajet aussi profond que possible.

FEUILLETON

LES FACULTÉS DE MÉDECINE DE PROVINCE (1)

Avant la Révolution.

Relativement à la présence des docteurs à l'examen des apothicaires, Me Guillaume tranche la question avec un très-grand bon sens :

« Et quant, l'ordonnance, ou expressement, ou tacitement ne le diroit, le bien du public le veut, l'honneur de cette sçience l'exige, l'intérêt particulier des médecins le requiert. Car si la pharmacie est une partie de la médecine, si c'est une despendance de l'art, pourquoy refuserons-nous au maître l'entrée et la porte à l'examen de celluy qui luy sert de ministre? L'apothicaire se vante de cognoistre les simples, il en faict, du moins, la mine, il se dict sçavant au meslange des droguës, aux compositions des médicaments; qui est-ce qui en peut mieux juger que le medecin? Le medecin, dy-je, qui est aucunement responsable des fautes de l'apothicaire, et sur-lequel la honte et le blasme des inconvénients qui arrivent au malade, rejaillit : car, comme sa profession n'est que d'ordonner, s'il arrive que son ordonnance tombe entre les mains d'un apothicaire ignorant, qui s'équivoque en la cognoissance des droguës, au mélange d'icelles, en la quantité de la chose, à qui en tourne le blasme, sinon au médecin? lequel, par conséquent, refuseroit méritoirement la créance à l'apothicaire, et entreroit en deffiance de sa capacité, s'il n'en avoit cognoissance par l'examen. »

Il parle aussi en très-bons termes de la nécessité de tenir sous clef les drogues vénéneuses et de l'utilité de laisser visiter par les médecins les boutiques d'apothicaires.

« Mais que craignent les appellans en cette visite pour l'assistance des medecins, puisqu'ilz accordent qu'elle se face en présence de deux eschevins et maîtres jurez? Ilz appréhendent peut-être que l'on voye le fond de leurs boutiques, que les medecins espluchent trop exactement la bonté de leurs droguës, que l'on condamne celles qui sont gastées et corrompuës ainsy que par arrest de Tholouse en mesme reiglement il a esté ordonné. Certainement c'est une chose de mauvais goust de craindre le jour et la lumière, c'est un voyle bien-obscur que la nuit et les ténèbres pour couvrir une mauvaise marchandise, mais il est plein de soupçon et de crainte. »

A propos des antidotaires, nous trouvons dans la plaidoirie de Me Guillaume les renseignements les plus intéressants et qui démontrent clairement la nécessité de n'avoir qu'un seul codex uniforme pour toute la France et, si c'était possible, pour tous les pays du monde.

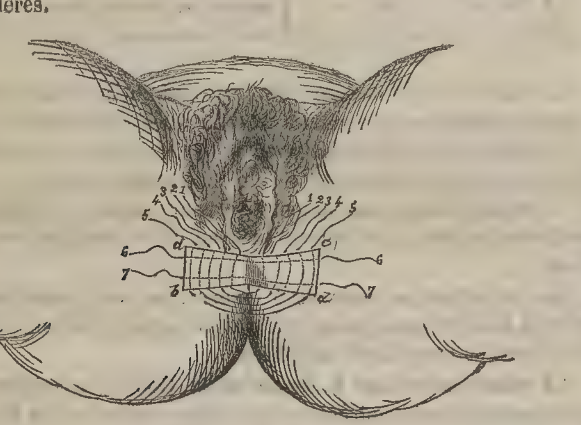
« Reste le dernier article concernant l'antidotaire duquel ilz doivent demeurer d'accord, touchant quoy il suffiroit de dire que l'ordonnance mesme l'a ainsi jugé expédient et nécessaire, veu qu'elle en nomme un particulièrement qu'elle veut estre tenu, sçavoir celuy de Nicolas; mais affin de monstrer que les appellans s'équivoquent en l'interprétation du reiglement touchant cet article aussy bien qu'aux autres, jugeant que les appellez veuillent entreprendre la correction des livres jusques à ores tenus et usitez, la Cour sçaura s'il luy plaist, qu'il y a divers antidotaires : celluy de Valérius Cordus; de Jobert : de Vecherus : de Fernel: de Mesüe et plusieurs autres, et non-seulement ces autheurs ont fait des compositions générales, mais encore il se trouve des antidotaires quasi propres et particuliers aux provinces, comme celuy de Nuremberg, de Venise, de Mont-pellier, esquels antidotaires il y a grande différence des compositions, voires plusieurs fautes commises par l'impression aux doses d'icelles, fautes importantes néantmoins à la vie, comme suyvant les marques dont usent les médecins que nous pourrions nommer *Singula, seu Sigla* deffendus par Justiniain; une livre et demie pour demie livre; un scrupule pour une dragme; une dragme pour une once.

« D'ailleurs, ces antidotaires n'ont pas les compositions toutes semblables: l'un a plus d'une droguë que l'autre, et néantmoins si chaque apothicaire veut avoir son antidotaire, il est impossible au medecin d'ordonner en telle sorte son médicament, qu'il ne s'y trouve trompé. Car, par exemple, ayant recogneu la maladie, il ordonnera d'une composition, laquelle il croyra ne debvoir purger que fort legièrement suyvant l'antidotaire ou de Cordus, ou de Mesüe, ou d'un autre : neantmoins l'apothicaire qui aura l'ordonnance, se servira d'un autre antidotaire, où la composition purgera beaucoup plus violément, et mesme jusques au sang. Suyvant un tel antidotaire la composition du Diacarthami purgera si violément, que trois dragmes suffiroint pour abbattre entierement le malade : suyvant un autre, il en faudra six dragmes, et d'avantage. Comme est-ce qu'en cette incertitude le medecin pourra asseurément ordonner, s'il n'est certain de quel antidotaire se sert l'apothicaire, affin qu'il reigle son medicament à la forme de la composition portée en cet antidotaire? Les appellez ne veullent pas faire un antidotaire nouveau, ny inventer de nouvelles compositions, mais ils désirent seulement pour le bien du public, que les appellans s'accordent ensemblément avec eux d'un antidotaire, choisy entre tous les autres plus-convenable, et au tempéramment de

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

L'opérateur pense qu'il est nécessaire de se maintenir ainsi au niveau des bords avivés, afin d'éviter, lorsque l'on serre les fils, de voir des portions non avivées s'infléchir et venir s'adosser l'une à l'autre. C'est pour cela qu'il enfonce l'aiguille au niveau des bords de la surface avivée et non à quelque distance de ces bords. Cependant, comme il est indispensable, pour la réussite de l'opération, d'embrasser la plus grande épaisseur possible de tissus dans l'anse métallique, il remplit cette indication, ainsi que nous l'avons vu, en faisant profondément courir l'aiguille avant de la ramener au point où elle doit sortir. Ces points de suture (1, 2, 3, 4, 5), parallèles aux lignes *ac* et *bd*, assurent le rapprochement et la juxtaposition exacte de l'aire des triangles.

Pour assurer le rapprochement de la base *ac* et *bd* des triangles, deux points de suture métallique (6 et 7) sont conduits de cette base vers leur sommet, de manière à former des anses perpendiculaires aux premières.



M. Guyon, imitant ainsi la pratique de M. Nélaton, attribue à ces derniers points de suture (6 et 7) l'avantage de rapprocher les bords cutanés du triangle et de soutenir les anses des premiers (1, 2, 3, 4, 5). Ces points dispensent complétement de la suture enchevillée conseillée et habituellement employée par Roux, et, à son exemple, par la plupart des chirurgiens.

Les anses 6 et 7, parfaitement solides, sont très-bien tolérées, et il n'en est pas toujours de même de la suture enchevillée. La peau n'étant pas parfaitement rapprochée, deux points de suture furent pratiqués avec de la soie fine. Ces points, qui ne sont pas représentés dans la figure, furent disposés comme les points 6 et 7, mais plus superficiellement, c'est-à-dire que l'aiguille enfoncée dans la peau tout près de la ligne *a c*, et en dehors de celle-ci, ressortait en dedans, sur la surface avivée du côté gauche, puis était enfoncée de nouveau en dedans de la ligne *b d*, sur la surface avivée du côté droit, et ressortait sur la peau en dehors de la ligne *b d*.

L'opération avait duré une heure et avait été fort bien supportée.

La malade, qui avait été chloroformée, est réveillée et portée dans son lit. On lui passe un coussin sous les jarrets pour maintenir les genoux dans la demi-flexion. Les cuisses sont maintenues rapprochées au moyen d'une alèze pliée en cravate et nouée. La malade sera sondée deux fois par jour; on lui recommande de ne pas uriner seule. Prescription : bouillons et potages; une pilule d'opium de cinq centigrammes.

28 avril. Pas de sommeil la nuit qui a suivi l'opération. Il n'y a pas eu de vomissements. Il n'y a pas de fièvre; le pouls est à 84 pulsations. Bouillons et potages, vin de quinquina; une pilule d'opium le soir. On continuera la cathétérisme.

29 avril. Insomnie. Pas de fièvre. Le bas-ventre est légèrement douloureux. Sur le côté droit de la plaie on remarque une teinte ecchymotique limitée avec un peu de dureté et de gonflement. Cette teinte ecchymotique est due au passage profond des fils.

Lavages avec l'eau-de-vie camphrée.

30 avril. La teinte ecchymotique est plus prononcée. Lavages avec l'eau-de-vie camphrée. On enlève les deux points de suture en soie. On supprime les pilules d'opium.

2 mai. État satisfaisant.

3 mai. La malade est allée hier à la selle et a rendu des matières abondantes et peu dures. La première selle a donc lieu cinq jours après l'opération.

5 mai. On examine la plaie avec le spéculum de Bozeman; elle paraît très-bien réunie. La malade se plaignant de douleurs dans la vessie et dans l'urèthre, on cesse le cathétérisme.

6 mai. Il y a des envies fréquentes d'uriner et des douleurs en urinant. La vessie est douloureuse à la pression. Lavement émollient.

7 mai. Le lavement ordonné hier a provoqué deux selles. La réunion est parfaite. On enlève les fils. Les différentes anses de fils présentaient les dimensions suivantes :

1°. — 25 millimètres;
2°. — 37 —
3°. — 47 —
4°. — 55 —
5°. — 57 —
6°. — 58 —
7°. — 60 —

8 mai. Première garde-robe après l'enlèvement des fils. Les matières sont un peu dures; la défécation est assez douloureuse; mais la réunion se maintient.

13 mai. Les règles sont venues.

18 mai. Les règles sont finies. La réunion se maintient.

27 mai. Guérison. La cicatrice est solide, peu apparente et point saillante.

29 mai. Exeat.

7 juillet. J'ai revu notre malade. La cicatrice est à peine apparente; elle est un peu oblique d'avant en arrière et de droite à gauche. La partie inférieure de la cloison recto-vaginale est épaisse et solide.

Les premiers rapports sexuels ont d'abord été assez douloureux; mais actuellement cette douleur est insignifiante. La cicatrice est peu sensible à la pression. Du reste, la santé est parfaite.

6 septembre. J'ai encore revu la malade. La réunion est toujours parfaite. La fourchette est reformée. L'espace compris entre elle et l'anus mesure 11 millimètres.

Les minutieux détails donnés à propos de l'avivement, les dimensions des anses métalliques que nous avons consignées dans l'observation, pour bien mettre en relief l'importance d'une épaisse saisie de parties molles, nous dispensent de nouvelles réflexions à ce sujet.

Nous ne voulons plus insister que sur quelques points importants du traitement consécutif.

1° L'opium n'a été donné qu'avec modération et pendant aussi peu de temps que possible, afin d'éviter la formation d'un bol fécal par trop sec et dur. Dans le même but, l'alimentation a été restreinte, bien que la diète n'ait pas été exigée. Enfin, nous ferons remarquer que les garde-robes survenues le sixième jour n'ont en rien compromis la cicatrice; aussi fût-il résolu que de nouvelles garde-robes seraient sollicitées avant l'enlèvement des fils. Il semblait, en effet, rationnel de penser que la cicatrice aurait moins à souffrir de la défécation alors qu'elle était encore soutenue de toutes parts par les anses métalliques. Lorsque la cicatrisation est obtenue, le danger de l'infiltration des matières fécales entre les lèvres de la plaie n'existe plus; on ne peut plus redouter que la déchirure d'une cicatrice encore trop récente, sous l'influence d'une expulsion trop brusque, ou du passage d'un bol fécal trop volumineux. En mettant tous ses soins à n'empiéter en aucune façon sur l'ouverture rectale par l'avivement, puis à assurer l'évacuation des fécès accumulés pendant les premiers jours avant l'enlèvement des fils, l'on se place dans des conditions favorables.

2° Quant à la crainte de rétrécir l'ouverture vaginale, il semble bien, d'après ce fait, que l'on doit peu s'en préoccuper. La vulve paraissait fort rétrécie après l'opération; et cependant la suite de l'histoire de la malade a bientôt démontré que cette étroitesse n'avait rien de dommageable pour les fonctions du vagin. D'ailleurs, avant la sortie de la malade, l'on avait pu très-facilement introduire la grosse extrémité du spéculum américain.

THÉORIE DE LA CONTAGION MÉDIATE OU MIASMATIQUE

Appelée encore infection

De la méthode à suivre pour la détermination des conditions qui rendent les milieux infectieux.

Par M. A. CHAUVEAU.

(Note présentée à l'Académie des sciences dans la séance du 5 octobre 1868.)

Il importe, en commençant cette nouvelle étude sur la nature des virus et de la virulence, de poser très-nettement la question, à cause des acceptions diverses dans lesquelles le mot *infection* est pris en pathologie. Je vais le faire en citant un exemple, c'est-à-dire en ayant recours au moyen le plus sûr d'établir une proposition.

La vaccine et la variole ont entre elles des affinités tellement intimes, que beaucoup de médecins se sont refusés à faire de ces maladies deux affections distinctes. Tout les rapproche en effet : elles se ressemblent par leurs caractères objectifs et leur mode de développement, et l'évolution de l'une protége contre l'autre. Cependant, quand on les compare au point de vue de la propriété contagieuse et virulente, on trouve entre elles une différence considérable. Toutes deux jouissent, au même degré, de l'aptitude à se transmettre d'un individu malade à un individu sain d'une manière directe, c'est-à-dire par contact immédiat ou par inoculation. Mais si le contact n'est pas immédiat, s'il n'y a pas inoculation, la propriété de transmission est loin d'avoir la même activité dans les deux virus. On ne connaît pas encore d'exemple authentique d'enfant ayant pris la vaccine autrement que par inoculation directe, ce qui prouve au moins que la chose est rare et difficile. Quant à la variole, sa propriété contagieuse est si active, qu'on peut contracter la maladie en vivant dans le même milieu que des varioleux, sans avoir de relation directe avec eux. Or, c'est cette contagion par l'intermédiaire des milieux qui constitue l'*infection*, dont cette étude a pour but de déterminer le mécanisme intime.

Il est facile de voir que l'infection ainsi comprise résulte du concours de deux causes générales, aussi essentielles l'une que l'autre. Pour qu'un virus soit infectieux, il faut, en effet :

1° Qu'il passe *spontanément* du sujet contagifère dans le milieu ambiant (l'air dans l'immense majorité des cas, l'eau quelquefois), dont l'infection est ainsi réalisée;

2° Que, du milieu ambiant, le virus passe *de lui-même* dans l'organisme des sujets sains exposés à l'action de ce milieu, et les infecte ainsi à leur tour.

Toutes les circonstances capables d'influer sur la propriété infectieuse des virus se rattachant nécessairement à ces deux causes, la solution du problème de l'infection dépend exclusivement de la détermination exacte des conditions qui les réalisent l'une et l'autre. Il suffit donc, pour arriver à cette solution, de trouver les causes qui expliquent :

1° L'*action des sujets contagifères sur les milieux*;

2° L'*action des milieux infectés sur les sujets sains exposés à la contagion.*

Cette Note a pour objet de poser les bases de la méthode que j'ai appliquée à la recherche du premier point, c'est-à-dire à la *détermination expérimentale des conditions qui donnent aux milieux la propriété infectieuse.*

L'infection des milieux résultant de la présence des agents virulents qui leur ont été cédés par les sujets contagifères, la question à examiner ici se réduit à savoir quelles sont les conditions qui déterminent ou favorisent la dispersion de ces agents dans les milieux. Élevées à leur plus haute puissance, ces conditions réalisent l'infection. Diminuées ou annihilées, elles la rendent extrêmement difficile ou l'empêchent tout à fait.

Tout bien examiné, il n'y a que trois conditions probables capables d'expliquer cette action des sujets contagifères sur les milieux. Elle dépend nécessairement : 1° ou de l'*état physique du virus*; 2° ou de sa *quantité*; 3° de son *mode d'excrétion* (1).

(1) On écarte ici un quatrième ordre de conditions, celles qui tiennent à la conservation des agents virulents dans les milieux. Ce ne sont pas là, en effet, des conditions prépondérantes capables de jouer un rôle essentiel dans l'infection. Leur influence sera, du reste, exposée et discutée dans une autre étude, portant sur la *constitution médicale* ou *épidémique*.

---

cette région et à la qualité de noz maladies ordinaires. Il n'y a rien en cecy, ny aux autres articles, qui ne soit pour le bien commun et pour l'honneur de la medecine. »

Ce n'est vraiment pas trop mal parler, Mᵉ Guillaume; vous auriez dû ajouter pourtant que, à part certaines préparations, le médecin ferait toujours bien de formuler lui-même les médications qu'il ordonne.

Arrive enfin le tour de l'avocat du roi, le sieur de Vallepelle. Il serait intéressant de se faire, à distance, et sur leurs seules paroles, une idée de ces trois hommes, et il me semble qu'on s'approcherait beaucoup de la vérité. Mᵉ Bernier, un peu débraillé, instruit, suffisamment éloquent, allant droit au but, sans ménager ni ses colères ni ses injures; Mᵉ Guillaume, très-docte, très comme il faut, plein de sa valeur, grave, compassé, quelque peu aristocrate, ne disant des grossièretés ou des injures que malgré lui et comme emporté par les fâcheuses nécessités de son sujet. Quant au sieur de Vallepelle, c'est un avocat général comme on en voit encore, diffus, lent, prétentieux, faiseur de citations à tort et à travers et dans toutes les langues, ne sachant jamais où il est ni où il va, empêtré dans ses raisonnements et croyant toutefois prendre une forme légère parce qu'il abuse du calembour, qu'il oppose le *rob* des Arabes à la *robe* du docteur, les *sains* aux *saints*, etc., etc., et de même qu'il ne savait comment commencer, ne sachant comment il finira.

Rien n'est curieux comme l'exorde de M. l'avocat général, et sans exagération, on peut dire que Petit-Jean est dépassé :

« Messieurs, enfin sur les diverses fins et conclusions des parties contendentes, non pour eclegmes, ny electuaires, non pour trochisques, ou panicles, sapes, ceratz, juleps, sirops et autres sucs, qu'on faict epaissir soit au soleil, soit au feu, que les Arabes nomment *rob*. Ains pour les condits et conserves du droict de leurs robbes et professions, honneurs, profits et occupations : qui ne void ou qui n'oit combien ces sciences muettes et plaines d'aphorismes ont par creinte d'aphorie (1) bien faict parler d'elles en ce souverain Parlement?

«.... Ainsi à ce coup, pour bien ou mal, les sciences ont beaucoup rompu leur silence ancien. Le bruit du tinnit en est encore dâns les oreilles, voire dans le ventricule du cerveau dont il a penetré les ményynges, qu'il bat et bande en sorte que je m'en sens aucunement émeu. Et voicy comment.... »

Tour à tour, tous les corps d'état sont venus plaider devant ce grand parlement : merciers, marchands drapiers, chaussetiers, etc. « Et ores, sans comparaison, voici les docteurs physiciens qui, contre les maîtres pharmaciens, semblent vouloir être de la partie, aller sur le pré et descendre en l'arène. *O tempora!* C'est un mal chronique.... » Les astres eux-mêmes ont eu leurs guerres et leurs révolutions, et ils sont sans doute la cause des diverses querelles qui agitent la terre.

Les docteurs et les apothicaires auraient dû, au lieu de plaider, garder le silence; il ne les blâmera pas cependant, car ce procès se peut justifier par l'exemple d'Atys, fils de Crésus, lequel, quoique sourd et muet de nature, retrouva la parole à la vue du danger que courait son père.

Et notre homme va de la sorte pendant plus de vingt pages, trouvant l'occasion de parler du Rubicon, des sources du Nil, de Caton, d'Alexandre, de saint Grégoire, de saint Paul, de Mithridate, etc.; et, chemin faisant, de débiter des phrases de cette façon : « Trésor (la vie) certes inestimable, trésor incomparable, et certes qui mérite mieux que tout autre l'œil de nos vigilances, le cœur de nos concupiscences et la quintessence de nos esprits et mouvements. Les systolé et diastolé de nos continuelles aspirations et respirations, etc... » Petit-Jean et Cathos tout à la fois! Si je ne m'abuse, il me semble que c'est le sublime du genre.

Tout le discours du sieur de Valepelle est malheureusement d'une nullité incroyable et on y chercherait vainement quelques renseignements curieux sur la médecine au seizième siècle. Il croit cependant fermement à la médecine, et même, comme les esprits étroits, il y croit beaucoup trop; il n'est pas de superstition qu'il n'adopte :

« Je la croirai (la médecine) des plus nobles et anciennes, des plus honorables et certaines, des plus utiles et nécessaires qui soient. Premièrement, parce que non seulement elle est subrogée à l'arbre de vie, mais qui plus est, divinement infuse aux animaux. Autrement en laissant les secrets du remede des bestes, qui auroit aux hommes apporté la cognoissance de tant de proprietez qu'ont les bois et les eaux, les pierres et les minéraux, l'énergie des simples et la dose des compositions, mesmement en ceste athanasie, qui auroit révélé d'y mesler de la corne droicte d'une chèvre plus tôt que de la droicte d'un chevreuil, ou d'un cerf tant medicinale? Qui auroit dict encore pourquoi il convient avec le *cordumeni*, *l'eupatorii* et *la castorei*, adjouster *epar adib*, c'est-à-dire du foye de loup bien lavé de vin blanc et préparé *in sandalis citrinis et absynthio?* »

Nous trouvons également dans ce discours, et très-vivement défendue, l'opinion qu'il faut d'abord appeler auprès du malade le médecin de l'âme et lui faire, dès le début, administrer les sacrements de l'Église; ce qui nous reporte au concile de Latran, qui ne permet pas au docteur de commencer un traitement tant que le malade n'a pas appelé le prêtre auprès de lui. Or, ces prescriptions du concile de Latran furent appuyées par des ordonnances royales et des arrêts du parlement, et, en certains temps, très-sévèrement observées.

Relativement au règlement, qui fait la base de la contestation,

(1) *Aphoris* était sans doute un mot déjà vieilli et qui ne se trouve ici que comme antithèse, car il est ainsi expliqué en note du plaidoyer ; *Aphoris*, stérilité de fruits, d'arbres et labours.

Je continuerai à comparer la vaccine et la variole pour expliquer comment on peut trouver, dans l'une ou l'autre de ces trois conditions, la cause qui permet aux virus d'infecter les milieux.

Le virus de la vaccine est fixe et solide, puisque l'humeur vaccinale doit sa propriété virilente à un corpuscule figuré. Ce n'est pas une raison pour que ce virus ne passe point dans l'air, car il peut s'y disperser et y être tenu en suspension à l'état de poussière microscopique. Mais c'est une condition défavorable, très-défavorable même, comparée à celle qui résulterait d'un autre *état physique*, je veux dire l'état gazeux. Aussi, en supposant que l'expérimentation démontre que le virus de la variole est volatil, c'est-à-dire que c'est une vapeur se dégageant des organismes infectés, on n'aurait pas de peine alors à comprendre pourquoi le virus de la vaccine n'est pas infectieux, dans l'acception propre du mot, tandis que celui de la variole l'est à un haut degré.

Si l'expérimentation démontrait, au contraire, que l'agent de la variole n'est pas volatil; si, de plus, elle prouvait que c'est un corpuscule figuré, comme celui de la vaccine, on aurait alors à comparer les deux maladies au point de vue de la *quantité* des agents virulents qu'elles peuvent engendrer et céder aux milieux. Non-seulement la multiplicité des lésions constituera, dans ces cas, une condition extrêmement favorable à l'infection de ces derniers, mais on aura encore et surtout à tenir compte d'une différence possible dans la richesse des humeurs virulentes en corpuscules actifs. On conçoit combien la propriété infectieuse d'un liquide virulent peut être favorisée, s'il contient, en nombre relativement considérable, les agents de la contagion.

Prévoyons maintenant le cas où il serait démontré que cette différence quantitative n'existe pas non plus, ou est insuffisante pour expliquer la propriété infectieuse de la variole. La cause de cette propriété devra être cherchée dans le *mode d'excrétion* du virus. C'est en général à l'état concret que les produits de sécrétion des lésions vaccinales et varioleuses sont excrétés au sein des milieux; et cet état est peu favorable à l'infection, les détritus de croûtes n'étant pas très-propres à la dispersion dans l'air des agents virulents qu'ils recèlent. De tous les modes de dispersion, le plus actif, celui qui l'emporte incomparablement sur tous les autres, c'est la mue par la surface pulmonaire. Mais, pour que le mouvement incessant de l'air expiré, sans compter l'expectoration, entraîne au dehors les agents virulents d'une maladie infectieuse, il faut que ces agents existent et se multiplient dans le poumon. Qu'il en soit ainsi dans la variole, et non dans la vaccine, et l'aptitude à l'infection qui distingue la variole se trouvera expliquée. Que cette différence manque, comme les autres, et il ne sera plus possible de trouver l'explication de cette aptitude dans l'action du sujet contagifère sur les milieux; il faudra la chercher exclusivement dans les conditions relatives à l'action des milieux infectés sur les sujets sains exposés à la contagion.

Telles sont les considérations qui m'ont guidé dans le choix de la méthode à mettre en usage, pour arriver à la démonstration du rôle joué par l'infection des milieux dans le mécanisme de la contagion médiate. Le principe de cette méthode est extrêmement simple : prendre deux maladies virulentes aussi voisines que possible, et dont l'une seulement soit contagieuse à distance, et les comparer successivement au point de vue de l'*état physique* du virus, de sa *quantité*, de son *mode d'excrétion*. Cette comparaison ne saurait manquer de mettre en évidence, au milieu des conditions communes aux deux maladies, les conditions particulières qui donnent à l'une d'elles la propriété infectieuse.

Pour faire cette comparaison avec les meilleures chances de succès, il eut fallu pouvoir, jusqu'au bout, rester fidèle à l'exemple de la vaccine et de la variole, et faire porter sur ces deux maladies les expériences suggérées par la méthode. C'est par là que j'ai commencé. Mais malheureusement la variole ne se prête qu'imparfaitement à l'expérimentation, parce que c'est dans l'espèce humaine seulement que la maladie produit toutes ses manifestations. Aussi m'a-t-il fallu remplacer la variole par une autre maladie de même ordre et de valeur équivalente, se prêtant à une expérimentation complète sur les animaux. C'est la clavelée du mouton que j'ai choisie : maladie éruptive, éminemment contagieuse à distance, ayant avec la variole et avec la vaccine une parenté assez rapprochée pour que, encore aujourd'hui, quelques auteurs croient à l'identité des trois affections.

C'est donc du rapprochement de la vaccine, maladie non infectieuse, avec une affection de même famille, la clavelée, maladie des plus infectieuses, que j'ai essayé de faire sortir la connaissance des conditions qui réalisent l'infection des milieux par les sujets contagifères.

Cette exposition sommaire des principes de la méthode que j'ai appliquée à cette étude permettra de mieux saisir les faits que j'ai recueillis sur cet important sujet.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 13 octobre 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Bouchet sur l'état sanitaire de la ville de Lyon du 4 juin au 8 avril 1868;

2° Un rapport de M. le docteur Carboneil sur une épidémie de fièvre rémittente ataxo-adynamique qui a régné dans la commune de Palau-del-Vidre, en mars 1868;

3° Des rapports sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Mont-de-Marsan, par M. le docteur Malichecq, et de Lunéville, par M. le docteur Chatelain;

4° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1867, dans le département du Cher. (Comm. des épidémies);

5° Une lettre de M. Gripouilleau (de Montlouis) sur un appareil prothétique de son invention. (Comm. M. Broca);

6° Le registre des maladies traitées, en 1867, à l'hôpital thermal de Guagno (Corse);

7° Un rapport de M. le docteur Perrier sur le service médical des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault, en 1866. (Comm. des eaux minérales);

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Moutard-Martin, qui se présente comme candidat dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale;

2° Des lettres de MM. les docteurs Desormeaux, Dolbeau et Verneuil, qui se présentent comme candidats pour la section de pathologie chirurgicale;

3° Une lettre de M. le docteur Barbosa (de Lisbonne), qui sollicite le titre de membre correspondant;

4° Une lettre de M. le docteur Lespiau, médecin à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, qui informe l'Académie que le 10 octobre, à huit heures du matin, il a pratiqué sur lui-même l'inoculation sous-épidermique de matières tuberculeuses (granulation grise), recueillies sur le poumon d'un cadavre de tuberculeux;

5° Deux plis cachetés, adressés l'un par M. le docteur Marc-Girard, l'autre par M. Félix Niderkorn (acceptés);

6° Une lettre de M. le docteur Casimir Carcassonne, concernant un instrument de son invention destiné à mesurer les forces de traction de l'utérus, instrument qu'il a présenté à l'Académie il y a deux ou trois ans.

Cet instrument, dit M. Carcassonne, qui a quelque analogie avec celui de M. Tarnier et avec celui de M. J. Guérin, m'a permis de constater de la manière la plus évidente l'existence d'une cavité réelle et permanente dans l'utérus des nouvelles accouchées, et ce, pendant un temps qui varie depuis quelques jours jusqu'à trois semaines. (Renvoyé à une commission composée de MM. Jacquemier et J. Guérin).

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Fort, un ouvrage en trois volumes intitulé : *Anatomie descriptive et dissections.*

M. Demarquay présente un ouvrage en italien intitulé : *Compte rendu de la clinique chirurgicale de Naples.*

M. Blot présente, au nom de M. le docteur Sentex (de Bordeaux), un travail contenant une série d'observations relatives aux maladies du fœtus dans le sein maternel; et à l'occasion du procès-verbal, il réclame contre l'opinion qui lui a été prêtée par M. Gosselin, à savoir que le fœtus contenu dans le sein de la mère peut subir, dans l'état d'intégrité des membranes, des phénomènes de putréfaction.

M. Blot ajoute que cela n'a jamais été son opinion. Le fœtus, dit-il, peut subir une macération, mais non une putréfaction.

M. J. Guérin dépose sur le bureau la lettre qu'il a annoncée dans la dernière séance, relative à la malade de Courbevoie.

Cette lettre, écrite à la date du 25 août dernier par le mari de la malade, n'avait d'autre but, dit M. Guérin, que de me renseigner sur les circonstances antérieures à ma visite et de reproduire toutes celles qui l'avaient suivie, afin d'assurer à mon observation la plus scrupuleuse exactitude.

En la plaçant en regard de mon observation, ceux qui voudront prendre la peine de les comparer s'assureront que l'une est, sur tous les points, complétement d'accord avec l'autre.

En voici le texte :

Courbevoie, le 25 août 1868.

« Mon cher docteur,

« Ainsi que vous avez bien voulu me le demander, je vous donne à leurs dates et suivant les indications de notre malade, toutes les circonstances qui ont eu lieu pendant son accouchement et qui l'ont suivi.

« 10 août, accouchée à deux heures du matin ; durée des douleurs : demi-heure, sans violence; l'enfant est venu sans aucune aide et avant l'arrivée du médecin, qui est arrivé quelques minutes après ; le délivre est bien sorti et complet en apparence et en temps utile.

« Journée du lundi 10, très-bonne, écoulements réguliers.

« Mardi 11, parmi les évacuations se trouvait une peau de 15 centimètres de longueur, sans odeur.

« Mercredi 12, évacuations régulières sans odeur.

« Jeudi 13, évacuations avec peaux de mauvaise odeur.

« Vendredi 14, continuation du même phénomène.

« Samedi 15, évacuations avec odeur.

« Dimanche 16, la malade était énervée, agacée, les mauvaises odeurs continuaient.

« Lundi 17, premier frisson vers deux heures; dans la nuit arrêt des lochies.

« Mardi 18, deuxième frisson à sept heures du soir; en changeant de lit, deux écoulements dans la journée avec odeur infecte.

« Mercredi 19, suppression complète des lochies, douleurs dans le ventre, notamment au milieu du ventre, dans les reins et dans les deux aines, tuméfaction considérable du ventre, nouveaux frissons, injections ordonnées par M. le docteur Lantier dès le mardi 18; à trois heures de l'après-midi visite de M. Lantier, ordonnant des injections nouvelles.

« A quatre heures et demie, arrivée du docteur Guérin. Bain avec communication dans le vagin.

« A neuf heures du soir, application de ses appareils faisant sortir des gaz et produisant le dégonflement du ventre.

« Première injection avec de l'eau phéniquée. L'appareil fait sortir immédiatement l'eau de l'injection peu troublée.

« Une seconde introduction de liquide est suivie immédiatement de grandes quantités de matières troubles, jaune, rougeâtre, d'une fétidité extrême.

« La nuit qui suit, la malade est prise de sueurs considérables; la fièvre et le délire ont duré une partie de la nuit et le lait est supprimé. Le sommeil est arrivé, et à son réveil la malade, dans la matinée du jeudi, n'avait plus le ventre gonflé, les lochies coulaient modérément, de couleur blanc jaunâtre et sans odeur, les seins étaient vides de lait; dans la journée du jeudi, la malade a demandé à manger; à partir de ce moment, le lait revient, mais lentement.

« Vendredi, appétit, les forces revienent.

« Samedi, état satisfaisant de santé; le lait reprend son cours normal comme avant l'accident; à trois heures après midi la malade s'est levée une demi-heure; à sept heures du soir, gaie et bien portante; purge. Depuis, la malade va de mieux en mieux; hier elle a pris un bain, conformément à vos instructions; aujourd'hui la journée a été bonne.

« Avec nos remerciements recevez, cher docteur, etc.

« Colas. »

Je n'insisterai pas, ajoute M. Guérin, pour faire ressortir la valeur de ce document; il n'a été rédigé ni en vue d'atténuer, ni d'exagérer les faits qu'il relate, ni de contredire qui que ce soit; je n'ai d'autre prétention en le présentant que de conserver à mon observation toute l'autorité qui lui appartient et que l'on a cherché à infirmer par des procédés que l'Académie appréciera.

A titre de renseignement complémentaire, je dois ajouter qu'aucune

---

l'avocat du roi, qui s'est perdu en tant et tant de divagations, en parle d'une manière fort brève. Le point qu'il traite le plus longuement est l'article qui demande que les médecins seuls puissent soigner les malades. Et pourquoi en serait-il ainsi? Qui peut contraindre le patient à s'adresser à un médecin auquel il n'aurait pas confiance ou qui serait son ennemi? Paracelse, Pomponatus, Pic de la Mirandole, etc., n'ont-ils pas écrit des livres merveilleux sur l'influence salutaire qu'exerce la confiance du malade en celui, quel qu'il soit, qui lui donne des soins? Tout le monde ne connaît-il pas l'influence incontestée et salutaire des amulettes, dont les Pères casualistes et docteurs font non-seulement quelque état et mention, mais semblablement, avec plus d'admiration et superstition, Remigius Latharingus, avec un Costa Ben, Lucas Judœus, Lusitanus. Adrian, Vespasien n'ont-ils pas guéri des ophtalmies avec leur salive? Rasis ne guérissait-il pas les malades par son simple regard? etc... Il n'est pas de niaiserie que notre homme n'accepte comme article de foi, et plutôt que de contraindre le malade à appeler un médecin en qui il n'aurait pas confiance, il admet qu'on permette aux charlatans eux-mêmes d'exercer la médecine; seulement, il y a charlatan et charlatan.

« C'est pourquoi seront considérables les différences et distinctions qu'il faut faire entre ceux qu'on a dict, ou vrays pharmaciens, constituants un genre mixte entre les physiciens et les simples simplistes, herbiers, grossiers unguentaires, perfumeurs, rizotomes ou couppeurs de racines et autres vendeurs, et charlatans, revendeurs de pétrole, de baulme et de triacles, tels qu'on a veu souvent parmi les places arracheants les dents, fauteurs et funambules, faisants des tours de cartes et autres batteries. Jadis on nommoit ces unguentaires du mot Seplasiaires, d'un bourg de Capoue ou d'un marché duquel et auquel avec le tambour et la trompette, ou fleutte et haultbois appellée en syriaque *ambub*, ils apportoient et débitoient leurs drogues et menus fatras. Horace et Ciceron en font quelque mention par irrision et moquerie. Ceux-cy doncq ne méritent pas qu'on leur reffie tant soit peu de chose préjudiciable à la vie. Mais les autres ayants longuement estudié, voyagé et practiqué avec réputations et parmy mille et mille instructions, expériences et observations du secret des plus rares medecins, certes mériteront tousjours plus de faveur d'honneur et gratification. »

Malheureusement, notre pauvre avocat général ne sait pas conclure; la querelle était violente et animée; Mes Bernier et Guillaume s'étaient dit des choses peu aimables qui retombaient de tout leur poids sur le dos des parties : le sieur de Vallepelle veut tout concilier, il fait alternativement et sans partialité l'éloge des médecins et celui des apothicaires; ils sont de la même famille, ils sont frères. Il rejette tel article du règlement, il accepte tel autre. Il coupe en deux un paragraphe, en loue une partie, en blâme l'autre. Bref, il dut si bien faire sans doute, qu'il ne put manquer de mécontenter tout le monde. A qui le parlement donna-t-il raison? Je l'ignore.

Cependant, si on s'en rapporte aux lettres patentes de 1654, qui instituent le collége de médecine de Dijon, on voit que deux docteurs agrégés assistent au dernier examen des aspirants au titre de maîtres apothicaires. En outre, le collége députe deux de ses membres pour faire, avec un officier de police et le syndic des apothicaires, la visite des boutiques de ces derniers et des marchands de drogues. Nous avons vu ce que le sieur de Vallepelle pense des empiriques et charlatans; il n'est pas sans intérêt d'apprendre que son opinion est un peu celle du collége des médecins de Dijon. Celui-ci en effet, comme la Faculté de Nancy par exemple, n'interdit pas aux empiriques l'exercice de la médecine, il se contente de le réglementer. Le collége est seul juge de la capacité des empiriques et les oblige à lui représenter leurs brevets avant de pouvoir exercer leur art; et s'il s'agit d'une opération chirurgicale, la communauté des chirurgiens s'assure de leur capacité, et les officiers municipaux ne peuvent permettre aucune opération que du consentement du collége.

Singulier temps, en vérité, et singulières coutumes! Mais en somme, là n'est point pour nous, aujourd'hui, le point le plus important.

L'essentiel c'est que cette pièce, curieuse à plusieurs titres, nous a fait pénétrer dans la vie intime des médecins, nos ancêtres, et des apothicaires, nos cousins tout au moins; et que, chemin faisant, il nous a été permis de toucher du doigt la pratique et la théorie de la médecine dans les premières années du dix-septième siècle. Mais cette pièce, comme toutes celles de même nature, présente encore un attrait d'une autre espèce. En la parcourant, on est étonné, presque effrayé de l'érudition qu'étalent tous les hommes de cette époque, magistrats, avocats, médecins, etc. Tantôt c'est une érudition de mauvais aloi, comme celle de Mes Bernier, Guillaume et surtout de Vallepelle; tantôt c'est une érudition de premier choix, comme on la rencontre chez les Pasquier, les De Thoue, les Omer Talon et tant d'autres. Dans notre profession également, les érudits, les lettrés étaient fort nombreux, et on est surpris des connaissances profondes et variées de Naudé, de Riolan, de Guy-Patin et de tant d'autres. Ceux même qui n'avaient pas cette grande réputation étaient cependant des hommes d'un très-grand mérite, et cette vaste érudition jetait un grand éclat sur la profession elle-même.

Aujourd'hui, les médecins vraiment érudits sont rares, et on en compterait à peine deux ou trois à Paris, et encore font-ils, en quelque sorte, profession d'érudition. Quant aux simples médecins praticiens ayant quelque teinture de l'histoire de leur art et de leur profession, ils sont si peu nombreux, qu'on ne pourrait peut-être pas les compter! Selon moi, c'est là une chose fâcheuse.

Dr H. Montanier.

des personnes présentes à la dernière visite de M. Lantier n'a souvenir qu'il se soit servi de sa montre pour constater l'état du pouls.

LECTURE.

Philosophie dans ses rapports avec l'hygiène et la médecine. — M. J. Béclard donne lecture, pour M. Jolly, d'un travail intitulé : *Introduction à la philosophie dans ses rapports avec l'hygiène et la médecine.*

Sous ce titre, dit l'auteur, il ne s'agit nullement de philosophie spéculative ou métaphysique, non plus que de philosophie dite positive, mais de philosophie toute simple, toute naturelle, toute d'observation. Il y a, en effet, dans la science de l'homme, un ordre de faits que ne peuvent atteindre nos sens externes ni aucun instrument d'investigation directe, mais que la vue de l'esprit ou l'observation morale peut facilement saisir et apprécier, et qui ne sont ni moins réels ni moins dignes de toutes les méditations de l'hygiène et de la médecine. Exemples : l'instinct, l'imitation, l'habitude, l'imagination, la volonté. Voilà autant de sujets d'étude qui ont pu mériter tous les dédains de la philosophie empirique, mais qui ne peuvent être indifférents à l'hygiène et à la médecine.

M. Jolly s'est proposé de développer sa pensée sur ces divers sujets. L'objet particulier de cette note est l'étude de l'instinct; il expose tout ce que l'expérience lui a appris sur l'exercice de cette faculté, tout ce qu'une observation attentive de ses actes spontanés dans l'homme malade peut apporter de lumières au praticien dans le diagnostic des maladies, tout ce qu'elle peut fournir d'indications rationnelles dans leur traitement, etc.

Après une étude complète de ce sujet, M. Jolly termine son travail en ces termes :

Sans vouloir substituer toutes les déterminations instinctives aux indications rationnelles du traitement que la science et l'expérience ont pu consacrer, il est du moins assez rationnel de penser qu'il y aurait souvent plus d'inconvénient, de danger même dans l'application de remèdes incertains que dans une sage expectation commandée par le doute.

Le médecin n'abdique ni sa science ni son art quand il a la sagesse de s'abstenir là où le diagnostic est équivoque et les indications de traitement nulles, là où la nature se suffit à elle-même, là où toute médication aveugle ou intempestive pourrait être funeste.

Que si l'on disait qu'à ce compte il n'y a plus de thérapeutique, je demanderais si la thérapeutique n'est plus que de l'iatro-chimie ou de la polypharmacie; si la médecine n'est plus que de l'histologie ou de la micrographie, et la science de l'homme de la physiologie expérimentale.

Il est loin de ma pensée de vouloir contester toute la valeur scientifique des nombreux travaux dont la science moderne a su éclairer l'histoire naturelle de l'homme, mais est-ce donc là toute la médecine? Où sont, jusqu'à ce jour, les déductions pratiques qu'elle devrait attendre de tant d'élucubrations?

Vous aurez beau vous armer de tous les instruments d'optique pour explorer l'organisme dans ses éléments les plus intimes, vous n'y découvrirez pas le mystère de la vie; vous aurez beau scruter, le scalpel à la main, les entrailles de vos holocaustes, vous n'y trouverez pas les secrets de la maladie et de la santé, etc.

A ce prix, vous aurez des écoles d'histologie, de biologie, d'anthropologie, de microscopie, d'iatro-physique, et vous n'aurez pas d'écoles de médecine.

C'est dans l'étude comparative de l'homme sain et de l'homme malade, dans l'observation attentive et l'appréciation des actes morbides que vous trouverez les plus sûrs enseignements de la médecine, les lumières les plus propres à éclairer le diagnostic, la nature et le traitement des maladies. C'était là que le père de la médecine savait puiser ses règles de conduite pratique, ses principes de thérapeutique; c'était au lit des malades, dans la méditation des symptômes, dans l'interprétation des déterminations instinctives qu'il posait aux générations qui l'ont suivi ce grand principe de toute thérapeutique rationnelle, qu'il faudrait inscrire sur les frontons de nos écoles : *Quo natura vergit eo ducendum est.*

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le traitement de la péritonite puerpérale.

La parole est à M. Poiseuille.

DISCUSSION SUR LA PÉRITONITE PUERPÉRALE.

M. Poiseuille combat la théorie de M. J. Guérin relativement à l'aspiration produite par la cavité péritonéale. D'après lui, si un vide tendait à se produire en un point quelconque de cette cavité, les parois larges et molles de l'abdomen céderaient évidemment aussitôt à la pression atmosphérique et la feraient disparaître.

Quand il s'agit de la cavité de la poitrine, les conditions sont différentes; la rigidité des côtes et du sternum apporte une résistance à la pression atmosphérique, l'ampliation des parois thoraciques persiste, l'air contenu dans les bronches et les vésicules pulmonaires est nécessairement raréfié; il y a alors forcément aspiration de l'air ambiant par la trachée-artère, puisque la glotte est le seul point du thorax en communication avec l'atmosphère; aussi, si on applique un manomètre à la veine jugulaire interne d'un animal, on constate dans l'inspiration des pressions toujours inférieures à celle de l'atmosphère, et au contraire toujours supérieures dans l'aspiration.

M. Poiseuille a cherché aussi à déterminer expérimentalement les différences de pressions exercées sur les veines contenues dans l'abdomen dans les deux temps de la respiration, et il a constaté que ces pressions étaient toujours supérieures à la pression atmosphérique. Par conséquent, il est surabondamment démontré, selon lui, que l'aspiration de la cavité abdominale n'a pas de raison d'être.

Il y a donc lieu de dire, ajoute en terminant M. Poiseuille, que les accidents mortels qui, par l'entrée de l'air dans les veines, ont suivi l'ablation de tumeurs placées à la partie supérieure du thorax, dans le voisinage des troncs veineux qui s'y rendent, ne sont point à craindre pour les tumeurs placés près de l'aine, dans le cas où le bistouri atteindrait la veine crurale, par exemple, tout près de l'abdomen.

M. J. Guérin renvoie M. Poiseuille aux divers travaux qu'il a présentés à l'Académie des sciences, dans le but d'établir que les corps gazeux contenus dans la cavité abdominale y subissent une tension variable suivant le mouvement respiratoire. Il est disposé à répéter devant son honorable contradicteur les expériences qui tendent à démontrer ce fait.

M. Poiseuille répond qu'il faut attribuer les oscillations de la colonne de liquide mise en communication avec l'abdomen aux mouvements de dilatation et de resserrement des parois thoraciques pendant l'inspiration et l'expiration.

M. H. Bouley, répondant à l'interpellation que lui a adressée dans la dernière séance M. J. Guérin, dit qu'il n'y a pas de vide réel ni de tendance au vide dans la cavité abdominale des animaux.

Cependant, dans certaines conditions d'amaigrissement des viscères et des parois du ventre, l'air atmosphérique peut pénétrer aisément dans l'abdomen si l'on vient à y pratiquer une ponction avec un trois-quart.

C'est que, dans cette circonstance, il y a une inégalité de tension entre les gaz contenus dans les intestins et la pression atmosphérique.

M. Poiseuille fait remarquer que les circonstances dont parle M. Bouley n'ont aucune analogie avec les faits signalés par M. Jules Guérin et ne prouvent rien en faveur de la théorie de l'aspiration de l'air à travers les trompes utérines.

PRÉSENTATION.

M. le docteur Caroff, médecin de l'hôpital civil et professeur d'accouchement à Brest, présente à l'Académie un forceps muni d'un système d'articulation mobile de son invention, système d'articulation qu'il a également appliqué au forceps et autres pinces du même genre. (Comm. de M. Danyau.)

La séance est levée à cinq heures.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Nº 122. — SAMEDI 17 OCTOBRE 1868. 41e ANNEE. SAMEDI 17 OCTOBRE 1868. — Nº 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

OBSERVATION DE Mme C...

Pour compléter la note de M. Jules Guérin sur un cas de péritonite puerpérale arrêtée à son début par l'emploi de l'aspiration utérine (1).

Madame C... (de Courbevoie), de tempérament nerveux, mariée en 1866, est accouchée à 29 ans de son premier enfant; peu de temps après, il lui vint des abcès au sein droit; je ne puis en préciser la cause, parce que à cette époque je n'étais pas le médecin de madame C...; ces abcès furent incisés et guérirent facilement.

Madame C... redevint enceinte à la fin de 1867; sa grossesse fut satisfaisante.

Le 9 août de cette année, vers dix heures du soir, les premières douleurs se firent sentir; à la suite d'émotion (la sœur de madame C... arrivait inopinément de loin pour assister à ses couches), ces douleurs devinrent assez marquées pour qu'on m'envoyât chercher.

Quand j'arrivai, dans la nuit, ces douleurs étaient encore très-espacées, les parties étaient abreuvées de mucosités abondantes, mais la poche des eaux n'était pas rompue; pendant la douleur, je la sentis se tendre et faire saillie; le col, loin d'être aminci, était dilaté de la largeur d'une pièce de 5 francs en argent.

Je constatai la présentation et la position (tête : *o, i, g*); je recommandai que les reins fussent bien soutenus, et, tenant compte de l'émotion éprouvée par madame C..., je dis qu'il était possible que le travail se fît rapidement, comme aussi qu'il ne s'achevât que vers six heures du matin; qu'à cela, du reste, il n'y avait pas d'importance, puisque l'enfant se présentait dans les conditions les plus favorables, et qu'il serait toujours temps de me prévenir quand les douleurs se feraient par dix minutes.

La sécurité la plus grande était donc acquise à madame C... comme à moi; je me retirai, me proposant de revenir vers cinq heures du matin.

Peu de temps après mon départ, il survient une douleur beaucoup plus intense; cette douleur se répète, et une demi-heure après, elle se reproduit avec tant d'énergie et de fréquence qu'on court me chercher (2 heures du matin).

J'arrive : la poche des eaux venait de se rompre et de suite l'enfant était venu.

Je trouve une petite fille criant et tenant au cordon.

Le dégagement s'était fait en occipito-pubienne; la mère avait si bien compris mes paroles qu'elle ne manifestait aucune surprise.

Un bon quart d'heure après la section du cordon, quand je me fus assuré des contractions utérines, je fis la délivrance.

Non-seulement je me suis assuré de l'intégrité du placenta, mais je l'ai démontrée aux personnes présentes, notamment à la sœur de madame C..., en déployant les membranes. C'était un fort beau placenta qui n'avait rien laissé de lui ni dans l'utérus ni dans le vagin (lundi 10 août, 2 heures du matin).

Six heures après l'accouchement, une sorte de petite peau apparut à la vulve; la sœur de madame C... fut la première à s'en apercevoir; cette matière céda à la moindre traction; essuyée, elle se présenta comme un lambeau de 4 à 5 centimètres au plus de long sur 1 à 2 centimètres au plus de large, ployée en deux en forme de rectangle irrégulier; déployée, sa substance jaune-grisâtre ne ressemblait en rien à celle des enveloppes de l'œuf : elle était plus épaisse que celle-ci (0 m. 002 environ), moins lisse, complétement opaque, plus spongieuse, douée d'une certaine élasticité par distension; c'était une sorte de plaque fibro-gélatineuse, évidemment distincte par son aspect, par sa structure, d'une portion des membranes de l'œuf; je l'ai dit tout de suite. — La journée fut très-bonne.

Le 11, mardi. — Etat excellent, écoulement de sang régulier. Pendant ma visite arrive M. Jules Guérin, à qui l'on avait fait part de l'accouchement. — Satisfaction générale.

Le 12, mercredi. — Les seins sont gonflés de lait; peau halitueuse, lochies faciles, appétit, bonne humeur; madame C... allaite.

Cependant madame C... me fait encore appeler, car elle appréhende des abcès comme elle en avait eu à la suite de sa première couche. J'ai tout lieu de la rassurer : pas le moindre mouvement de fièvre, souplesse et bonne consistance des seins; dans celui de droite, des noyaux d'induration d'ancienne date sont très-appréciables. Du reste, le lait coule spontanément des deux seins; l'enfant tette avec avidité, mais de préférence le sein gauche, lequel est magnifique.

Le 13, jeudi, quatrième jour de l'accouchement. — Le bon état continue, les lochies vont bien, leur odeur n'a rien d'extraordinaire, mais elles contiennent des fragments blanc-jaunâtres en pelotons, mais non étalés en membranes : perte de bouillie granuleuse mêlée de sang.

Le mamelon du sein droit présente une toute petite fissure, à bords souples, non indurés, douloureux seulement par la succion; on y met de la glycérine.

Le 14, vendredi. — Mêmes symptômes au mamelon droit; application de glycérolé d'amidon; le sein gauche, ne souffrant aucunement, doit être préféré pour l'allaitement. Le lait est abondant et l'enfant tette bien.

Cependant ralentissement dans les lochies, mais sans suppression; légère dureté du ventre, sensibilité au froid, mais sans frisson; quelques coliques, pendant lesquelles je sens très-distinctement la contraction utérine. — Je prescris : feuilles de ouate sur les seins, cataplasmes sur le ventre, laxatif, injection utérine à grande eau tiédie. — J'explique spécialement le but de ce lavage, et, en présence même de l'accouchée, je décris les inconvénients de la rétention des matières dans la matrice : mais on n'en est pas là, il est facile de l'éviter et l'on doit rigoureusement la prévenir.

Le 15 août. — Etat satisfaisant; on doit me donner des nouvelles. — Pas de visite. — L'accouchée a dû se lever quelque temps, mais j'ai recommandé la position horizontale.

Le 16, dimanche. — Sensibilité au froid, quelques coliques, lochies assez abondantes avec pelotons fibro-gélatineux, sans odeur extraordinaire. — Je rappelle la nécessité de l'écoulement et renouvelle la prescription du lavage à grande eau.

Le 17, lundi. — Frissonnement vers 2 heures, irritabilité nerveuse, lochies en moindre quantité mais non supprimées; l'enfant tète bien; les seins ne sont pas affaissés; l'accouchée a eu des coliques, elle a mangé, mais de moins bon appétit.

On doit continuer l'injection utérine à grande eau et maintenir la liberté du ventre.

Le 18, mardi. — Dans la matinée, sensibilité au froid très-accusée, langue blanchâtre, pouls à 80, météorisme, coliques, lochies très-peu abondantes, mais cette fois avec mauvaise odeur caractéristique.

Le sein gauche n'est pas douloureux; le droit est sensible, mais cela tient à la petite fissure de son mamelon, à ses indurations de longue date; d'ailleurs, cette sensibilité irradie vers les ganglions axillaires correspondants.

J'insiste sur les injections utérines; elles seront faites plus souvent, à très-grande eau, pour balayer les parties; — cataplasmes, laxatif. — Le sein gauche sera exclusivement donné à l'enfant.

Le 19, mercredi. — A ma visite de 2 heures et demie, j'apprends que, dans la journée du mardi, les lochies avaient reparu plus abondantes à deux reprises, à la suite de coliques, et que le soir, vers 6 heures, il y avait eu un frisson.

L'accouchée dit se trouver mieux que la veille; elle a bien éprouvé depuis de la sensibilité au froid, mais pas de vrai frisson; elle a pris quelque nourriture, mais sans grande appétence. — L'enfant a continué de prendre le sein. — Le pouls est à 80. — Le ventre est météorisé, sonore, médiocrement développé, quelque peu sensible à la pression, mais sans douleur aiguë fixe et circonscrite; le peu de lochies qui coule a une odeur putride prononcée.

J'allais pratiquer le toucher utérin, et, au besoin, extraire les caillots, quand la sœur de madame C... dit que les lavages à grande eau n'avaient pas été faits; madame C... n'avait jamais pris d'injection, ce moyen lui répugnait, elle voulait attendre. Cette négligence fut avouée.

Cette fois, je n'insistai plus seulement sur l'utilité de ces lavages internes à grande eau, mais sur leur nécessité absolue, sur leur urgence.

Il fut expressément promis qu'on ne les différerait pas plus longtemps.

C'est ce même jour, après mon départ, que survint M. Jules Guérin.

M. J. Guérin trouva l'accouchée fort mal; madame C... ne manqua pas d'être fort surprise, comme elle me le dit depuis; elle savait bien son état sérieux, mais moins pour le présent que pour l'avenir, si elle différait l'emploi du moyen que j'avais proposé.

Sans doute M. J. Guérin apprit à ce moment quel était ce moyen, de quelle manière j'entendais son application et quel résultat j'en attendais.

Quoi qu'il en soit, M. J. Guérin insista sur l'emploi de son appareil. Je dois dire que l'on me fit prévenir; mais il m'était de toute impossibilité d'aller en ce moment chez madame C..., et cette impossibilité lui était connue d'avance.

Si je m'étais trouvé là, j'aurais insisté pour ma part sur l'emploi antérieur du moyen le plus simple, le moins compliqué et parfaitement suffisant, celui des injections utérines à grand courant, faites avec l'irrigateur.

L'appareil de M. Jules Guérin entra donc en fonction.

Le lendemain, comme j'attendais des nouvelles et que je n'en recevais pas, je compris qu'il s'était passé quelque chose de particulier. Je ne fis pas de visite; c'est seulement le 22, samedi, que je vins auprès de madame C... Ne devais-je pas, du reste, compter sur les lavages à grande eau tant recommandés?

Madame C..., un instant, avait cru à un danger imminent; elle revint facilement de sa méprise quand elle se rappela mes paroles, sa négligence première, et surtout quand elle comprit la porté du moyen si simple et si puissant que j'avais indiqué; aujourd'hui, elle voit très-bien que le 19 août il n'y avait pas de péril immédiat en la demeure, selon mon expression du moment, mais que des accidents putrides fort graves auraient pu se déclarer s'il n'avait été encore temps de les prévenir.

Je dois à la vérité de dire que M. Jules Guérin les a parfaitement prévenus au moyen de son appareil; mais je demeure convaincu que les lavages à grande eau, avec l'irrigateur, les aurait prévenus aussi sûrement; je suis convaincu, du reste, que l'appareil aspirateur a fait beaucoup moins de choses que ne l'a indiqué M. Jules Guérin, d'abord parce que la plupart de ces choses n'existaient pas, et que si elles eussent existé, cet appareil eût été insuffisant.

Peut-être aussi la nature eût-elle tout achevé d'elle-même, car les coliques utérines ont persisté, et l'écoulement avait repris sa régularité à plusieurs reprises.

Pour moi, la fameuse membrane inodore de M. Jules Guérin est tout simplement un lambeau de ces plaques blanc-jaunâtres, plus ou moins épaisses, plus ou moins dures, de nature fibrineuse, inflammatoire ou hématique qui unissent parfois le placenta à l'utérus; ces lambeaux qui peuvent donner des adhérences anomales et peuvent se rencontrer en grande quantité mêlés aux caillots.

C'est ainsi que M. Stoltz, M. Dubois, M. Gendrin, Cazeaux et la plupart de nos maîtres en ont observé.

Nul doute que les grumeaux blanc-jaunâtres des lochies ne soient de même provenance et de même nature, quoique de structure moins avancée que la fameuse membrane inodore!

Je ne sais si madame C... est prédisposée à ces fausses membranes, car je ne l'ai pas accouchée de son premier enfant; j'ajoute que l'extraction du placenta n'a présenté aucune difficulté, ce qui concorde, du reste, avec la mollesse du lambeau que j'ai décrit.

Ceci étant dit, je devais prendre membre par membre la note de M. J. Guérin et établir que madame C... n'a pas accouché par le secours de l'art; que le délivre n'est pas sorti, mais qu'il a été extrait bien au complet; qu'une surface de 15 centimètres de côté, enlevée aux membranes de l'œuf, serait une brèche impossible à n'être pas vue; que s'il y avait eu tant de nouvelles portions de membrane évacuées et appartenant à celles de l'œuf, il n'en serait pas resté au placenta qui a été examiné; que si, dès le 13, ces prétendues membranes avaient présenté une si mauvaise odeur à M. J. Guérin, il était au moins imprudent d'attendre le 19, l'imminence de la mort! pour employer l'appareil aspirateur; que si le 19, dixième jour de l'accouchement, l'utérus avait été à deux travers de doigt au-des-

(1) M. le docteur Lantier, dont le nom s'est trouvé mêlé à la discussion sur le traitement de la péritonite puerpérale à l'Académie de médecine, nous communique, avec prière de l'insérer dans nos colonnes, l'observation de l'accouchement de madame C..., qui a été le sujet de cette discussion, et la relation des faits qui se sont passés jusqu'à l'intervention de M. J. Guérin. Notre impartialité et l'intérêt de la science nous font un égal devoir de publier cette observation, qui renferme d'ailleurs des détails intéressants. Nos lecteurs auront ainsi sous les yeux toutes les pièces du procès, et ils pourront prononcer en dernier ressort sur la valeur et la signification réelle des faits qui a été le point de départ et l'objet principal du débat.

(Note de la rédaction.)

sous de l'ombilic, surtout un utérus si bien gorgé de placenta, le ventre n'eût pas été si sonore; que si madame C... avait été le 19 août dans l'état indiqué par M. J. Guérin, il y aurait eu déjà bien d'autres symptômes, de bien autre gravité et pour la mère et pour l'enfant; qu'enfin l'appareil aspirateur aurait été complétement impuissant, que la guérison ne se fût pas faite aussi parfaitement; que si les lavages internes à grande eau courante projetée par l'irrigateur avaient été réellement faits à temps, comme je les avais conseillés dès le 14 par prudence, M. J. Guérin n'aurait pas eu occasion d'employer son appareil aspirateur, etc., etc., etc., etc., etc.

Mais j'ai dit n'avoir écrit que dans l'intérêt de la science; je m'adresse à l'Académie par un de ses membres éminents; c'est surtout à l'Académie de revendiquer les droits de la science.

Fracture par écrasement du calcanéum.

Le numéro du 26 septembre, de la *Gazette des Hôpitaux*, renferme, sur la fracture du calcanéum par écrasement, un article de M. Sonrier, dans lequel il est dit, entre autres considérations historiques, qu'avant 1842 on ne connaissait qu'une seule fracture du calcanéum, celle dite par arrachement de l'extrémité postérieure de l'os, produite par une forte traction du tendon d'Achille, lors d'une chute sur la plante des pieds, et que ce n'est qu'en 1843 que Malgaigne a décrit le premier, pour en avoir observé deux exemples dans des autopsies, les fractures par écrasement. Le fait rapporté par M. Sonrier et le rapide historique de faits analogues exposés dans son travail, ont rappelé à la mémoire de M. le docteur Lascellière-Lafosse, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, un fait qu'il a recueilli lorsqu'il était chef de clinique de cette Faculté auprès du professeur Lallemand, et dont il a bien voulu nous transmettre la relation. Comme ce fait, qui date de plus de 40 ans, a été publié dans un recueil devenu probablement très-rare aujourd'hui (*les Ephémérides médicales de Montpellier*, t. VIII), nous croyons devoir, vu son intérêt, accéder au désir que nous exprime notre honorable correspondant en lui donnant place, dans nos colonnes, à côté de l'observation de M. Sonrier.

Voici cette observation, qui a pour titre, dans le texte primitif :

Fractures du calcanéum, de la jambe, du col du fémur et de l'olécrâne du même côté, traitées par la demi-flexion. — Guérison solide et complète avec un léger raccourcissement du membre.

Le nommé César B..., âgé de 18 ans, vitrier, était occupé, le 12 mai 1828, à peindre des volets à un second étage, lorsque, ne se trouvant plus soutenu par l'un des volets qu'il croyait fixé, il tombe subitement sur le sol, dans une direction verticale, et appuya successivement et avec beaucoup de force, d'abord sur le talon gauche, puis sur la jambe et la cuisse, et enfin sur le coude du même côté. Le jeune B..., tout ébranlé par une semblable chute, mais n'ayant pas néanmoins perdu connaissance, est transporté, deux heures après l'accident, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Eloi, n° 37.

Le 13, à la visite, le professeur Lallemand parcourt les diverses régions auxquelles le malade rapportait ses douleurs, et reconnaît successivement un écrasement du calcanéum, une fracture du tibia et du péroné à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen de ces os, une fracture du col du fémur et un écrasement de l'apophyse olécrâne du cubitus. Les fractures du col du fémur et de la jambe étaient accompagnées de peu d'engorgement; celles du calcanéum et de l'olécrâne avaient été suivies d'une tuméfaction considérable; mais, malgré cela, l'écrasement de l'olécrâne était tel, que l'on éprouvait, en touchant le coude, une sensation semblable à celle qui résulterait du contact de quelques graviers un peu volumineux.

Le membre est placé sur un coussin de paille, la cuisse fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse. On a le soin de donner à ce coussin une hauteur telle que, le bassin ne touchant pas le lit, il s'opère par ce moyen une extension continuelle des fragments. On place des oreillers sur le côté externe de la jambe, afin de combattre la tendance qu'a le membre à se porter en dehors; enfin, le talon repose sur des corps mous, et est ainsi soustrait à toute pression douloureuse. Quelques jours après, l'engorgement du talon et du coude s'étant dissipé, on put appliquer les appareils propres à maintenir les fragments en rapport. La jambe fut placée dans l'appareil de Scultet, et maintenue au moyen de trois attelles de bois; le coude fut protégé par une grande quantité de charpie et par des attelles de carton mouillé. L'avant-bras, à demi fléchi sur le bras, fut placé entre la ponction et la supination.

Le 3 juin, un abcès, qui était survenu à la suite de l'engorgement du pied, s'ouvre spontanément au-dessous de la malléole interne; une escarre gangréneuse se manifeste et laisse une plaie d'un pouce et demi de diamètre.

Le malade a recouvré le sommeil auquel il n'avait pas pu se livrer pendant les premiers jours qui suivirent l'accident, et a recouvré sa gaieté habituelle. On lui donne des aliments.

Le jour suivant, rien de remarquable; la plaie du pied est pansée tous les deux jours, et plus tard, tous les huit jours seulement.

L'appareil qui maintenait la fracture du coude est ôté trente-sept jours après son application. Tout est en bon état; les mouvements de l'articulation s'exécutent avec difficulté.

Le 54ᵉ jour de l'accident, on ôte l'appareil de la jambe et du talon; les parties sont dans un état très-satisfaisant; la plaie est presque entièrement cicatrisée.

Le 63ᵉ jour, on débarrasse le malade du coussin de paille. Le membre malade, comparé avec celui du côté opposé, ne présente qu'un léger raccourcissement de deux ou trois lignes : la jambe n'offre pas la moindre difformité. Le membre a une tendance à se porter en dehors. Le coude offre quelques saillies osseuses; les mouvements de flexion et d'extension deviennent de plus en plus libres.

Le 81ᵉ jour, le malade se lève. Quelques jours après, il se promène dans les salles en s'aidant de béquilles; il sort enfin dans un état très-satisfaisant, le 11 août 1828, quatre-vingt-neuf jours après son entrée à l'hôpital. Il a recouvré depuis la liberté de tous ses mouvements.

APPLICATION DES NOTIONS PHYSIOLOGIQUES
à l'équipement militaire.

Par le Dr Judée.

Dès 1860, mettant à profit les connaissances physiologiques que je puis posséder, j'avais déjà proposé un premier système d'équipement dont le but principal était de contre-balancer autant que possible la charge que portent en arrière nos fantassins par une seconde placée en avant, et, à cet effet, j'avais imaginé une cartouchière contenant le nombre réglementaire des cartouches en usage à cette époque et qui, tout en étant à même de s'adapter exactement autour de la taille, pouvait en outre être placée en avant quand elle était chargée de ces munitions.

Ce mode de répartition de la charge n'eut aucun succès; je ne sais même pas si quelqu'un se donna la peine d'en bien saisir toute la portée.

Toujours poursuivi cependant par le désir de diminuer les fatigues de notre infanterie en *campagne*, je ne me laissai pas décourager par mon insuccès, et n'en persistant pas moins dans mes recherches, je finis par me faire la réflexion suivante : que le fardeau représenté par ma cartouchière, chargée de ses munitions que je mettais en avant pour faire contre-poids à celui porté en arrière, soit placée au-dessous ou au-dessus du centre de gravité du *tronc*, situé aux environs de l'*appendice xyphoïde*, pourvu qu'il soit de l'autre côté de la verticale passant par le centre de gravité du *corps* de l'homme, il n'en servira pas moins à contre-balancer celui qui se trouve sur le dos. Or, en plaçant un poids à la partie supérieure du sac, je dois nécessairement arriver à ce résultat, puisque précisément, pour faire contre-poids à celui qui est situé en arrière, l'homme, en marchant, est obligé de se pencher en avant et de ramener ainsi forcément le premier de ces poids de l'autre côté de la verticale passant par le centre de gravité du corps.

Me basant sur cette nouvelle donnée, j'ai inventé, à l'usage des fusils se chargeant par la culasse, un autre système d'équipement se composant :

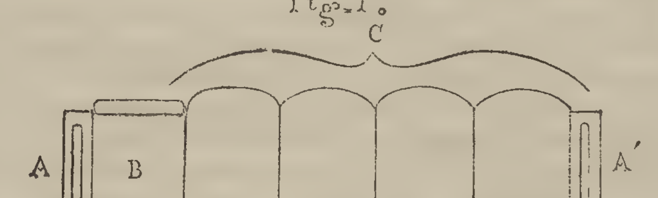
1° D'une cartouchière;

2° D'une porte-cartouchière;

3° Enfin d'une ceinture à laquelle serait possible d'adapter le porte-sabre.

La cartouchière (fig. 1), que l'on pourrait appeler encore *étui à*

Fig. 1.

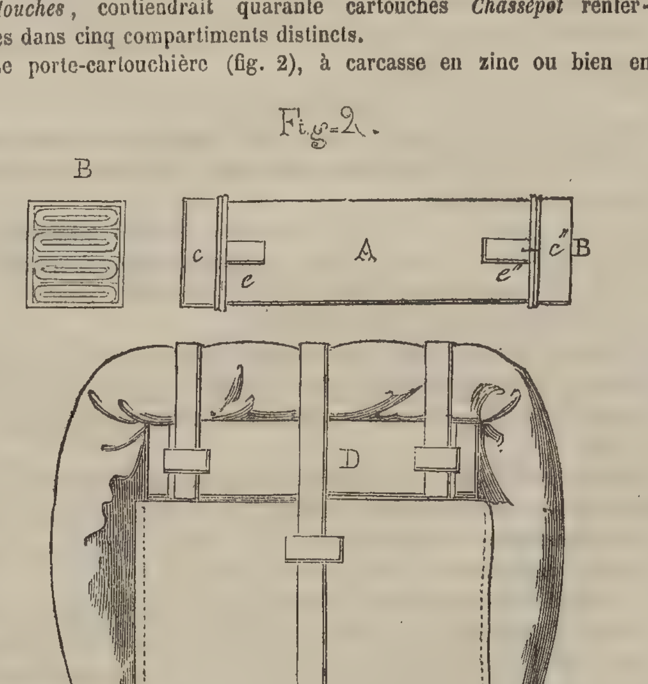


AA. Passants de l'étui à cartouches. — B. Compartiment muni de ses cartouches. — Aspect des compartiments avant le chargement.

cartouches, contiendrait quarante cartouches *Chassepot* renfermées dans cinq compartiments distincts.

Le porte-cartouchière (fig. 2), à carcasse en zinc ou bien en fer-blanc, prendrait la place de l'étui en musette sur le haut du sac; elle pourrait recevoir quatre des cartouchières dont il vient d'être question plus haut, par conséquent cent vingt cartouches, puisque chaque cartouchière contient quarante cartouches.

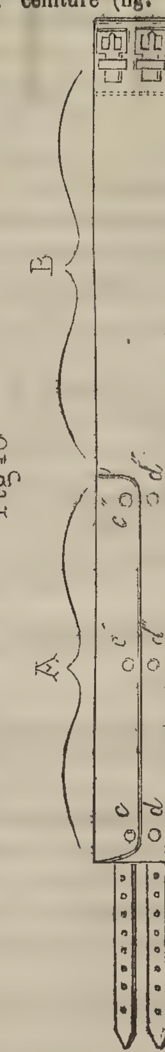
Fig. 2.



A. Porte-cartouchière. — *c,c'*. Couvercle de la boîte à cartouches et du nécessaire d'armes. — *e,e'*. Passants destinés à recevoir les courroies du sac. — B. Intérieur de la cartouchière. — D. Disposition du porte-cartouchière sur le sac.

Sa ceinture (fig. 3) serait disposée, mais seulement pendant le combat, car autrement elle resterait toujours vide, de façon à pouvoir renfermer une cartouchière ou étui à cartouche dans sa moitié antérieure, accidentellement une seconde dans sa moitié postérieure, il en résulterait que, dans les moments solennels, au lieu de cent vingt cartouches, un homme en aurait sur lui jusqu'à deux cents.

Fig. 3.



A. Première partie de la ceinture destinée à recevoir les quarante cartouches. — B. Deuxième partie pouvant contenir au besoin quarante autres cartouches. — *c,c',c''*. Première rangée des boutons servant à fermer la patelette quand la ceinture est vide. — *d,d',d''*. Deuxième rangée, servant à tenir fermée la ceinture quand elle est pleine.

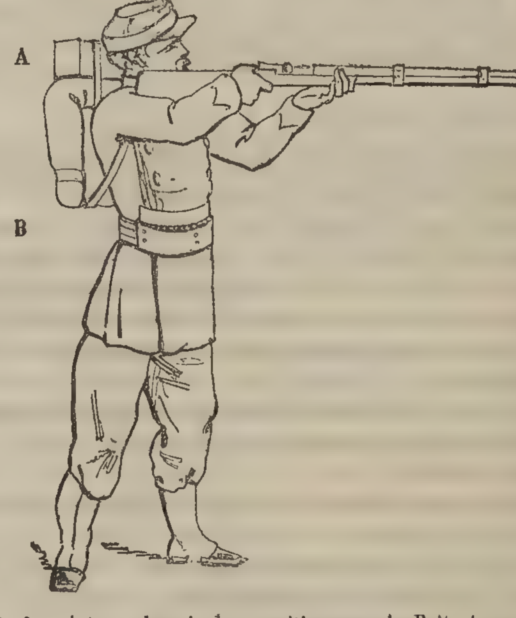
Fig. 4.



Aspect de la ceinture à l'état de vacuité.

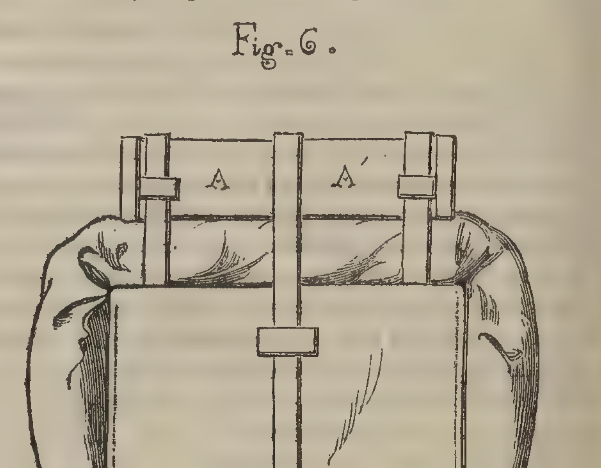
Toutes les fois que le fantassin ne craindrait pas d'être attaqué, il laisserait en repos toutes ses cartouches dans le porte-cartouchière, de façon que la ceinture, restant vide, n'aurait comme épaisseur que celle du cuir qui sert à la former (fig. 4). Dans les conditions opposées, il placerait une des cartouchières pourvue de ses munitions dans sa ceinture (fig. 5). Une fois son contenu épuisé, il la remettrait à sa place primitive et la remplacerait par une autre pleine. Quand les nécessités du combat l'obligeraient à abandonner son havresac, il pourrait, grâce aux passants dont chaque cartouchière ou étui à cartouches est munie, en placer trois ou quatre en sautoir, une cinquième et même une sixième au besoin dans sa ceinture, de manière à ne se démunir en rien de ses moyens d'action.

Fig. 5.



Aspect de la ceinture chargée des munitions. — A. Boîte à cartouches dite porte-cartouchière. — B. Ceinture.

Fig. 6.



AA. Porte-cartouchière porté au-dessus de la capote pour faciliter l'extraction des cartouches.

Le maréchal Niel, ministre de la guerre, n'a pas cru devoir accepter

pour notre armée ce nouveau système d'équipement présenté par moi il y a déjà quelque temps, parce qu'il lui a reconnu des inconvénients; mais il a oublié de me les signaler. Je me suis alors demandé quels pouvaient être ces inconvénients; j'ai pensé d'abord qu'ils devaient se trouver dans la disposition affectée par la capote autour du porte-cartouchière. Cette disposition peut rendre, en effet, encore l'extraction des cartouches difficile et surtout trop longue, car, comme avec les anciens sacs, on est obligé de relever l'un des côtés de la capote pour aller à leur recherche; mais je crois qu'on pourrait y remédier en plaçant ce porte-cartouchière non plus entre la capote et le sac, mais par-dessus la capote (fig. 6). J'ai supposé ensuite que cela pouvait dépendre encore de peu de solidité de la poche à cartouches de la ceinture. S'il y a quelque chose de vrai dans ce nouveau reproche, je n'y vois qu'un moyen d'y parer, c'est de laisser alors le ceinturon tel qu'il est, mais alors de le pourvoir d'une cartouchière capable de se modeler exactement sur la taille et pouvant recevoir les quarante cartouches de ce que j'ai cru devoir appeler premièrement la *cartouchière* et que, dans ce cas, il serait préférable de désigner plus spécialement sous le nom d'étui à cartouches. Si l'on continuait à ne pas vouloir qu'elle restât toujours en avant, cette nouvelle cartouchière serait disposée de manière à ce que, comme la première de toutes celles que j'ai imaginée, elle pût être placée en arrière en état de vacuité, en avant ou bien sur le côté droit lorsqu'elle serait chargée de son étui à cartouches. Enfin, pour ceux qui n'approuveraient pas cette addition au système d'équipement que je présente, je leur propose de la remplacer par la cartouchière ou étui à cartouches, qu'on fixerait tout simplement, quand on viendrait à en avoir besoin, autour de la taille et par-dessus le ceinturon, au moyen d'une ceinture appropriée à cet usage.

Si l'on ne se décide pas à prendre un des systèmes que je présente pour les armes se chargeant par la culasse, je ne vois pas trop auquel on s'arrêtera. En résumé, la question est assez limitée en elle-même, et à moins qu'on accepte le système prussien qui, en me reportant à mes souvenirs, repose en partie sur des principes identiques à ceux qui m'ont servi de guide dans la série de travaux que j'ai entrepris sur cette question, je n'en entrevois aucun autre réalisable, car je ne regarde pas comme devant résister à une bien longue expérience celui qui consiste à placer des cartouches aussi susceptibles de détérioration que les cartouches *Chassepot* dans les poches d'une veste, comme on paraît être dans l'intention de le faire pour la garde mobile. Je préférerais qu'elles fussent d'abord enfermées dans l'étui à cartouches dont j'ai donné plus haut le modèle, et cet étui lui-même dans un des replis d'une ceinture semblable à celle portée par les zouaves. Ainsi aménagées, je crois qu'elles seraient encore mieux à l'abri des avaries que dans la poche d'un vêtement.

Ce dernier projet d'équipement pourrait être expérimenté presque sans frais et immédiatement sur les corps d'Afrique qui portent la ceinture.

ETUDES SUR LE TYPHUS DES PERCHES

Épizooties de 1867 et 1868

MM. les docteurs F. A. Forel et G. du Plessis viennent de publier sous ce titre une brochure extraite du Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande.

L'épizootie de 1867, qui fit périr dans le lac Léman, en quelques semaines, des centaines de milliers de perches, attira l'attention de MM. les docteurs Forel et du Plessis, qui réussirent, après des recherches longues et approfondies, à donner des renseignements précieux sur cette mortalité, en constatant dans le sang des perches (perchettes) la présence de bactéries, c'est-à-dire d'un ferment organique.

Une épizootie pareille, une année plus tard, décimait les perches (perca fluvialis) de la rivière des Ouates (affluent de la Thièle), qui se jette dans le lac de Neuchâtel.

M. le docteur du Plessis s'empressa de signaler ce fait au gouvernement vaudois, qui le pria de se joindre à M. le docteur Forel, afin de faire une étude sérieuse de la maladie.

Après une série d'expériences, ils établirent qu'elle présentait : 1° une période d'invasion ; 2° une période d'état; 3° une période de terminaison ou d'agonie.

Au premier abord, lorsqu'ils examinèrent le poisson en question, rien ne semblait indiquer une maladie, seulement les petites perches, ordinairement si agiles, semblaient être engourdies et n'avaient pas la force de fuir lorsqu'on les prenait. Le corps du poisson avait conservé son brillant et les branchies étaient d'un beau rouge normal.

Les poissons étaient dans un état comateux adynamiés; ils étaient si faibles qu'ils se tournaient sur le flanc et ne pouvaient résister au courant; en sorte qu'ils étaient entraînés et jetés sur les bords du ruisseau.

Ces savants n'ont pas pu parfaitement établir une période de durée si difficile à apprécier; seulement ils constatèrent que du 15 au 22 mai 1868, des milliers de perches périssaient. Plusieurs perches, qui servirent aux expériences, furent mises dans des baquets, dont l'eau était constamment renouvelée; mais elles périssaient au bout d'une heure ou deux. Nous ne rappellerons pas ici toutes les recherches qui furent faites à ce sujet.

La dissection anatomique de ces petits poissons démontra que la bile avait pénétré les muscles de l'abdomen. Les faisceaux musculaires tombaient en bouillie lorsqu'on les préparait; ils étaient infestés de bactéries, ainsi que le tube intestinal et le sang.

A la fin de la maladie, les bactéries égalaient en nombre les corpuscules du sang. MM. Forel et du Plessis signalèrent : 1° une altération générale du sang, avec dissolution et absence de caillot; 2° altération des globules à divers degrés; 3° présence dans le sérum de microzoïdes, bactéries et vibrions.

Plusieurs mammifères furent inoculés avec du sang des poissons, soit malades ou morts; mais les bactéries ne parurent exercer aucune influence sur eux; ils demeurèrent étrangers à l'infection.

Des expériences faites ensuite sur des grenouilles demeurèrent également sans résultat.

De ces expériences, on peut inférer que le virus n'infecte pas les vertébrés. On n'a pas entendu parler d'accidents arrivés aux personnes qui ont mangé des perches durant l'épizootie; il est vrai que celles-ci avaient subi l'action du feu.

Les auteurs de ce travail ajoutent : A. Le typhus des perches est caractérisé par la présence dans le sang de bactéries, ferment organique spécial. B. La maladie est accompagnée de symptômes variables, inconstants, dont les deux plus importants sont la diarrhée bilieuse et la congestion passive de la partie antérieure du corps. C. La maladie n'est pas inoculable à d'autres espèces animales, l'action du virus est limitée aux perches seulement. D. Dans l'espèce perche, certains individus sont épargnés, tandis que d'autres sont attaqués; il y a donc chez certains individus une prédisposition morbide, un milieu plus favorable au développement du ferment.

La maladie rentrant par ses symptômes pathologiques et anatomiques dans les affections typhoïdes ou putrides, ces savants l'ont nommé *typhus des perches*. C'est le nom qui rend le mieux la manière dont cette curieuse affection a été comprise par eux, et ils terminent par diverses considérations.

Quelle est l'origine première des bactéries? (1) Comment entrent-elles dans l'économie? etc., etc. Ces questions demeurent hypothétiques. MM. Forel et du Plessis concluent par ces trois thèses :

1° L'épizootie observée dans les années 1867 et 1868 chez les perches du lac Léman et du ruisseau des Ouates, appartient à la classe des fièvres typhoïdes (infections krankreiten);

2° Elle est selon toute probabilité le résultat d'une fermentation putride du sang;

2° La cause déterminante prochaine de cette fermentation, est un ferment organisé vivant, les bactéries.

Ici se termine la brochure de MM. les docteurs F. A. Forel et G. du Plessis. Nous tenions à donner un aperçu général de ces investigations et fixer l'attention du public sur une question qui est d'un intérêt général.

J. Pétavel, *interne*.

(1) Procédons du connu à l'inconnu et ne supposons rien à l'avance.

Béclard.

OVARIOTOMIE

Obs. LVII. — Ovariotomie pratiquée le 18 janvier 1868. Mort.

Par E. Kœberlé.

Madame C..., de Beauvais (Seine-et-Oise), âgée de 40 ans, d'une forte constitution, très-maigre, ayant eu une seule grossesse à l'âge de 20 ans, s'est aperçue en 1863 d'une augmentation de volume du ventre.

On fit une ponction en 1865, mais on ne put extraire que deux litres de liquide incolore, provenant d'un kyste de l'ovaire. Une deuxième ponction fut pratiquée au mois de juillet 1867, et une troisième au mois de novembre. Chacune de ces ponctions fournit 16 litres de liquide brun. La malade s'était beaucoup affaiblie; il était survenu de l'aménorrhée et les extrémités inférieures étaient œdémateuses avant chaque ponction. Cependant, l'état général s'améliora notablement après la troisième ponction; les règles reparurent et lorsqu'on fit la quatrième ponction, le 13 janvier 1868, les extrémités inférieures n'étaient pas infiltrées. La circonférence du ventre était alors de 1 m. 27, et la ponction fournit 12 litres de liquide clair. L'utérus était central, normal, peu mobile; le col en était un peu dévié à droite. Le kyste était multilolaire : il était formé par une grande loge prédominante et un grand nombre de loges moins volumineuses et petites. Les adhérences pariétales étaient très-étendues et semblaient devoir être très-vasculaires, en raison du réseau veineux très-considérable qui couvrait l'abdomen avant la ponction. La région sous-ombilicale était très-œdémateuse et n'avait subi qu'un retrait partiel. L'état général était très-satisfaisant.

Quoique les circonstances fussent défavorables au succès de l'ovariotomie, cette opération restait cependant comme une chance de salut, et elle eut lieu le 18 janvier 1868, cinq jours après la dernière ponction.

L'incision dût être prolongée jusqu'à 30 centimètres, à 8 centimètres au-dessus de l'ombilic. Les adhérences pariétales étaient étendues à toute la paroi abdominale et étaient très-vasculaires. Ponction et déchirure de différentes loges dont il s'écoule 14 litres de liquide.

La partie restante de la tumeur, qui était formée d'une grande quantité de loges d'une grosseur variable, fut extraite en masse et fut excisée après qu'on en eut divisé les adhérences assez intimes à la partie postérieure de la matrice et au ligament large du côté gauche. La tumeur provenait de l'ovaire gauche. L'hémostase fut très-difficile à obtenir, soit à l'aide des pinces qui furent placées momentanément sur les vaisseaux qui saignaient, soit à l'aide de la division des vaisseaux par le cautère actuel, soit par des applications de perchlorure de fer. En un endroit, vers l'épigastre, où la surface hémorragique était très-large, on appliqua une ligature temporaire à l'aide d'un anse de fil qui traversait la paroi abdominale et dont les deux chefs furent liés au dehors sur un paquet de charpie. Réunion par cinq points de suture profonde et douze points de suture superficielle. La perte de sang a été de 1,500 grammes et l'opération a duré deux heures. La tumeur pesait 28 kilogrammes.

Il ne survint pas de vomissements, et partant, pas d'hémorragie consécutive. Le pouls, d'abord très-faible, se releva peu à peu; le refroidissement se dissipa progressivement; mais la respiration était embarrassée, accélérée et les narines ne tardèrent pas à devenir pulvérulentes. On extraya, à deux reprises, à l'aide d'une sonde introduite dans le bassin, environ 60 grammes de sérosité sanguinolente.

Le deuxième jour, l'état était assez satisfaisant. Ventre très-plat. Aucun indice de septicémie. Urines très-claires. Respiration à trente-trois aspirations. On enleva le fil de la ligature médiate. Vers le soir, il y eut des coliques assez vives et les parties latérales de l'abdomen devinrent un peu sensibles.

Le troisième jour, le pouls oscilla d'abord entre 105 et 120 pulsation. Respiration à 28. Quelques anses intestinales se remplirent peu à peu de gaz. Soif très-vive. Les gaz de l'estomac n'étaient plus rendus par la bouche et passaient dans l'intestin. Distension rapide de l'abdomen. Tympanite stomacale. Pouls accéléré, petit. Refroidissement. Au milieu de la nuit, l'état de la malade s'aggrava. Sueurs froides, visqueuses; facies grippé; pouls petit, presque imperceptible. Respiration accélérée, donnant 35 à 40 inspirations vers le matin. La position assise, aidée de la compression épigastrique facilita la sortie des gaz de l'estomac. On donna deux grands lavements d'eau tiède, qui furent suivis d'évacuations de matières alvines et de gaz. Pendant les efforts pour rendre les lavements, il s'écoula un peu de liquide sanguinolent par l'angle inférieur de la plaie. Angoisses, agitation, respiration très-embarrassée. Une sonde, introduite dans le bassin le long du pédicule, permit d'extraire par aspiration environ 400 grammes de sérosité brunâtre presque sanguinolente. Un tube de verre de 12 centimètres de longueur fut placé dans le foyer hémorragique pour permettre l'écoulement du liquide.

Le quatrième jour, l'état général était très-aggravé. On extraya 50 grammes de sérosité rougeâtre par le tube, dont il s'était également écoulé une assez grande quantité de liquide qui imprégnait la charpie et les linges à pansement. Agitation, refroidissement, sueurs visqueuses, pouls presque insensible, urines très-chargées, soif intense. La malade rejetait sans cesse par régurgitation un peu de liquide noirâtre et acide; elle se plaignait continuellement de faiblesse et d'une sensation de brûlure à l'estomac, qui était très-distendu par des liquides et par des gaz. Je pratiquai le cathétérisme de l'estomac avec une sonde œsophagienne. Rien ne s'écoula directement par la sonde; mais par aspiration, à l'aide d'une forte poire en caoutchouc, je pus extraire 4 à 5 litres de liquide noirâtre, aigri, et puis, beaucoup de gaz. J'injectai ensuite à plusieurs reprises de l'eau tiède que je repris de nouveau, de manière à débarrasser entièrement l'estomac de son contenu. La malade se sentit de suite très-soulagée. « On aurait dû, dit-elle faire cette opération beaucoup plus tôt. » La soif cessa comme par enchantement. La chaleur reparut peu à peu, en même temps que les sueurs disparurent et que le pouls redevint appréciable. On prescrivit une infusion de feuilles d'oranger avec 2 centigrammes d'acétate de morphine. L'agitation fit place au calme le plus complet; la respiration revint à 33; la peau, sauf la pâleur générale, reprit une coloration normale; soif nulle. Cet état se soutint pendant quelques heures. Dans le courant de la journée, la malade se trouvait très-bien et n'accusait aucune douleur nulle part; elle se plaignait seulement de se sentir très-faible et de n'avoir pas assez d'air. Le pouls était petit, mais les mains étaient tièdes; il n'y avait aucune décomposition des traits; les urines étaient claires et abondantes; l'intelligence était parfaitement nette. Lorsque je vis la malade le soir, l'état était resté le même, mais la faiblesse était extrême. Madame C... me dit : « Docteur, je suis très-faible; si vous ne me donnez pas des toniques, je ne pourrai pas guérir. » Elle répéta plusieurs fois : « Donnez-moi des toniques. » Je lui versai une petite quantité de vin de Champagne. Elle prit le verre d'une main mal assurée et en but d'abord au tiers, en disant qu'elle avait beaucoup de difficulté à avaler; puis elle vida le reste d'un trait, et comme anéantie par ce suprême effort, elle ferma les yeux, laissa tomber sa tête, respira lentement trois ou quatre fois et s'éteignit ainsi.

A l'autopsie, il n'y avait aucune trace de péritonite, si ce n'est dans le bassin, dans une étendue très-restreinte, au voisinage du tube de verre, dans l'espace qui formait le foyer où s'était accumulée la sérosité rougeâtre et où il y avait environ 25 grammes de sérosité. L'hémorragie qui avait eu lieu la veille de la mort provenait de la paroi abdominale de la partie inféro-latérale gauche, où il y avait eu des adhérences tres-vasculaires : il y avait là un mince caillot en voie de résorption, sans inflammation des parties voisines ou contiguës.

Remarques. — La péritonite pelvienne qui existait à l'autopsie n'aurait pas été à même de causer la mort à elle seule; elle eût probablement guéri si la faiblesse de la malade n'avait pas été aussi considérable. La perte de sang pendant l'opération et par l'hémorrhagie consécutive s'est élevée à plus de deux kilogrammes. La soustraction rapide d'une énorme quantité de sang pendant l'opération avait déjà jeté un trouble prononcé dans toute l'économie, surtout dans la respiration et la circulation. D'autre part, les liquides ingérés en abondance, par suite de la soif intense qui survint dès l'opération, fermentèrent dans l'estomac et passèrent en partie dans l'intestin où ils occasionnèrent un commencement d'entérite et une hypercrinie de la muqueuse intestinale; mais les accidents survenus s'arrêtèrent net et se calmèrent par l'évacuation des liquides contenus dans l'estomac. La soif, ce qui est très-remarquable, disparut tout à fait et instantanément. Malheureusement l'hémorrhagie consécutive avait encore beaucoup affaibli l'opérée, qui succomba dans un état d'extrême faiblesse et d'anémie. Encore une malade qui aurait pu guérir et vivre de longues années si elle avait été opérée plus tôt!

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Le Ministre de l'instruction publique :

Vu le décret du 3 août 1859, qui règle les fonctions du chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris;

Vu le règlement du 4 août 1859, relatif à l'École pratique de dissection de ladite Faculté;

Considérant qu'il importe d'assurer d'une manière plus complète dans cette école la direction et la surveillance des musées d'anatomie

normale et pathologique, ainsi que la collection des instruments et appareils de chirurgie ;

Considérant qu'il y a lieu, dans l'intérêt des études pratiques d'anatomie, de modifier quelques-unes des dispositions du règlement susvisé du 4 août 1859,

ARRÊTE :

Art. 1er. — Il est institué, près la Faculté de médecine de Paris, une commission de surveillance des musées d'anatomie normale et pathologique, ainsi que des instruments et appareils de chirurgie. Cette commission est composée du professeur d'anatomie, du professeur d'anatomie pathologique, du professeur d'opérations et appareils et du chef des travaux anatomiques.

Toutes les questions relatives à la classification des objets, à l'amélioration, à l'entretien et au renouvellement des collections, seront soumises à l'examen de cette commission.

Art. 2. — La commission se réunira mensuellement sous la présidence du doyen. Les procès-verbaux de chaque séance seront soumis au ministre par la voie hiérarchique.

Art. 3. — Le doyen, par l'intermédiaire du vice-recteur de l'Académie de Paris, adressera au ministre les feuilles de présence des prosecteurs et aides d'anatomie, dont la tenue est prescrite par l'article 10 du règlement du 4 août 1859.

Art. 4. — Sous les ordres du chef des travaux anatomiques, les chefs de pavillons distribueront les sujets de dissection aux élèves, de la manière qui paraîtra la plus propre à favoriser le progrès des études et à utiliser les sujets.

Art. 4. — Les élèves seront chargés de la préparation de pièces anatomiques qui devront être conservées à l'aide de substances préservatrices. Ces préparations serviront à l'instruction pratique, dans le cas où les sujets viendraient à manquer.

Art. 6. — Sont et demeurent confirmées les dispositions du règlement du 4 août 1859, qui ne sont pas contraires au présent arrêté.

Signé : DURUY.

ADMINISTRATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

MM. les élèves *internes* et *externes* des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques ont commencé le jeudi 15 octobre, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les cours seront ouverts le mardi 3 novembre; ils auront lieu tous les jours à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° Anatomie chirurgicale. — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les mardis et vendredis ;

2° Physiologie. — M. le docteur Cocteau, prosecteur, les mardis et samedis ;

3° Anatomie descriptive. — M. le docteur Nicaise, prosecteur, les lundis et jeudis.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 8 octobre, M. Jeanjean, professeur adjoint de chimie organique et toxicologie à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

— Par décret en date du 20 septembre 1868, M. le docteur Godard, vice-président du Conseil départemental d'hygiène, a été nommé président de la Société de secours mutuels des médecins du département de Seine-et-Oise, à Versailles, en remplacement de M. Pinard, démissionnaire.

— Par divers arrêtés ministériels :

M. Viaud-Grandmarais, suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé professeur de pathologie interne à ladite école, en remplacement de M. Pihan-Dufeillay, décédé.

M. Chartier, professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à ladite école, en remplacement de M. Viaud-Grandmarais.

M. Raingeard, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Chartier.

M. Cistonne, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'histoire naturelle et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Calloch, démissionnaire.

M. Azam, professeur adjoint de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

M. Diacon, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, est chargé provisoirement du cours de chimie à ladite école, en remplacement de M. Bérard, admis à la retraite.

M. d'Astre, agrégé des sciences, est nommé préparateur d'histoire naturelle à l'École normale supérieure, en remplacement de M. Violle, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Bocquillon, chargé de cours d'histoire naturelle au lycée impérial Napoléon, est chargé, en outre, de même cours au lycée impérial Bonaparte.

— M. le docteur Hergott, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, vient d'être nommé, par le Pape, chevalier de l'Ordre de Saint-Grégoire.

Nouvelles recherches sur la congestion cérébrale, par le docteur RÉGNARD. In-8 de 95 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 123. — MARDI 20 OCTOBRE 1868. 41e ANNÉE. MARDI 20 OCTOBRE 1868. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traités sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 19 octobre 1868.

M. le docteur Maxime Vernois vient de publier — dans les *Annales d'hygiène* — un extrait de son rapport sur « l'hygiène des lycées de l'Empire en 1867 ».

Ce rapport est divisé en trois parties :

1° Une monographie hygiénique de chaque lycée (mille pages in-folio) ;

2° Un rapport général ;

3° Un codex hygiénique.

Des extraits de ces deux dernières parties permettent de connaître l'état actuel de nos lycées au point de vue hygiénique, et nous sommes assurés que le médecin suivra avec un vif intérêt l'analyse des observations de notre éminent confrère.

M. Vernois a visité 76 établissements : des documents complets sur le lycée de Bastia lui permettent d'établir ses observations sur 77 lycées. Alger reste en dehors de cette étude.

La population de ces lycées se compose de 17,722 élèves *internes*, de 3,196 employés logés ; les élèves *externes* portent le chiffre de 17,000 à 25 ou 30,000. Ces chiffres excitent, dès les premiers pas, l'inquiétude de l'hygiéniste : les surfaces accordées aux bâtiments et le nombre des élèves logés sont dans une relation mauvaise : il y a *encombrement*. 33 lycées se trouvent dans ces conditions. M. Vernois demande donc avec raison « qu'on y remédie le plus promptement possible ».

Situation topographique générale. — Cette situation a, comme chacun sait, une importance considérable, et d'elle dépend souvent l'état sanitaire d'un établissement.

Or, sur 77 lycées de l'Empire, les uns sont situés au centre des villes (25) ; d'autres aux extrémités des villes (15) ; ou bien disséminés sur divers points (37). Il en est qui sont placés sur une hauteur (32) ; ou en pente et comme sur le versant d'une colline (11) ; dans un fond (7) ; parfaitement situés (13) ; plus ou moins encaissés dans les habitations voisines (19) ; particulièrement humides (4) ; particulièrement mal situés (7).

L'isolement, condition essentielle de salubrité pour ces établissements, ne se trouve que sur un chiffre de 48 lycées, et encore M. Vernois renferme-t-il dans ce chiffre et les lycées *isolés* et ceux qui sont *presque isolés* de tout établissement nuisible ou incommode. Il n'y a donc qu'à peu près les deux tiers de nos lycées dans de bonnes conditions d'isolement. Cette déclaration est d'une haute gravité.

Mais que dire de 17 lycées placés sur un fleuve, une rivière, un cours d'eau, ou très-près ; de 12 lycées situés près d'une caserne ; de 11 lycées près d'un hôpital, ou même de 3 lycées près d'une grande usine ? Il est inutile de relever, pour des médecins, le danger de semblables voisinages en temps d'épidémie, d'épizootie, etc.

Infirmeries. — Une bonne infirmerie doit être bien exposée, isolée, aérée, chauffée ; elle doit être placée dans un local suffisant ; enfin, un personnel intelligent et dévoué doit surveiller nuit et jour les malades.

Ceci posé, M. Vernois déclare que sur 75 lycées (Bonaparte et Charlemagne étant lycées d'externes), 24 n'ont que des infirmeries mal ou pas du tout isolées. Bien plus, à Evreux, on a pris l'infirmerie pour installer un dortoir !

39 infirmeries sont mal disposées, très-incomplètes. Si 25 lycées ont su placer leur infirmerie au premier étage et 2 au rez-de-chaussée, on trouve 46 infirmeries au deuxième étage et 6 au troisième étage. Heureuse combinaison pour le transport des malades et des blessés !

Nous avons signalé l'encombrement. On en retrouve encore l'expression dans le petit nombre de lits consacrés, dans certains lycées, aux infirmeries. Chose curieuse, 20 lycées n'ont pas de cabinets d'aisance attachés à l'infirmerie !

Le service est fait par des sœurs dans 53 lycées, et par des laïques dans 23. Inutile d'ajouter, pour ceux qui les ont vues à l'œuvre à nos ambulances ou dans nos hôpitaux, que le meilleur service est celui des sœurs.

Malgré tant de causes d'insalubrité, les lycées présentent peu de malades. — Angines, bronchites, embarras gastriques, diarrhées, fièvres typhoïdes et fièvres intermittentes.

Les fractures, les entorses, les engelures, les furoncles, les orchites, sont les plus fréquentes des affections chirurgicales.

L'herpès tonsurant et la teigne faveuse ont frappé 5 lycées.

Nous ne parlerons pas des épidémies, si ce n'est pour admirer combien la nature se montre souvent clémente pour ceux qui méprisent toutes ses lois.

Nous ne nous extasierons pas sur le degré de mortalité, porté 1 mort pour 3,000, à peu près, soit 0,07 pour 500 élèves. M. Vernois fait ici de *la statistique pour rire.* Sachant fort bien que les parents reprennent chez eux l'enfant gravement malade, que peut prouver sa statistique ?

Le rapporteur rentre dans le vrai quand il réclame la nécessité de loger dans le lycée de Paris ou de Vanves le médecin ou le chirurgien. En province, le lycée est près du médecin ; à Paris ou dans les grandes villes, il peut s'écouler trop de temps entre un accident et l'arrivée du médecin.

Un de nos lycées — Louis-le-Grand — possède un pédicure !

Bains. — « Il y a des lycées où on ne donne pas de grands bains en hiver ; d'autres où on y conduit deux et trois fois les élèves avant la saison d'été, pendant laquelle on les conduit aux bains froids. »

31 lycées ont une salle de grands bains, mais ne s'en servent pas habituellement. 44 n'ont pas de salles de grands bains.

On conduit les élèves aux bains de la ville dans 47 lycées ; aux bains de rivière, dans 37 lycées ; aux bains de mer, dans 7 lycées.

Les bains de pieds sont donnés en général un tous les quinze jours ; cependant, à Angoulême et à Bourges, cela n'a lieu qu'une fois par mois.

M. Vernois a relevé deux salles très-bien tenues, 26 bien tenues, 2 assez bien tenues, 10 mal et très-mal tenues. 9 lycées n'ont point de salles de bains de pieds spéciales, 2 sont *infectes*, et 14 humides et froides.

Chauffage. — Le mode de chauffage est défectueux *notablement* dans 43 établissements sur 70, car il faut évidemment retrancher du nombre total 7 lycées où l'on ne se chauffe pas.

Eclairage. — Dans 26 lycées on ne se sert que de l'huile végétale ; dans 46 autres, on emploie l'huile végétale et le gaz dans les services généraux (cuisine, dépense, réfectoires, cours, corridors, etc.) ; dans 6 établissements, le gaz est employé dans tous les services ; enfin dans 5 lycées, on a associé l'emploi de l'huile minérale à celui de l'huile végétale ou du gaz.

M. Vernois se déclare pour l'introduction du gaz, à la condition d'une bonne disposition de verres, de réflecteurs, de compteurs et d'une bonne aération. Or, quel est l'état de l'aération et de la ventilation dans l'état actuel de nos lycées ?

41 ont la note bonne en général ; 28, imparfaite, et 10, mauvaise.

Eaux. — Les eaux alimentaires des lycées sont puisées soit à des sources (41), soit à des rivières (17), soit à des puits naturels (25) ou artificiels (1), soit à des citernes (4), soit enfin à des étangs (1).

On les boit filtrées dans 5 lycées ; contenant évidemment des traces de matières organiques, dans 2.

Une question importante est celle des réservoirs et des tuyaux de conduite. M. Vernois a noté 26 lycées dans lesquels on se sert du plomb ; à Paris (Saint-Louis), les tuyaux sont étamés ; enfin, les tuyaux doublés d'étain semblent devoir être préférés.

16 lycées possèdent des puisards qu'il faut supprimer à cause de leur infection.

Alimentation. — Ce service est en général très-bien organisé.

Cependant le pain était humide, lourd et mal fait dans 15 lycées. Une boulangerie existe dans 5 lycées. Les casiers destinés à recevoir les pains dans les dépenses sont en général ou absents ou très-imparfaitement disposés.

Dans presque tous les lycées on boit du vin (62), de la bière (5), du cidre (9) : ces différences tiennent, on le comprend, au pays.

Le vin était mauvais dans 4 lycées ; le cidre très-peu supportable dans 5 autres.

La balance est généralement employée pour établir la quantité des aliments. 21 lycées demandent une augmentation dans le chiffre du régime.

Le temps des repas n'a pas toujours paru suffisant au rapporteur.

Une bonne mesure est de couper, en été, l'eau avec une liqueur et de donner ainsi des boissons supplémentaires. C'est ainsi qu'on donne eau et eau-de-vie (2), eau et vinaigre (6), eau et rhum (3), eau et kirsch (1), eau et café (5), eau et vin (1), eau et cidre (1), ou qu'on augmente la quantité de bière (1), ou de cidre (1).

Les réfectoires sont quelquefois insuffisants et mal ventilés (16) ou très-mal disposés (8), très-beaux (3), tous les autres sont bien.

Lieux d'aisance. — Sur 77 lycées, il y en a seulement 20 bien tenus, 17 assez bien, partout ailleurs ils sont mal ou très-mal.

Laboratoires. — Mal ventilés (18), bien partout ailleurs.

Les eaux de travail ne sont neutralisées que dans 4 lycées.

Classes. — L'aération est mauvaise ou plus ou moins défectueuse (24), assez convenable (11), bien en général partout ailleurs.

Les classes sombres et humides ont été relevées dans 15 lycées ; dans 28 l'encombrement était plus ou moins manifeste ; 4 étaient en contre-bas ; 12 éclairées au gaz, sans qu'aucune plainte ait été formulée : partout ailleurs elles étaient éclairées à l'huile végétale.

Études. — Les études sont mal aérées (21), assez bien (11) et bien en général partout ailleurs. — Sombres et humides (8), encombrement (26), éclairées au gaz (10).

M. Vernois insiste sur le cubage : en prenant 15 mètres cubes en moyenne pour les classes et 16 pour les études : 61 lycées ont moins de 15 mètres, 9 seulement sont au-dessus pour les classes ; dans 34 lycées le chiffre est au-dessous de 8 dans les études et 41 présentent ces mauvaises conditions pour les classes.

Dortoirs. — Le cubage pour les dortoirs doit être de 20 mètres. Or, sur 55 lycées étudiés, 42 ont 20 mètres et plus : reste donc le chiffre des lycées encombrés à ajouter à ce résultat.

Les dortoirs sont notablement mal ventilés (12), assez bien (7), bien en général ailleurs ; encombrés (12). Le nombre de rangs de lits n'est pas indifférent. Or, il y a 3 rangées de lits dans 14 lycées et même 4 rangées dans 8 autres établissements.

12 lycées étaient infestés de punaises.

7 lycées éclairent les dortoirs au gaz, (par réflexion, les produits de combustion s'échappant au dehors.) Il est à souhaiter que ce mode se propage.

Mais arrêtons-nous dans cette analyse et voyons quelles mesures peuvent être opposées aux conditions déplorables relevées par M. Vernois.

La première mesure est d'augmenter les bâtiments dans 32 lycées où il y a encombrement. Dans 11 lycées, la reconstruction doit être partielle ou même totale, à cause des situations topographiques ou du mauvais état des bâtiments. — Remaniement de 39 infirmeries. — Création de salles spéciales de bains de pieds. — Réforme des appareils de chauffage dans 43 lycées. — Éclairage au gaz. — Augmentation de la quantité de l'alimentation pour la division des grands dans 21 lycées. — Réforme radicale des lieux d'aisance dans 40 lycées. — Enfin, suppression des puisards non étanches.

Il nous reste à étudier une partie qui touche encore à nos études ; ce sera l'objet d'un second article.

Dr E. Le Sourd.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. EMPIS.

De la phlébite rhumatismale.

Au n° 4 et au n° 45 de la salle Sainte-Claire, sont couchées deux femmes convalescentes de rhumatisme polyarticulaire aigu, pendant le cours duquel est survenue une phlébite des membres inférieurs.

Cette complication est rare et mérite à plusieurs titres de fixer notre attention ; ce sera le sujet de notre conférence.

Le rhumatisme a une grande tendance à se porter sur certaines parties du système circulatoire. Un grand nombre de maladies du cœur relève, vous le savez, de la diathèse rhumatismale ; les magnifiques travaux du professeur Bouillaud ont mis ce fait hors de contestation. Mais toutes les parties du système circulatoire n'ont pas pour le rhumatisme la même affinité ; tandis que la membrane interne du ventricule gauche présente au maximum cette prédisposition avec celle des artères, nous la voyons s'amoindrir dans le cœur droit et s'anéantir à peu près dans les veines périphériques.

C'est au point que mes souvenirs ne me rappellent en ce moment aucun travail publié sur la *phlébite rhumatismale.* Dance, parmi les nombreuses observations qu'il rapporte dans son mémoire, ne signale même pas la cause rhumatismale ; et en lisant, dans l'excellent livre de M. Bouillaud, les observations d'endo-

cardites qui coïncident avec la phlébite, vous remarquerez que, dans ces cas, il s'agit de phlébite traumatique, aboutissant à l'endocardite aiguë et non de phlébite survenant en même temps que les autres manifestations de l'affection rhumatismale, ce qui n'est pas même chose.

Cependant, par une singulière coïncidence, deux de nos malades nous offrent, en ce moment, dans le cours de leur rhumatisme articulaire aigu une phlébite de l'un des membres inférieurs, et cette phlébite, par ses symptômes, par sa marche, sa durée et sa terminaison, me paraît avoir un cachet spécial qui l'éloigne des phlébites que nous observons journellement dans le cours des maladies aiguës ou chroniques; et elle me paraît, en conséquence, relever directement de la cause rhumatismale.

Repassons brièvement ensemble l'histoire de nos deux malades.

La première entrait dans nos salles le 6 avril; elle est couchée au n° 45. Agée de 37 ans, et douée d'une forte et belle constitution; marchande des quatre-saisons, elle fut prise pour la première fois d'une violente attaque de rhumatisme polyarticulaire à l'âge de 20 ans. Depuis cette époque, elle est restée sujette à des battement de cœur; mais elle n'avait pas éprouvé de récidive de son rhumatisme.

Huit jours avant son entrée à la Pitié, elle avait été forcée de quitter son travail et de prendre le lit pour une nouvelle attaque de rhumatisme articulaire aigu. Pendant les premiers jours qu'elle passa à l'hôpital, nous assistâmes aux localisations multiples du rhumatisme, se disséminant sur les jointures, en même temps que nous constations, par l'examen du cœur, les signes certains de l'endocardite.

Traitée par le sulfate de quinine à doses fractionnées, et alors que l'intensité de la fièvre et des inflammations articulaires allaient en diminuant, la malade fut prise brusquement d'un frisson, suivi d'une recrudescence de l'état fébrile.

A la visite du lendemain, elle accusait dans l'aine du côté gauche, une douleur violente, irradiant le long des veines saphène et crurale, dans la cuisse et la partie postérieure de la jambe. Nous constations, en effet, qu'un cordon dur, non pulsatil et extrêmement sensible à la pression, existait le long de ces vaisseaux, depuis l'aine jusqu'à la partie moyenne de la cuisse; et qu'en un autre point, très-douloureux à la pression, se rencontrait aussi à la partie postérieure de la jambe. La totalité du membre inférieur de ce côté était le siége d'un œdème très-considérable; cet œdème était mou et non douloureux à la pression, celle-ci n'exaspérant bien expressément la douleur que le long des cordons veineux. Nous constations aussi que le système lymphatique restait étranger à ces phénomènes; qu'il n'y avait aucune rougeur le long des vaisseaux blancs et que les ganglions inguinaux n'étaient point tuméfiés.

L'immobilité du membre, un liniment belladoné et la continuation du sulfate de quinine à l'intérieur, constituèrent tout le traitement.

Bientôt l'état fébrile disparut, les jointures récupérèrent leur mobilité et leur indolence, en même temps que les signes fournis par l'exploration du cœur témoignaient de la fin de l'endocardite aiguë. Cependant la tuméfaction œdémateuse de tout le membre inférieur gauche attestait encore l'existence d'un obstacle au retour du sang dans les veines; et la persistance de la douleur le long de ces vaisseaux, nous indiquait encore un certain degré d'acuité dans la lésion.

Parvenue aujourd'hui au delà de son troisième mois d'évolution, cette altération des veines n'est pas encore totalement dissipée. Si la douleur est devenue presque inappréciable à la pression; par contre, la dureté des veines n'a rien perdu de son intensité et le membre redevient œdémateux dès que la malade marche tant soit peu dans la salle. Sa santé générale, comme vous en pouvez juger, est d'ailleurs excellente; et bien que la lésion qui persiste dans les veines ait été, si je ne m'abuse, une inflammation rhumatismale à son point de départ, on est en droit, néanmoins, de regarder aujourd'hui la malade comme complétement guérie de son rhumatisme aigu.

Notre seconde malade, couchée au n° 4, offre, avec la première, une analogie frappante. Entrée le 6 mai dernier et âgée seulement de 29 ans, elle a eu, à l'âge de 18 ans, une première attaque, qui lui a duré neuf mois. Depuis cette époque, elle est restée sujette à des douleurs vagues dans les membres, mais ces douleurs n'ont jamais été assez fortes pour lui faire reprendre le lit. Elle n'a jamais rien éprouvé du côté du cœur.

Lors de son entrée à la Pitié, il y avait près de trois semaines que son rhumatisme s'était réveillé avec acuité. A notre première visite, nous constations chez elle un rhumatisme polyarticulaire aigu, sans manifestation cardiaque. Elle fut traitée, comme la précédente, par le sulfate de quinine.

Le 12 mai, dans la soirée, et alors que le rhumatisme sévissait encore avec violence sur un grand nombre de jointures, la malade fut prise d'un frisson très-fort, suivi d'un malaise général insolite. Le lendemain, nous constations chez elle, du côté du membre inférieur droit, des phénomènes identiques à ceux que nous observions, quelques jours avant, sur la malade du n° 45.

Elle éprouvait, comme celle-là, une douleur vive dans l'aine droite; la douleur suivait la même direction le long des veines crurale et saphène, et l'on sentait très-distinctement sur le trajet de ces vaisseaux la présence d'un cordon dur, non pulsatil et très-douloureux à la pression. Comme chez la malade précédente, il existait un endroit très-sensible à la pression, à la partie moyenne et postérieure de la jambe.

Comme chez elle aussi, il y avait œdème de tout le membre inférieur et œdème mou, non douloureux à la pression, en dehors du trajet des veines. Non plus que chez la malade du n° 45, il n'y avait d'indice d'inflammation des vaisseaux lymphatiques; les ganglions inguinaux étaient sains et l'on ne constatait aucune rougeur à la peau.

On continua l'usage du sulfate de quinine à doses fractionnées et l'on eut recours au même liniment belladoné que pour notre premier malade.

Cette complication veineuse survenant, comme chez le n° 45, dans le cours d'un rhumatisme aigu, a suivi exactement la même marche: le rhumatisme articulaire est guéri, les douleurs qui existaient sur le trajet des veines ont progressivement diminué, et aujourd'hui, après plus de deux mois de durée, les veines atteintes restent dures et oblitérées, de telle sorte que l'œdème du membre persiste encore.

Ces deux faits sont très-intéressants et méritent de nous arrêter.

Un premier point ne me paraît pas douteux, à savoir qu'il se soit bien agi là d'une phlébite oblitérante. La douleur vive qui n'existait bien expressément que sur le trajet des veines; le cordon dur, non pulsatil, qui se dessinait sous les doigts; le long de ces vaisseaux, l'œdème du membre etc., à tous ces signes, on ne peut méconnaître la phlébite. Ce n'était pas *la phlegmatia alba dolens*, affection plus complexe, qui, bien qu'elle puisse s'observer en dehors des suites de couches, n'en offrait bien évidemment pas les signes chez nos malades. Cette maladie, très judicieusement appréciée par Graves sous le rapport de ses éléments, ne consiste pas exclusivement dans la phlébite et dans les phénomènes immédiats de celle-ci, tels que la douleur et l'œdème du membre; mais elle résulte, tout à la fois, et de la phlébite et de l'inflammation des lymphatiques et d'une inflammation spéciale du tissu cellulaire, qui a pour effet immédiat le gonflement dur et douloureux du membre dont la peau distendue devient blanche et luisante.

La phlébite est un des éléments constituants de *la phlegmatia alba dolens*, mais elle n'est point, à elle toute seule, cette maladie.

Il s'agissait donc bien chez nos deux malades d'une phlébite; mais quelle est l'interprétation qu'il convient de donner à cette phlébite, survenant ainsi dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu?

Est-ce une complication toute fortuite et indépendante du rhumatisme? ou bien devons-nous la considérer comme l'effet direct de la cause rhumatismale qui, en même temps qu'elle déterminait du côté des jointures les fluxions inflammatoires que vous avez observées, aurait aussi porté son action sur les veines? C'est le second point qu'il nous faut discuter.

Dans le cours de beaucoup de maladies, la phlébite oblitérante peut survenir à titre de complication ou, du moins, sans qu'il nous soit possible, dans l'état actuel de nos connaissances cliniques, de saisir une relation directe entre elle et la maladie primitive.

Ainsi, vous avez été à même de voir, dans ces derniers temps, dans nos salles, un tuberculeux chez lequel je vous faisais remarquer la présence d'une de ces phlébites du membre inférieur.

Vous l'observerez aussi chez des cancéreux. Parmi les maladies aiguës, la pleurésie et la pneumonie sont, après les phlegmasies pelviennes, celles qui favorisent le plus cette complication. Si dans les phlegmasies pelviennes, on peut, jusqu'à un certain point, expliquer l'apparition de ces phlébites oblitérantes par la propagation de l'irritation phlegmasique des veines pelviennes à celles des membres inférieurs, la même théorie ne saurait être appliquée aux phlébites qui surviennent dans le cours de la pneumonie et de la pleurésie; elle ne saurait non plus convenir à propos des phlébites qui s'observent dans les cachexies propres aux maladies chroniques.

Il faut nécessairement dans ces cas l'intervention d'une cause plus générale, soit d'ailleurs qu'on la place dans le sang ou dans une diathèse. Il serait possible, sans doute, que les deux phlébites que vous venez d'étudier chez nos rhumatisantes soient de la nature occulte de celles qui surviennent dans le cours de la pneumonie et de la pleurésie, et que la cause rhumatismale n'y soit absolument pour rien. Cependant en comparant les symptômes éprouvés par nos malades, la marche, la durée et la terminaison de cette phlébite, avec ce que nous avons vu jusqu'ici dans les phlébites advenues dans les autres circonstances, cette complication me paraît offrir ici quelque chose de spécial.

Ainsi le début n'a pas été celui des phlébites oblitérantes qui compliquent les cachexies. Dans cette dernière circonstance, il est presque toujours silencieux; c'est à peine si les malades peuvent indiquer le jour où cette complication a commencé; ils éprouvent plutôt un sentiment de gêne et de lourdeur du membre qu'une véritable douleur; et ce n'est qu'en cherchant celle-ci à ses points d'élection que le médecin parvient à l'éveiller et à la constater; l'œdème du membre en est ordinairement le symptôme le plus saillant. Ajoutons que cette espèce de phlébite ne trouble point ordinairement la totalité de l'organisme et qu'elle ne détermine aucune réaction générale. C'est ainsi que se révèlent, à quelques nuances près, la plupart des phlébites oblitérantes que vous observerez dans le cours de la pneumonie et de la pleurésie. Dans cette dernière maladie, la complication s'est parfois produite si sourdement, qu'elle a passé méconnue jusqu'au moment où la mort a été subitement causée par l'embolie du caillot oblitérant qui, transporté de la veine crurale dans les cavités droites du cœur et de là lancé dans l'artère pulmonaire, y est devenu cause de la mort subite par l'arrêt soudain de la circulation.

L'autopsie, dans ces cas, tout en révélant la cause de la mort par embolie, a permis de constater le siége primitif et l'origine du caillot dont la partie inférieure, retrouvée dans la veine du membre, pouvait lui être réunie bout à bout.

J'ai rapporté, dans mon livre sur *la granulie*, une curieuse observation de ce genre (1).

Mais ne nous éloignons pas du parallèle des symptômes initiaux de nos phlébites. Chez nos deux malades, le début a été tout autre; il a été marqué par du frisson, par une exacerbation de l'état fébrile, en même temps que par une très-vive douleur sur le trajet des veines. La pression y était insupportable, l'expression de la face trahissant immédiatement l'intensité de la douleur.

En un mot, il y avait une vivacité de symptômes, une acuité de l'état pathologique qui nous parut donner à cette espèce de phlébite une physionomie spéciale.

La marche et la durée de la maladie nous ont aussi présenté quelque chose d'insolite. En même temps que s'éteignait sur les jointures l'inflammation rhumatismale, en même temps que disparaissaient la douleur sur le trajet des veines et les troubles de l'état général, le volume et la dureté du caillot oblitérateur conservaient les mêmes caractères, et l'œdème du membre restait aussi considérable. La lenteur avec laquelle s'accomplit l'évolution de cette espèce de phlébite est telle, qu'aujourd'hui, après une durée de plus de trois mois, la circulation n'est pas encore rétablie dans les vaisseaux.

L'inflammation rhumatismale qui produit quelquefois des désordres si permanents sur la membrane interne du cœur n'aurait-elle point agi sur celle des veines d'une façon semblable, dans ces cas; et la persistance insolite de l'oblitération des vaisseaux ne peut-elle pas être attribuée ici à un travail pathologique de même nature que celui qui succède à l'endocardite rhumatismale aiguë? C'est probable.

L'autopsie serait nécessaire pour résoudre définitivement ces questions. Mais fort heureusement pour nos malades, leur état général est excellent et rien ne paraît, pour le moment, menacer leur existence.

N'était même cette gêne de la marche, occasionnée par l'œdème du membre qui, chez le n° 45, conserve encore un volume si considérable, ces malades pourraient actuellement sortir de l'hôpital. Cependant, je crois qu'il est de leur intérêt de ne pas leur laisser reprendre leur travail avant que la circulation supplémentaire ne soit établie dans les veines collatérales, de manière à ce que l'infiltration œdémateuse du membre perde d'aussi fortes proportions.

Les veines oblitérées redeviendront-elles perméables au bout d'un certain temps? c'est ce qu'il nous est impossible de dire aujourd'hui. Dans beaucoup de phlébites accidentelles qui surviennent dans le cours des maladies aiguës, le caillot se redissout et la circulation se rétablit dans les vaisseaux momentanément obstrués; mais l'exsudation fibrineuse qui a dû s'interposer entre le caillot et les parois de la veine, par l'effet de la phlegmasie rhumatismale, permettra-t-elle le retour des choses à l'état physiologique? c'est, je vous le répète, ce que l'observation ultérieure pourra seule nous apprendre.

Quoi qu'il en soit, il m'a paru utile de fixer votre attention sur cette complication que vous n'aviez pas encore observée dans le cours du rhumatisme. Elle se montrera peut-être moins rare que nous ne le pensons, actuellement que l'attention est éveillée sur sa possibilité, et il suffira peut-être de la chercher chez les rhumatisants pour la trouver désormais dans un certain nombre de cas.

Le traitement de cette espèce de phlébite a-t-il été chez ces malades tout ce qu'il devait être? J'en doute aujourd'hui, en voyant la durée de la maladie et la persistance de l'oblitération des vaisseaux.

La médication antiphlagistique, si puissante contre l'endocardite aiguë rhumatismale, ne nous aurait-elle pas rendu ici un important service, si nous y avions eu recours au début de la maladie? C'est possible, et nous tiendrons compte de ces observations pour l'avenir.

RECHERCHES SUR LE ROLE DES INFUSOIRES

Pour servir à l'histoire de la pathologie animée.

Par M. J. LEMAIRE.

(Note adressée à l'Académie des Sciences dans la séance du 12 octobre).

Dans mes communications antérieures, je crois avoir prouvé qu'il n'y a pas de fermentation dite *spontanée*, ni de germination, sans infusoires; de même qu'il n'y a pas de fécondation lorsque les spermatozoaires font défaut dans la liqueur séminale, soit qu'ils fassent défaut naturellement, soit qu'on les ait tués avec de l'acide phénique. J'ajouterai que l'évolution de l'embryon, même dans les graines qui germent le plus promptement, est précédée par des microzoaires; ce sont ceux qui me paraissent provoquer la fermentation des différentes substances qui composent la graine.

Dans d'assez nombreuses recherches, j'ai constaté leur existence dans le sol, sur les racines et les spongioles d'arbres, d'arbustes et de

---

(1) Empis, *de la Granulie*. 1865, p. 175.

plantes herbacées. D'après tous ces faits, je me crois autorisé à dire que ce sont eux qui ramènent les matières organiques à des composés plus simples, pour les préparer à de nouvelles combinaisons qui servent à la composition et à l'accroissement des végétaux. Ces petits êtres me paraissent aussi jouer un rôle important dans ce qu'on appelle *la force de succion des racines* et dans la marche ascendante de la séve, par la pression des gaz qu'ils produisent et dégagent sans cesse. Il est bon de rappeler que Pérault croyait ce dernier phénomène produit par une sorte de fermentation.

Dans un mémoire que j'ai lu à l'Académie en 1864 au mois d'août, j'ai montré comment les corps reproducteurs des infusoires se perpétuent dans l'atmosphère : celle-ci ne fait que les prêter. A mesure que les fermentations dites *spontanées* progressent, les vapeurs qui s'en dégagent et se répandent dans l'espace les lui rendent avec usure.

A ces sources puissantes, il faut ajouter aujourd'hui le corps de l'homme et des animaux, qui lui en fournissent constamment aussi, en quantité considérable.

Tous ces faits nouveaux me paraissent jeter la plus vive lumière sur le rôle important que jouent ces petits êtres.

Disséminés dans l'air, l'eau, la terre, etc., ils portent la vie partout. L'action de l'oxygène, corps qui joue un rôle si important dans tous ces phénomènes, est subordonnée à la vie, à la chaleur, à la lumière, à l'électricité et à l'eau; de même que cette dernière, ces agents impondérables sont nécessaires à l'entretien du mouvement vital.

N'est-il pas digne de remarque que les fonctions des merveilleux appareils qui composent ces animaux sont entretenues par des cellules très-petites, connues sous le nom de *globules du sang*, lesquels ont une assez grande analogie avec certains infusoires.

Comme on le voit, les phénomènes les plus importants de notre globe sont subordonnés à d'infiniment petits êtres vivants.

Des philosophes de l'antiquité pensaient, et quelques savants modernes pensent aussi, que tout est vivant dans la nature.

Je crois devoir faire remarquer que je suis engagé dans une voie bien différente de celle des anciens philosophes et des médecins de tous les temps qui ont étudié la vie comme force, sous les noms d'*âme*, d'*esprit*, d'*archée*, de *principe vital* ou de *force vitale*. La vie ainsi envisagée est un être imaginaire, abstrait, inconnu, tandis que les infusoires à l'état adulte ou de corps reproducteurs sont des organismes en fonction, ou prêts à fonctionner. Nous pouvons les voir, étudier les conditions de leur existence, de leur développement, de leur mode de reproduction et les phénomènes qu'ils provoquent. La question, comme on le voit, est bien différente.

Je vois ces petits êtres non-seulement porter la vie partout, mais en même temps de la matière organisée, divisé pour ainsi dire à l'état moléculaire, que M. Payen me paraît avoir découvert dans les végétaux, et que j'ai reconnu comme lui.

Cette matière existe à l'état de corpuscules, mais de formes non encore déterminées; elle a la composition chimique des tissus animaux, elle paraît précéder la formation des cellules. Je suis porté à penser que ce sont des corps reproducteurs d'infusoires, tués par les acides végétaux.

Dans les nombreuses recherches qui ont été faites dans l'anatomie et la physiologie normales de l'homme, des animaux et des végétaux, personne, que je sache, n'a signalé l'existence d'infusoires dans les parties qui les composent. Mes recherches sur les végétaux et sur l'homme en santé m'ont aussi donné des résultats négatifs, tandis que, dans l'état pathologique, un assez grand nombre d'observateurs ont constaté l'existence d'algues, de champignons et de microzoaires dans divers produits des organes et dans le sang.

Ainsi, nul doute, il n'existe pas d'infusoires qui jouent le rôle de ferment chez l'homme, les animaux et les végétaux en parfaite santé. Que deviennent tous ceux que les uns et les autres introduisent à chaque instant dans leur organisme par la respiration et par l'alimentation?

J'ai démontré que les acides végétaux sont, à d'assez faibles doses, des poisons pour les microzoaires adultes. Ayant constaté que tous les végétaux de mon jardin et tous ceux de l'École botanique du Muséum, même ceux qui sont submergés, rougissent fortement le tournesol, je suis porté à penser que les corpuscules azotés découverts par M. Payen sont des corps reproducteurs de microzoaires, tués par les acides des végétaux. L'acidité des plantes me paraît avoir un double but, savoir : tuer les microzoaires pour assainir l'air, et les faire servir ensuite à leur composition en se les assimilant.

Dans l'étude de l'assimilation des végétaux et des animaux, il faudra désormais tenir compte du rôle de ces petits êtres.

M. Robin a observé, et j'ai constaté comme lui, que les matières organiques prises dans le sang normal résistent plus à la putréfaction que celles recueillies dans les marécages. Mes recherches sur le mucus établissent qu'il résiste assez longtemps à la putréfaction. Le suc gastrique se conserve aussi longtemps, au contact de l'air, sans se putréfier.

Ces faits ne démontrent-ils pas que, dans l'organisme, les appareils et les liquides à l'état normal sont préparés pour résister aux attaques des ferments vivants? On comprend, d'après les faits connus de la digestion, de la nutrition et de la respiration, que l'organisation si délicate des corps reproducteurs des infusoires est bien plus facile à détruire que les tissus des végétaux et des animaux, qui disparaissent chaque jour dans les phénomènes de la nutrition et de la respiration.

Puisqu'il n'existe pas d'infusoires qui jouent le rôle de ferment dans l'organisation des végétaux et des animaux à l'état normal, ni dans les produits au moment de leur sécrétion, ils ne peuvent donc pas s'y développer. Si j'ajoute que mes expériences sur la vapeur d'eau condensée provenant des organes respiratoires, avec les précautions que j'ai recommandées, établissent non-seulement qu'il n'y existe pas d'infusoires, mais qu'il ne s'y en développe pas ultérieurement, on en peut conclure que s'ils n'étaient pas détruits ou assimilés on devrait en trouver, et il devrait s'y en développer. C'est le contraire que l'on observe.

Tous ces faits me permettent de résoudre scientifiquement, dès à présent, la question de savoir comment les infusoires qui jouent le rôle de ferment et qui existent normalement en abondance dans la nature, ne provoquent pas constamment le typhus, le choléra, la peste, etc. Ils me paraissent montrer, de plus, comment la guérison de ces maladies s'opère spontanément sur un certain nombre de malades, chez lesquels l'organisme reprend ses droits.

OVARIOTOMIE

Obs. LVIII. — Ovariotomie pratiquée le 1er février 1868. Guérison.

Par E. Kœberlé.

Madame L..., de Meaux (Seine-et-Marne), âgée de 46 ans, d'une bonne constitution, mère de trois enfants et ayant eu quatre grossesses, la dernière en 1862, est affectée d'un kyste de l'ovaire qui a pris un accroissement rapide dans les derniers temps. On a remarqué le développement de l'abdomen en 1865.

Au mois de janvier et surtout au mois de novembre 1867, il survint des douleurs abdominales avec des symptômes de péritonite. Il y eut un amaigrissement prononcé; néanmoins, la menstruation est restée normale.

Le ventre est volumineux ; il présente, sur les parties latérales, des saillies irrégulières provenant des loges multiples dont le kyste est formé. Il existe des adhérences manifestes dans la région moyenne et au côté droit de l'abdomen. La fluctuation est très-évidente dans la partie supérieure et dans la partie inférieure de la tumeur. Une petite quantité de liquide ascitique est interposée entre la tumeur et les parties déclives de l'abdomen, dont la région sous-ombilicale est œdémateuse. L'utérus est central, mobile. Le col de l'utérus est dévié à gauche. On sent la tumeur qui plonge dans le petit bassin entre la vessie et le col utérin. L'état général, du reste, est assez satisfaisant.

Quoique le pronostic de l'opération fût grave en raison des adhérences de la région hépatique, l'ovariotomie a été pratiquée à Meaux, le 1er février 1868. MM. A. Richard et Barcq (de Paris), Dufraigne (de Meaux), de Maugras, Majesté et Grollemund assistaient à l'opération.

Incision de 32 centimètres, étendue à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic. Ponction; écoulement d'un liquide légèrement grisâtre. La destruction des adhérences à la partie moyenne de l'abdomen donna lieu à une forte hémorrhagie, surtout par le kyste. Pour empêcher autant que possible cette hémorrhagie et tarir ainsi une des causes de perte de sang, on appliqua immédiatement la ligature en fil de fer sur le pédicule. La tumeur fut ensuite divisée près de sa base et réduite au plus petit volume possible par l'ouverture d'un certain nombre de loges secondaires. Par ce procédé on put, sans agrandir l'incision, atteindre les surfaces encore adhérentes à l'hypocondre droit, au rebord du diaphragme et à la vésicule biliaire.

La destruction de ces adhérences et de celles qui siégeaient à la région sus-ombilicale donna lieu à une hémorrhagie assez notable. Des pinces furent rapidement placées sur tous les points qui donnaient du sang et furent laissées à demeure pendant quelque temps. On chercha alors à tarir l'hémorrhagie aux endroits qui saignaient encore après l'ablation des pinces, soit à l'aide du perchlorure de fer, soit par la section des tissus par le cautère actuel. On réussit à arrêter ainsi l'hémorrhagie sans aucune ligature de vaisseaux.

La cavité abdominale ayant été épongée, la plaie fut réunie par cinq points de suture profonde et dix points de suture superficielle.

La durée de l'opération a été de deux heures. La perte de sang peut être évaluée à 400 grammes; le poids total de la tumeur était de 12 kilogrammes.

Il n'y eut pas de vomissements chloroformiques et pas d'hémorrhagie consécutive. Une sonde fut introduite par la plaie au fond du bassin quelques heures après l'opération, mais on ne put aspirer et extraire que 12 à 15 grammes de sérosité sanguinolente.

Il ne survint aucun accident consécutif notable.

Les fils des points de suture profonde furent enlevés le quatrième jour, après les premières évacuations alvines, alors que l'opérée se trouvait déjà dans un état très-satisfaisant. Quelques abcès cutanés se formèrent sur leur trajet. La cicatrisation a été complète un mois après l'opération. Depuis, santé parfaite.

Remarques. — Lors de cette opération, qui a été faite à Meaux, j'eus beaucoup de peine à avoir de l'eau propre pour le lavage des éponges, etc. L'eau de la Marne, qui sert dans le pays pour l'usage domestique, était trouble, limoneuse; l'eau de citerne ordinaire était fort impure. On put heureusement se procurer une assez grande quantité d'eau filtrée sur le charbon, très-claire et très-pure. J'attache une grande importance à la propreté et à la netteté des éponges, des instruments, des ustensiles de toutes sortes, des mains des aides et de l'opérateur, etc. Les mains de l'opérateur surtout doivent être lavées un grand nombre de fois durant l'opération dès qu'elles ont été salies par du sang, chaque fois qu'elles doivent être introduites dans la cavité péritonéale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 21 août 1868. — Présidence de M. Chausit.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le Président annonce à la Société la promotion de M. le docteur Amédée Forget au grade d'officier et la nomination de M. le docteur Léon Labbé au grade de chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

M. Blondeau, au nom d'une commission composée de MM. Boys de Loury, Dolbeau et Blondeau, fait un rapport favorable sur la demande de M. Grisolle, qui désire échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire. Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. Perrin lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Bourgogne père, de Condé, au titre de membre correspondant. Il conclut favorablement. Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

A propos du rapport de M. Perrin, M. Aimé Martin adresse la réclamation suivante :

M. le docteur Bourgogne, citant une phrase qui terminait un compte rendu que j'ai fait, dans les *Archives générales de médecine*, des divers travaux de M. Rollet, phrase dans laquelle j'attribuais à ce dernier l'honneur d'avoir le premier formulé la loi de la transmission de la syphilis de la nourrice au nourrisson et *vice versâ*, M. le docteur Bourgogne, dis-je, écrit que bien avant M. Rollet, il avait étudié ce mode de contagion. Je lui répondrai que, bien avant lui-même, Brassavole, Rondelet, en 1550 et 1574, Astruc, Fabre, Petit-Radel à la fin du dernier siècle et au commencement de celui-ci, ont observé et décrit cette syphilis des nourrices et des nourrissons; mais avant la découverte de la loi du début de la syphilis, dont l'accident initial est toujours un chancre, on n'avait aucun flambeau pour se guider dans les graves questions de médecine légale que soulèvent ces transmissions. Grâce à la découverte de cette loi et à de nombreuses et patientes recherches, M. Rollet a pu établir des règles qui servent de guide certain au praticien, dans tous les cas de transmission de la syphilis par l'allaitement.

M. Lagneau. Les ulcérations mammaires que présentent les nourrices infectées par leurs nourrissons syphilitiques, connues depuis longtemps, mais surtout bien décrites par M. Rollet, se présentent sous forme de plaques rouges, d'érosions non déprimées à base légèrement tuméfiée ou indurée, avec adénites axillaires. Tels étaient les symptômes présentés par la nourrice dont j'ai publié l'observation en 1856.

A propos de la transmission de la syphilis par l'allaitement, Bertin rapporte un curieux exemple de contagion entre deux enfants par l'intermédiaire d'une femme restée saine. Astruc et M. Ricord ont cité des cas analogues de contagion syphilitique entre hommes par l'intermédiaire d'une femme restée saine.

M. Aimé Martin. La description donnée par M. Lagneau des chancres mammaires se rapporte parfaitement à celle qu'en ont donné les auteurs, surtout Petit-Radel, Delpech dans sa *Chirurgie clinique de Montpellier*, et enfin M. Rollet.

Les exemples de contagion syphilitique immédiate par un intermédiaire, dont a parlé aussi M. Lagneau, pullulent dans la science. En 1673, Nicolas de Blegny les a décrits parfaitement, et ils ont reçu une confirmation clinique par les expériences de M. Cullerier qui, dans les mémoires de la Société de chirurgie de 1849, rapporte qu'il a, à plusieurs reprises, laissé séjourner dans les replis de la muqueuse vaginale saine du pus virulent, qu'il a ensuite inoculé avec un résultat positif, sans que la femme, sur la muqueuse de laquelle ce pus avait été déposé pendant plusieurs heures, ait été infectée.

M. Lagneau offre à la Société un exemplaire de son article *Basques*, publié dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*. Dans cet article d'ethnologie anthropologique, à propos des Basques considérés comme les plus purs représentants actuels de la race ibérienne, il est fait mention de différents peuples de même race : des Silures de la Grande-Bretagne, des Aquitains du sud-ouest des Gaules, des Ibères de la péninsule hispanique, des Ligures du sud-est des Gaules et du nord-ouest de l'Italie, des Sicanes de la Sicile, des Corses, des Bataves, etc. Cette famille ethnique aurait été une des plus anciennes de notre Europe occidentale.

M. le docteur Delpeuch, candidat au titre de membre titulaire de la Société, donne lecture d'un mémoire sur deux cas d'obstruction intestinale. Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Guibout, Duroziez et Blondeau, rapporteur.

M. Martin (Antonin) donne lecture d'une note sur un cas d'*urticaire instantanée*, observée chez cinq soldats ouvriers d'administration :

Le 4 août 1868, je fus appelé, vers six heures et demie du soir, à donner mes soins à cinq soldats d'administration du magasin à fourrages de la Râpée. Ces hommes, me disait-on, étaient devenus tout d'un coup rouges, gonflés par tout le corps; ils étouffaient; les yeux leur sortaient de la tête.

J'arrivai un quart d'heure après (la distance est d'un kilomètre), et voici ce que j'appris du sous-officier chargé de m'assister à la visite, le sergent T... Ce sous-officier, très-intelligent, a l'habitude de voir les malades avec moi et leur donne quelques secours en attendant mon arrivée.

Des caporaux et soldats, au nombre de quatorze, s'étaient réunis vers cinq heures et demie du soir, pour fêter la promotion de quelques-uns d'entre eux. Ils n'avaient mangé que leur dîner, se composant de soupe, légumes et bœuf bouilli. Ils burent d'abord quatre litres, puis en firent rapporter deux autres. Un de ces derniers litres servit à remplir les verres des nommés L... et M..., caporaux; M..., B... et B..., premiers soldats. Dix ou douze minutes après avoir bu le vin de cette bouteille, ces cinq hommes furent pris des symptômes suivants :

De pâle qu'il était, leur visage devint pourpre, gonflé; les globes oculaires étaient injectés, saillants. En même temps apparurent sur tout le corps, mais surtout aux membres et à leurs faces antérieures et principalement vers les plis des articulations des membres supérieurs, de larges plaques rouges un peu élevées, mamelonnées. Vingt minutes après, au dire du sous-officier qui a fidèlement observé et détaillé ces symptômes, ces hommes étaient d'un rouge noir; les yeux paraissaient leur sortir de la tête.

Craignant un empoisonnement, il me fit prévenir et conseilla aux malades, en attendant mon arrivée, de boire de l'eau chaude en abondance. Un quart d'heure après, les trois plus malades (L..., M... et M...) vomirent leur dîner et se sentirent soulagés. Du thé leur fut administré. Chez tous les cinq, le malaise alla en décroissant; bien que les deux derniers n'eussent pas vomi, la peau devint d'une pâleur jaunâtre. Je constatai, à mon arrivée chez ces cinq malades, un certain degré d'abattement, de courbature; le pouls est faible, dépressible, un peu fréquent, de 75 à 80; langue blanche. Pas de vomituritions, pas de coliques ni de diarrhée. Les plaques ont laissé au lieu où elles siégeaient, notamment au pli articulaire du poignet, à la face antérieure de l'avant-bras et spécialement au pli du coude, de larges surfaces d'une couleur lilas claire, entourées d'un liseré bleuâtre tranchant sur la pâleur jaunâtre de la peau. Les malades accusent un goût de soufre à la bouche et surtout à la gorge. Les papilles ne sont pas dilatées. Je ne constate aucun des symptômes produits par les substances vireuses, narcotico-âcres.

J'ordonnai de continuer le thé. Le malaise dura, plus ou moins

prononcé toute la nuit. Le lendemain, ces cinq hommes étaient au travail; aucun ne se présentait à la visite. Je dus les faire appeler Tous étaient parfaitement rétablis; il n'y avait pas eu de retour de l'éruption, pas de vomissements, pas de diarrhée; l'appétit laissait encore à désirer.

Cette observation donne lieu aux réflexions suivantes :

Nous avons bien eu affaire ici à une urticaire provoquée par une substance contenue dans le vin d'une des dernières bouteilles.

On ne saurait accuser les aliments, puisque cent cinq hommes ont mangé le même ordinaire sans rien éprouver. Il serait absurde d'admettre chez ces cinq hommes une idiosyncrasie toute particulière, à l'exclusion des neuf autres, pour contracter une urticaire en buvant le même vin que leurs camarades. La bouteille contenait donc une substance étrangère que nous n'avons pu déterminer, le cantinier ayant rincé et rempli à nouveau, pour d'autres consommateurs, les bouteilles au fur et à mesure qu'elles étaient vides. A toutes mes questions, il n'a pu me donner d'autre renseignement, si ce n'est qu'il avait repris ces bouteilles dans les chambrées où des soldats les avaient laissées vides, et qu'il pouvait se faire que l'une d'elles n'eût pas été rincée. Les cinq hommes qui ont bu du vin de cette bouteille n'y avaient pas trouvé de coloration ni de goût particuliers qui les eussent empêché de boire, ce qui m'a paru si singulier, que j'ai dû, pour y croire, me le faire répéter à plusieurs reprises par les cinq malades. Il n'y a pas eu d'excès ni d'ivresse alcoolique. La nature de cette substance, capable de produire si infailliblement et si instantanément une urticaire, nous est restée inconnue.

Quant à la maladie, elle nous offre à signaler deux faits caractéristiques dans sa forme et dans sa marche. Elle était confluente à la face, où elle a commencé, et par grandes plaques sur le reste du corps. Elle n'a plus reparu le lendemain et les jours suivants, comme il arrive pour les autres variétés d'urticaire. Enfin, j'insiste surtout sur son développement instantané et sa courte durée, qui me feraient proposer pour cette variété nouvelle, si elle s'observait encore, le nom d'urticaire INSTANTANÉE.

M. GUIBOUT. La substance ne serait-elle pas de la famille des pipérinées? Ce qui est frappant dans ce cas, c'est le peu d'intervalle qui sépare l'ingestion de la substance (quelle que soit, du reste, sa nature) de l'apparition de l'exanthème. L'urticaire symptomatique de l'irritation du tube digestif ne se produit pas d'habitude aussi rapidement.

M. BOINET. Je connais un certain nombre de personnes, des dames surtout, qui ne peuvent manger des crustacés, des carpes, des maquereaux, des fraises, sans avoir une urticaire. Souvent, le simple dérangement de l'estomac suffit pour produire une éruption de cette nature.

M. BLONDEAU. Je ne partage pas l'avis de M. Guibout sur cette question. Je crois, au contraire, que l'exanthème qui succède à l'ingestion de certaines substances, et notamment des moules, se produit immédiatement après cette ingestion.

M. GUIBOUT. L'effet produit par l'ingestion des moules est, en réalité, immédiat; mais c'est d'abord une indigestion à laquelle succède l'éruption. Dans le cas cité par M. Martin (Antonin), l'exanthème s'est produit tout d'abord, et c'est ce qui n'arrive pas ordinairement.

M. LAGNEAU. J'ai vu, à la suite d'ingestions d'huîtres, l'éruption se produire immédiatement. En revanche, dans le cas que j'ai observé d'une jeune femme qui avait mangé du carrelet, l'éruption ne se montra que le lendemain.

M. MARTIN (Antonin). Dans tous les cas cités par nos collègues, il y avait une idiosyncrasie à laquelle on peut attribuer les accidents produits. Dans le cas que j'ai observé, la même influence ne peut être invoquée, puisque les cinq hommes ont été affectés de la même façon et au même moment, après l'ingestion de la même substance.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire annuel : Dr AIMÉ MARTIN.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

250. Hamy (E.-T.). L'os intermaxillaire de l'homme à l'état normal et pathologique.

251. Durand (Casimir). Des Anévrysmes du cerveau : 1° extra-encéphaliques; 2° intra-encéphaliques (miliaires).

252. Cavasse (Auguste). De la Pneumonie interstitielle du sommet des poumons chez les vieillards.

253. Mounier (Émile). Quelques considérations sur la Fièvre.

254. Jullien (Jules). Étude sur la Nicotine.

255. Tardieu (Jules). De la transmission héréditaire de l'Épilepsie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons reçu une lettre de M. Jules Guérin, en réponse à l'observation de M. Lantier, publiée dans le numéro de samedi dernier. Nous publierons cette lettre dans le numéro prochain.

Première et deuxième lettre d'un matérialiste à Mgr Dupanloup, par le docteur FABRICIUS, 2e édition in-8. Prix de chaque : 30 cent. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 124. — JEUDI 22 OCTOBRE 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 22 OCTOBRE 1868. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 21 octobre 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une lecture sur un point de pratique chirurgicale et deux rapports sur des sujets importants d'hygiène publique ont rempli cette séance. M. Dolbeau, candidat pour la section de pathologie chirurgicale, a lu un mémoire sur la réduction des luxations de la cuisse par la flexion combinée à la rotation. Partout où la douceur peut être substituée à la force, employez la douceur. Voilà un précepte que nous voudrions voir inscrit sur le fronton des Ecoles de chirurgie, à côté de celui que M. Jolly proposait mardi dernier d'inscrire sur le fronton de toutes nos Ecoles de médecine. C'est celui que M. Dolbeau, à l'exemple de son ancien maître Desprès, a cherché à faire prévaloir dans ce mémoire pour la réduction des luxations de la cuisse, en l'appuyant d'un bon nombre d'exemples qui en démontrent tous les avantages. Cette chirurgie-là a toutes nos adhésions, ce qui ne nous empêche d'apprécier la force pour ce qu'elle vaut et quand on ne peut faire autrement.

M. Gobley est du trop petit nombre d'académiciens qui prennent très au sérieux leurs fonctions de rapporteurs. Il l'a bien prouvé hier par la lecture d'un long et consciencieux rapport sur une question d'hygiène publique d'un grand intérêt. On sait que des ordonnances de police, déjà anciennes, prescrivent de n'employer, pour la confection ou pour l'étamage des vases destinés aux usages alimentaires, que de l'étain pur, ou du moins relativement pur, c'est-à-dire allié à une proportion minime et déterminée de plomb. Mais ce que devient le plus souvent l'observation de ces sages prescriptions, on ne le sait que trop. On n'a pas oublié, entre autres infractions, les faits qui ont motivé, il y a quelques années, un très-remarquable rapport du Conseil d'hygiène et de salubrité publique sur les comptoirs et les vases d'étain destinés aux matières alimentaires. Ce sont des faits analogues et non moins compromettants pour la salubrité qui font l'objet du rapport de M. Gobley.

Chargé par l'autorité de s'assurer si les prescriptions réglementaires à cet égard étaient suivies pour les ustensiles de l'hôpital militaire de Bordeaux, M. Jeannel a saisi cette occasion pour analyser en même temps les étamages d'un grand nombre d'ustensiles usités dans la ville de Bordeaux, et il a trouvé que l'étain employé par les étameurs renfermait de 25 à 50 p. 100 de plomb. La Commission dont M. Gobley était le rapporteur ne s'est pas bornée à enregistrer ce fait et à en faire ressortir les dangers, elle a fait aussi elle-même un grand nombre d'analyses sur des objets divers empruntés au commerce de Paris, et M. le rapporteur a mis sous les yeux de l'Académie quelques-uns de ces objets, tels que cuillers, gobelets, biberons, etc., qui renfermaient des proportions de plomb beaucoup plus considérables encore, tels d'entre eux, par exemple, contenant jusqu'à 75 et 80 p. 100 de plomb. M. le rapporteur de la Commission, poussant jusqu'au bout l'utile mission dont il avait été investi par l'examen du mémoire de M. Jeannel, a terminé son rapport en soumettant à l'Académie une série de mesures qui, si elles étaient adoptées par les autorités compétentes, auraient pour résultat de garantir désormais la salubrité publique contre les piéges que lui tendent trop souvent l'ignorance ou la cupidité.

Voilà un bon et utile rapport comme nous aimerions à en entendre souvent.

Nous mentionnerons également le rapport de M. Robinet, beaucoup plus court que le précédent, le rapporteur n'ayant eu qu'à donner une approbation entière sur tous les points à un excellent travail de M. le docteur Hecquet sur les eaux potables d'Abbeville.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. FABRE.

De l'alcoolisme pulmonaire.

(Leçon recueillie par M. Jaillieu, interne du service.)

Un organe qui contribue puissamment à l'élimination de l'alcool et que cette substance traverse presque nécessairement dès qu'elle est introduite dans l'économie, c'est le poumon. Aussi se passe-t-il, dans le poumon des alcoolisés, bien des phénomènes qu'il est utile de connaître et d'apprécier.

C'est d'abord une congestion. Elle occupe de préférence le bord postérieur et la base de l'organe. Flasque, peu aéré, plus mou et plus friable que d'ordinaire, le parenchyme pulmonaire est alors d'une coloration brunâtre qui disparaît à peine par le lavage, et il devient quelquefois, comme l'a fait remarquer M. Lancereaux, le siége d'une infiltration hémorragique. La dyspnée, un sentiment de constriction thoracique, quelquefois de la toux et une expectoration muco ou séro-sanguinolente, la diminution du murmure vésiculaire avec râles sous-crépitants ou sibilants, tantôt isolés et tantôt réunis, tels sont les signes que l'on rencontre dans cette affection, qui est assez souvent liée à une fluxion laryngo-bronchique et qui peut se développer sous l'influence occasionnelle d'une impression de froid. Les signes qu'elle présente à l'auscultation sont en grande partie ceux de la bronchite ordinaire; mais la maladie est plus souvent unilatérale; elle est plus capricieuse dans ses allures, plus rapide dans sa marche; l'oreille qui ausculte sent que l'expansion vésiculaire est plus difficile; elle fait une distinction entre ces petits râles sibilants, à caractère plaintif, déterminés par une respiration forcée, et les gros râles sonores de la bronchite; enfin la matité relative fournie par la percussion fixe le diagnostic. Ce qui est plus difficile encore et très-souvent impossible, c'est d'établir, dans les phénomènes d'auscultation, la part exacte qui revient à la fluxion bronchique, quand celle-ci vient compliquer la congestion pulmonaire; alors des râles sonores, variables de timbre et d'intensité, se joignent en grand nombre aux râles sous-crépitants; les quintes de toux, qui tantôt étaient très-rares, sont devenues assez communes; il y a une expectoration muqueuse ou sanguinolente.

Nous avons dans la salle Ailhaud deux alcoolisés atteints de congestion pulmonaire; chez chacun d'eux, la maladie revêt un type distinct, et la réunion de ces deux types vous représente le tableau à peu près complet de l'affection.

Notre n° 3 est un grand buveur de bière; il a de l'hypéresthésie cutanée, un léger tremblement des membres, une dilatation du cœur caractérisée par une exagération des bruits normaux, premier degré de la lésion cardiaque des alcoolisés; mais c'est surtout l'appareil respiratoire que je veux vous faire examiner chez lui. Ce malade tousse et il rend quelques crachats muco-sanguinolents. Vous trouverez dans la poitrine, et du côté gauche seulement, un mélange de râles sibilants et sous-crépitants; les sibilants prédominent en haut, et les sous-crépitants en bas; tout à fait en bas, le murmure vésiculaire est presque imperceptible; à ce point, vous percevrez une matité bien sensible et une légère diminution des vibrations thoraciques. Ces signes, qu'n'accompagne aucun mouvement fébrile, révèlent une congestion intense, tendant peut-être à la splénisation, mais éloignant complétement l'idée d'une pneumonie avec formation d'exsudats fibrineux et induration pulmonaire, c'est-à-dire de cet état qui produit le souffle bronchique à l'auscultation, et l'exagération des vibrations thoraciques à l'application de la main. D'un autre côté, nous ne trouvons ici ni l'égophonie, ni les bruits de frottements de la pleurésie, et en particulier de cette petite pleurésie sèche qui accompagne assez souvent la congestion pulmonaire chez les alcoolisés, comme vous le voyez chez le n° 4 de la même salle Ailhaud.

Ici encore, les antécédents alcooliques sont très-nettement avoués. Le premier jour, notre malade se présente avec un tremblement assez intense, de l'aphonie et une légère pleurésie à la base du côté droit, pleurésie caractérisée par quelques frottements et de la submatité. Qu'est-ce qui relie ces trois phénomènes, tremblement, aphonie, pleurésie? Une seule cause, l'alcoolisme. Le second jour, diminution du murmure vésiculaire, râles sibilants, légers, et faible submatité à la base des deux poumons; voilà une double congestion qui se manifeste. Puis des râles sous-crépitants se mêlent aux râles sonores; l'expansion vésiculaire devient plus complète, et, sans toux ni expectoration, au bout de trois ou quatre jours ces phénomènes morbides disparaissent; la pleurésie adhésive persiste seule.

L'alcoolisme n'expose pas seulement aux congestions pulmonaires; il exerce aussi sur la pneumonie une action modificatrice et une action productrice. Vous avez été, ces temps derniers, témoins de l'une et de l'autre.

Rappelez-vous cet homme qui était au n° 5. Quand nous l'avons observé pour la première fois, sa maladie datait de deux jours à peine; elle avait débuté brusquement par un frisson; nous nous trouvions en présence d'un sujet jeune et vigoureux et d'une maladie à début franc; la guérison eût été probable si l'alcoolisme n'avait pas été là. Il y avait les signes d'une pneumonie du lobe moyen à droite, avec congestion étendue dans le reste du poumon, congestion dont les ventouses scarifiées firent momentanément bonne et prompte justice. Je demandai à cet homme s'il n'avait pas l'habitude de boire, il me répondit que non, et ce fut sa perte. J'appris trop tard que j'avais mal pris mes informations; bref, je ne donnai pas d'alcool, et le malade a succombé au sixième ou septième jour, avec une hépatisation grise. En effet l'alcoolisme prédispose beaucoup à la suppuration, et à une suppuration hâtive dans les cas de pneumonie. Cette nature de la lésion pulmonaire, jointe à l'action de l'alcoolisme lui-même sur l'ensemble de l'économie, et en particulier sur le système nerveux, donne souvent aux pneumonies des alcoolisés un aspect ataxo-adynamique plus ou moins typhoïde; la langue est sèche et noirâtre, les dents sont fuligineuses; le malade en délire est agité par des tremblements, tourmenté par des hallucinations; puis il tombe dans la prostration et il meurt. Notre n° 5, parmi ces symptômes, n'a guère eu que le délire; mais en revanche il nous a présenté, les derniers jours, un aspect asphyxique fort remarquable et hors de proportion avec l'étendue de la lésion pulmonaire. Cette asphyxie était due à ce que l'alcoolisme, comme l'autopsie nous l'a démontré, avait touché le parenchyme du cœur qui était dilaté, ramolli et faible, sans avoir encore subi la dégénérescence graisseuse; c'est ce qui avait produit dans cet organe la faiblesse d'impulsion en même temps que des battements tumultueux.

Dans d'autres cas, la pneumonie chez les ivrognes se complique de laryngite et d'une bronchite ou fluxion bronchique, qui peut être unilatérale. C'est alors une laryngo-broncho-pneumonie que l'on observe, comme vous avez pu le constater chez notre numéro 7, qui présentait les signes de la laryngite et de la bronchite unilatérale un jour avant que nous eussions perçu chez lui les signes de la pneumonie.

Indépendamment de ces cas où l'alcoolisme imprime à la pneumonie commune des modifications particulières, il en est d'autres où l'inflammation du poumon paraît se développer sous l'influence unique et directe de l'alcoolisme. Rappelez-vous ce qui s'est passé chez un malade qui occupait le numéro 11 de la salle Ailhaud. Cette homme était entré dans nos salles pour une entérite alcoolique assez intense; il avait de plus, à un degré très-prononcé, l'altération graisseuse du cœur, avec faiblesse des bruits et petitesse extrême du pouls, affection qui est, je vous l'ai démontré, un des effets de l'alcoolisme chronique. Nous auscultions sa poitrine de temps en temps. Un beau jour, sans que le malade se fût plaint, sans qu'il eût toussé, sans qu'il eût éprouvé le moindre mouvement fébrile, nous avons trouvé à la base du poumon gauche un bruit de souffle et les signes évidents de la pneumonie. C'était une pneumonie latente, qui a remonté de manière à occuper tout le poumon gauche, et qui s'est compliquée d'une congestion pulmonaire, c'est-à-dire d'une lésion moins avancée du côté droit. Or, Stokes a beaucoup insisté sur une variété de pneumonie attaquant de préférence la base du poumon gauche et se développant à la sourdine chez les sujets affectés de *delirium tremens*.

Chez notre homme, qui a succombé brusquement par une syncope due à la dégénérescence graisseuse du cœur, le poumon gauche hépatisé présentait plus de friabilité que dans l'hépatisation rouge normale. Il y avait sur certains points comme une dissociation du parenchyme pulmonaire.

Dans d'autres cas signalés par Magnus Huss, l'hépatisation est normale, mais à sa suite survient une induration. Vous avez pu remarquer la persistance de l'induration pendant un temps plus long que d'habitude chez l'alcoolisé qui était atteint de pneumonie au numéro 17 bis. Vous avez actuellement, au numéro 7, une induration pulmonaire, suite de pneumonie, chez un alcoolisé. La persistance du souffle à l'expiration et de quelques râles sous-crépitants assez secs dans la moitié supérieure du poumon gauche pourrait même persuader à ceux qui n'ont pas suivi le processus morbide et n'assistent pas à la diminution lente des signes physiques, qu'il s'agit ici d'une tuberculisation pulmonaire.

Quel est le rôle de l'alcoolisme à l'égard de la tuberculisation? C'est ce que nous devons maintenant examiner.

Nous nous trouvons ici en présence de deux opinions contradictoires : d'une part, quelques médecins considèrent l'alcool comme le moins mauvais remède de la phthisie, soit qu'ils aient répété les expériences cliniques de M. Fuster, de Montpellier,

soit qu'ils se basent sur les recherches anatomiques de Magnus Huss, qui avait trouvé souvent, dans les poumons des buveurs, des tubercules desséchés; d'autre part, Bell, de New-York, Kraus, de Liége, et Launay, du Havre, soutiennent, par contre, que l'alcool produit la phthisie et en particulier la forme galopante de cette maladie.

Kraus, de Liége, a beaucoup insisté sur les cas de phthisie granuleuse à marche galopante, et Lancereaux a déjà recueilli quinze observations de cette phthisie des buveurs.

Il s'agissait d'individus dans la force de l'âge, robustes et occupés à des travaux pénibles, n'ayant dans leur famille aucun antécédent tuberculeux. Des râles disséminés, d'abord rares, ensuite plus nombreux et humides, une dyspnée d'abord légère, puis croissant peu à peu, une expectoration d'abord peu abondante et muqueuse, plus tard purulente, un mouvement fébrile accompagné de tremblement et de délire; tels sont les signes que cette maladie a présentés. A l'autopsie, granulations miliaires, quelquefois lenticulaires ou pisiformes, assez également disséminées au sein du parenchyme pulmonaire congestionné, ramolli, souvent parsemé de points noirâtres pigmentaires; s'il existe des excavations, elles sont rares, petites et occupant de préférence les sommets; quelquefois des granulations se rencontrent aussi dans d'autres organes, le foie, la rate, les reins, le péritoine, la pie-mère cérébrale.

Quoique le service de la clinique ait été, ces derniers temps, exceptionnellement riche en alcoolisés, je n'ai pu vous montrer aucun exemple de cette dernière forme morbide. Je ne suis pas convaincu que, dans les cas de ce genre, il s'agisse d'une véritable tuberculose. La science n'est pas fixée sur la communauté d'origine et l'identité de processus de toutes les granulations grises, surtout depuis que les expériences de Lebert ont prouvé que tout ce qui altère le sang au point d'entraver la circulation capillaire, tout ce qui obstrue et même tout ce qui irrite ces vaisseaux, peut déterminer à leur périphérie la formation de granulations plastiques qui ont l'aspect et non pas la nature des granulations grises tuberculeuses. Dans cette phthisie galopante des alcoolisés, j'incline à croire qu'il s'agit d'une inflammation granuleuse des parois capillaires, avec congestion ou inflammation purulente des vésicules pulmonaires qui les environnent.

Vous comprenez combien il importerait pour la pratique médicale que cette question fût résolue. Si l'alcool produisait des tubercules, son emploi à haute dose dans la tuberculose devrait être funeste; mais, si les affections pulmonaires qu'il détermine sont différentes de la tuberculose, on comprend que son usage dans la phthisie puisse ne point avoir d'inconvénients, ce qui est positif, et puisse même avoir quelques avantages, ce qui est plus douteux.

Vous avez eu, ces jours derniers, sous les yeux, un exemple d'une forme bien différente de phthisie aiguë chez un ivrogne. Je veux parler de ce jeune homme qui était couché au nº 16 et qui avouait boire un litre d'absinthe par jour.

Il nous est arrivé presque sans fièvre et sans expectoration, avec des râles disséminés dans la poitrine qui était sonore à la percussion; l'on pouvait croire et plusieurs d'entre vous ont cru à l'emphysème. Cependant, du côté gauche et dans une assez grande étendue, l'on entendait des craquements secs et surtout humides; il y avait des points où l'on apercevait un peu de souffle, surtout dans les fosses épineuses gauches. Le retentissement de la voix était exagéré. Avec une rapidité terrible, la maladie s'est aggravée; lés craquements humides sont devenus plus gros et plus nombreux, surtout au sommet où ils ont revêtu le caractère de petits gargouillements; en même temps, l'expectoration, toujours peu abondante, prenait l'aspect purulent; il y avait de la fièvre, un tremblement manifeste et un délire avec hallucinations; puis, comme si la maladie n'était pas assez grave par elle-même, un affaissement subit, une sorte de collapsus, accident qui n'est pas rare chez les alcoolisés, est venu en devancer le terme fatal.

A l'autopsie, le poumon gauche présentait un de ces aspects que Laënnec a décrits comme de la tuberculose infiltrée et que les Allemands, depuis Reinhardt, considèrent comme de l'inflammation. Point de granulations grises, arrondies, demi-transparentes, saillantes à la surface du poumon, mais à peine quelques végétations grisâtres, à forme irrégulière, que l'on trouve sur le trajet de stries pigmentaires qui sillonnent le poumon. Ce que cet organe nous offre surtout, ce sont des masses compactes, un peu indurées, coulant droit au fond de l'eau, se confondant par leur pourtour d'une manière insensible avec les tissus sains, parfois évidemment entourées de parties congestionnées et plus ou moins engouées; elles ont un peu l'aspect de l'hépatisation, mais sont moins colorées; les unes, inégalement pâles dans leur intérieur, présentent des nuances qui varient du rouge au gris; d'autres contiennent des noyaux d'un blanc jaunâtre à forme rarement arrondie, le plus souvent irrégulière et à contours anfractueux, se continuant avec le tissu environnant sans autre ligne de démarcation qu'une différence de couleur. Parmi ces noyaux, il en est qui sont durs et résistants, composés, suivant toute apparence, de fibrine et de matière caséeuse entremêlées; il en est aussi qui sont ramollis, en véritable dégénérescence caséeuse et purulente. Au sommet, enfin, on trouve un certain nombre de petites cavités contenant un liquide caséo-purulent, cavités qu'en suivant les transitions insensibles offertes par l'aspect du poumon sur divers points de son étendue l'on reconnaît être le résultat du ramollissement complet de ces masses, d'abord indurées et compactes qui sont le premier degré d'une lésion dont les cavités constituent le terme final.

Au poumon droit, vous avez constaté les lésions que l'on rencontre presque toujours quand la circulation pulmonaire et l'hématose sont troublées du côté opposé. L'air et le sang, ne trouvant pas à pénétrer librement dans le poumon gauche, avaient afflué dans le poumon droit; l'air, se portant surtout aux parties antérieures, y avait déterminé un peu d'emphysème; le sang, s'accumulant aux parties postérieures, y avait produit de l'engouement. Emphysème en avant, engouement en arrière, telles sont les lésions que vous trouverez presque toujours du côté opposé à celui d'un poumon qui, pour une cause quelconque, ne fonctionne presque plus. C'est un fait qu'en passant je vous signale, parce qu'il n'est pas connu.

Si maintenant vous rapprochez les lésions constatées après la mort des signes observés pendant la vie, vous notez que des craquements secs ont existé alors que, suivant toute probabilité, il n'y a pas eu de granulations grises; encore un fait à ajouter à ceux qui nous prouvent que les craquements secs ne correspondent pas à l'existence de granulations grises ou vrais tubercules, mais bien à des noyaux de faux tubercules ou pneumonies caséeuses. Vous avez noté, de plus, l'absence de matité sensible à la percussion, alors qu'une partie du poumon était opaque et indurée, c'est parfois même le son tympanique qui a été rencontré dans des cas de cette nature; car il faut que la condensation pulmonaire soit non pas étendue, mais épaisse et profonde, pour produire une matité bien sensible. Enfin, dans le cas actuel, le retentissement exagéré de la voix venait révéler cette condensation pulmonaire qui échappait à la percussion; c'est un moyen de contrôle que je vous recommande.

Quant à la nature du mal qui a si rapidement enlevé notre malade, ce n'est pas, à mes yeux, une tuberculose, c'est une variété de pneumonie caséeuse probablement développée sous l'influence de l'alcoolisme.

Si maintenant vous jetez un regard d'ensemble sur les lésions si variées que l'alcoolisme paraît produire sur le parenchyme pulmonaire, vous pouvez voir qu'elles se réduisent à un seul processus, l'inflammation; l'inflammation, qui commence par un simple mouvement fluxionnaire ou congestion, et s'arrête souvent à ce point, mais qui souvent aussi présente les caractères de la pneumonie aiguë simple. Tantôt il y a passage rapide à l'hépatisation grise, à la suppuration, tantôt c'est une tendance à la dissociation des éléments enflammés, se traduisant par la friabilité du parenchyme pulmonaire; tantôt au contraire, et plus rarement, ce qui prédomine, c'est un exsudat fibrineux avec tendance à l'induration.

Voilà pour les formes ordinaires et régulières, pour les processus pneumoniques incontestables. Mais, d'autres fois encore, la maladie revêt des formes chroniques ou subaiguës, ou elle simule une phthisie; alors, tantôt l'inflammation se caractérise par la production de petits noyaux d'hyperplasie conjonctive se développant autour des parois vasculaires, avec congestion et inflammation dans les points du poumon qui environnent ces noyaux; ce qui ressemble énormément à la tuberculose miliaire. Tantôt se développe une inflammation complexe et variée dans ses formes, occupant le parenchyme pulmonaire tout entier: ici, c'est l'exsudat fibrineux qui domine, et vous avez l'induration simple; là, se joint à l'exsudat fibrineux la dégénérescence caséuse, et vous avez des noyaux blanchâtres, mais encore résistants; un peu plus loin, c'est la dégénérescence caséuse qui a le dessus, et les noyaux sont mous; plus loin encore, à la dégénérescence graisseuse se joint une fonte purulente, et les tissus se creusent en laissant à leur place des cavités. Vous avez pu observer, sur le cadavre de notre nº 16, la marche que suit le mal depuis l'induration simple jusqu'à la formation de cavernes; d'un autre côté, vous avez vu que cette sorte de condensation pulmonaire, qui précède la dégénérescence caséeuse, ne diffère que par des nuances de l'hépatisation commune. Donc, depuis la pneumonie aiguë jusqu'à la formation de cavernes d'apparence tuberculeuse, ces lésions d'aspect si divers ont une même nature, l'inflammation, comme elles ont une même cause, l'alcoolisme.

J'en ai fini avec les principales manifestations de l'alcoolisme sur les divers organes du corps. Elles ont toutes un même génie qui a dû vous frapper et que j'ai tâché de mettre en relief: c'est le génie inflammatoire, avec son nombreux cortége de symptômes et de lésions, avec son unité d'origine et sa diversité d'aspects.

Vous avez dû remarquer aussi, dans les symptômes que détermine l'alcool, comme dans les lésions inflammatoires qu'il produit, deux phases successives, l'une de surexcitation et l'autre de torpeur, avec une période intermédiaire d'excitation apparente et de faiblesse réelle, que l'on peut appeler période d'irrégularité.

C'est ainsi que vous avez vu successivement, chez le buveur, la parole plus abondante, l'intelligence plus active, la force musculaire accrue; puis, après des phénomènes d'irrégularité caractérisés par le délire, les hallucinations, les hésitations de la langue et les tremblements des membres, apparaître les symptômes de la démence et de la paralysie.

De même, au surcroît d'activité nutritive qui caractérise les premières périodes de l'inflammation, vous avez vu succéder une période de dépression nutritive, où tantôt vous avez trouvé les éléments des tissus dissociés et incapables de recouvrer leur consistance normale, comme dans le ramollissement du cœur et dans certaines pneumonies; tantôt, au lieu des éléments à riche structure qui composent le parenchyme des viscères, ne se former plus que du tissu conjonctif, à structure simple et grossière, comme celui de la cirrhose et de l'induration, ou bien que du tissu graisseux, à structure simple et plus grossière encore; tantôt enfin se produire la purulence, l'ulcération, et par exception la gangrène, tout autant de morts partielles et incomplètes de l'activité nutritive.

Exaltation d'abord, puis sédation, produites par un même agent, l'alcool; exaltation, puis engourdissement de la vie nutritive, successivement déterminées par une même maladie, l'inflammation; retenez et méditez bien ces deux faits, et vous aurez la clé des phénomènes les plus importants de la pathologie et de la thérapeutique.

Sachant que l'alcool peut avoir des effets précisément opposés, suivant la manière dont on en use, vous comprendrez que le traitement le plus efficace des accidents produits par l'alcool consiste dans l'emploi de l'alcool lui-même.

Lorsque cet agent a déterminé des phénomènes morbides sur un point quelconque de l'économie, il y a déjà ou il y aura bientôt une sédation qui pourra devenir profonde et dangereuse, sédation d'autant plus profonde et d'autant plus dangereuse que le malade, étant habitué à l'usage d'un excitant, ne sentira que davantage la privation de toute excitation. Il faudra donc, pour éviter ces phénomènes de dépression, administrer un excitant, et le meilleur, sous ce rapport, c'est précisément l'alcool.

Dans une maladie aiguë grave produite par l'alcool, qu'il s'agisse d'un delirium tremens ou d'une pneumonie, ne manquez donc jamais d'administrer l'alcool à dose modérée, de 30 à 90 grammes par jour.

Voilà donc quelle est la grande règle pour les manifestations aiguës. Quant à faire cesser l'alcoolisme lui-même, c'est difficile, parce qu'il faut le concours du médecin qui ordonne et du malade qui exécute. Mais ici, comme dans tous les cas où il s'agira de supprimer une habitude, ne vous avisez pas de demander à vos malades qu'ils se sèvrent brusquement de toute boisson; le mal alors n'éclaterait qu'avec plus de violence. Il faut, comme l'a dit M. Fournier, il faut régler la désaccoutumance; il faut tâcher d'obtenir que le malade réduise de moitié d'abord, puis des trois quarts la quantité de boissons spiritueuses qu'il absorbe chaque jour, pour qu'il arrive ainsi progressivement à ne plus boire qu'une quantité modérée de vin généreux. Vous parviendrez ainsi à sauver de l'abrutissement et de la mort les rares malades qui voudront suivre vos conseils.

De même encore, vous rendant compte des effets successifs de l'inflammation, sachant qu'ils consistent dans une surexcitation fugitive suivie d'une torpeur profonde et durable de la vie nutritive, vous comprendrez quelle est la règle qui doit présider au traitement des inflammations en général et à l'emploi de plus en plus répandu de l'alcool dans ces affections. Vous concevrez comment, une fois passée la période du début, qui seule réclame les antiphlogistiques et les sédatifs directs, il convient d'user de la méthode substitutive, il convient de recourir à des excitants modérés pour soutenir l'énergie nutritive, et, parmi les agents de cette excitation, celui qui par la promptitude, par la puissance, par la sûreté de son action réclame la première place, c'est l'alcool.

Poison funeste ou précieux remède, suivant qu'on en abuse ou qu'on l'emploie sagement, vous comprenez, que l'alcool occupe une large place à la fois dans la pathologie et dans la thérapeutique, et qu'il ait dû soulever de vives contradictions jusqu'au moment où l'on s'est rendu compte des effets opposés qu'il peut déterminer.

L'alcool n'est d'ailleurs pas le seul agent qui produise dans l'économie des effets opposés; il en est de même d'une foule de moyens thérapeutiques, le quinquina, l'arsenic, les acides minéraux, l'hydrothérapie, l'électricité, sont soumis à la même loi, qui est une des grandes lois de notre nature. L'exercice qui fortifie notre corps, le détériore quand il dégénère en fatigues répétées; le travail, qui développe notre intelligence, finit à la longue par l'user; en un mot, si la vie ne s'entretient que par les stimulants, ce sont aussi les stimulants qui l'épuisent, et ils l'épuiseront d'autant plus vite qu'ils auront été plus actifs.

Éclairés par cette grande loi, si vous ne vous bornez pas à juger la double action pathogénique et thérapeutique de l'alcool, qui n'en est qu'une application particulière, et que vous élargissiez le cercle de vos appréciations, vous parviendrez à comprendre bien des contradictions qui ont régné dans la science, vous vous expliquerez, par exemple, la lutte du stimulisme et du contro-stimulisme, et, vous rappelant qu'un même agent peut produire dans l'organisme des effets opposés, vous concevrez que la loi de similitude, qui est absurde et souvent paraît exacte, puisse rentrer dans la loi des contraires.

DE LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE,

Par M. le docteur Seiler, à Genève.

Si l'opinion émise dans un précédent article (1), relativement à l'étiologie de la diathèse tuberculeuse est fondée; si, d'un côté, la décomposition de matières organiques est réellement la principale cause de la phthisie; si, de l'autre, dans les pays où cette maladie est inconnue, l'absence seule d'émanations

(1) *Gazette des Hôpitaux* du 23 février 1868.

putride en préserve les habitants, on sera obligé de se résigner à combattre les effets de ce genre de miasme, ne pouvant espérer d'en supprimer le développement continuel.

Les terres les plus fertiles s'épuisent en effet au bout de quelques années, même dans les climats les plus favorables, dès qu'on leur demande des récoltes successives; et dans l'état actuel de la société et avec la densité de la population en Europe, on ne peut guère songer à en diminuer le rendement. Jusqu'à ce que l'agriculture aura trouvé les moyens de se procurer en suffisante quantité des engrais minéraux, il ne nous restera donc que la seule ressource de combattre par une prophylaxie raisonnée ces influences délétères.

La tuberculisation se manifeste le plus souvent chez les individus qui ont hérité de leurs parents une prédisposition particulière à la contracter, et que nous savons être transmissible d'une génération à l'autre; chez les individus chétifs dès leur naissance et dont la nutrition et la sanguification laissent à désirer, qui ont une constitution débile et lymphatique. Une pareille constitution n'est cependant pas toujours héréditaire ou innée; elle est, au contraire, le plus souvent acquise, et il convient d'en démontrer les causes avant tout. On voit, malheureusement trop fréquemment, des nouveaux-nés d'une belle apparence maigrir et pâlir au bout de quelques semaines, et, au lieu de se colorer et de grandir, devenir de plus en plus petits, ne trouvant déjà plus dans le lait de la mère la nourriture nécessaire à leur développement. Chez beaucoup de femmes la sécrétion du lait, abondante d'abord, commence à diminuer au moment où le nourrisson, de son côté, devient tout naturellement plus exigeant; d'autres ont un lait très-clair, si peu nutritif et souvent tellement aqueux qu'il s'écoule tout seul, ce n'est qu'une sérosité tout au plus bonne à étancher la soif d'un enfant.

On recommande, en pareil cas, de prendre une bonne nourrice. Mais il y a bien des familles qui ne peuvent pas faire cette dépense, et les bonnes nourrices sont très-rares; comme les mères, elles n'ont pas souvent beaucoup et du bon lait à la fois; quelquefois les filles de campagne s'ennuient en ville et perdent leur lait, ou elles ont d'autres défauts qui influent d'une manière fâcheuse sur la santé de l'enfant.

Il est, à notre avis, plus facile de bien élever et faire prospérer un enfant avec le lait de sa mère, lors même qu'elle n'en aurait que peu, que de trouver une bonne nourrice. Mais, pour réussir, il faut commencer par l'abandon de tous les préjugés à cet égard, même de ceux que partage la science médicale, les sommités de l'enseignement en tête. L'idée purement métaphysique que le lait est le seul aliment convenable pour un enfant au-dessous de 6 ou 8 mois, est une erreur malheureusement trop répandue aujourd'hui. Nous l'accusons hautement d'être la principale, si ce n'est l'unique cause de l'effrayante mortalité parmi les enfants au-dessous d'un an, signalée dans presque toute l'Europe.

De bonne heure déjà le sentiment de la faim se réveille chez l'enfant, qui le distingue très-bien de celui de la soif; il annonce un tout autre besoin que ce dernier, et chez l'enfant comme chez l'adulte, la boisson ne pourra jamais remplacer le manger. Si la mère, dans son préjugé, méconnaît la plus impérieuse des lois de la vie animale et persiste à ne donner qu'à boire à son enfant affamé, elle met ses jours en danger. En effet, moins son lait est nutritif, ou plus on met d'eau dans le lait de vache, plus l'enfant est obligé d'en boire pour soutenir la vie; et nous ne pensons pas exagérer en admettant que, nourri au biberon, il prend de 100 à 120 grammes toutes les deux heures, ou de un à un litre et demi par jour. Supposons l'enfant d'un poids de 7 kilogrammes, ce qui équivaut à un dixième à peu près d'un adulte, il faudrait à celui-ci, s'il devait en absorber proportionnellement autant, dix à douze litres pour 24 heures. Quelle constitution pourrait y résister? Probablement aucune. Avec une alimentation aussi contraire à la nature humaine, le système lymphatique regorge d'un fluide aqueux qui ne peut être assimilé; les glandes, celles de l'appareil digestif surtout, s'irritent et s'enflamment; le ventre devient ballonné et douloureux; l'enfant crie jour et nuit, de douleur autant que de faim, et au lieu de se colorer et de grandir, il pâlit et maigrit constamment. Son développement est entièrement arrêté, celui du thorax surtout, car le ballonnement de l'abdomen, refoulant le diaphragme, rend la respiration courte et très-incomplète. La poitrine de pareils enfants reste ordinairement étroite et petite pour toujours. Une sécrétion rénale surabondante, une véritable polyurie correspond nécessairement à cette grande quantité de boisson contribuant à augmenter l'amaigrissement et à déprimer les forces vitales. Souvent aussi la muqueuse du tube intestinal s'enflamme, et la diarrhée, si dangereuse pour de pareils enfants, vient encore augmenter la gravité de leur état. Cette alimentation, malheureusement si générale en Europe, est aussi la principale cause de la multitude de constitutions lymphatiques que l'on voit constamment se renouveler de génération en génération, malgré tous les progrès de notre civilisation moderne.

Si la mère a beaucoup et du bon lait, l'enfant prospère très-bien pendant des mois sans paraître jamais sentir la faim; mais c'est ordinairement la mère qui en souffre, elle s'épuise, elle est obligée de manger davantage et plus souvent, ses fonctions digestives s'en fatiguent, et elle maigrit malgré la quantité de nourriture qu'elle prend. Parmi ces bonnes nourrices, il y en a qui commencent à tousser et qui finissent par devenir tuberculeuses. L'allaitement exclusif devient ainsi une grande dépense de force vitale que quelques personnes supportent sans doute, mais dont le nombre n'est pas grand.

La prophylaxie de la tuberculose doit donc commencer, dans les familles suspectes de prédisposition surtout, par une alimentation appropriée aux besoins du petit enfant, en satisfaisant sa faim dès qu'il en témoigne les symptômes, et en évitant soigneusement tout abus de boisson. Il n'est pas le moins du monde dangereux de donner, même dès les premiers jours, une nourriture à demi-liquide, comme de la farine de riz cuite dans du lait, ou simplement de la croûte de pain séchée au four, pilée et ramollie dans du lait chaud et pur. On peut très-bien se passer des produits de l'imagination un peu aventureuse d'un chimiste célèbre; il n'y a qu'une seule précaution à prendre, c'est de donner au commencement trop peu plutôt que trop. Les mères ne savent ordinairement pas se rendre compte de la quantité de boisson que peut contenir le petit estomac d'un enfant, aussi en donnent-elles généralement beaucoup trop dès qu'elles se servent du biberon. Il en est naturellement de même lorsqu'il s'agit de donner à manger, et on ne pourra jamais assez leur recommander de ne commencer que peu à peu et de bien apprendre à connaître la dose voulue. Il n'est, du reste, pas bien difficile de le remarquer lorsque l'enfant commence à être un peu moins avide, et de cesser de lui donner sans le presser davantage. Il est nécessaire aussi de faire comprendre qu'une parfaite régularité pour les heures de ces petits repas est de toute rigueur. On peut également, si l'on veut, un peu varier avec les aliments et donner, par exemple, des gruaux d'avoine cuits dans du bouillon, du tapioca. Les gruaux d'avoine ou de l'orge écorcée, cuite dans du bouillon de veau, sont un excellent aliment pour les enfants disposés à la constipation.

(La suite prochainement.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 20 octobre 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Instruction publique transmet, au nom du consul général de France à Londres, un ouvrage intitulé : *Public Health*, qui contient divers mémoires scientifiques relatifs à la médecine.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Giraldès, Lefort et Trélat, qui se présentent comme candidats à la section de pathologie chirurgicale;

2° Des lettres de MM. les docteurs Marrotte et Oulmont, qui se présentent comme candidats dans la section de thérapeutique;

3° Un mémoire de M. le docteur Louis Sentex (de Saint-Sever), sur l'amniotite (Commissaires : MM. Blot et Devilliers);

4° Un travail de M. le docteur Morin, sur la topographie médicale et hygiénique du canton de Charolles (Saône-et-Loire) (Commission des épidémies).

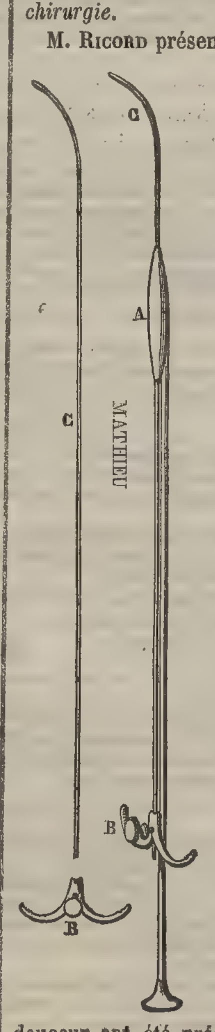
M. Pidoux dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur F. Garrigou, médecin consultant aux eaux d'Ax, sur la sulfhydrométrie et ses diverses applications (Commissaires : MM. Gobley et Chatin.)

M. Robinet présente un ouvrage en portugais intitulé : *Statistique des hôpitaux de Saint-Joseph et de Saint-Lazare*, par M. le docteur Alvarenza, qui sollicite le titre de membre correspondant étranger.

M. Gubler présente une note manuscrite de M. le docteur Bergeret (de Saint-Léger), sur les eaux et la roche de Saxon-les-Bains.

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Sédillot, membre associé, un volumineux et savant ouvrage intitulé : *Contributions à la chirurgie.*

M. Ricord présente, au nom de M. le docteur Mallez, un divulseur uréthral très-simple que M. Mallez a fait construire par M. Mathieu.



Il se compose : d'une bougie conductrice filiforme; d'un mandrin qui lui fait suite et qui sert à guider une olive dilatatrice de diamètre variable, suivant les cas, et placée à l'extrémité d'un petit manche. La bougie est introduite, le mandrin la suit, et sur ce dernier on fait glisser l'olive en poussant sur son manche et en retenant de la main gauche le mandrin et la verge allongée pour prévenir le froncement de la muqueuse.

Ce divulseur, plus simple que ceux de Perrère et de Holt, qui rappelle la bougie à ventre de Ducamp, avec une action plus précise et plus énergique, a l'avantage de ne faire éclater l'urèthre qu'aux points rétrécis et non dans la plus grande partie de sa longueur, et il a donné, dans les cas où il a été employé dans ces derniers temps, des résultats immédiats très-satisfaisants.

LECTURE.

Réduction des luxations de la cuisse.

M. Dolbeau, candidat pour la section de pathologie chirurgicale, lit un travail manuscrit intitulé : *Réduction des luxations de la cuisse par la flexion combinée à la rotation* (procédé de Desprès). M. Dolbeau, dans un exposé historique du sujet, fait remonter à Pouteau l'idée capitale de réduire les luxations de la cuisse sans employer les méthodes de force. Pouteau recommandait la flexion du membre et les tractions modérées à l'époque où Petit venait d'inventer sa machine à tractions. Les méthodes de douceur ont été préconisées encore par Dupouy, Maisonneuve, chirurgien major du régiment de Maugéon, Kluge, Wathman, Collin, Justre, Colombeau et Beack. Mais c'est véritablement à Desprès, en 1835, que revient l'honneur d'avoir érigé en méthode la flexion de Pouteau combinée à la rotation de la cuisse en dehors. M. Dolbeau a eu l'occasion, depuis dix ans, d'employer cette méthode de réduction dans 11 cas de luxation de la cuisse, savoir : 8 pelvisiatiques, 2 iliopubiennes, 1 ischiopubienne. Toutes ces luxations ont été réduites sans aides par le chirurgien seul et sans difficultés. Tous les malades ont été soumis à l'anesthésie par le chloroforme. M. Dolbeau donne la relation de ces faits et en tire les conclusions suivantes :

1° Toutes les luxations récentes de la cuisse, quelles qu'en soient d'ailleurs les variétés, peuvent être réduites aisément par le procédé de Desprès;

2° Le procédé de Desprès procure des succès même dans les cas où la méthode de force peut échouer;

3° La flexion de la cuisse combinée à la rotation du membre permet de dégager la tête de tous les obstacles qui pourraient la retenir et en même temps de lui faire parcourir les différents points de la circonférence du cotyle jusqu'à ce qu'elle soit en rapport avec la déchirure capsulaire, seule porte par laquelle elle puisse rentrer;

4° Avant d'avoir recours aux méthodes de force, il convient de tenter le procédé de Desprès.

Dans tout ceci, dit en terminant M. Dolbeau, je n'ai rien inventé, j'ai cité des faits bien observés; j'ai voulu appeler de nouveau l'attention sur une manœuvre simple à la portée de tous et dont la valeur a doublé depuis l'emploi du chloroforme. J'espère avoir ainsi rendu hommage à la mémoire de l'un de mes maîtres. (Commissaires : MM. Richet et Chassaignac.)

RAPPORTS.

M. Gobley, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Chevallier et Poggiale, donne lecture d'un rapport sur un mémoire ayant pour titre : *Note sur les étamages et sur la poterie d'étain*, présenté à l'Académie par M. Jeannel, professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Les ordonnances de police, dit M. le rapporteur, prescrivent depuis longtemps déjà de n'employer que de l'étain pur pour l'étamage de tous les vases destinés aux usages alimentaires. M. le Ministre de la Guerre, dans une instruction adressée le 11 juin 1864 à tous les chefs des hôpitaux militaires, ordonne de s'assurer si dans ces établissements les prescriptions de l'autorité sont exécutées. M. Jeannel a été chargé de ce travail pour l'hôpital militaire de Bordeaux, et c'est le résultat de ses observations qu'il a envoyé à l'Académie.

M. Jeannel s'est proposé particulièrement de rechercher quelle était la proportion de plomb que contenait l'étain dont se servent les étameurs. Après avoir examiné les étamages de l'hôpital militaire de Bordeaux, M. Jeannel en a analysé un grand nombre en dehors de cet établissement, et il a reconnu que dans la ville de Bordeaux les étameurs employaient de l'étain qui renfermait jusqu'à 25 et 50 p. 100 de plomb.

La Commission a soumis elle-même à l'analyse un grand nombre d'étamages, et elle a reconnu qu'à Paris, chez les étameurs qui méritent confiance, l'étamage est toujours fait avec de l'étain pur; mais elle a constaté aussi que chez le plus grand nombre, et surtout chez les étameurs ambulants, l'étamage renferme toujours du plomb dont la proportion est quelquefois considérable.

M. Jeannel a également soumis à l'analyse la poterie d'étain de l'hôpital militaire de Bordeaux, et il a trouvé qu'elle était formée de 85 d'étain et de 15 de plomb.

La Commission, de son côté, a analysé plusieurs des objets en étain que l'on trouve dans le commerce, et elle a constaté que plusieurs de ces objets contenaient une proportion considérable de plomb. Par exemple : une cuiller contenait 62 d'étain et 38 de plomb; une timbale, 58 d'étain et 42 de plomb; une cuiller à café, 75 d'étain et 25 de plomb; un robinet de fontaine, 70 de plomb et 30 d'antimoine; un biberon, 80 de plomb et 20 d'antimoine; une petite cuiller était presque entièrement formée de plomb.

M. le rapporteur, après avoir fait ressortir les dangers que peuvent entraîner ces alliages pour les objets destinés à contenir des matières alimentaires, termine en ces termes : Des faits consignés dans ce rapport, nous croyons, dit-il, pouvoir tirer les considérations suivantes : 1° maintenir pour les étamages l'emploi de l'étain fin, ne contenant pas plus de 1 à 2 p. 100 de métaux étrangers, parce que ce métal est sans danger pour la santé publique, et qu'il peut être employé seul pour cet usage; 2° fixer le titre de l'étain de 5 à 6 p. 100 de plomb pour tous les vases et ustensiles destinés à contenir des aliments ou des boissons, parce que cet alliage n'offre pas de danger sérieux et qu'il est suffisant pour la solidité du métal; 3° exiger le contrôle sur tous les objets en étain, comme on le fait pour les mesures, ou tout au moins le nom et l'adresse du fabricant: 4° substituer à l'essai par la balance hydrostatique, l'analyse chimique, qui seule permet d'apprécier d'une manière certaine la composition des alliages; 5° appeler l'attention de M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce sur les contradictions qui existent entre l'ordonnance royale du 16 juin 1839 et l'ordonnance préfectorale du 23 février 1853, afin que de l'étain au même titre soit employé sans danger dans tout l'Empire pour la fabrication des mesures et vases destinés aux usages alimentaires.

Comme conclusions du rapport, M. le rapporteur propose de voter des remercîments à M. le docteur Jeannel pour son intéressante communication, et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

A la suite de quelques explications échangées entre MM. Larrey, Desportes, Chevallier et M. le rapporteur, les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

— M. Robinet, au nom d'une Commission composée de MM. Gobley, Bouvier et Robinet, rapporteur, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Hecquet (d'Abbeville). Ce travail a pour objet l'étude, au point de vue de l'hygiène, des eaux potables de l'arrondissement d'Abbeville.

M. le rapporteur, après avoir analysé le travail de M. Hecquet et en avoir fait ressortir l'importance, termine en soumettant à l'Académie les conclusions suivantes : 1° remercier M. Hecquet de son intéressante communication ; 2° proposer le renvoi de ce beau et important mémoire au comité de publication; 3° enfin, insérer le nom de M. le docteur Hecquet parmi ceux des candidats aux places de correspondants de l'Académie.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

CORRESPONDANCE

Nous avons annoncé, dans le dernier numéro, une lettre de M. J. Guérin en réponse à l'observation de M. Lantier. Prévoyant que cette lettre pourrait provoquer de nouvelles observations de la part de M. Lantier, et dans le but d'abréger une discussion qui doit paraître maintenant suffisante pour tout le monde, nous avons communiqué une épreuve de la lettre de M. J. Guérin à M. Lantier qui nous a transmis immédiatement sa réplique, qu'on trouvera à la suite de la lettre. Nous n'ajouterons plus rien sur le fond de ce débat, si ce n'est que nous en appelons aux expériences et aux faits nouveaux qui pourront seuls lui donner une solution définitive.

A M. le rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

Sous le prétexte de compléter mon observation relative à un cas de péritonite puerpérale, arrêtée à son début par l'aspiration utérine, M. le docteur Lantier (de Courbevoie) a publié, dans votre dernier numéro, une relation contredisant d'un bout à l'autre le récit impartial des personnes présentes. Je ne puis, dans le véritable intérêt de la science et de la vérité, m'empêcher de replacer sous les yeux de vos lecteurs les principaux faits qui leur permettront de juger à quel mobile le médecin de Courbevoie a cédé en adressant son prétendu complément d'observation à l'Académie et en le reproduisant dans votre journal.

Vos lecteurs savent maintenant que le récit que j'ai fait des circonstances *antérieures* à ma visite du 19 à la malade de Courbevoie est la reproduction rigoureusement exacte des détails consignés dans la lettre du mari, laquelle m'a été adressée le 25 août dernier.

J'en suis bien fâché pour M. Lantier si sa version académique se trouve *sur tous les points* contredite et absolument contredite par la lettre du mari de la malade. C'est donc l'auteur de cette lettre et non pas moi qu'il accuse d'inexactitude, si ce n'est d'autre chose encore. Or, pour comprendre de quel côté est la vérité, il suffira de faire cette remarque que la lettre écrite le 25 août, c'est-à-dire presque au lendemain des événements et, comme je l'ai déjà dit, sans aucune autre préoccupation que celle de dire exactement la vérité, n'a été inspirée ni par le désir d'exagérer ou de diminuer quoi que ce soit, ou de contredire qui que ce soit. Je maintiens donc que tous les faits matériels consignés dans la lettre du mari de la malade, et contrôlés par la malade elle-même et les personnes qui l'entouraient, peuvent et doivent être acceptés comme l'expression de la vérité impartiale, et qu'au surplus j'ai pu et dû les considérer comme tels, sur le refus réitéré du médecin de venir me les donner lui-même. A l'occasion de ce refus, je dois rétablir la vérité, singulièrement altérée par M. Lantier. Lorsque je l'ai fait avertir de ma présence auprès de la malade, il était chez lui; il s'est borné à répondre qu'il n'avait pas le temps, qu'il devait aller à Paris. Je lui ai fait réitérer mon invitation, motivée par l'état de la malade, ajoutant au surplus que je l'emmènerais à Paris. Ce n'est que sur ce second refus que je me suis chargé de la malade. Contrairement à l'allégation de M. Lantier, je n'ai pas dit à la malade que je la trouvais fort mal (ce que personne ne croira), et par conséquent la malade n'a pas eu lieu d'être surprise, comme le dit M. Lantier, de ce pronostic absurde et effrayant; mais j'ai eu à la rassurer, au contraire, et à combattre l'idée nettement exprimée par elle qu'elle allait mourir. Voilà la vérité, que je défie M. Lantier, mieux informé, de contredire.

Je ne reproduirai pas, comme j'en aurais le droit, toutes les allégations de M. Lantier en regard des affirmations contraires des personnes présentes; mais je relèverai cette accusation que « si, dès le 13, ces prétendues membranes avaient présenté une si mauvaise odeur à M. Guérin, il était au moins imprudent d'attendre, le 19, l'imminence de la mort pour employer l'appareil aspirateur. » Il y a dans ce passage autant d'inexactitudes que de mots. M. Lantier sait parfaitement bien que je n'ai vu la malade ni le 13, ni le 14, ni le 15, mais le 19 seulement, et par conséquent je ne pouvais pas faire le 13 ce que j'ai fait le 19. Je dirai comme l'agneau :

« Je n'étais pas né. »

On jugera, d'après cette série d'imputations, du reste de l'historique adressé à l'Académie par son auteur. Et ce n'est pas là un fait d'inadvertance, car deux lignes plus bas, la même intention se reproduit sous une forme différente : « Si le 19 l'utérus avait été à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, surtout un utérus *si bien gorgé de placenta*, le ventre n'eût pas été si sonore. » Or, dans mon observation, il est dit « que le jour de l'accouchement, le délivre était sorti complet en apparence. » Je n'ai donc pas donné l'utérus comme si bien gorgé de placenta le 19. A toutes ces suppositions, à toutes ces insinuations, à toutes ces accusations, M. Lantier en ajoute une dernière : « Si madame C... avait été le 19 août dans l'état indiqué par M. Jules Guérin, il y aurait eu déjà bien d'autres symptômes, de bien autre gravité et pour la mère et pour l'enfant, l'appareil aspirateur aurait été complètement inutile, et la guérison ne se fût pas faite aussi parfaitement. » La conclusion se tire d'elle-même; mais heureusement cette conclusion s'applique à celui qui n'a pas craint de braver tous les témoignages, et toutes les vraisemblances.

Voltaire l'a dit dès longtemps : On ne choisit pas ses adversaires, on les subit; j'ajouterai que le lieu où ils parlent et l'auditoire qui les entend obligent de prendre en considération des attaques qu'on eût pu, sans cela, se dispenser de relever.

J'ai l'honneur d'être, etc.

JULES GUÉRIN.

Réponse de M. Lantier.

Un mot seulement.

La malade en question, je l'ai observée; ce que j'ai vu, je l'ai dit, de bonne foi, sans idée préconçue, avec les preuves scientifiques.

Libre à M. J. Guérin de s'appuyer sur des documents extra-médicaux.

L'Académie a jugé; nos confrères jugeront.

Dr LANTIER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Gosselin reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mardi 27 octobre, à huit heures du matin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Notions d'hygiène a l'usage des instituteurs primaires. — (Quatre conférences faites à la Sorbonne en 1867), par le Dr T. GALLARD, médecin titulaire de la Pitié. In-8. — Paris, librairie L. Hachette et Ce, boulevard Saint-Germain, 77.

Du Café. — Étude de thérapeutique physiologique, par le Dr F. MEPLAIN, In-8 avec figures. Prix, 2 fr. 50. — Paris, librairie L. Leclerc, 14, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes durant les mois de juin, juillet, août et septembre.

Les vacances que la Société médicale des hôpitaux s'est adjugées, ont naturellement amené un retard dans la communication des rapports mensuels de la Commission des maladies régnantes. Ce retard vient d'être soldé par un rapport collectif ou accumulé comprenant les mois de juin, juillet, août et septembre, c'est-à-dire toute la période estivale de l'année. Nous y gagnons un rapprochement instructif et une sorte de tableau d'ensemble qui fait mieux ressortir l'influence saisonnière.

« La constitution médicale des mois de juin, juillet, août et septembre, dit le rapport de M. Besnier, considérée dans son ensemble, est régulière et normale, c'est-à-dire qu'il n'est survenu pendant son cours aucune de ces perturbations graves et extraordinaires de la santé publique qui signalent certaines époques médicales. On a bien constaté, à la vérité, quelques circonstances particulièrement remarquables, telles que la prolongation des maladies de l'hiver jusqu'au milieu de l'été; quelques prédominances plus ou moins accentuées, telles que les diacrises gastro-intestinales cholériformes, ou encore quelques paroxismes épidémiques, tel que celui qui existe en ce moment pour les affections typhoïdes, mais il n'y a rien là d'insolite, rien d'imprévu, rien même qui ne puisse, dans la mesure plus ou moins restreinte de nos connaissances, être expliqué par les influences climatériques et hygiéniques. »

Cependant, ajoute M. Besnier, la mortalité générale dans les hôpitaux généraux et dans les hôpitaux spéciaux, a été plus considérable dans cette période que pendant les mois correspondants de l'année précédente. Voici la différence qui ressort du rapprochement de ces deux périodes, mois par mois, d'après le tableau de la mortalité comparée dans les hôpitaux de Paris, dressée par les soins de l'Administration de l'assistance publique :

MORTALITÉ COMPARÉE des mois de juin, juillet, août et septembre 1868 *dans les hôpitaux de Paris (non compris les hospices et maisons de retraite).*

	JUIN		JUILLET		AOUT		SEPTEMBRE	
	1867	1868	1867	1868	1867	1868	1867	1868
Mortalité générale des hôpitaux civils	733	795	760	844	792	777	755	806
Phthisie pulmonaire	192	234	217	230	218	220	250	227
Pneumonie	54	49	61	40	37	27	46	40
Fièvre typhoïde	24	21	42	37	52	40	38	48
Variole	6	6	10	10	8	2	9	15
Bronchite	8	8	5	17	9	8	7	3
Pleurésie	9	16	3	8	6	9	4	9
Entérite	7	16	13	17	16	22	10	32
Diarrhée	0	11	3	13	4	20	15	10
Affections cholériformes	4	0	1	4	3	2	4	1
Rhumatisme articulaire	1	1	2	9	2	3	1	6

La Commission a dressé, en outre, d'après les Bulletins quotidiens de l'Observatoire de Paris, un tableau des observations atmosphériques faites pendant cette période. Ce tableau met en relief la variabilité de la température et des pressions barométriques, et les écarts considérables qui se sont produits, à de certains moments, entre les *minima* et les *maxima* de température dans une seule période de 24 heures.

Ces données préliminaires établies, nous allons emprunter, au volumineux rapport de M. Besnier, les traits caractéristiques principaux des diverses séries de maladies qui ont dominé par leur fréquence durant cette période.

Les affections des voies respiratoires, qui avaient déjà subi, en avril et en mai, une très-notable atténuation de nombre, ont continué à décliner régulièrement de mois en mois. Le nombre des décès par pneumonie, qui était encore de 85 pour le mois de mai, n'a plus été que de 49 en juin, 40 en juillet et 27 seulement en août. C'est dans ce mois que les affections des voies aériennes ont subi un arrêt définitif. Dans les mois précédents, c'était, en effet, plutôt sur la gravité que sur le nombre des cas que portait l'atténuation.

Les pleurésies, dans chacun de ces mois, ont été remarquables par leur nombre et quelquefois par leur gravité : 16 décès en juin, 8 en juillet, 9 en août. Un grand nombre de ces pleurésies se sont accompagnées d'un épanchement abondant, et l'indication de la thoracentèse s'est souvent offerte.

La phthisie pulmonaire a continué pendant les mois d'été, comme en hiver, à décimer la population des hôpitaux : 253 décès en janvier, 253 en février, 304 en mars, 289 en avril, 282 en mai, 234 en juin, 330 en juillet, 220 en août, 227 en septembre.

Les affections rhumatismales ont été très-fréquentes et la mortalité assez élevée. Le chiffre des décès a été de 9 pour le mois de juillet, mois dans lequel a eu lieu la plus grande oscillation thermométrique. Les pleurésies et les affections rhumatismales ont marché de pair sous ce rapport.

Indépendamment du rhumatisme articulaire proprement dit, quelques médecins ont signalé une fréquence extrême d'affections névralgiques, un grand nombre de douleurs rhumatismales, de pleurodynies, etc.

Parmi les affections éruptives, la variole est restée sensiblement stationnaire pendant toute la durée de l'été, et ce n'a été guère que dans le mois de septembre qu'elle sembla avoir subi quelque recrudescence. L'abaissement dans l'intensité de l'épidémie était très-manifeste dès le mois de mai et a persisté pendant tout l'été.

La rougeole a conservé, pendant les mois de juin et de juillet, sa fréquence et sa gravité; l'atténuation ne s'est définitivement accentuée qu'au mois d'août.

La scarlatine, très-rare les années précédentes dans les hôpitaux de Paris, et dont on notait la réapparition dans les premiers mois de cette année, a continué à se développer tout en restant dans des proportions relativement restreintes.

L'épidémie de fièvre typhoïde a subi, dans ces trois mois, une recrudescence évidente; toutefois, la mortalité causée par cette affection a été, pour chaque mois de cette année, sauf pour le mois de septembre, inférieure à celle des mois correspondants de l'année précédente. Tandis qu'il y a eu, pour l'année 1867, 24 décès en juin, 42 en juillet, 52 en août et 38 en septembre, dans l'année courante, les décès ont été de 21 en juin, 37 en juillet, 40 en août et 48 en septembre.

Les caractères généraux de l'épidémie sont restés les mêmes pendant toute la saison, et n'ont présenté de variétés que suivant quelques séries particulières.

Les affections des voies digestives, particulièrement les diarrhées, ont été, comme tout le monde le sait, d'une très-grande fréquence dans le cours de l'été; on sait aussi qu'elles ont présenté parfois une intensité assez élevée pour revêtir, à un degré plus ou moins accentué, l'aspect cholérique. Les explications qui ont été données à cet égard à l'Académie de médecine dans le mois d'août dernier, et qui ont été mises à cette époque sous les yeux de nos lecteurs, nous dispenseront de suivre ici le rapport dans les développements assurément très-intéressants qu'il a donnés à ce sujet; il devra nous suffire d'en présenter le résumé :

« En résumé, dit M. le rapporteur, les affections des voies digestives ont été nombreuses pendant les mois de juin, juillet et août 1868; on a surtout observé des diarrhées revêtant communément la forme que l'on désigne sous le nom de cholérine; un certain nombre de ces cas, sous des influences diverses, ont acquis un assez haut degré de gravité pour constituer des cas de choléra; mais ces derniers n'ont donné lieu qu'à une mortalité extrêmement restreinte, et n'ont présenté, ni dans leur nombre, ni dans leur mode de développement, etc., aucun caractère qui soit de nature à les rattacher à une épidémie de choléra indien. Le chiffre maximum de ces derniers décès a été, dans les hôpitaux, de quatre pour le mois de juillet, chiffre qui est le même que celui des mois de juin et de septembre de l'année précédente. L'augmentation du chiffre des décès est due surtout aux entérites et aux diarrhées des enfants; mais elle a été relativement considérable. »

Depuis la fin d'août et pendant le mois de septembre, les cholérines sont devenues moins nombreuses, en même temps que l'épidémie typhoïde se développait et qu'apparaissaient les dyssenteries.

Un assez grand nombre de cas d'ictère ont été signalés à la commission.

Des cas d'affection cérébrale ont été observés aussi en assez grand nombre, mais sans présenter aucune gravité insolite.

La commission n'a reçu, pour cette période, aucun document de nature à apporter quelque éclaircissement relativement à l'influence supposée de la saison chaude sur la fréquence et la gravité des accidents saturnins. Mais des documents plus récents indiquent une fréquence plus grande de ces accidents pendant le mois de septembre.

Les affections puerpérales, rares, en général, n'ont été mentionnées qu'au point de vue d'un incident relatif à la question de la contagion de l'érysipèle auquel l'une d'elles a donné lieu. Nous réservons ce point pour y revenir à l'occasion.

Enfin, les affections pseudo-membraneuses n'ont paru avoir été que médiocrement influencées par les actions saisonnières. En juin, on trouve pour les deux hôpitaux réunis (hôpitaux des Enfants-Malades et Sainte-Eugénie) un cas d'angine septique, suivi de décès, et onze cas de croup, dont un seul a guéri sans opération, et dix opérés ont donné quatre guérisons et six morts. Parmi les quatre guéris à la suite de la trachéotomie, deux avaient été traités par l'extrait oléo-résineux de cubèbe. — Nous reviendrons prochainement sur cette médication.

En juillet, il n'y a eu à l'hôpital des Enfants qu'un seul cas de croup opéré et guéri; mais à l'hôpital Sainte-Eugénie, la maladie s'est montrée fréquente et grave. Douze cas de croup ont donné dix décès. Il y a eu, en outre, quelques cas d'angine couenneuse et de diphthérie généralisée mortelles. Tous les malades décédés par le croup ont présenté ce caractère, déjà constaté pendant tout le courant de l'année, de la généralisation de la diphthérie, suivie d'asphyxie à forme lente et progressive et de bronchopneumonie.

En août, même gravité et même prodominance. A Sainte-Eugénie, cinq cas de croup opérés, cinq décès. A l'hôpital des Enfants, quatre cas de croup, deux opérés, un guéri, deux non opérés guéris.

En septembre, trois croups opérés, trois décès, à l'hôpital des Enfants. Disparition presque complète de l'épidémie à Sainte-Eugénie.

Traitement du catarrhe utérin par les injections intra-utérines.

La discussion qui a eu lieu récemment à l'Académie de médecine, sur la méthode d'aspiration utérine, a donné l'occasion d'apporter un nouveau témoignage irrécusable à l'appui du fait longtemps contesté de la possibilité de faire pénétrer les liquides injectés dans l'utérus, dans les trompes, et de là dans la cavité péritonéale. Avant les expériences sur le cadavre, des faits de pratique malheureux n'avaient déjà que trop bien démontré la possibilité de cette communication directe; si bien qu'on s'est justement préoccupé, depuis, de chercher les moyens de prévenir la reproduction possible de cet accident, sans renoncer aux avantages que peuvent donner dans la pratique les injections intra-utérines. C'est dans ce but que M. le docteur Gantillon, auteur d'un mémoire sur le catarrhe utérin tout récemment publié (1), a eu l'idée de recourir, pour pratiquer ces injections, à une seringue à jets multiples récurrents, modelée sur celle dont M. le docteur Langlebert se sert pour les injections uréthrales.

Disons d'abord, avant de parler du procédé, que M. Gantillon a fait, dans ce travail, une étude clinique et anatomopathologique très-soignée du catarrhe utérin soit simple ou idiopathique, soit symptomatique, et des causes et conditions diverses qui le produisent. C'est sur cette étude que sont fondées les indications du double traitement général et local à l'aide duquel il combat cette affection. Nous ne nous occuperons ici que du traitement local et seulement de l'un des éléments de ce traitement local, les injections intra-utérines.

On sait que l'une des grandes difficultés opposées à une application plus générale et plus commune des injections intra-utérines, est le danger du passage de l'injection dans le péritoine. M. Gantillon, sans nier ce danger, puisque c'est en vue de s'en garantir qu'il a imaginé sa seringue à jet récurrent, y croit peu, ou le considère, du moins, comme très-rare et tout à fait exceptionnel. Mais il est un autre genre d'accident sur lequel il appelle particulièrement l'attention, accident beaucoup plus commun, mais beaucoup moins grave heureusement, et qui a pu souvent donner le change. « Si chez la plupart des femmes, dit M. Gantillon, l'injection passe inaperçue, même lorsqu'il s'agit de solutions caustiques, il en est chez lesquelles on observe des symptômes très-alarmants pour le praticien non

(1) *Du Catarrhe utérin et de son traitement par les injections intra-utérines*, par M. le docteur Gantillon (de Londres). Brochure in-8. Paris, 1868, chez Asselin.

habitué. La malade pousse un cri, il y a des coliques, des étreintes analogues à celles de l'accouchement, puis survient un peu de ballonnement du ventre, de la pâleur de la face; les extrémités se refroidissent, le pouls devient petit, la malade se trouve plongée dans une grande anxiété. » Dans quelques circonstances même, M. Gantillon a observé le tremblement général des membres et des vomissements. Eh bien! ces phénomènes si effrayants, et que l'on a pu prendre plus d'une fois pour une pénétration intra-péritonéale, rentrent le plus ordinairement dans l'ordre des phénomènes d'actions réflexes. La preuve, c'est qu'on les observe aussi bien après un simple cathétérisme utérin qu'après une injection.

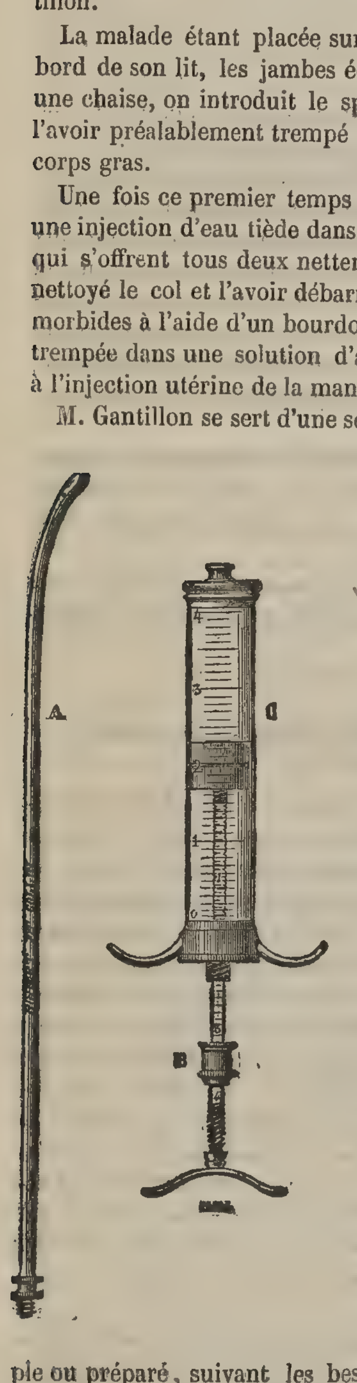
La conclusion de tout ceci, c'est qu'il faut toujours procéder aux injections utérines avec beaucoup de prudence. C'est là surtout un des points sur lesquels insiste le plus M. Gantillon. « J'ai pour habitude, dit-il, de tâter en quelque sorte la sensibilité utérine de chacune de mes malades. J'emploie successivement les bougies de cire, puis l'hystéromètre métallique, et enfin, lorsque la sensibilité est émoussée, je procède aux injections... Quant à la nature des liquides, j'agis d'une manière graduelle : j'emploie d'abord l'eau tiède, puis l'eau froide, et j'arrive ainsi successivement aux injections astringentes et même caustiques. » C'est aux injections avec le nitrate d'argent que notre confrère donne la préférence. Il a pu, dans des cas graves, porter sans inconvénient jusqu'à 3 grammes l'injection composée de parties égales d'eau et de nitrate d'argent.

Voici quel est le manuel opératoire employé par M. Gantillon.

La malade étant placée sur la chaise à spéculum ou sur le bord de son lit, les jambes écartées, chaque pied reposant sur une chaise, on introduit le spéculum dit *bec-de-canard*, après l'avoir préalablement trempé dans l'eau chaude et enduit d'un corps gras.

Une fois ce premier temps de l'opération accompli, on fait une injection d'eau tiède dans le vagin et sur le col de l'utérus, qui s'offrent tous deux nettement à la vue. Puis, après avoir nettoyé le col et l'avoir débarrassé des produits des sécrétions morbides à l'aide d'un bourdonnet de charpie ou d'une éponge trempée dans une solution d'acide chlorhydrique, on procède à l'injection utérine de la manière suivante :

M. Gantillon se sert d'une seringue graduée de la capacité de 4 grammes, à laquelle est adaptée une canule d'une longueur et d'un diamètre moindre que les hystéromètres ordinaires, percée à son extrémité de trous à jets récurrents. Cette disposition et les petites dimensions de l'instrument permettent aux liquides injectés de rétrograder facilement par l'orifice du museau de touche.



Après avoir chargé la seringue du liquide qu'on se propose d'injecter dans l'utérus, on fait pénétrer la canule avec précaution jusqu'au fond de l'organe, et on pousse lentement le piston, de manière à faire arriver quelques gouttes de liquide dans la cavité utérine, puis on attend que quelques mucosités se présentent, indiquant ainsi la tendance au reflux du liquide. A ce moment, on peut pousser plus franchement l'injection et faire un véritable lavage récurrent de toute la cavité utérine.

Ensuite, si cela est nécessaire, on introduit un tampon simple ou préparé, suivant les besoins. Nous citerons, parmi les observations que M. Gantillon rapporte à l'appui de cette méthode de traitement, le fait suivant :

Une femme âgée de 24 ans, d'une faible constitution et d'un tempérament lymphatique, mal réglée et sujette à de nombreuses crises hystériques, s'est présentée à la consultation de M. Gantillon pour des pertes blanches considérables survenues depuis deux ans, à la suite d'un accouchement, et contre lesquelles on a vainement employé les ferrugineux, le vin de quinquina et les bains de Barèges. Depuis deux mois, elles s'accompagnaient de douleurs dans le bas-ventre, s'irradiant jusque dans les lombes. Le linge de cette malade était taché par une matière visqueuse faisant sur l'étoffe le même effet que l'empois d'amidon.

L'examen de l'appareil génital justifia la présomption de l'existence d'un catarrhe utérin que cette dernière circonstance avait fait naître dans l'esprit de M. Gantillon. Il y avait, en effet, à l'orifice externe de la vulve, une quantité énorme de matière albumineuse. Par le toucher, on trouvait un col flasque et volumineux, et l'introduction du spéculum montrait une ulcération profonde de la presque totalité du col, dont l'ouverture, largement fendue en travers, laissait suinter un bouchon de matières albumino-gélatineuses.

M. Gantillon fit immédiatement, avec la seringue ci-dessus décrite, une injection intra-utérine d'une solution très-concentrée de nitrate d'argent (50 grammes p. 100 d'eau), et il introduisit un tampon de ouate sèche. Il fut recommandé à la malade de garder le repos le plus absolu au lit et de se faire, jusqu'à la prochaine visite, de nombreuses injections d'eau froide.

Quelques heures après l'injection intra-utérine, il se manifesta de violentes tranchées, et les règles survinrent, peu abondantes il est vrai et peu colorées. Des cataplasmes laudanisés furent appliqués sur le ventre. Au bout de 24 heures, toute trace d'accident avait disparu. Le tampon de ouate fut changé toutes les 24 heures.

Le 17 mars (9 jours après la première injection qui avait été faite le 8 mars), une deuxième injection intra-utérine fut pratiquée, qui, cette fois, ne fut suivie d'aucun accident.

Le 24, on constata la persistance de l'écoulement du liquide albumineux ainsi que celle de l'ulcération du col. — Troisième injection. Aucun accident.

Le 2 avril, l'écoulement était moins abondant, l'ulcération du col avait notablement diminué. — Quatrième injection, sans accident.

Le 12, amélioration croissante sous le double rapport de l'écoulement et de l'ulcération. — Cinquième injection, pas d'accident.

Le 30, l'écoulement du liquide est presque nul et l'ulcération du col aux trois quarts cicatrisée.

Le 2 mai, l'écoulement avait complétement cessé et l'ulcération du col était entièrement cicatrisée.

Blessure de l'œil par un éclat d'acier. — Hémorrhagie dans le corps vitré. — Altération grave de la vision.

M..., âgé de vingt-cinq ans, forgeron, est frappé d'un petit éclat d'acier, à l'œil droit, dans la matinée du 20 septembre dernier. La vision est troublée immédiatement, et le blessé juge convenable de ne se soumettre à aucun traitement.

Trois jours après, il se présente à la clinique de M. Fano, qui note les symptômes suivants : la vision de l'œil droit est mauvaise; en regardant en face, le blessé ne distingue médiocrement que les objets placés à sa droite. La conjonctive sclérotiale est hyperhémiée, surtout dans son tiers externe et inférieur. A la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen de la demi-circonférence interne de la cornée, se trouve un petit pertuis qui permet l'introduction d'un stylet d'Anel à une grande profondeur. C'est par ce point que le corps vulnérant a pénétré dans l'œil. Après avoir dilaté la pupille avec l'atropine, M. Fano constate, au moyen du miroir ophthalmoscopique, que le corps vitré renferme plusieurs masses, de couleur noire, de volume variable, se portant dans toutes les directions lorsque l'œil se meut (*six sangsues à la tempe droite*).

Les jours suivants, la vision de face s'améliore quelque peu; l'hyperhémie de la conjonctive diminue. Cette bonification ne dure pas, et dans les premiers jours d'octobre, le blessé a tout autant de peine à distinguer les objets; le corps vitré renferme des masses noires, flottantes, en aussi grand nombre.

DE LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE (1)

Par M. le docteur SEILER, à Genève.

Cette manière de nourrir ménage les forces de la mère; elle n'est pas privée de son sommeil, parce que l'enfant dort presque toute la nuit, et les femmes les moins fortes peuvent se donner le plaisir d'offrir le sein à leur enfant au moins une ou deux fois par jour. Si la mère a peu de lait, l'enfant mangera d'autant plus vite et n'en prospérera que mieux; il deviendra fort et vigoureux, lors même qu'elle aurait une constitution lymphatique; et cette alimentation est, à notre avis, le meilleur si ce n'est l'unique moyen d'avoir des enfants sans prédisposition tuberculeuse et de combattre l'hérédité de la diathèse. Des enfants ainsi nourris ont des chairs fermes, une bonne coloration de la peau, et développent une chaleur vitale proportionnelle à leur nourriture; ils se refroidissent moins que d'autres et supportent l'air du dehors, lors même que le temps n'est pas très-favorable; ils apprennent de bonne heure à résister aux influences extérieures, à celles surtout qui développent la phthisie.

Nous ne pensons pas qu'avec une pareille alimentation on doive prescrire une médication antidiathésique, et il n'est pas probable que l'on en obtiendrait de grands résultats. Il n'est pas non plus utile de retarder l'époque du sevrage, car un allaitement prolongé n'a aucune epèce d'avantage, comme il n'a pas non plus les inconvénients dont quelques auteurs ont parlé; ce n'est pas du tout une épreuve pour les enfants habitués à un tel régime, et il est fort indifférent que l'on y procède plus tôt ou plus tard. Si la mère commence à donner, après les repas, un peu de lait de vache à la place du sein et qu'elle ne le donne que la nuit seulement, ou soir et matin, l'enfant prendra, quelques jours plus tard, tout aussi volontiers du lait dans une tasse, et il sera sevré sans s'en être aperçu. On pourra, de cette façon, sevrer quand on voudra.

Ce genre d'alimentation a de si grands avantages, il est si fortifiant et si peu irritant à la fois, qu'on devrait le continuer le plus longtemps possible. Non-seulement les enfants ne mâchent pas assez bien la viande et la digèrent assez mal, ils ne l'aiment généralement pas beaucoup et elle les échauffe et les irrite. Quant aux stimulants, comme le café, le thé, le vin, les épices, on fera bien de n'en faire qu'un usage modéré, ainsi que de la pâtisserie qui est généralement indigeste.

Les enfants qui ont été misérables pendant l'allaitement, ou pendant que l'on ne leur donnait que du lait coupé, reprennent assez souvent dès qu'ils sont sevrés, ou plutôt dès qu'on les trouve assez âgés pour manger; tout le temps qu'ils semblent avoir perdu pour leur croissance est vite rattrapé, à l'exception que la plupart d'entre eux conservent encore très-longtemps un gros ventre. Mais il y en a beaucoup aussi dont les fonctions digestives restent languissantes, l'appétit fait défaut, et de pareils enfants restent débiles malgré les soins les mieux entendus qu'on leur prodigue; ils deviennent capricieux pour la nourriture, en préférant fréquemment ce qui leur convient le moins, et en refusant ce qui pourrait fortifier leur constitution.

Le climat de l'Europe étant un des plus humides de la terre, celui de l'Europe occidentale surtout, il convient de ne pas perdre de vue son influence sur notre organisme. L'humidité de l'atmosphère favorise le lymphatisme, la blancheur d'une peau fine si sujette ordinairement aux refroidissements, tandis que la fibre musculaire est plus molle, d'une contractilité moins énergique que dans les pays secs. On fera donc bien de combattre cette influence par une alimentation très-concentrée et surtout en évitant de donner plus de boisson qu'il n'est absolument nécessaire. On ne sait généralement pas assez, ou on ne l'a pas assez répété, quels mauvais effets une alimentation trop liquide peut produire.

L'abus des boissons (ce n'est pas des boissons alcooliques que nous voulons parler, mais de tous les liquides qui servent à étancher notre soif) affaiblit cependant considérablement notre énergie vitale; elle nous rend moins aptes à supporter des fatigues ou à résister à des influences contraires à notre santé. En essayant de faire l'ascension un peu pénible d'une montagne quelconque, celui qui n'y est pas habitué aura soif en peu de temps, et s'il se met à boire du vin, de la bière, du lait, de l'eau, n'importe, à l'instant il aura les jambes coupées, une grande fatigue le saisit et il sera mauvais marcheur pour toute la journée. Qu'il résiste, au contraire, à la tentation de boire, la soif le tourmentera pendant quelque temps, mais il finira par s'y habituer, il s'établira une espèce d'équilibre dans son corps, et à la fin de la journée, il sera lui-même étonné d'avoir pu faire autant de chemin et d'avoir pu supporter autant de fatigue. Il en est à peu près de même dans la vie ordinaire : les personnes qui boivent par habitude ont des chairs molles, elles résistent peu aux nombreuses causes de maladies dont nous sommes presque constamment entourés, elles éprouvent fréquemment des lassitudes et des fatigues, tout travail est plus pénible pour eux que pour d'autres plus sobres sous ce rapport.

La question de savoir combien, dans la vie ordinaire et avec le régime alimentaire en usage en Europe, il convient de boire, n'a peut-être pas encore été discutée, et ce serait aller trop loin que de vouloir donner des chiffres *à priori*; mais dès qu'il s'agira d'enfants à constitution lymphatique, il conviendra de les habituer à boire le moins possible. La plupart de nos aliments contiennent une quantité d'eau proportionnellement aussi grande que les tissus de nos organes; beaucoup d'entre eux en contiennent plus encore. Par une température moyenne, nous n'avons donc besoin que de peu de boisson. On comprend aisément qu'avec une alimentation concentrée on obtienne une fibre plus sèche qu'avec des habitudes contraires, et que c'est un moyen au moins aussi efficace de combattre le lymphatisme que les traitements médicaux.

Faut-il de bonne heure habituer les enfants à supporter les influences de l'air extérieur avec ses changements de température et d'humidité, ses altérations de vents et de calme? ou faut-il chercher à les en préserver, afin d'éloigner d'eux, par des précautions constantes et une surveillance continuelle, les causes occasionnelles de tout dérangement de leur santé? On a beaucoup recommandé, et on le met en pratique en Angleterre plus que chez nous, de les aguerrir et d'émousser leur réceptivité en endurcissant le système dermatique et en fortifiant en même temps le système nerveux. Lorsqu'il s'agit d'enfants délicats et débiles, on comprend que l'amour maternel ne veuille pas courir le risque de rendre l'enfant malade par des tentatives de ce genre, et que le médecin, si on le consulte, ne soit pas mieux disposé à assumer cette responsabilité. Si la première éducation physique a été mal dirigée dès le commencement, la chose devient en effet difficile, et on ne peut pas dire que ce soit absolument sans danger d'en faire l'essai. Avec leur alimentation mal entendue et insuffisante, de pareils enfants développent si peu de chaleur, et ils sont pour cette raison si sujets aux refroidissements, que l'on est obligé de les couvrir de vêtements beaucoup plus que d'autres. Les vêtir moins serait diminuer encore le peu de vitalité qu'ils possèdent et les exposer à tous les inconvénients qui peuvent en résulter.

Nous croyons donc qu'il faut commencer avec les enfants lymphatiques, scrofuleux et débiles, par une alimentation saine et fortifiante, et ne les habituer à l'air extérieur qu'au fur et à mesure qu'ils commencent à se fortifier. Il est vrai qu'alors, plus le climat et le temps sont favorables, plus on peut les laisser à la promenade et au jardin, plus leur appétit augmente, plus la nutrition fait de progrès, plus la chaleur vitale devient intense et l'enfant capable de résister aux variations ordinaires de la température. Dès ce moment, on peut diminuer sans

(1) Suite. — Voir notre dernier numéro.

aucun danger les précautions et commencer une éducation physique mieux faite pour l'endurcir. Les lavages à l'eau froide sont généralement recommandés; nous pensons cependant qu'on fera bien de ne les entreprendre qu'avec des enfants qui marchent et savent se réchauffer par un exercice quelconque. L'air extérieur a quelque chose de fortifiant qui manquera toujours dans l'intérieur de nos appartements. La preuve en est que dans les serres, malgré une chaleur suffisante, malgré une chaleur suffisante, une ventilation complète, les plantes y restent toujours délicates. La cause n'en a pas encore été appliquée d'une manière satisfaisante, et elle paraît être encore un des secrets de la nature.

La gymnastique en plein air est justement pour cette raison, croyons-nous, un meilleur fortifiant que les lavages; elle permet de déposer tous les vêtements superflus et d'exposer beaucoup plus longtemps le corps à l'action tonique de l'air frais que les lavages, tandis que l'exercice lui-même, pourvu qu'il ne soit pas trop violent, mais suffisamment prolongé, développe la vigueur non-seulement de la peau, mais de tout l'organisme, et lui imprime une force de résistance qu'on ne saurait trop apprécier.

L'alimentation des adultes n'est pas moins importante au point de vue prophylactique que celle des enfants. Comme notre instinct nous porte à varier autant que possible les plaisirs de la table, une multitude de préparations culinaires ont été inventées, dont on croit maintenant ne pouvoir se passer. La densité croissante de la population en Europe a, de son côté, exercé une influence impérieuse sur certaines modifications survenues dans l'alimentation populaire depuis un siècle environ. Si l'on classe les substances qui font la base de notre nourriture en trois grandes catégories, représentées par la viande, le pain et les légumes, on trouvera que la consommation de la première a une tendance à augmenter régulièrement, et qu'elle n'est limitée que par la production qui ne suffit qu'imparfaitement à la demande. C'est ce que prouve la hausse graduelle des prix. Il n'est pas probable que cette production fasse dans un avenir prochain de bien rapides progrès; car l'agriculture a, depuis longtemps déjà, dirigé ses meilleurs efforts de ce côté. Elle a même limité la culture des céréales, dont les prix sont, plus que ceux des viandes, influencés par la concurrence des pays lointains. Mais sans l'appoint des plantes potagères, des pommes de terre surtout, on ne pourrait pas longtemps nourrir cette nombreuse population, malgré l'importation de céréales qui se fait continuellement. Qu'on veuille bien nous permettre de jeter un rapide coup d'œil sur les conséquences que cette modification dans l'alimentation populaire a pu avoir sur la santé en général, et de nous demander si elle n'a pas exercé une certaine influence sur l'augmentation du nombre des phthisiques que l'on croit avoir observé.

L'instinct porte l'homme à manger de la viande, il la préfère généralement aux végétaux. Il y a des peuples entiers qui ont une alimentation animale, comme les Esquimaux, les Groënlandais, les Islandais, les Lapons, les Kirghises et en général tous les peuples nomades. Notre organisation s'en accommode parfaitement bien; ces peuples sont bien bâtis, et on se rappelle que chez eux la tuberculisation est inconnue. Ne vivre que de viande, non-seulement ne serait guère possible dans notre monde civilisé, mais il est très-probable aussi que dans notre climat plus doux, vivant la plupart du temps dans des maisons bien closes, et beaucoup moins à l'air extérieur que les peuplades que nous venons de citer, faisant usage de boissons excitantes, comme de café, de thé, de vin : une telle alimentation serait beaucoup trop échauffante, pour les enfants surtout, et il est à craindre qu'elle n'eût de graves inconvénients pour les adultes également.

Un régime exclusivement végétal a souvent été recommandé, et il compte encore actuellement des adeptes en Angleterre. Qu'en résulte-t-il pour la santé de ceux qui le suivent? Nous n'en savons rien. Mais il y a malheureusement, en Europe, une grande partie de la population qui ne possède pas les moyens de se procurer souvent de la viande, population qui fournit certainement le plus grand nombre de phthisiques et qui semble répondre à la question que nous venons de poser. On opposera peut-être, et avec une grande apparence de raison, que la consommation de la viande ayant considérablement augmenté, le nombre des phthisiques aurait dû diminuer. Mais tout en mangeant plus de viande, les classes aisées ont pris plus de goût pour les légumes, en délaissant les farineux, et la nutrition a perdu de ce côté autant qu'elle a perdu de l'autre. La classe ouvrière vit, du reste, principalement de plantes potagères, de pommes de terre surtout, et ne consomme que peu de viande. Il a déjà été question, dans notre précédent article, des raisons pour lesquelles elles sont suspectes de favoriser le développement de la phthisie par l'absorption, par leurs radicules de substances en décomposition dans le sol et mises en circulation avec la sève. Leur composition chimique a en outre beaucoup moins de rapport avec notre organisme que celle des viandes et des céréales, et elles sont, pour cette raison, d'une assimilation bien plus difficile, pour les corps surtout qui ne sont pas doués d'une très-grande énergie vitale. Quoique la nature ait laissé à notre organisme une certaine latitude de s'accommoder à la nutrition que les circonstances extérieures lui assignent, il n'est pas moins vrai que c'est en général dans les familles pauvres, qui ne nourrissent leurs enfants que de pommes de terre et de légumes mal assaisonnés, que l'on trouve les formes les plus prononcées, les véritables types de la scrofule. La digestion, quelque bonne qu'elle puisse être, ne produira jamais, avec une pareille alimentation, qu'un chyle difficilement assimilable, il lui faut une respiration et une combustion pulmonaire des plus actives pour opérer cette métamorphose. Chez ceux qui travaillent en plein air, ces fonctions sont plus énergiques que chez les habitants des villes dans leurs demeures presque toujours fermées, et c'est là la cause principale pourquoi les campagnards, les agriculteurs surtout, quoiqu'ils vivent, plus exclusivement encore que les citadins de la classe ouvrière, de pommes de terre et de légumes, ne fournissent pas un contingent plus nombreux de phthisiques que ces derniers.

La pureté de l'atmosphère a une très-grande influence sur notre digestion aussi bien que sur l'assimilation. Qui ne sait avec quelle vivacité l'appétit se réveille dès les premières heures déjà chez les habitants de la plaine qui vont à la montagne, combien dans cet air pur leur digestion devient active et se fait promptement; ce que les personnes les plus délicates peuvent manger au bout de quelques jours? Il est impossible d'attribuer ces effets à la différence de densité de l'atmosphère, puisqu'on les observe en pleine mer aussi bien que dans les pays du nord; c'est la pureté seule de l'air qui les produit; et cette circonstance est une confirmation de plus du rôle que jouent dans l'étiologie de la tuberculose les émanations continuelles du sol. Mais, malgré la pureté plus grande de l'air de la montagne, la phthisie y est néanmoins assez fréquente chez ceux qui sont obligés de se nourrir de pommes de terre et de légumes, et vivent pendant sept ou huit mois de l'année au milieu des neiges, presque toujours enfermés dans des habitations étroites; aussi la tuberculose ne disparaît-elle que lorsque l'altitude ne permet plus leur culture. Que l'on se figure maintenant une alimentation si peu favorable chez une personne dont les fonctions digestives manquent d'énergie, qui est condamnée à vivre dans une atmosphère enfermée, menant une vie sédentaire et ne respirant que juste ce qu'il faut pour vivre, on ne s'étonnera pas que la sanguification soit incomplète et que des matières non encore animalisées soient déposées dans le poumon même où elles auraient dû être entièrement métamorphosées par la combustion.

(La fin prochainement.)

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE

Opération. — Adhérences anciennes. — Mauvais état de l'intestin. — Guérison.

Par M. le Dr Boe,

Ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Montpellier.

Mademoiselle X..., âgée de 64 ans, sans profession, portait une hernie crurale datant de 22 ans, hernie survenue après un effort considérable qu'elle avait fait pour porter sa mère infirme. Elle n'en avait jamais parlé à son médecin, ne s'occupait jamais de la faire rentrer, et n'employait qu'irrégulièrement un mauvais bandage. Elle avait vécu ainsi, sans être victime de son imprudence, pendant 22 ans.

Le 29 mai 1868, elle mangea à son premier repas une grande quantité de fraises; elle en mangea de nouveau à son second repas. Vers neuf heures du soir, elle fut prise de coliques intolérables, suivies de selles très-abondantes, et bientôt après de vomissements. Pendant les efforts de vomissements, la hernie devint tout à coup plus volumineuse; les garde-robes cessèrent aussitôt et définitivement. Les vomissements au contraire continuèrent toute la nuit.

Le lendemain matin, elle fit appeler mon père, son médecin depuis très-longtemps. Il constata la nature des vomissements constitués seulement par des aliments et de la bile; il n'y avait pas d'ailleurs de fièvre; les coliques avaient beaucoup diminué. L'état de la malade paraissait donc sans gravité. Mais les vomissements, loin de s'arrêter, persistèrent les jours suivants, et ce ne fut qu'au bout de cinq jours, le 4 juin, que mon père put obtenir de la malade l'aveu de son infirmité et la permission de l'examiner. Il put alors constater à droite, dans la région de l'aine, remontant un peu au-dessus du ligament de Fallope, une tumeur oblongue, du volume d'un œuf de poule, renittente, indolente, sans changement de coloration de la peau et dont le grand axe était dirigé dans le sens du pli de l'aine. Après un taxis de deux à trois minutes, un gargouillement se fit entendre, et la tumeur herniaire diminua de moitié; mais tous les autres efforts furent impuissants à faire rentrer l'autre partie. La malade ne se plaignait d'ailleurs d'aucune douleur, la fièvre était nulle. Mais les vomissements continuaient; tout ce qu'elle prenait était rejeté à l'instant. Mon père prescrivit un bain, et un lavement avec : huile de ricin, 30 grammes, miel de mercuriale, 60 grammes. Le lavement fut rendu sans évacuation alvine.

Le lendemain, *5 juin*, je vis la malade pour la première fois. Je pus constater les symptômes précédents, la réduction d'une partie de la tumeur, tandis que l'autre restait irréductible. Pas de fièvre. Accidents locaux nuls. Vomissements bilieux. — Bain; lavement émollient; bouillon; limonade.

6 *juin*. — Les vomissements, presque continuels, renferment aujourd'hui des matières fécales. Pas de fièvre. Pas de traces d'inflammation. Douleur nulle. — Bain; lavement pugatif. — Le lavement est sans effet.

7 *juin*. — Même état. Vomissements incessants, plus épais, composés de matières fécales. — Lavement avec : feuilles sèches de tabac, 30 grammes, eau, 1 litre; réduire à un demi-litre. — Ce lavement n'amène aucun résultat. L'effet physiologique du tabac se réduit à quelques tiraillements dans les membres. — L'opération est décidée pour le lendemain.

Le 8 juin, à 8 heures du matin, je pratiquai l'opération avec l'assistance de mon père. Après avoir rasé les poils qui couvraient la tumeur, je fis un pli horizontal à la peau et l'incisai verticalement; l'incision dépassa la tumeur d'un centimètre en haut et en bas. Le tissu graisseux sous-cutané, très-abondant, fut en partie excisé. Les tissus sous-cutanés furent ensuite incisés avec le bistouri, d'abord en dédolant, et puis à l'aide de la sonde canelée. J'arrivai ainsi au sac qui nous parut très-épaissi. L'ouverture, faite en dédolant, donna issue à une sérosité rougeâtre assez abondante. Le sac vidé fut, à l'aide des ciseaux, largement ouvert de tous côtés; son épaisseur était de 2 millimètres environ. L'intestin s'offrit alors à nos yeux, sans épiploon, globuleux, bilobé par suite d'une adhérence ancienne très-forte qui tiraillait l'intestin en bas : le lobe supérieur, assez ferme, avait un aspect violacé; le lobe inférieur était au contraire flétri, flasque, presque noirâtre. L'adhérence qui unissait la partie inférieure de l'intestin au sac et divisait le premier en deux lobes avait le volume de l'extrémité du petit doigt et près de 2 centimètres de longueur. Elle était d'apparence fibreuse et ne paraissait contenir aucun vaisseau; aussi, l'index de la main gauche la soulevant, elle fut doucement incisée avec le bistouri dont le tranchant fut aussi éloigné que possible de l'intestin. D'autres adhérences plus récentes purent être rompues avec le doigt. L'étranglement existait à l'anneau crural. A l'aide d'un bistouri droit et boutonné, je débridai d'abord en haut et en dehors et puis directement en haut. L'intestin rentra facilement. Le sac fut laissé à l'extérieur. Nous n'avions eu aucune hémorragie. Nous laissâmes la malade reposer un quart d'heure, et puis, la plaie étant lavée, après nous être bien assurés que la hernie était réduite, nous procédâmes à la réunion des lèvres de la plaie au moyen de quatre sutures. Pansement à plat maintenu avec un bandage spica.

Pendant les premières heures qui suivirent l'opération, il y eut plusieurs vomissements contenant toujours les mêmes matières; enfin, à midi, la malade vomit une quantité considérable de matières fécales : ce fut le dernier vomissement. Presque immédiatiatement après, la malade s'endormit. Dans la soirée, elle eut une fièvre très-modérée, mais un besoin invincible de sommeil, interrompu seulement pour lui faire prendre du bouillon.

9 *juin*. — Dans la nuit, même sommeil. Pas de fièvre, pas de douleur abdominale; la malade urine deux fois abondamment. Bouillons et limonade. — Dans la journée, elle continue à dormir. Pas de selles; elle rend cependant quelques vents. Le soir, un peu de fièvre.

10 *juin*. — Dans la nuit, quelques coliques suivies de vents. Miction abondante. Ce matin, pas de fièvre; langue humide. Le besoin de sommeil est toujours aussi grand. Faiblesse extrême. Pas de selles. Lavement avec : huile de ricin, 30 grammes; miel de mercuriale, 60 grammes. Bouillons toutes les deux heures; eau vineuse. — Le lavement, gardé pendant six heures, amène trois selles, les deux premières liquides, la dernière demi-liquide contenant des grumeaux noirâtres, consistants.

11 *juin*. — Pas de fièvre; même besoin de sommeil. — Bouillons; eau vineuse.

12 *juin*. — Pas de fièvre; besoin de sommeil moins marqué. Pas de selle depuis le dernier lavement. Ce matin, cinquième jour après l'opération, le pansement est levé pour la première fois : la réunion s'est faite dans toute l'étendue de la plaie, sauf aux deux extrémités par où s'écoule un dé environ de pus, très-épais, jaunâtre. — Même pansement. Bouillon; chocolat à l'eau; eau vineuse.

13 *juin*. — Les forces reviennent. Pas de coliques; pas de fièvre. Langue humide. Pas de selles. — Pansement : l'ouverture supérieure est cicatrisée; il ne reste plus que l'ouverture inférieure par laquelle sort une petite quantité de pus, toujours très-épais, presque concret. Même régime. — Lavement purgatif, suivi de selles demi-solides, verdâtres, assez abondantes.

14 *juin*. — Même état. — Potages; volaille.

15 *juin*. — Retour des forces. Léger suintement de pus par l'ouverture inférieure de la plaie qui se rétrécie de plus en plus. Le fil inférieur est enlevé. Augmenter le régime.

16 *juin*. — Amélioration continuelle. Cicatrisation de la plaie à peu près complète; les trois fils restants sont enlevés. Pas de selles. — Lavement purgatif qui provoque, au bout de dix minutes, des évacuations alvines très-épaisses, excessivement abondantes.

21 *juin*.— L'état de la malade est excellent. La cicatrisation est complète. Dans peu de jours, la cicatrice sera assez solide pour permettre d'appliquer un bandage herniaire.

La hernie était très-ancienne, maintenue irrégulièrement; elle était devenue irréductible, par suite d'une adhérence très-forte qui unissait l'intestin au sac, tiraillait l'intestin en bas et gênait la circulation dans la partie située au-dessous d'elle. Cette adhérence, ayant l'apparence d'un gros cordon fibreux, devint pendant l'opération une complication qui ne put être tranchée qu'avec le bistouri; par des tractions exagérées, nous pouvions, en effet, déchirer l'intestin qui était en très-mauvais état.

A quelles causes devons-nous attribuer ce mauvais état de l'intestin? Il est évident que l'adhérence ancienne, dont nous venons de parler, divisant l'intestin en deux lobes, l'étranglant pour ainsi dire, gênait la circulation dans cette partie de l'intestin. A cette cause, il faut ajouter le retard que subit l'opération pour divers motifs. D'abord la malade n'avoua son mal que cinq jours après le début des symptômes. Puis, le défaut d'accidents locaux, tels que douleur, inflammation, le défaut de fièvre permettaient de croire plutôt à l'engouement qu'à l'étranglement. Enfin, la résistance de la malade était aussi un obstacle, résistance qui ne put être vaincue que lorsque nous lui déclarâmes qu'il ne lui restait plus qu'une seule chance de salut, l'opération.

L'opération ne fut donc pratiquée que dix jours après le début des accidents. Cet état flétri, flasque et noirâtre de l'intestin, nous donna de vives inquiétudes; cependant, l'absence de plaques grisâtres, le défaut de suintement à travers les parois intestinales, nous firent espérer que nous n'avions pas affaire à une gangrène complète; et nous réduisîmes. Nous avions néanmoins à craindre une rupture. Aussi la malade fut elle soumise pendant cinq jours à un régime sévère. Ce fait nous paraît un encouragement à réduire quand l'intestin n'est pas dans de

bonnes conditions. On évitera une rupture interne menaçante, en soumettant l'opéré à un régime diététique très-sévère; on donnera ainsi à des adhérences le temps de se former.

Enfin, en contradiction avec beaucoup de chirurgiens, mais suivant le conseil de Malgaigne, nous réunîmes les lèvres de la plaie par première intention. Malgré une suppuration assez abondante due au tissu graisseux sous-cutané et au sac, la cicatrice était complète au bout de douze jours.

Nous dirons en terminant un mot des vomissements de matières fécales si abondants qui suivirent l'opération. Loin de croire à un étranglement interne, nous interprétâmes ce fait par l'habitude qu'avait prise le tube intestinal de rejeter par en haut les matières qu'il renfermait. L'étranglement levé, les contractions ayant lieu dans le même sens, la malade dut ainsi vomir même les matières qui avaient séjourné au-dessous de l'étranglement. Au bout de trois heures, les fonctions intestinales reprirent leur cours régulier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

La Faculté ouvrira ses cours d'hiver le 3 novembre 1868. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

Physique médicale. — M. Gavarret. — (Les mardis et vendredis, à midi) : Chaleur, électricité, lumière. — (Les lundis, à cinq heures) : Applications biologiques : acoustique et optique physiologiques.

Pathologie chirurgicale. — M. Verneuil. — (Les lundis, mercredis et vendredis, à trois heures) : Chirurgie des régions.

Anatomie. — M. Sappey. — (Les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures) : Les appareils de la locomotion et de la circulation considérés au point de vue de l'anatomie générale, de l'anatomie descriptive et de l'anatomie topographique.

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Lasègue. — (Les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures (petit amphithéâtre) : Logique médicale; Pathologie générale du système nerveux et de l'appareil digestif.

Chimie médicale. — M. Wurtz. — (Les mardis et samedis, à midi) : Chimie générale. — (Les jeudis, à midi) : Chimie biologique (phénomènes chimiques de la digestion ; étude chimique du sang).

Pathologie médicale. — M. Axenfeld. — (Les mardis, jeudis et samedis, à trois heures) : Maladies générales aiguës et chroniques.

Opérations et appareils. — M. Denonvilliers. — (Les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures) : Principes généraux de la médecine opératoire.

Histologie. — M. Robin. — (Les mardis, jeudis et samedis, à cinq heures) : L'Histologie proprement dite (2e partie du programme imprimé).

Clinique médicale. — M. Bouillaud. — (Tous les jours, le matin, de huit à dix heures) : A la Charité.

Clinique médicale. — M. Constantin Paul, agrégé, chargé de cours. — (Tous les jours, le matin, de huit à dix heures) : A la Charité.

Clinique médicale. — M. Béhier. — (Tous les jours, le matin, de huit à dix heures) : A la Pitié.

Clinique médicale. — M. Grisolle, suppléé par M. Peter, agrégé. — (Tous les jours, le matin, de huit à dix heures) : A l'Hôtel-Dieu.

Clinique chirurgicale. — M. Laugier. — (Tous les jours, le matin, de huit à dix heures) : A l'Hôtel-Dieu.

Clinique chirurgicale. — M. Gosselin. — (Tous les jours, le matin, de huit à dix heures) : A la Charité.

Clinique chirurgicale. — M. Broca. — (Tous les jours, le matin, de huit à dix heures) : A la Pitié.

Clinique chirurgicale. — M. Richet. — (Tous les jours, le matin, de huit à dix heures) : A l'hôpital des Cliniques de la Faculté.

Clinique d'accouchements. — M. Depaul. — (Tous les jours, le matin, de huit à dix heures) : A l'hôpital des Cliniques de la Faculté.

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES.

Maladies des enfants. — M. H. Roger. — (Les mercredis, à huit heures et demie) : A l'hôpital des Enfants.

SEMESTRE D'HIVER. — DIVISION DES ÉTUDES.

Première année : Chimie médicale. — Physique médicale.

Deuxième année : Anatomie. — Histologie. — Dissection.

Troisième année : Anatomie. — Histologie. — Dissection. — Opérations et appareils. — Pathologie interne et pathologie externe. — Cliniques médicale et chirurgicale.

Quatrième année : Pathologie interne et pathologie externe. — Pathologie générale. — Cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale.

MM. les étudiants sont prévenus que le registre destiné à recevoir le montant de l'inscription du premier trimestre de l'année scolaire 1868-1869 est ouvert tous les jours de dix heures à midi précis, à partir du 1er novembre 1868, et qu'il sera clos le 15 du même mois.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des dyspepsies dites essentielles, leur nature et leurs transformations (théorie et pratique), par le docteur Willième. 1 vol. in 8 de 630 pages. Prix, 8 francs. — Paris, 1868, Adrien Delahaye, éditeur.

Deuxième thèse du docteur Grenier. — Du ramollissement sénile du cerveau, précédé d'une dédicace à Mgr Dupanloup, évêque d'Orléans, avec pièces justificatives concernant sa première thèse intitulée : *Du libre arbitre humain.* In-8. Prix, 2 francs. — Paris, 1868, Adrien Delahaye, éditeur.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 126. — MARDI 27 OCTOBRE 1868. 41e ANNÉE. MARDI 27 OCTOBRE 1868. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL BEAUJON. — M. DOLBEAU.

Calcul vésical volumineux chez un homme très-gras. — Neuf séances de lithotritie uréthrale. — Guérison complète.

(Observation recueillie par M. Magdelain, interne du service.)

Le nommé R..., âgé de 66 ans, de Beauvais, entré le 30 janvier 1868 à l'hôpital Beaujon, 1er Pavillon, lit n° 57, dit avoir remarqué depuis très-longtemps que ses urines déposaient; il fait remonter à sept ans les premiers indices de la présence d'un calcul dans sa vessie. Il ajoute qu'une fois, pendant le coït, il éprouva tout à coup une douleur indéfinissable dans le canal de l'urèthre, et que depuis ce moment la miction fut douloureuse et interrompue de temps en temps, chaque fois qu'il voulait uriner; plusieurs fois, après avoir uriné, il a perdu quelques gouttes de sang; un peu plus tard, la miction devint plus facile, moins souvent interrompue, mais toujours douloureuse, surtout à la fin; il avait de fréquentes envies d'uriner (dix à quinze fois pendant la nuit). Il souffrait presque continuellement, principalement lorsqu'il faisait des efforts, comme, par exemple, pour fendre du bois. Ces douleurs avaient pour siége le canal de l'urèthre, depuis le col de la vessie jusqu'au gland; elles ne se prolongeaient que rarement vers la région lombaire. Malgré ces malaises, le malade a conservé un embonpoint énorme, il est pour ainsi dire infiltré de graisse; il s'impressionne facilement. L'auscultation fait reconnaître des intermittences dans la succession des bruits du cœur; cet organe est plus volumineux qu'à l'état normal. Telles sont les remarques que l'on fait au sujet de R... lorsqu'il vient à l'hôpital Beaujon; il croit avoir un calcul vésical et veut en être débarrassé.

Par un premier cathéthérisme, qui détermine un peu de malaise, on s'assure, en effet, de la présence d'un calcul, qu'on suppose, *à priori*, dur et volumineux. Tous les assistants ont entendu le choc de la sonde métallique contre ce calcul. Deux jours après, on fait un deuxième cathéthérisme, mais sans inconvénient cette fois. L'état d'embonpoint du malade, joint à la lésion cardiaque qui existe chez lui, porte M. Dolbeau à tenter pour lui la lithotritie *uréthrale*, réservant la lithrotritie *périnéale* comme dernière ressource, dans le cas où il serait impossible d'arriver à un résultat favorable par le premier procédé.

La première séance de lithotritie eut lieu le 13 février. Le calcul, pris entre les deux branches du catéther, suivant son grand axe sans doute, ne permet pas de se servir de la vis de l'instrument; M. Dolbeau, par un habile coup de main, parvint à prendre ce calcul suivant un autre diamètre et à le fragmenter en déployant une assez grande force; le malade ne pouvant résister plus longtemps au besoin d'uriner, on fut obligé de suspendre la séance. Cet homme a, vers midi, un petit frisson suivi de sueurs profuses; ses urines sont un peu sanguinolentes et laissent déposer des graviers qui ont été conservés. Le lendemain matin, il se trouve beaucoup mieux, il est très-content de savoir que son *pavé a été cassé*; sur sa demande, on change, autant que possible, le régime de l'hôpital, régime qu'il ne peut supporter. La nuit, il dort trois heures, ce qui ne lui était pas arrivé depuis son entrée à Beaujon.

Le 15, il a seulement assez souvent envie d'uriner, il a peu d'appétit. Il a rejeté quelque peu de graviers.

Le 17, au matin, on retire, à l'aide de pinces, mais avec beaucoup de peine, un fragment anfractueux du calcul engagé dans le canal de l'urèthre jusqu'à la fosse naviculaire.

Le 18, pas d'appétit, langue blanche, le malade a vomi ses aliments. (Eau de sedlitz pour le 19 au matin.)

Le 20, eut lieu la deuxième séance. M. Dolbeau s'est servi cette fois du catéther de l'hôpital, instrument plus volumineux que le sien et qui s'est engorgé au point que ce fut une véritable difficulté pour le dégager du méat urinaire. Résultat assez favorable. Cependant le malade prit vers midi et demi un frisson qui ne dura pas moins d'une demi heure et qui fut suivi de sueurs profuses pendant le jour et même la nuit. Le malade a uriné très-peu et a rejeté des graviers. Le 21, il est très-affaibli; on lui remonte autant que possible le moral, car il a de grandes tendances à se laisser déprimer. Le lendemain, mieux sensible, peu d'appétit.

Le 27 février, troisième séance, la meilleure de celles qui ont eu lieu jusqu'alors. La vessie est un peu plus tolérante, ce qui permet de prolonger un peu les tentatives d'écrasement. L'instrument de M. Dolbeau est retiré aussi avec difficulté. Pas de frisson, un peu de sueurs, anorexie presque complète. Le volume des graviers expulsés est apprécié le lendemain matin à 2 centigrammes environ. Le 29, état satisfaisant, à part le défaut d'appétit.

Le 5 mars, séance de lithotritie sans résultat : la vessie s'est vidée et l'instrument ne peut se mouvoir.

Le 6, cystite (bain prolongé).

Le 7, amélioration.

Le 9, impossibilité de conserver l'eau injectée dans la vessie.

Le 14, sans faire d'injection préalable, M. Dolbeau introduit le catéther et saisit le calcul, qui, tout d'abord, résiste et finit par éclater en plusieurs fragments.

Pendant la journée, expulsion de graviers; à sa visite du soir, l'interne du service retire un fragment volumineux engagé dans le canal.

Les jours suivants, le moral du malade est bien meilleur; l'appétit cependant fait toujours défaut.

Le 21, nouvelle séance de lithotritie très-satisfaisante : pendant la journée, expulsion de graviers; M. Bourgeois, interne de garde, retira un fragment anguleux arrêté dans le canal.

Pendant la nuit du 27, malaise, un peu de fièvre. (Deux verres d'eau de sedlitz pour le lendemain.)

Le 2 avril, le malade conserve dans le canal, toute la nuit, un calcul très-volumineux que M. Dolbeau retire le lendemain avec beaucoup de peine; un peu de fièvre et d'intolérance de la vessie. Le lendemain, mieux.

Le 4, au soir, douleurs dans la région lombaire gauche, au périnée, et jusque dans le testicule gauche.

Le 5, orchite à gauche (suspensoir).

Le 9, séance avantageuse; expulsion de quelques fragmants pendant la journée.

Les jours suivants, les urines sont parfaitement claires; pas ou peu de douleur en urinant.

Le 16, septième séance, dont le résultat est l'expulsion de fragments brunâtres, stratifiés, et que l'on considère comme devant être le noyau central du calcul.

Le 23, il est impossible au malade de conserver l'eau injectée dans la vessie; il avait résisté trop longtemps auparavant au besoin d'uriner. On remet la séance au lendemain.

Le 24, huitième séance, qui ne fait rejeter que quelques fragments; le lithotriteur engorgé a été retiré avec beaucoup de peine; un fragment, retenu entre les deux branches, déchire la muqueuse dans une certaine partie de son étendue : écoulement de sang pendant la journée, sans autre accident.

Le 28 avril, le malade se plaint de ressentir des douleurs provoquées par un fragment qui s'engage dans le canal. A sa visite du soir, l'interne, à l'aide d'une injection, repousse ce calcul dans la vessie.

Le 30, neuvième séance. M. Dolbeau ne rencontre que quelques fragments dans la vessie; l'instrument est encore retiré avec peine. — Cette séance, qui paraissait devoir provoquer l'expulsion d'une certaine quantité de graviers, ne donne qu'un fragment assez volumineux et quelque peu de poussière; elle est la moins productive de toutes celles qui ont été faites avec succès.

Le 3 mai, les graviers desséchés qui ont été recueillis pèsent trente-huit grammes, abstraction faite de la poussière qui n'a pu être mise en réserve. Le calcul est d'acide urique avec un petit noyau d'acide oxalique, coloré en noir par de la matière organique.

Le 7 mai, M. Dolbeau introduit son lithotriteur, mais ne rencontre dans la vessie aucun corps étranger.

Le 12 mai, nouvelle exploration tout aussi infructueuse.

Le malade est considéré comme totalement guéri; il quitte l'hôpital le 14 mai.

Revu depuis, R... jouit d'une santé parfaite; il ne souffre plus en urinant; il garde ses urines quatre heures et plus.

Cette observation n'a pas besoin d'être commentée, je crois, pour que tout son intérêt pratique devienne plus saisissant. Elle montre suffisamment toutes les ressources que l'art peut offrir à un chirurgien qui sait subordonner aux cas particuliers l'emploi de tel ou tel procédé opératoire, et non pas les cas à la méthode.

M. Dolbeau, l'inventeur de la lithotritie *périnéale*, n'a pas cru devoir appliquer ici son procédé, pour deux raisons :

1° Parce que le malade ne pouvait être soumis à l'influence du chloroforme sans quelque danger, et qu'il ne voulait supporter aucune opération sans être endormi;

2° A cause de l'extrême obésité de cet homme.

Néanmoins, M. Dolbeau réservait son procédé comme une ressource certaine pour le cas où la lithotritie *uréthrale* n'aurait pu suffire.

Le résultat a été des plus avantageux.

DE LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE (1)

Par M. le docteur SEILER, à Genève.

Le rôle de l'eau est encore considérable. Si elle contient des substances organiques semblables à celles de l'atmosphère, elle devient lourde, indigeste, elle fatigue le corps, et l'on comprend quelle influence elle peut avoir selon sa qualité, puisqu'elle entre pour une si large part dans la préparation de nos aliments. Il est reconnu, dans tous les pays montagneux, que dans les maisons qui ont de bonnes sources jaillissantes, il y a moins de maladies, moins de catarrhes surtout que dans celles où l'on est moins favorisé sous ce rapport.

Le développement plus ou moins complet de la poitrine a également une grande importance. Les personnes avec un corps mince et une poitrine étroite sont plus menacées que celles qui ont une charpente forte et large. De nombreuses recherches spirométriques ont démontré qu'entre la taille d'une personne et le volume d'air que peut contenir son poumon, il existe une certaine proportion, qui varie nécessairement selon l'âge et le sexe, pour laquelle on est cependant parvenu à établir une moyenne, en prenant pour base les mesures d'un grand nombre d'individus. C'est ainsi que l'on a trouvé, chez les personnes qui ont une prédisposition tuberculeuse héréditaire, la capacité être de 1/8 à 1/3 au-dessous de la moyenne. Il est donc tout naturel de recommander, comme un des principaux éléments de la prophylaxie, de favoriser le plus possible le développement et la dilatation de la poitrine par l'exercice et la gymnastique, et au besoin d'avoir recours à la galvanisation (1), pour toniser et fortifier les muscles inspirateurs qui par leur action soulèvent le thorax.

On comprend qu'avec une surface pulmonaire restreinte et avec une atmosphère généralement impure, l'organe de la respiration ne suffise pas toujours à sa tâche. Les matières qui, après avoir fait partie intégrante de notre organisme, sont devenues impropres à l'entretien de la vie, trouvent des organes sécréteurs spéciaux qui les éliminent de notre corps. Il n'en est pas de même de celles provenant d'une mauvaise alimentation, d'une digestion languissante, mal assimilées et impropres à la nutrition; pour ces matières, il n'existe pas d'organe excréteur. N'est-il pas tout naturel de penser qu'elles sont déposées comme corps étranger, sous forme de tubercules ou de produits inflammatoires, dans le poumon même où une combustion plus complète, dans une atmosphère plus pure, serait peut-être parvenue à les assimiler. Plus la vitalité de tout l'organisme est énergique, plus elle parviendra à entretenir la nutrition normale, même avec une alimentation presque uniquement végétale. Aussi l'affaiblissement de cette énergie prédispose-t-il singulièrement à la phthisie, surtout si les fonctions du pneumogastrique sont affectées; et c'est ce qui explique pourquoi certaines affections morales, le chagrin et les soucis, occasionnent si fréquemment la tuberculisation.

Ne pouvant pas modifier l'atmosphère dans laquelle nous sommes obligés de vivre, nous devons au moins chercher à éviter les diverses autres causes qui favorisent la tuberculisation, et fortifier l'organisme pour le rendre apte à résister à celles que nous sommes obligés de subir. La prophylaxie antituberculeuse peut donc se résumer ainsi : 1° adopter pour l'éducation physique de la première enfance un régime fortifiant, et combattre ainsi le lymphatisme; 2° donner plus tard une alimentation plutôt solide que liquide; 3° ne faire qu'un usage très-modéré des plantes potagères peu nutritives, difficiles à assimiler et contenant presque toujours des substances nuisibles; 4° favoriser autant que possible le développement de la poitrine; 5° chercher à se procurer une bonne eau pure pour la boisson comme pour la cuisine, ou au moins se servir d'une eau filtrée.

Une alimentation exclusivement animale étant impossible pour notre population, et comme un pareil régime serait en outre trop échauffant et trop excitant dans nos latitudes, nous croyons devoir recommander, comme régime prophylactique, l'usage des céréales et de leurs préparations culinaires, parce qu'elles ne présentent pas les mêmes inconvénients et sont d'une assimilation plus facile que les plantes potagères, et parce qu'elles sont presque aussi nutritives que les viandes.

On croit généralement que le pain est la meilleure préparation possible en fait d'aliments farineux. Il y a cependant des personnes qui ne le digèrent que difficilement, lors même qu'il est de première qualité et bien rassis. L'élément du levain semble contrarier l'influence du système nerveux dans la digestion et lui opposer une action purement chimique qui ralentit la chymification.

Il est impossible de ne pas dire encore quelques mots d'une

(1) Fin. — Voir notre dernier numéro.

(1) Voyez la brochure *De la Galvanisation par influence*. J.-B. Baillière et fils, 1860.

autre modification survenue dans l'alimentation populaire en Suisse, dans une grande partie de la France et de l'Allemagne. Depuis la création d'associations pour la fabrication du fromage, comme nous les voyons dans un grand nombre de localités, le lait, abondant autrefois, est devenu rare. On a observé dans plus d'un canton de la Suisse, et on pourrait peut-être constater le fait dans d'autres pays, que les populations montrent depuis une tendance marquée à dégénérer; que non-seulement le lymphatisme, les affections scrofuleuses et tuberculeuses sont plus fréquentes, mais qu'il y a aussi plus de sourds-muets et d'idiots. Il est probable que la fabrication des alcools de betterave et de pommes de terre influe d'une manière tout aussi fâcheuse sur les populations de certains autres pays que les fromageries sur les nôtres.

En recommandant, aux phthisiques dont la maladie a déjà fait quelques progrès, un régime de viande, de céréales et de lait, on observe quelquefois en peu de jours une amélioration notable de leur état. On sait, en outre, que quelquefois tout spontanément et sans cause apparente, d'autres fois après un traitement médical, la maladie semble s'arrêter, la toux et l'expectoration diminuent considérablement, on est tenté de croire à une véritable convalescence. Mais l'illusion n'est ordinairement pas de longue durée, une rechute vient la détruire au moment où le malade croit pouvoir reprendre son genre de vie habituel. Avec le régime que nous venons d'indiquer, non-seulement ces rechutes sont moins fréquentes, elles deviennent au contraire rares, et nous pourrions citer des observations de malades de ce genre qui se maintiennent depuis des années. Qu'il nous soit permis d'en mentionner deux seulement.

M. le révérend G..., de Londres, nous amena, dans le courant du mois de septembre 1866, sa femme atteinte de phthisie, et qui avait reçu les soins de plus d'une sommité médicale en Angleterre. Il ne pouvait y avoir aucun doute quant au diagnostic; une matité considérable dans la région sous-claviculaire droite et des râles humides que constatait l'auscultation en fournissaient la preuve. Madame G... toussait beaucoup et avait une expectoration verdâtre abondante, quelquefois des transpirations nocturnes. Elle commença immédiatement le régime indiqué et un traitement d'inhalations d'alcoolature de scrofulaire mélangée de dix parties d'eau. De plus, tous les jours une galvanisation (par influence) lui tonisait ses muscles inspirateurs, de manière que sa poitrine, déjà considérablement affaissée, se souleva et se dilata de nouveau. Après trente jours de ce traitement, la toux et l'expectoration avaient presque entièrement cessé. Madame G... avait repris des forces, et une meilleure coloration indiquait que sa nutrition se faisait mieux. A la fin d'octobre, elle partit pour Pise où elle continua son régime et y passa l'hiver sans rechute. Au printemps, elle rentra en Angleterre; mais craignant le mauvais climat de ce pays pendant la saison froide, elle passa un second hiver à Pise, sortant par tous les temps, quoique la saison dernière n'ait pas été favorable, allant dans le monde et dansant même si l'occasion se présentait. On peut se demander si elle eût passé deux hivers sans rechute en reprenant le genre de nourriture ordinaire.

M. L..., marchand tailleur à Genève, nous fit appeler dans le courant du mois de juillet 1865. Il était obligé de garder le lit, se trouvant très-affaibli; il avait beaucoup de fièvre, des transpirations nocturnes, et sa maigreur était très-considérable. La percussion révéla une matité assez large dans le sommet du poumon gauche et une semblable au-dessus du sein droit. A ces deux endroits, on entendait des râles très-humides; son expectoration était purulente et abondante. Sa voix était enrouée depuis plusieurs années déjà, sa poitrine peu développée. M. L... fit d'abord chez lui les mêmes inhalations que madame G..., et dès qu'il put sortir, il vint se faire galvaniser la poitrine. Il en éprouva une grande amélioration, de sorte qu'au bout de six semaines, il put reprendre la direction de son commerce. Aucun régime ne lui ayant été prescrit, il mangeait un peu de tout, changeant souvent selon ses goûts. Il eut plusieurs rechutes durant l'hiver de 1865 à 1866. Au printemps de cette dernière année, il changea d'habitation comme nous le lui avions conseillé; il alla demeurer au quatrième étage d'une maison exposée au soleil, dominant les maisons plus basses, et où il trouvait, par conséquent, une atmosphère plus pure qu'au premier de son ancienne demeure. Il commença en même temps le régime indiqué plus haut, ne vécut que de viande, de riz, de céréales, de lait, et se procura un filtre pour avoir de l'eau plus pure. Quoique, vers la fin de cette année, son négoce eût une période bien pénible à traverser, et que M. L... ait dû en éprouver de profonds chagrins, certainement peu favorables à un convalescent, il ne rechuta néanmoins plus et se trouve depuis dans un état de santé très-satisfaisant.

THÉORIE DE LA CONTAGION

Miasmatique ou médiate, appelée encore infection. Détermination expérimentale des conditions qui donnent aux sujets contagifères la propriété d'infecter les milieux.

Par M. A. Chauveau.

(Deuxième note présentée à l'Académie des sciences dans la séance du 12 octobre.)

La détermination de ces conditions repose sur l'examen comparatif de la vaccine et de la clavelée, envisagées au triple point de vue de *l'état physique du virus*, de sa *quantité*, de son *mode d'excrétion*. Étudions successivement chacune de ces influences.

1° *Influence de l'état physique des agents virulents.* — Le virus de la vaccine est un corpuscule figuré et se présente ainsi sous un état physique qui ne favorise pas son passage dans les milieux : cela est suffisamment prouvé par mes premières notes sur la nature des virus. La même preuve a été donnée pour le virus varioleux. Est-elle aussi applicable à la clavelée ? Ou bien le virus claveleux n'est-il pas plutôt une substance dissoute, capable de s'échapper, sous forme de vapeur, des humeurs qui lui servent de véhicules? La diffusion appliquée à ces humeurs, comme aux liquides vaccinal, variolique et morveux, a prononcé contre cette dernière hypothèse. En effet, j'ai fait un nombre notable de diffusions claveleuses, et, dans toutes, la couche superficielle s'est montrée inactive, quoiqu'elle contînt une proportion notable d'albumine, tandis que ce même liquide, additionné d'une petite quantité du liquide des couches profondes, a toujours présenté l'activité virulente (1). Si le virus de la clavelée eût été *dissous* dans l'humeur soumise à la diffusion, au lieu d'y être en suspension, principe fixe ou volatil, il eût été entraîné dans la couche d'eau employée pour opérer la diffusion. Ce virus n'existe donc pas dans les humeurs sous une forme plus favorable à la dispersion dans les milieux que le virus de la vaccine. Le virus de la clavelée doit aussi son activité à un corpuscule solide, et la cause de sa propriété infectieuse doit être cherchée ailleurs que dans les conditions relatives à son état physique.

2° *Influence de la quantité des agents virulents.* — Comparées à ce nouveau point de vue, la vaccine et la clavelée montrent, au premier examen, une différence considérable qui doit nécessairement exercer une influence notable sur leur aptitude infectieuse. Les lésions qui fournissent le virus de la vaccine sont toujours discrètes, même dans les cas dits *spontanés*. Les foyers de production du virus claveleux comme ceux du virus varioleux, du reste, sont généralement très-multipliés. D'un autre côté, la pustule vaccinale, appliquée pour ainsi dire à la surface du derme, dont elle envahit à peine les couches superficielles, est une lésion peu étendue qui ne fournit qu'une petite quantité d'humeur virulente. La pustule claveleuse, remarquable par les dimensions considérables qu'elle atteint souvent, occupe non-seulement toute l'épaisseur du derme, mais encore le tissu conjonctif sous-dermique; et tous les clavélisateurs ont été frappés de l'énorme quantité d'humeur virulente qu'on peut retirer de cette pustule quand on l'incise dans toute son épaisseur.

Il résulte de cette différence que la desquammation des pustules, chez les vaccinifères, ne peut céder aux milieux qu'une minime quantité de virus. Chez les sujets claveleux, au contraire, elle en peut répandre des quantités relativement énormes. Il est impossible de donner des chiffres exprimant la moyenne exacte de cette supériorité, et j'estime même qu'il peut y avoir un écart de 1 à 10 au moins dans les nombres résultant du calcul de cette moyenne. Mais le chiffre le plus réduit possible représentera encore, en faveur de la clavelée, un avantage considérable. La méthode à employer pour faire ce calcul ne présente aucune difficulté quand il s'agit du premier des éléments sur lesquels il repose, c'est-à-dire de la comparaison du nombre des pustules dans la vaccine et la clavelée. On compte ces pustules : il n'y a pas deux manières de s'y prendre. Mais la chose n'est plus aussi simple pour la comparaison de la quantité d'humeur virulente que les pustules peuvent fournir. Le meilleur procédé consiste à les exciser sur l'animal vivant quand elles sont arrivées à leur période d'état, et à les soumettre à une très-forte pression pour en extraire la partie liquide qu'on recueille et qu'on pèse. Ne donnons à chaque contagifère que dix pustules de clavelée pour une de vaccine, et estimons également à 10 : 1 le rapport qui exprime la richesse relative des deux sortes de pustules en humeur virulente. Il résultera de ces chiffres, incontestablement trop faibles cependant, que les sujets clavelifères sont en mesure de fournir aux milieux cent fois plus de virus que les sujets vaccinifères. C'est déjà un beau chiffre. Mais on va voir qu'il doit être multiplié par un facteur qui en élève singulièrement la valeur. Cela résulte d'une condition nouvelle extrêmement importante, sur laquelle je ne saurais trop appeler l'attention.

Non-seulement les sujets claveleux fournissent plus d'humeur virulente que les vaccinifères, mais, à quantité égale, l'humeur de la clavelée est beaucoup plus active que l'humeur vaccinale. Je vais démontrer, en effet, qu'à poids ou à volume égal, le premier liquide renferme un nombre bien plus considérable de ces corpuscules virulents.

Ce n'est pas à l'examen microscopique que j'ai demandé cette preuve. Il peut cependant fournir des renseignements intéressants pour la solution du problème. Mais il expose aux plus graves erreurs, à cause de l'absence de caractères spécifiques attachés aux corpuscules virulents, c'est-à-dire de caractères propres à faire distinguer ces corpuscules des granulations moléculaires non virulentes, qui se trouvent dans toutes les humeurs. Aucune cause d'erreur, au contraire, ne peut entacher le mode de démonstration que je vais faire connaître et qui repose entièrement sur l'expérimentation physiologique. Ce n'est qu'une application particulière de la méthode des dilutions graduelles, à laquelle j'ai eu recours pour mettre en évidence la nature solide des éléments sur lesquels est fixée la propriété virulente des humeurs.

Il suffit, comme le prouvent les expériences citées dans la note indiquée ci-dessus, d'étendre l'humeur vaccinale dans cinquante fois son volume d'eau pour rendre tout à fait incertain le résultat des inoculations pratiquées à la lancette avec ce liquide. Les corpuscules virulents, très-écartés les uns des autres, sont alors assez éparpillés pour avoir de fortes chances d'échapper à la pointe de la lancette qui va les chercher dans le liquide. Mais si ces corpuscules étaient plus nombreux, on comprend que, pour diminuer de la même manière l'activité de l'humeur virulente, il faudrait étendre celle-ci dans une plus grande quantité de véhicules, proportionnée à l'augmentation des corpuscules virulents. En supposant, par exemple, ces corpuscules deux fois aussi nombreux dans l'humeur vaccinale, on devrait, pour l'amener au même degré d'atténuation, l'étendre dans cent fois son volume d'eau; dans cent cinquante fois, si le nombre des corpuscules augmentait dans le rapport de 1 : 3...; dans mille fois, si ce rapport atteignait 1 : 20. Il y a donc là un excellent moyen de déterminer, non pas la richesse absolue, mais la richesse relative de toutes les humeurs qui, à l'instar du fluide vaccin, sont capables de produire une lésion caractéristique sur la peau, au point d'inoculation. Or, c'est le cas du virus claveleux. J'ai donc saisi cette occasion de comparer sa richesse en corpuscules virulents à celle du virus vaccin.

C'est par une dilution au centième que j'ai commencé la série de mes expériences sur la clavelée. Douze piqûres pratiquées à la cuisse d'un mouton donnèrent douze succès.

J'avais essayé sur le même sujet la même humeur claveleuse, délayée dans cinq cents fois son poids d'eau. Sur vingt et une piqûres, pratiquées aux aisselles, huit échouèrent, treize donnèrent naissance chacune à une pustule énorme.

Alors je sautai d'emblée à une dilution au dix millième, et j'eus, sur vingt piqûres, une très-belle pustule, qui accomplit toutes ses phases dans le temps normal, et fut le point de départ d'une éruption confluente grave.

Je ne veux pas insister sur cette dernière expérience, dont le résultat positif est dû probablement à une richesse exceptionnelle de l'humeur claveleuse employée. Cette richesse peut, en effet, vrrier beaucoup suivant les circonstances qui ont présidé à la cueillette du liquide virulent. S'il est pris sous l'épiderme d'une belle pustule spontanée, arrivée à sa période d'état, si cette pustule le cède facilement à l'aide d'une légère pression, s'il se présente avec un aspect lactescent prononcé, j'estime, d'après la série de mes autres expériences, qu'il faut diluer ce liquide dans mille cinq cents fois environ son poids d'eau, pour obtenir le degré d'atténuation qui rende l'inoculation à peu près aussi incertaine qu'avec la dilution vaccinale au cinquantième. L'activité comparée des deux humeurs claveleuse et vaccinale, c'est-à-dire le nombre respectif des agents virulents qu'elles contiennent, est donc exprimée par le rapport 1500:50. Autrement dit à quantité égale l'humeur de la clavelée contient trente fois plus de corpuscules actifs que l'humeur de la vaccine.

D'où il résulte que, les autres condtions étant égales, les sujets clavelifères sont en mesure de céder aux milieux *trois mille fois* plus d'agents virulents que les sujets vaccinifères. Si considérable que soit cette différence, elle est très-loin cependant d'exprimer la véritable supériorité de la clavelée sur la vaccine, au point de vue de la *quantité* de virus que les deux maladies sont en mesure de céder aux milieux. C'est ce que va démontrer l'étude du *mode d'excrétion des agents virulents* (1).

3° *Influence du mode d'excrétion des agents virulents.* — Jusqu'à présent, je n'ai tenu compte, dans ce parallèle de la vaccine et de la clavelée, que des lésions types capables de fournir le virus, les pustules cutanées. Or ces pustules, dans l'immense majorité des cas, ne peuvent céder que par la desquammation leurs agents virulents aux milieux, et le procédé est le même, ou à près, pour les deux maladies. Ce n'est donc pas de ce côté qu'on a chance de trouver des caractères capables d'expliquer leur différence d'aptitude à la contagion miasmatique ou médiate. Mais la surface cutanée est-elle la seule voix par laquelle les agents virulents puissent passer des sujets contagifères dans les milieux ? On sait que, dans certaines maladies contagieuses, le virus sort du corps des sujets malades par un grand nombre de voies. Le type, c'est la peste bovine. Chez les animaux qui en sont atteints, toutes les surfaces tégumentaires fournissent le virus, et toutes les excrétions constituent matière à inoculation : les larmes, la salive, les divers mucus de l'appareil respiratoire, l'urine, les matières diarrhéiques, le lait lui-même, insérés dans le tissu conjonctif sous-cutané, donnent presque infailliblement la maladie. Dans les deux affections éruptiques, sœurs ou cousines, que je compare ici,

(1) Pour différentes raisons, que le défaut d'espace m'empêche de développer ici, la diffusion n'a jamais été prolongée au delà de vingt-quatre heures.

(1) La richesse si remarquable du liquide claveleux en agents virulents le rend particulièrement propre aux recherches de toute nature, relatives à l'étude de ces agents. Je le recommanderai d'une manière spéciale pour celles qui ont pour but d'arriver, à l'aide de deux méthodes d'analyse (*diffusion et dilution*), à la détermination des éléments virulents. Grâce au grand nombre de ces éléments contenu dans l'humeur claveleuse, on peut, en une seule expérience, réaliser la démonstration de leur nature corpusculaire par une application combinée des deux méthodes. Cet avantage est obtenu en utilisant une défectuosité de la méthode de la diffusion, défectuosité que j'ai signalée dans ma première Note sur la nature du virus vaccin (*Comptes rendus* du 10 février 1868).

Les éléments corpusculaires d'une humeur soumise à la diffusion, ai-je dit dans cette Note, ne sont pas nécessairement retenus tous dans cette humeur. Il en peut passer dans l'eau une certaine quantité, par l'effet des changements de densité que la diffusion imprime aux liquides superposés. Pour bien étudier la marche et les caractères de cette translation, il faut soumettre à la diffusion de l'encre à laquelle on a ajouté une matière soluble facile à reconnaître, comme la glucose. Si l'on a employé de l'encre noire d'excellente qualité, dans laquelle les corpuscules de tannate de fer soient assez fins et assez légers pour rester en équilibre indifférent dans leur véhicule, on verra la couche aqueuse prendre une très-légère teinte noire, dans le voisinage de l'encre, teinte qui, avec les progrès de la diffusion, montera peu à peu, en se dégradant régulièrement et insensiblement. Au bout de quarante-huit heures, la limite extrême de la teinte pourra s'élever à 3 millimètres. Au-dessus de ce niveau, l'eau ne contiendra que les éléments solubles de l'encre, le glucose particulièrement. Au-dessous, on trouvera, de plus, dans l'eau, des particules de tannate de fer en quantité d'autant plus grande qu'on se rapprochera davantage de la surface de l'encre, c'est-à-dire que ces particules seront en nombre proportionnel à la densité acquise par les diverses couches aqueuses.

Or, ce qui a lieu avec l'encre se passe nécessairement aussi avec les humeurs virulentes qui doivent leur activité à des corpuscules extrêmement fins tenus en suspension. Cela est difficile à démontrer avec l'humeur vaccinale, à cause de sa pauvreté en corpuscules actifs. Mais la richesse corpusculaire du liquide claveleux permet très-facilement la constatation du fait. Supposons, dans une diffusion claveleuse, l'eau divisée en un certain nombre de couches horizontales. La première, ou la plus superficielle, ne contiendra que les éléments solubles de l'humeur claveleuse; l'albumine entre autres, et sera absolument inactive. La seconde possédera, en outre, de rares corpuscules virulents, et sera ainsi assimilable à une dilution extrêmement étendue, dont l'inoculation est tout à fait incertaine. La troisième couche, un peu plus riche en corpuscules, représentera une dilution d'une activité plus assurée, et donnera à l'inoculation un petit nombre de pustules. Et ainsi de suite. Si donc on aspire chacune de ces couches avec précaution, à l'aide de tubes capillaires, et qu'au lieu d'inoculer la première seulement, on les inocule toutes, on réalisera d'un coup, comme je le disais en commençant, toutes les expériences qui peuvent donner la démonstration de la nature corpusculaire des virus.

le virus ne paraît pas, il est vrai, pouvoir être engendré ailleurs que dans son organe de production spécial, le pustule cutanée. Mais le ne m'a pas paru assez positivement établi pour l'accepter sans contrôle. J'ai donc voulu voir, par moi même, si les diverses excrétions des animaux claveleux ne posséderaient pas, comme celles de la peste bovine, la propriété virulente.

C'est sans succès que j'ai inoculé les larmes, la salive, l'urine, les matières fécales. Mais, du premier coup, j'ai réussi à donner la maladie avec le mucus nasal. C'était la preuve certaine que l'activité virulente existe dans l'appareil le mieux disposé pour céder ses produits d'excrétion aux milieux. Le défaut de place me force à passer sous silence les nombreuses recherches dont ce fait important a été l'objet, et qui ont eu pour but de déterminer l'origine de la virulence du mucus nasal. Je dois me borner à dire que cette virulence ne se manifeste pas sur tous les animaux malades, et que, chez ceux qui la présentent, elle est due, non pas à des pustules internes, nasales ou pharyngiennes (il en existe parfois), mais à des lésions du poumon, auxquelles personne jusqu'à présent n'a attribué leur vraie valeur et leur réelle signification.

Ces lésions du poumon se rattachent, par leurs caractères extérieurs, à la catégorie des pneumonies dites *lobulaires* ou *nodulées*, si communes dans le plus grand nombre des maladies virulentes : la variole, la rougeole, la morve, etc. Or, les produits élaborés dans ces lésions sont évidemment virulents. Leur virulence même ne le cède en rien à celle du contenu des pustules cutanées, si elle ne lui est pas supérieure : une goutte d'humeur extraite d'un noyau pneumonique claveleux, mélangée à cinq cents fois son poids d'eau, donne un liquide qui permet d'inoculer la maladie presque à tout coup, à l'aide de la lancette. Cette grande activité de la virulence des noyaux pneumoniques se trouve au même degré dans toutes leurs parties, et ils ont parfois des dimensions considérables. De plus, ils peuvent être assez multipliés pour que l'étendue du parenchyme pulmonaire encore perméable soit extrêmement réduite. Il en résulte que la quantité de corpuscules virulents qui se multiplie ainsi dans le poumon atteint parfois des proportions incroyables. J'ai calculé que le poumon d'un de mes animaux d'expérience, mort des suites d'une inoculation cutanée, aurait pu servir à inoculer la clavelée à près de la moitié de la population ovine de la France, si cet organe avait été délayé dans un mortier, et si l'on eût délayé la pulpe dans une quantité d'eau suffisante.

On peut juger par là dans quelles conditions éminemment favorables se trouve le poumon des animaux claveleux pour infecter les milieux. L'action infectante se trouve alors favorisée, non-seulement par la prodigieuse multiplicité des agents virulents que l'organe malade peut jeter dans ces milieux, mais encore par la manière dont il procède à l'excrétion du virus. Toujours très-riches en corpuscules actifs, les produits de l'expectoration, pour parler de ceux-là d'abord, peuvent, en tombant dans les boissons ou sur les aliments solides, devenir le point de départ d'une infection par le tube digestif; ou bien, après s'être fixés et desséchés sur quelque objet, ils s'en détachent, par suite de frottement, sous forme de poussière, qui, tenue en suspension dans l'air, peut envahir le poumon des individus sains. En second lieu, l'air expiré entraîne directement les corpuscules virulents hors du poumon malade et les disperse immédiatement dans l'air.

Pareilles choses s'observent-elles dans la vaccine? Non. Jamais, en effet, je n'ai trouvé, chez les vaccinifères, autre chose d'inoculable que le produit élaboré dans les pustules cutanées; et jamais, dans aucune des autopsies nombreuses que j'ai faites, je n'ai constaté que le poumon fût malade. Cette différence, s'ajoutant à celles que j'ai déjà fait connaître, ne suffit-elle pas amplement à expliquer la différence de contagiosité des deux maladies?

Ici se termine l'étude expérimentale à laquelle j'ai soumis, au point de vue de la théorie de la contagion médiate, l'action des sujets contagifères sur les milieux. Pour expliquer l'infection de ces derniers, il n'est plus nécessaire d'invoquer une des causes vagues, indéterminées, mystérieuses, qui constituent ce que l'on appelle l'*influence épidémique*. A leur place, s'élève la notion simple et précise d'une cause qui est exclusivement une affaire de *poids* et de *mesure*. Si un milieu dans lequel vivent des sujets atteints de telle maladie contagieuse devient infectieux, c'est parce qu'il est chargé d'une *grande quantité* d'agents virulents; et il en est ainsi, non-seulement parce que les sujets malades en produisent beaucoup, mais encore, et surtout peut-être, parce que le mode d'excrétion de ces agents est éminemment favorable à leur dispersion dans les milieux.

Il me restera à étudier maintenant l'action de ces milieux sur les sujets sains qui y vivent.

FIÈVRE TYPHOIDE

Chez un homme de 63 ans,

Par M. le Dr Grandmottet.

Il est écrit dans les ouvrages de pathologie, et tous les praticiens ont noté que, même en temps d'épidémie, la fièvre typhoïde est rare au-dessus de 40 ans. Chomel et Louis disent qu'ils ne l'ont jamais vue après 55 ans. Les ouvrages de ces deux éminents praticiens font autorité dans la science, et après ces déclarations, il fallait apporter la plus grande circonspection dans le diagnostic des deux cas dont je vais retracer l'histoire.

Je ne donnerai pas jour par jour la description des symptômes, vu que je n'ai visité les malades que cinq fois dans le cours de la fièvre dont ils étaient atteints; je relaterai seulement l'ensemble des symptômes, leur marche, leur durée, et le lecteur jugera si j'ai été induit en erreur au sujet du diagnostic.

Il a quelque temps, j'étais appelé dans une localité distante de dix-huit kilomètres environ de Saint-Claude pour donner des soins à un malade atteint d'une fièvre typhoïde : cette fièvre régnait épidémiquement dans ce village, et je visitai plusieurs malades dont l'histoire n'offre aucun intérêt; mais deux cas m'ont semblé mériter les honneurs de l'impression. Dans le premier, il s'agit d'un homme de 52 ans. Durant quelques jours, il ressentait des douleurs de tête, affaiblissement graduel des forces, perte de l'appétit, tristesse, diarrhée légère. Il s'est mis au lit quand ses jambes ont refusé de le porter et qu'il est devenu incapable de tout travail. La fièvre alors a suivi sa marche progressive : bouche pâteuse, langue ratatinée, jaunâtre au milieu, pointillée sur les bords, appétit nul, soif considérable, ventre plus volumineux, coliques, selles diarrhéiques, jaunâtres, gargouillement dans la fosse iliaque droite, taches rosées lenticulaires sur l'abdomen; vers le neuvième jour, peau chaude et sèche, pouls au-dessus de 100; vinrent ensuite des accidents du côté du cerveau, rêvasseries, délire affectant la forme particulière de la syphomanie, demi-surdité; après vingt-deux jours de maladie tous les symptômes indiqués avaient graduellement diminué; l'appétit renaissait et le malade entrait en convalescence.

Le deuxième cas est plus remarquable. Les maladies des vieillards ont quelque chose d'insidieux qui peuvent tromper parfois le praticien le plus éclairé; chez eux, l'indépendance des organes imprime aux diverses affections dont ils sont atteints des caractères tout particuliers. Voyons donc s'il s'agissait d'une fièvre typhoïde. — Le malade avait 63 ans. La fièvre avait débuté depuis vingt-sept jours environ, mais avec lenteur. Durant quelques jours (la famille n'a pu m'en indiquer au juste le chiffre) : tristesse, perte graduelle des forces et de l'appétit, céphalalgie frontale, tendance à la diarrhée, moins de sommeil. L'augmentation de ces symptômes obligea le malade de se mettre au lit. La maladie se dessina dès lors avec des caractères bien tranchés : langue d'un jaune pâle, rouge sur les bords, ventre un peu météorisé, douloureux à la pression, gargouillement dans la fosse iliaque du côté droit, taches rosées lenticulaires sur la peau du ventre; après le premier septénaire, diarrhée jaunâtre; de nouveaux accidents ont apparu du côté du système nerveux : stupeur prononcée, immobilité des traits, prostration complète, surdité, raideur des membres, somnolence, coma vigil, pouls au-dessus de 100 avec le caractère décrit.

Quand je visitai le malade, vingt-sept jours environ après le début de la maladie, je le trouvai beaucoup mieux. La stupeur avait diminué, la langue avait perdu de son enduit, le ventre était moins tendu, le pouls moins fréquent, l'appétit se faisait sentir; la convalescence, on peut le dire, s'annonçait sans entrave.

Voilà un cas remarquable : que pouvait-il être, sinon une fièvre typhoïde? Et d'abord ce n'était pas une affection du cerveau : ici, ni contracture, ni phénomènes convulsifs, ni paralysie, ni ce genre particulier de délire, affectant une lésion du cerveau. Était-ce une affection du poumon? L'auscultation et la percussion ne révélaient aucune lésion dans cet organe, qui n'offrait que quelques râles disséminés, comme on les constate dans la fièvre typhoïde. Pouvait-on songer à une affection du cœur! mais point de palpitation, pas de bruit anormal dans la région cardiaque, pas d'enflure, etc.

L'examen des autres organes et les symptômes caractérisant leurs lésions ne pouvaient expliquer le cas dont il s'agit. Seule la fièvre typhoïde en rendait compte. Ainsi les symptômes observés, leur marche, leur durée, les taches rosées qui sont presque spéciales à la fièvre typhoïde, tout se trouve réuni et coordonné, ce me semble, en faveur du diagnostic que j'ai porté.

OVARIOTOMIE

Obs. LIX. — Ovariotomie pratiquée le 11 fevrier 1868. Guérison.

Par E. Kœberlé.

Madame G..., de Beaune (Côte-d'Or), âgée de 54 ans, d'une forte constitution, arrivée à la ménopause en 1863, s'est aperçue en 1866 de l'augmentation de volume du ventre. Sa santé a toujours été bonne. Elle a eu trois grossesses qui n'ont pas été suivies d'accidents notables; la dernière il y a 30 ans. Depuis quelque temps, les extrémités inférieures, jusque aux hanches, étaient devenues très-œdémateuses. L'infiltration séreuse était survenue brusquement et avait suivi la marche d'une phlegmatie blanche; elle a probablement été le résultat de la formation de caillots dans les veines iliaques par la compression qu'un kyste de l'ovaire, d'un volume assez considérable, avait exercée sur elles.

L'accroissement de la tumeur a été très-rapide dans ces derniers temps. La malade m'a été adressée par M. le docteur Affre, de Beaune. La paroi abdominale et les membres inférieurs étaient très-infiltrés; les urines étaient rares et très-chargées. Il a fallu recourir à une ponction qui a donné issue à 10 litres de liquide presque incolore. Les urines sont devenues de suite très-abondantes et l'œdème n'a pas tardé à se dissiper. L'excavation pelvienne n'offrait rien d'anormal. Le col de l'utérus était mobile, central, légèrement dévié à gauche, et présentait à l'orifice un petit polype qui paraît avoir été le siége d'hémorragies utérines, qui sont survenues par intervalles irréguliers. L'état général est excellent; la malade est peu amaigrie et les adhérences que l'on constate à la paroi abdominale paraissent devoir être peu étendues.

L'ovariotomie eut lieu le 11 février 1868, six jours après la ponction. MM. Black (d'Édimbourg), Netter, Kien et de Velling assistaient à l'opération.

Incision de 12 centimètres. La tumeur avait des adhérences peu étendues et peu vasculaires à la paroi abdominale à droite. Environ deux litres de liquide furent extraits de diverses poches; le reste de la tumeur pesait encore 1 kilogramme. C'était l'ovaire gauche qui était malade. L'ovaire droit était sain. Le pédicule fut lié par du fil de fer. Réunion par trois points de suture profonde et sept points de suture superficielle. La perte de sang a été de 50 grammes environ. L'opération a duré trois-quarts d'heure.

Il ne survint aucun accident consécutif notable. Il n'y eut pas de vomissements chloroformiques. Le pouls, à 60, après l'opération, ne s'éleva pas à plus de 75 pulsations. La cicatrisation a été complète et la guérison parfaite le vingtième jour.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 5 août 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret et décide qu'elle prendra des vacances du 15 août au 1er octobre.

Reprise de la séance publique.

COMMUNICATIONS.

Nouveau procédé pour l'ablation des amygdales.

M. Broca fait part à la Société d'un nouveau procédé pour l'ablation des amygdales, applicable surtout dans les cas où les amygdales sont enfoncées et concaves.

C'est une combinaison du procédé ordinaire et de celui de Fahnestoek. Une érigue étant introduite dans l'anneau de l'instrument de Fahnestoek, l'amygdale est saisie, attirée en dehors et coupée avec la guillotine.

M. Dolbeau, sans réclamer la priorité, dit qu'il s'est servi du même procédé. Il conseille de donner la préférence, d'une manière générale, à l'instrument de Fahnestoek, le procédé ordinaire, avec l'érigne et le bistouri pouvant donner lieu, en des mains inhabiles, aux plus graves accidents. Il cite à l'appui le fait d'un enfant chez lequel un médecin pratiquait l'ablation des amygdales par le procédé ordinaire, et qui, ayant fermé convulsivement la bouche, eut la langue profondément coupée par le bistouri. Il en résulta une hémorrhagie des plus graves dont l'enfant ne guérit que par la ligature en masse de la langue, et en conservant ses amygdales.

M. Guersant se prononce pour l'amygdalotomie par l'instrument de Fahnestoek.

M. Tarnier signale la difficulté que l'on éprouve quelquefois à soulever l'amygdale, lorsque la glande est ramollie.

M. Giraldès. En général, chez les enfants, les amygdales sont proéminentes : elles se développent souvent en bas; mais il est toujours possible, en explorant préalablement l'arrière-gorge, de déterminer leur situation et leur volume et de se servir de l'instrument de Fahnestoek.

DISCUSSION.

Fibrômes sous-péritonéaux de l'utérus (suite).

M. Depaul continue une communication relative à ce sujet.

Il examine d'abord l'influence que ces fibrômes peuvent exercer sur la santé des femmes au point de vue de la grossesse. D'après son observation, ces fibrômes sous-péritonéaux s'opposent rarement à la fécondation et ne déterminent pas de troubles de la menstruation, contrairement à ce que l'on observe pour les fibrômes qui font saillie du côté de la cavité utérine. Cependant cette opinion ne doit pas être donnée comme absolue; certaines de ces tumeurs peuvent donner lieu à des phénomènes inflammatoires, à des métrites. Dans un cas cité par M. Depaul dans la dernière séance, une tumeur sous-péritonéale s'est développée dans le petit bassin et a déterminé des accidents tels que l'avortement a dû être provoqué.

En réponse à l'assertion de M. Guéniot, qui ne croit pas à l'augmentation des corps fibreux ni à leurs modifications de consistance pendant la grossesse, M. Depaul rappelle les observations lues par MM. Guyon et Bailly. De plus, M. Depaul a vu par lui-même des faits qui ne laissent aucun doute sur l'augmentation de volume des fibrômes, soit à l'époque des règles, soit pendant la grossesse.

Outre l'observation qu'il a lue dans la dernière séance et qui ne doit laisser aucun doute sur l'augmentation de volume des fibrômes pendant la grossesse, M. Depaul rapporte les deux faits suivants :

Une dame de 42 ans, mariée depuis vingt-deux ans, sans enfants, a été vue par M. Depaul, conjointement avec M. Lasègue, au début d'une grossesse qui paraissait encore douteuse. Sur la face antérieure de l'utérus, existait un petit fibrôme du volume de l'extrémité du pouce. Au bout d'un mois, l'utérus se développe et la grossesse devient évidente. La malade fut examinée tous les quinze jours par M. Depaul, qui constata que le fibrôme, en même temps qu'il s'élevait avec l'utérus, grossissait de jour en jour. Au moment de l'accouchement, il avait atteint le volume d'une orange; puis après l'accouchement, il reprit graduellement le volume qu'il avait au commencement de la grossesse.

Dans le second fait, il s'agit d'une femme de 31 ans, enceinte pour la première fois. Examinée à quatre mois et demi, on lui trouva, à la paroi antérieure de l'utérus, un fibrôme pédiculé, un peu plus volumineux que celui de l'observation précédente. Le même phénomène s'est produit : la tumeur a grossi graduellement, et en trois mois, elle a acquis le volume du poing. Quatre mois et demi après l'accouchement, cette même tumeur était réduite au volume d'une noix.

M. Depaul remet à la séance suivante la suite de son argumentation et conclut, d'après les faits précédents, que les fibrômes sous-péritonéaux augmentent de volume pendant la grossesse pour reprendre leurs dimensions premières après l'accouchement.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

Irrigateur vésical.

Cet instrument a été construit par MM. Robert et Collin, sur les indications de M. le docteur Amussat fils, pour expulser de la vessie les détritus lithiques, après l'opération de la taille périnéale, lorsque le chirurgien s'est trouvé dans l'obligation de fragmenter le calcul, à cause de ses trop grandes dimensions.

Cet instrument, dont le mécanisme est le même que celui du lithotome double de Dupuytren, se compose d'un tube d'argent terminé par une boule du même métal, munie de deux fentes à échancrures destinées à donner passage au liquide.

Le tube d'argent est maintenu dans une gouttière d'acier, entourée d'un manche, afin d'offrir la résistance nécessaire pour l'écartement des tissus.

Trois tiges d'acier destinées à écarter les tissus sont articulées de manière à pouvoir s'écarter, à volonté, du tube.

Un bras de levier sert à rapprocher ou à écarter les tiges d'acier.

L'extrémité du tube d'argent s'engage dans la canule d'une seringue ordinaire, munie d'un robinet à double effet, qui permet d'aspirer le liquide à l'aide d'un tube en caoutchouc pour la remplir, et lorsqu'il a subi un quart de rotation, d'injecter avec force le liquide dans la vessie en le faisant passer par le tube d'argent de l'irrigateur.

Pour introduire l'instrument dans la vessie, on rapproche les tiges d'acier du tube d'argent. Pour nettoyer la vessie, on les écarte.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, *directeur de la* Gazette des Hôpitaux.

Mon cher ami,

Le procédé de M. le docteur Gantillon donne une certaine actualité à celui dont je me sers depuis plusieurs années; vous le trouverez décrit dans l'Examen critique du traité de mon collègue M. Courty.

Ce procédé me rend de grands services dans le traitement du catarrhe utérin, et je n'ai pas encore observé d'accidents.

Agréez l'expression de mes meilleurs sentiments.

Pajot.

Voici le procédé auquel il est fait allusion dans cette lettre :

« Les injections intra-utérines paraissent effrayer M. Courty. « Tout liquide caustique est dangereux », dit-il. Cette proposition me paraît trop absolue; elle est peut-être applicable aux injections intra-utérines telles qu'on les pratique en général; mais elle est exagérée si l'on emploie le procédé que j'enseigne. Plaçant dans une seringue, grosse comme le petit doigt, ce qu'un dé à coudre contiendrait de solution de nitrate d'argent plus ou moins concentré, suivant le cas, si l'on ajoute à l'instrument une canule excessivement mince et suffisamment longue et courbe pour arriver dans la cavité du corps de l'utérus, à travers un spéculum en bois placé préalablement dans le vagin; si, enfin, quand l'instrument est introduit dans la matrice, avant d'injecter le caustique, on emplit d'eau tiède le spéculum, on aura bien rarement l'occasion d'observer les accidents redoutés par M. Courty. Le liquide caustique en sortant de la canule rejaillit en poussière sur tous les points de la cavité utérine, sans pouvoir pénétrer par les trompes; il se condense dans le point le plus décliné, et, comme la canule, n'a qu'un diamètre tel qu'elle flotte à l'aise même dans le col vierge; les quelques gouttes qui s'écoulent viennent se mêler à l'eau tiède du spéculum. Pratiquées de cette manière, les injections intra-utérines rendent de grands services; elles doivent prendre, si je ne m'abuse, une place honorable dans la thérapeutique. Jamais un caustique solide n'atteindra tous les points de la cavité utérine aussi sûrement que le fera une injection. »

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Le Ministre secrétaire d'État au département de l'Instruction publique,

Vu l'article 2 du décret du 9 mars 1852,

Arrête :

Il y a lieu de pourvoir d'une manière définitive à la chaire de pathologie chirurgicale, vacante à la Faculté de médecine de Paris.

Paris, le 20 octobre 1868.

V. Duruy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les élèves qui commenceront leur cours d'études ne seront admis à prendre leur première incription qu'en présentant et déposant au secrétariat, jusqu'au 15 novembre au plus tard, leur acte de naissance, un certificat de bonnes vie et mœurs, le diplôme de bachelier ès lettres, à la condition de justifier du diplôme de bachelier ès sciences restreint avant de prendre la troisième inscription; s'ils sont mineurs, le consentement de leurs parents ou tuteurs. *Ceux d'entre eux dont les parents ou tuteurs ne résident point à Paris devront en outre être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue d'inscrire elle-même son nom et son adresse sur un registre ouvert à cet effet.*

Les aspirants au titre d'officier de santé sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès sciences ou celui de bachelier ès lettres; mais ils devront justifier du certificat de grammaire, obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Etude sur le développement des tissus fibrillaire (dit conjonctif **et fibreux**, par le docteur Ordoñez, membre de la Société de biologie. In-8 et 2 planches. Prix, 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye, éditeur.

Nouvelle étude des dartres au point de vue anatomique, physiologique et historique, par le docteur Félix Rochard. Prix, 50 cent. — Paris, 1868, Adrien Delahaye, éditeur.

Étude physiologique de l'arsenic (applications thérapeutiques), par le docteur Jules Lolliot, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un volume grand in-8. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1868, P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 28 octobre 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Un incident, soulevé par une présentation d'instruments, a occupé une partie de la séance. Le présentateur était le président lui-même; l'objet présenté, un nouvel instrument divulseur de l'urèthre, de M. le docteur Rièger. M. le Président, bien entendu, ne se faisait point garant de la valeur de l'instrument qu'il n'a ni employé ni vu employer; mais, avec sa bienveillance et sa courtoisie ordinaires, il venait de le décrire et d'en exposer les indications ainsi que les avantages que lui attribue son inventeur, lorsque M. Chassaignac s'est élevé énergiquement et contre les abus de ces sortes de présentations et contre les dangers que présentent en particulier ces instruments à l'aide desquels on cherche à combattre par la violence, des affections dont le traitement ne réclame, au contraire, le plus souvent que des procédés de douceur et de temporisation. La philippique de M. Chassaignac a trouvé des approbateurs et parmi eux le président, notamment, qui, se dégageant du rôle de présentateur pour reprendre celui du praticien et du juge autorisé, a déclaré s'associer aux critiques de son collègue à l'égard de tous ces procédés de violence. Encore un nouvel hommage rendu aux méthodes de douceur dont nous nous plaisions à constater les progrès et la faveur croissante à l'occasion de la dernière séance.

M. Verneuil, candidat pour la section de pathologie chirurgicale, a été appelé à la tribune pour une lecture. Il a lu un travail sur un cas d'anévrysme spontané de l'artère poplitée chez un sujet diabétique. La voix de M. Verneuil, habituellement si nette et si bien timbrée, était voilée par un reste de grippe sans doute, ce qui ne nous a pas permis d'entendre sa lecture aussi distinctement que nous l'aurions désiré. Nous nous en sommes dédommagé en parcourant son travail au secrétariat, et nos lecteurs devront à cette circonstance de pouvoir lire les propositions qui résument les points principaux de son observation et les déductions qui en ressortent. On y verra qu'il s'agissait d'un fait de pathologie très-intéressant, la coïncidence de la glycosurie avec un anévrysme spontané; coïncidence non signalée encore, et qui, en même temps qu'elle dictait au chirurgien sa règle de conduite dans le choix et l'exécution des moyens de traitement, offrait au pathologiste des questions nouvelles à étudier sur l'étiologie des anévrysmes, sur la composition et les propriétés du sang chez les diabétiques. L'énoncé de ces propositions donnera une idée de l'intérêt de ces questions et du parti qu'en a su tirer M. Verneuil.

La gymnastique dans les lycées, que l'on s'étonne de voir presque encore à l'état de question, a fait le sujet d'un rapport de M. Vernois. On se souvient peut-être que M. le docteur Gallard a entretenu l'Académie de ce sujet dans une lecture faite dans le courant de l'année. C'est sur ce mémoire de M. Gallard que porte le rapport de M. Vernois. L'enseignement régulier et réglementaire de la gymnastique a rencontré des obstacles et suscité des difficultés. Rendez la gymnastique attrayante, disent à l'envi M. Gallard et son rapporteur. La chose ne nous semble pas difficile, et il faut qu'on s'y soit fort mal pris pour rencontrer des résistances. On sera étonné, en lisant le rapport de M. Vernois ainsi que le compte rendu de l'inspection des lycées que la *Gazette des Hôpitaux* est en train d'analyser en ce moment, de voir dans combien d'établissements ces utiles exercices sont encore négligés. Il ne s'agit point de faire des élèves de nos lycées des Blondin et des Léotard, mais il s'agit d'en faire des hommes, dans l'acception complète, *mens sana in corpore sano*. Or la gymnastique, non la gymnastique de casse-cou contre laquelle on s'est élevé avec raison, mais celle qui consiste à exercer et développer méthodiquement le système musculaire, à régulariser et assouplir les mouvements, est incontestablement bonne, utile et salutaire. Nous appuierons toujours tout ce qui pourra contribuer à en répandre et à en vulgariser l'usage. Sur ce point, il ne peut y avoir de désaccord entre le rapporteur et nous. Resterait à examiner, dans l'application, le choix des exercices à faire et le mode de réglementation de ces exercices. Cela nous entraînerait beaucoup trop loin; ce serait l'objet d'une étude critique spéciale qui ne manquerait assurément ni d'intérêt ni d'opportunité. Nous ne renonçons pas à l'aborder peut-être un jour.

Signalons, pour terminer, la lecture de M. le docteur Poznanski sur le développement, la propagation et la migration des miasmes, dont on trouvera une analyse détaillée dans le compte rendu de la séance.

Dr Brochin.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. ABEILLE.

Traitement du croup par les inhalations de vapeurs humides de sulfure de mercure.

PREMIÈRE OBSERVATION. — *Diphthérie naso-pharyngo-laryngienne. — Épistaxis multiples. — Croûtes labiales. — Forme dite maligne. — Guérison par les inhalations de vapeurs humides de sulfure de mercure, l'alimentation, le vin et les vomissements. — Rougeole consécutive.*

R..., garçon de 4 ans, bien constitué, lymphatique sanguin, fils unique.

Cet enfant avait perdu l'appétit depuis quelques jours, il était devenu triste, abattu, et il avait cessé de jouer. Il lui était survenu, à la commissure droite des lèvres, une excoriation qui s'était bientôt recouverte de croûtes; son nez coulait assez abondamment; les parents n'attachaient pas d'importance à ces accidents, légers en apparence. En même temps il fut pris de toux un peu rauque. Dans la nuit du 19 mai, la toux étant devenue beaucoup plus rauque, la voix s'étant éteinte, et l'enfant éprouvant de la suffocation de temps en temps, on appelle un médecin, le docteur Orrillard. Ce confrère diagnostique le croup et prescrit de faire vomir avec le sirop d'ipéca, additionné de poudre d'ipéca. Le vomissement parut soulager pendant quelques heures, mais à sept heures du matin surviennent de nouveaux accès de suffocation; la toux peu fréquente reprend son timbre de raucité caractérisé; l'enfant reste sans voix. On rappelle le médecin; comme il ne se trouve pas chez lui on en demande un autre qui demeure tout près du docteur.

Celui-ci examine l'enfant, reconnaît des fausses membranes qui tapissent les amygdales et les piliers. Il nettoie tout ce qui est accessible à la vue, et cautérise avec le nitrate d'argent; puis, frappé de la gravité du cas, il signifie à la famille qu'il ne peut se charger de ce malade, et recommande de le faire transporter à l'hôpital pour lui faire subir immédiatement la trachéotomie, seule ressource pour le sauver. Les parents refusent d'obtempérer à ce conseil.

A dix heures le premier médecin revient, il prescrit de faire vomir à nouveau.

A deux heures de l'après-midi je suis appelé, je vois le malade avec le docteur Orrillard, qui l'avait visité deux fois. Voici ce que nous constatons : grande agitation, déplacement continuel, respiration sifflante entendue à distance, face violacée, couleur lilas avec bouffissure; croûte sanguinolente à la commissure droite des lèvres; à l'ouverture de la narine, du même côté, petite plaie à fond d'un bleu gris, c'est de la diphthérie; écoulement abondant, mais sans odeur, des deux narines; les ganglions sous-maxillaires, surtout à droite, sont engorgés; le cou semble œdémateux, avec une légère teinte rougeâtre érythémateuse; la toux est très-rauque, sèche, métallique mais peu fréquente; le pouls bat 120 à la minute; la peau est chaude et sèche; aphonie à l'inspection de la gorge. Nous constatons des pseudo-membranes d'un blanc jaunâtre, qui recouvrent les deux amygdales; ces plaques sont à convexité centrale, ayant la dimension d'une pièce de cinquante centimes à droite, un peu moins volumineuse à gauche; les piliers postérieurs présentent également des plaques pseudo-membraneuses moins étendues. Il y a sur les piliers antérieurs et la luette des places blanchâtres qui nous paraissent dues à la cautérisation exercée le matin; toutes ces plaques reposent sur des tissus dont les portions apparentes sont d'un rouge cerise; tout le pourtour de l'isthme du gosier a la même coloration. Le malade porte souvent la main à l'oreille droite. Quand nous lui demandons s'il souffre de cette oreille, il répond par l'affirmation. Sa soif est très-vive, mais il appréhende de boire.

Il y a eu, le matin même, à la suite du vomissement, une épistaxis assez considérable. En examinant la main, j'aperçois sur l'indicateur de la main droite, vers la matrice de l'ongle, des croûtes semblables à celles de la bouche; la mère dit que l'enfant s'est coupé, il y a quelques jours, et qu'il s'est formé depuis des croûtes sanieuses sur la blessure. L'auscultation de la poitrine révèle à travers quelques râles bronchiques, humides des sommets, un murmure vésiculaire affaibli.

Ce malade est arrivé assez promptement à la période asphyxique; on aurait pu croire à un croup d'emblée. Il n'en est rien, les circonstances d'abattement, de perte d'appétit, de croûtes labiales et de flux nasal, observées depuis plusieurs jours, établissent catégoriquement que le malade était déjà sous la puissance de la diphthérie. A côté de lui un autre enfant a été transporté à l'hôpital pour y subir la trachéotomie, et a succombé six heures après l'opération.

Cette diphthérie, d'après tous les phénomènes que nous venons de constater, rentre dans l'espèce caractérisée de maligne et à infection générale, d'après l'école de Trousseau.

Dans les dernières matières vomies, il nous est facile de distinguer des plaques de pseudo-membranes que nous pouvons extraire, et placer dans un verre plein d'eau où elles deviennent plus facilement reconnaissables.

Prescription : installer le vaporium au cinabre qui ne cessera pas de fonctionner, et avec la précaution d'ajouter toutes les quatre heures un paquet de cinabre de 2 grammes, faire vomir à six heures du soir avec ma potion d'ipéca et de sirop d'ipéca, nourrir n'importe avec quel aliment, donner du vin coupé à volonté.

Nous revoyons l'enfant à huit heures du soir avec le docteur Orrillard. Il y a eu vomissements abondants, et dans les matières vomies sont encore de nombreuses parcelles de pseudo-membranes; la toux est toujours rauque, métallique, et la respiration sifflante. Il y a eu deux accès de suffocation avec beaucoup de jactitation. Il y a quarante inspirations; une bonne partie des pseudo-membranes qui obstruaient les amygdales et les piliers sont détachées. Il en reste encore cependant par places, le nez continue à couler, épistaxis pendant l'acte du vomissement. L'enfant a mangé et bu du vin en assez bonne quantité; il y a toujours aphonie et douleur à l'oreille droite qui nécessite un cataplasme laudanisé. Prescription : faire vomir à une heure et à sept heures du matin, continuer l'alimentation et le vin, le vaporium au cinabre fonctionnera toujours.

Le 20 au matin, malgré quelques moments d'amélioration dans la nuit, les principaux phénomènes n'ont pas changé, ainsi l'aphonie persiste, et la toux rauque semble voilée, ayant perdu son timbre métallique. Il y a de la suffocation, la respiration reste sifflante et diaphragmatique; la face reste violacée, mais un peu moins pâle; les narines coulent abondamment et sont couvertes de croûtes noirâtres aux orifices antérieurs. Jactitation; pouls entre 130 et 140; à l'inspection de la gorge nous n'apercevons plus de plaques diphthériques, elles ont été balayées par le vomissement. Le malade a vomi largement les deux fois qu'on lui a fait prendre de la potion. Dans les matières vomies, nous trouvons une quantité de parcelles de pseudo-membranes jaunâtres, denses, résistantes, au milieu de mucus épais et filant : le malade prend un peu de potage en notre présence, mais il s'arrête à chaque instant parce qu'il suffoque, il avale un verre de vin coupé, puis il se rejette sur son lit, renversant la tête en arrière, le cou tendu et gonflé.

Cette situation nous paraît alarmante, d'autant plus que les épistaxis se répètent et que la diphthérie s'étend dans les fosses nasales, et dans l'oreille interne, iatus Fallopii; cependant, comme le malade mange et qu'il boit du vin, comme il conserve la puissance de vomir et qu'il ne se déprime pas trop, nous conservons quelque espoir, malgré le verdict de mort formulé nettement par Trousseau dans ces cas.

Le vaporium continue : faire vomir à midi et à six heures du soir, alimentation à volonté, vin coupé à volonté, c'est la seule boisson que l'enfant veuille prendre.

Le soir, à huit heures, il y a un mieux assez tranché; la croûte labiale est tombée et la plaie qu'elle recouvrait est cicatrisée. Il n'y a eu qu'une épistaxis; on nettoie les narines en notre présence et nous pouvons constater des érosions au pourtour des ouvertures nasales s'étendant dans les fosses. Ces érosions sont blanchâtres par places, rouges dans d'autres; l'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire semble diminuer et l'otite a cessé. Il y a eu plusieurs fois un peu de sommeil dans le jour, mais chaque fois il y a eu réveil par un accès de suffocation. Cependant, à la teinte lilas de la face a succédé une coloration rouge. Au moment de notre visite, il y a un grand calme; la toux est assez souvent humide et plus fréquente, et la voix se fait entendre à moitié cassée et nasillarde. Il n'y a plus de sifflement à la respiration. Nous comptons 35 inspirations et 110 pulsations à la minute. Le pouls a repris de l'ampleur, la physionomie exprime moins de malaise; la gorge, bien nettoyée des fausses membranes, est d'un rouge plus clair. Cette fois, dans les matières vomies, nous trouvons des portions de tubes membraneux de différentes longueurs; nous en extrayons quatre qui sont placés dans un verre d'eau, le plus grand a deux centimètres de long à peu près, les autres sont plus petits. Il y a beaucoup de parcelles de pseudo-membranes. Alimentation et vin, continuer le vaporium, ne faire vomir qu'à quatre heures du matin, à moins que la suffocation revenant n'y fasse recourir plus tôt.

Le 21, on a été obligé de faire vomir à minuit et on a fait vomir encore le matin à sept heures, à cause des accès de suffocation reparus.

Le malade respire définitivement à l'aise et la toux demeurée fréquente et quinteuse, a pris tout à fait le timbre catarrhal. En examinant avec soin le malade, nous voyons à la face et au cou une éruption de rougeole bien caractérisée. Il y a aussi quelques taches sur le tronc.

Les plaques diphthériques des fosses nasales, visibles à l'œil, ont disparu et il y a des érosions de la muqueuse; le nez coule toujours; les yeux sont larmoyants; l'enfant, quoique respirant sans gêne maintenant, paraît plus abattu. Il refuse de manger, et c'est à peine si on peut lui faire avaler un peu de bouillon; mais il boit toujours le vin avec plaisir; il a consommé deux bouteilles de vin de Bordeaux depuis le début du traitement, ce qui peut paraître fort pour un enfant de cet âge.

A l'auscultation, on constate beaucoup de râles bronchiques hu-

mides; les menaces d'asphyxie me paraissent désormais dissipées, et, si la diphthérie ne s'étend pas dans les bronches, si l'infection n'est pas trop profonde, on peut concevoir l'espoir de la guérison, malgré l'éruption de la rougeole.

Continuer toujours le vaporium au cinabre, bouillon, vin coupé, tisane pectorale, demi-looch blanc avec 10 de sirop diacode, par cuillerée toutes les heures. — On ne fera vomir que sur nouvelle indication.

Le soir, à six heures, la rougeole couvre tout le corps; elle est confluente, surtout au cou et à la face; la toux devient incessante, opiniâtre, mais elle reste catarrhale. Quoiqu'il n'y ait pas de sommeil, il n'y a plus de jactitation, pouls à 130, peau chaude et humide, 26 inspirations, écoulement nasal de caractère muqueux, effacement complet des ganglions sous-maxillaires.

Le 22, abattement général; c'est à peine si l'on peut faire prendre quelques cuillerées de bouillon. Le corps est couvert par la rougeole. Nous faisons continuer le looch et le vin. Continuer le vaporium jusqu'au lendemain. Pendant cinq jours que la rougeole persiste en décroissant graduellement, on ne donne que du vin coupé, quelques potages, de la tisane pectorale et un looch avec sirop diacode, puis le malade est mis à l'eau d'Enghien.

Le 30, B... est guéri radicalement, non-seulement de la diphthérie à forme maligne, mais de tous les accidents concomitants à la rougeole. Sa voix est nasillarde et forte; souvent les aliments qu'il ingère ressortent en partie par les narines; on l'oblige à manger doucement; c'est la paralysie pharyngienne consécutive à la diphthérie.

(*La suite prochainement.*)

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

Par M. le Dr Bourguet

La grande fréquence de la pneumonie nous fait un devoir de rechercher scrupuleusement la meilleure voie à suivre pour arriver à la guérison. Peut-on avec raison se déclarer partisan de la méthode expectante, ou de la thérapeutique très-active? Je ne le pense pas. La bonne méthode me paraît être celle qu'emploient, suivant les cas, presque tous les praticiens, d'accord en général au lit du malade, mais un peu divisés sur un autre terrain.

Voici le résumé aussi succinct que possible de quelques observations où le traitement *mixte*, si je puis m'exprimer ainsi, a été employé :

I. Garçon, 3 ans. Broncho-pneumonie droite. Sirop d'ipécacuanha avec addition de tartre stibié. Vésicatoire.

Guérison en cinq jours.

II. Homme, 81 ans. Matité, souffle tubaire à droite, respiration très-accélérée. Langue et lèvres violacées; le tout précédé d'un violent frisson.

Vésicatoire. Potion avec :

Eau de tilleul	100	Par cuillerées d'heure en heure.
Ipéca	1	
Ecorces d'oranges amères	q. s.	

Sinapismes.

Amélioration notable d'abord; puis mort, après un nouveau frisson, survenu vingt-huit heures après le premier.

III. Femme, 30 ans. Enceinte de six mois. Pneumonie droite ayant successivement atteint tout le poumon. Dyspnée.

Potion pareille à celle du cas précédent. Vésicatoire.

Guérison en six jours.

IV. Garçon, 10 ans. Pneumonie à la base du poumon droit. Frissons. Crachats sanglants. Malade depuis trois jours.

0,40 d'ipéca en quatre paquets, deux jours de suite; le troisième, on donne 0,60.

Guérison le septième jour.

V. Garçon, rachitique, 9 mois. Toussant depuis longtemps (un mois environ). Face terreuse. Pouls dépassant 140. Souffle tubaire au niveau des deux épines de l'omoplate. Poumons peu perméables. Mal soigné par la mère. Pronostic mauvais.

Sirop de belladone, une ou deux cuillerées à café le soir. Deux petits vésicatoires en arrière. Tartre stibié, 0,05, dans 60 gram. d'eau sucrée par cuillerées à café (trois ou quatre).

Le sixième jour, kermès, 0,05, continué trois jours; le neuvième jour, les poumons sont très-perméables. Quelques râles disséminés. L'enfant est gai et ne tousse presque plus.

Cinq jours après, on me rappelle : les deux poumons sont congestionnés. Du 11 mars au 3 avril, l'état du petit malade varie, sans être fort dangereux. Mais à dater de ce jour, le souffle reparaît des deux côtés, et malgré l'emploi des mêmes moyens, la mort arrive le 5, vers le soir.

VI. Homme, 23 ans, chétif et peureux. Pleuro-pneumonie gauche occupant successivement tout le poumon, sauf le sommet. Vésicatoire.

Le côté droit atteint consécutivement le quatrième jour.

Vésicatoire et potion avec :

Eau de tilleul	100	Par cuillerées d'heure en heure.
Ipéca	1,50	
Tartre stibié	0,05	
Ecorces d'oranges amères	q. s.	

Le sixième jour, 25 centigrammes de calomel; vessie d'eau chaude le long de la colonne vertébrale; infusion de digitale.

J'ai eu grand peine à empêcher le malade de se lever le neuvième jour.

VII. Femme, 40 ans, atteinte, vers la fin de mars, par la grippe qui régnait épidémiquement, se soignant fort mal et travaillant beaucoup. Le 11 avril, elle pétrit son pain sans aide, le prépara et chauffa son four elle-même. On me fait appeler deux jours après.

Pneumonie du sommet droit très-manifeste; poumons remplis de râles; pouls 72 seulement mais très-faible.

Potion émétisée; vésicatoires.

Le lendemain dimanche, la malade est mieux. Elle a craché rouge. Le moral est excessivement affecté.

Le mardi, hémiplégie droite légère et mort le soir vers huit heures par asphyxie, malgré une potion alcoolique et des révulsifs à l'extérieur. La veille, malgré son mari, elle se leva du lit pour aller à la selle.

VIII. Garçon, 6 ans. Pneumonie lobaire aiguë à droite, souffle, matité, douleur vive, crachats rosés le troisième jour, pouls 132.

15 centigrammes de calomel avant les signes certains de la pneumonie.

Puis, 50 centigrammes d'ipéca en trois doses et chaleur au côté.

Guérison complète en six jours.

IX. Homme, 79 ans. Emphysémateux atteint brusquement des deux côtés; souffle, matité en arrière vers le centre des poumons, dyspnée extrême, pouls très-fréquent, pas de forces, perte de l'intelligence. On l'administra, tant l'état paraissait grave. Il fut convalescent le septième jour.

Il prit simplement la potion suivante qu'on renouvela :

Poudre d'ipéca	1,50	Par cuillerées d'heure en heure.
Tartre stibié	0,05	
Ecorces d'oranges amères	q. s.	
Dans eau de tilleul	100	

X. Petite fille, 4 ans, lymphatique, sujette à s'enrhumer.

Pneumonie gauche consécutive à une bronchite. Tout le poumon a été atteint, et fort gravement. La durée a été de trois semaines environ. Pendant cinq jours le pouls n'a pas battu moins de 120. Convalescence longue; la marche n'a été possible qu'après plusieurs jours.

Prises d'ipéca (0,50); vésicatoires répétés; toniques, et, en désespoir de cause, une potion alcoolique avec laquelle a coïncidé l'amélioration.

Ce cas et le suivant se sont passés dans ma famille et ont été observés avec le plus d'attention possible.

XI. Homme, 77 ans. Pneumonie droite consécutive à un catarrhe pulmonaire; moral très-affecté; difficulté de faire accepter la médication; subdelirium; pouls jusqu'à 130.

A guéri simplement par les vésicatoires et les pastilles de kermès.

XII. Garçon, 3 ans. Congestion pulmonaire des deux côtés; pneumonie gauche ayant inspiré beaucoup de craintes; très-bien le douzième jour;

Vésicatoires, kermès, prises d'ipéca, nitrate de potasse, potion alcoolique.

XIII. Homme, 35 ans. S'est lavé, étant en sueur, à une source vive. Pneumonie droite; tout le poumon atteint. J'ai vu le malade au septième jour. Un confrère avait déjà fait appliquer des sangsues et placer un vésicatoire. Pouls 136, très-faible, irrégulier; subdelirium; pas la moindre force; facies altéré. Le malade n'a rien pris que de la tisane depuis le début.

Tartre stibié en lavage, bouillon vineux peu à peu, mais de suite tenir chaudement, potion alcoolique, vésicatoire.

Mort huit heures après.

XIV. Fille, 20 ans, atteinte de rhumatisme depuis quelques jours. Brusquement les douleurs cessent et le mal paraît s'aggraver. C'est à ce moment que les parents me font demander.

Pneumonie double très-manifeste, dépression extrême des forces, intelligence abolie, état en un mot paraissant désespéré.

Tartre stibié, 10 centigrammes dans un quart de verre d'eau, par cuillerées de 10 en 10 minutes, jusqu'à vomissement, vésicatoire, sinapismes.

On employa deux jours après l'ipéca et le tartre stibié, ensemble, d'après l'avis d'un confrère appelé en consultation; toniques, nouveau vésicatoire.

La pneumonie céda en douze jours. Le rhumatisme reparut plus tard et guérit aussi.

Dans tous les cas, sans exception, j'ai conseillé du bouillon et du vin immédiatement, puis des aliments solides dès que cela m'a paru possible. S'il faut le dire, je compte cela pour beaucoup dans la thérapeutique de la pneumonie.

Quant aux infusions pectorales, aux cataplasmes, aux lavements simples ou émollients, et à quelques autres petits moyens, je les ai passés sous silence pour abréger autant que possible.

Je n'ai pas relaté non plus quelques cas de pneumonie qu'on pourrait contester peut-être, et dans lesquels le pouls est toujours resté au-dessous de 120. Il est vrai que j'en ai triomphé le plus souvent par des sinapismes, le séjour au lit et de bons soins hygiéniques.

Dans les pneumonies traumatiques que j'ai eu à traiter, le vésicatoire seul m'a suffi, excepté dans un cas où existait une grave contusion des côtes par une forte poutre.

Des sangsues et des applications résolutives furent employées conjointement.

Les conclusions sont faciles à déduire : je laisse à chacun ce soin.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 27 octobre 1868. — Présidence de M. Ricord.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

Un rapport de M. le docteur Malichecq (de Mont-de-Marsan), sur une épidémie de dysentérie qui a régné à Arengosse en juin, juillet et août derniers. (Comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Maurice Perrin et Voillemier, qui se présentent comme candidats pour la section de pathologie chirurgicale;

2° Des lettres de MM. Boinet et Delioux de Savignac, qui se présentent comme candidats dans la section de thérapeutique;

3° Des lettres de MM. Henry Guéneau de Mussy (de Londres), et Macario (de Nice), qui sollicitent le titre de membres correspondants;

4° Une note sur la vaccination, par M. le docteur E. Damourette (de Cermès). (Comm. de vaccine);

5° Une étude du rizaphore de M. Descamps (nouvel instrument pour la chirurgie dentaire construit à Constantinople);

6° Une note sur l'innocuité de l'acide phosphorique en injections hypodermiques contre l'hémoptysie, par M. Hoffman, pharmacien à Paris. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux);

7° Un pli cacheté déposé par M. Cerise, de la part d'un auteur qui désire garder l'anonyme.

M. le Président annonce que M. le professeur Stoltz, de Strasbourg, assiste à la séance.

M. Larrey présente :

1° Au nom de M. le docteur Giraldès, le quatrième fascicule des *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants* (hydrocèles, cancers au testicule, polypes de l'urèthre, calculs vésicaux, périostites phlegmoneuses, coxalgies, résections de la hanche);

2° Un mémoire sur la ponction du péricarde, par M. le docteur Baizot, professeur agrégé au Val-de-Grâce;

3° Un travail en italien sur l'électro-poncture appliquée à la cure des anévrysmes de l'aorte thoracique, par M. le docteur Ciniselli (de Milan).

M. Tardieu propose de renvoyer au Ministre de l'Agriculture et du Commerce le rapport lu dans la dernière séance par M. Gobley. (Cette proposition est adoptée.)

M. Ricord présente un instrument divulseur inventé par M. Rieger, et entre dans quelques développements sur le mécanisme et l'usage de cet instrument.

M. Chassaignac. Je suis surpris, non pas de la bienveillance de M. Ricord à l'égard des auteurs des instruments qu'il présente, mais de son indulgence pour les violences exercées sur le canal de l'urèthre au moyen de ces instruments.

La guérison des rétrécissements de l'urèthre par ces moyens est un problème qui se représente tous les ans. Et que s'ensuit-il? Une série d'inventions se ressemblant toutes plus ou moins, tendant toutes au même but, et soi-disant couronnées par d'innombrables succès. Je demande pardon à l'Académie de prendre ainsi la parole sans une étude préalable, mais j'éprouve le besoin de protester contre ces prétendues inventions qui n'offrent que de grands dangers, bien qu'en disent les auteurs, qui comptent leurs succès par cinq cents.

Voilà longtemps que je pratique, et l'expérience que j'ai acquise me donne, je crois, ce droit. Au lieu d'admettre et de patronner avec tant d'indulgence ces instruments, je pense que M. Ricord devrait, au contraire, s'élever contre ces prétendus succès.

C'est au sein de réunions pleines d'autorité comme l'Académie de médecine que doivent se faire entendre ces protestations. Je déclare donc que la violence contre le rétrécissement du canal de l'urèthre est une mauvaise chose; je souffre de voir depuis longtemps l'état de la chirurgie à l'égard de ces maladies. Je maintiens que violence et rétrécissement sont des mots qui hurlent de se trouver ensemble.

La guérison des rétrécissements n'est qu'une affaire de temps. Presque tous les obstacles qui se trouvent dans le canal urinaire ne sont que des obstacles temporaires. Il n'y a donc que les dilatations successives qui soient le seul et véritable remède applicable à ces sortes d'affections. Je ne comprends donc pas qu'on nous annonce toutes ces inventions avec un tel éclat de mise en scène. Je tiens à bien constater que ma déclaration n'a rien de personnel contre mon maître et ami M. Ricord; je ne fais que déplorer sa trop grande indulgence pour ces sortes d'inventions auxquelles sa voix, si autorisée dans ces matières, pourrait procurer un succès immérité.

M. Ricord. Loin de prendre pour moi la déclaration de M. Chassaignac, je m'empresse de le remercier, car j'approuve pleinement ses paroles; je suis tout à fait de son avis, et les principes qu'il vient de développer sont ceux que j'ai toujours suivis jusqu'ici. Seulement j'ai été chargé de présenter cet instrument, j'ai cru devoir le faire avec bienveillance et politesse, comme le font d'ordinaire les membres qui se chargent de présentations; mais je ne garantis rien; je ne prends rien sur moi, et bien loin de louer toujours ces sortes d'instruments, bien souvent, au contraire, j'en ai fait ressortir les inconvénients. J'ai vu, avec M. Velpeau, un malade opéré par M. Horteloup qui, comme vous le savez, avait l'habitude de cacher à son malade ce qu'il allait faire, et qui pratiquait ainsi ce fameux coup de poing. Eh bien, ce malade a eu quelque temps après une hémorragie terrible, après laquelle le rétrécissement est revenu. Aussi n'ai-je jamais voulu employer ces moyens de violence, et je suis à cet égard complétement de l'avis de M. Chassaignac, que, je le répète, je ne puis que remercier de son allocution.

M. Larrey. Je demanderai à l'Académie la permission de lui rappeler ce que j'ai dit autrefois au sujet de la présentation des instruments; à savoir qu'en général l'Académie soit très-sobre dans ces sortes de présentations et se tienne sur la plus grande réserve, afin de ne pas donner à des instruments qui n'en seraient point dignes l'autorité qu'elle donne à tout ce qu'elle touche.

M. Ségalas demande qu'on nomme une commission chargée d'examiner et de juger ces instruments.

M. Cloquet demande une commission permanente.

M. le Président. Le bureau s'en occupera.

— M. Gosselin présente, de la part de M. Géurineau (de Poitiers), un instrument destiné à dilater et à déchirer les canaux herniaires.

— M. Béhier présente, au nom d'un de ses externes M. Longuet, un nouveau sphygmographe perfectionné.

L'instrument a pour pièce principale une tige verticale A terminée à son extrémité supérieure par une potence E supportant un fil qui s'enroule autour d'un axe mobile B, et à son extrémité inférieure par une très petite plaque qui doit être en contact avec la peau. Un double ressort *cc*, appuyé sur cette tige, la ramène de haut en bas quand le choc artériel l'a soulevée de bas en haut.

Sur l'axe mobile F est fixée une roue H à laquelle chaque mouvement vertical de la tige fait décrire un arc de cercle en rapport avec la hauteur du mouvement principal.

La tige A transmet à une aiguille mobile I un mouvement par lequel est indiquée la pression de la plaque sur l'artère et la force de projection de la pulsation.

Une plume ordinaire G, tenue par une tige articulée et soudée à une pince à pression continue, s'applique sur la roue et suit son mouvement.

Elle décrit un trait horizontal quand la tige principale A décrit un mouvement vertical.

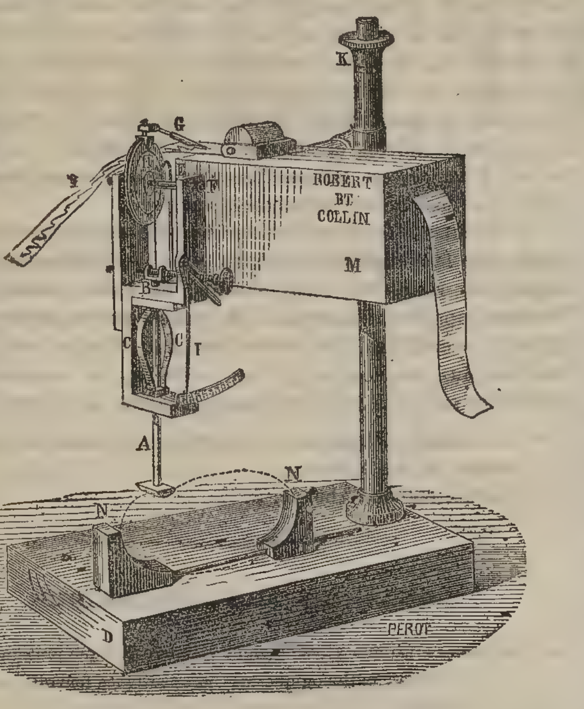
Le papier sur lequel est inscrit le tracé passe entre deux cylindres qu'un mouvement d'horlogerie M fait tourner l'un sur l'autre.

La bande de papier a un mètre quatre centimètres de longueur; sa vitesse est un peu plus considérable que celle du chariot de M. Marey.

La partie graphique de l'appareil est fixée sur le mouvement de l'horlogerie, et celui-ci est mû par une vis K plantée dans un socle en

bois D; sur ce socle deux supports mobiles NN servent à maintenir le bras sans que ce dernier subisse aucune pression.

Le mode d'application est très-simple : le bras est placé et maintenu



entre les deux supports de façon que l'artère soit juste au-dessous de la plaque terminale de la tige. Avec le bouton de la crémaillère tout l'appareil est abaissé; aussitôt que la plaque presse un peu sur la peau, la tige monte de bas en haut, l'aiguille du dynamomètre indique la pression, la roue décrit un arc de cercle. En tâtonnant on arrive à trouver le plus grand arc de cercle que peut produire la roue en variant la pression : l'instrument est alors en bonne position. La plume est à ce moment posée sur la roue et maintenue par la pince à pression continue : la pointe trace son trait de va-et-vient que le papier, par sa progression, transforme en ondulation.

Les avantages que cet instrument présente sur celui de M. Marey sont les suivants :

1° Le bras n'éprouve de pression qu'en trois points très-limités : la plaque terminale de la tige passe sur l'artère et les deux supports sont pressés par les apophyses inférieures des os de l'avant-bras. La circulation veineuse ne peut donc être entravée par ces trois points comprimés;

2° Le mode de soutien du bras permet d'appliquer l'appareil aux artères radiales des enfants très-jeunes;

3° La pression sur l'artère se faisant perpendiculairement est beaucoup plus limitée que dans l'appareil Marey; le tracé doit pour cela être plus précis;

4° La plume est beaucoup plus maniable que celle de M. Marey; non-seulement on peut l'enlever sans que l'instrument soit dérangé, mais encore sa branche fixe peut être allongée ou raccourcie; de là résulte que les arcs de cercle décrits peuvent être, en raison directe, allongés ou raccourcis quoique la pulsation soit toujours la même;

5° Le dynamomètre employé permet non-seulement d'indiquer la pression générale (comme le dynamomètre adapté par M. Béhier au sphygmographe Marey), mais encore de mesurer la force de la pulsation;

6° Le système d'horlogerie permet d'employer une bande très-longue;

7° La tige est complétement indépendante du bras avant l'application (avantage introduit déjà dans le sphygmographe Marey, modifié par M. Béhier);

8° La crémaillère qui supporte tout l'appareil est mobile, de façon telle qu'on peut appliquer la plaque en dehors du socle en bois.

Les pulsations du cœur, de l'artère fémorale, etc., peuvent être ainsi prises en appliquant le socle sur la poitrine, la cuisse, etc.

LECTURE.

Anévrysme et diabète.

M. Verneuil, candidat pour la section de pathologie chirurgicale, lit un travail ayant pour titre : *Anévrysme spontané de l'artère poplitée chez un sujet diabétique; insuccès de la compression mécanique, guérison par la flexion forcée.*

Le fait que M. de Verneuil communique à l'Académie, n'est, dit-il, ni extraordinaire, ni nouveau, mais à défaut d'originalité il présente de l'intérêt à cause de la coïncidence de l'anévrysme avec le diabète, coïncidence peu connue jusqu'ici; il en offre, en outre, parce que la compression mécanique, ordinairement si efficace et si innocente, avait échoué et provoqué même des lésions locales assez sérieuses; enfin, parce que la flexion a dû appeler à son aide la compression directe et indirecte.

M. Verneuil fait suivre la relation détaillée du fait de l'énoncé des propositions suivantes :

1° La coïncidence de la glycosurie avec les anévrysmes spontanés n'a pas encore été signalée; elle mérite cependant la plus sérieuse attention, car elle influe singulièrement sur le choix de la méthode curative et soulève en outre des questions nouvelles sur l'étiologie des anévrysmes, sur la composition et les propriétés du sang chez les diabétiques;

2° Elle contre indique d'une manière à peu près absolue la ligature, et rend également la compression mécanique très-difficile en prédisposant à la formation d'eschares sous les pelotes de l'appareil;

3° Malgré son mélange avec la glycose, le sang paraît conserver ses propriétés plastiques, ou en d'autres termes l'aptitude à déposer dans le sac des couches fibrineuses ou caillots actifs;

4° Le régime antidiabétique, bien différent de celui qu'on prescrit d'ordinaire pendant la cure mécanique des anévrysmes, ne paraît pas détruire cette aptitude. Il semble donc prudent de l'instituer quand l'état général le commande, et de le continuer même après la disparition apparente ou réelle de la glycose;

5° En cas d'anévrysme poplité, la flexion forcée de la jambe sur la cuisse est une méthode très-sérieuse et qu'il convient d'expérimenter de nouveau. Elle est innocente, d'un emploi commode, peu onéreuse puisqu'elle n'exige ni appareils coûteux, ni aides nombreux; elle nécessite de la part du patient un peu d'intelligence et de ténacité, de la part des chirurgiens une surveillance facile à exercer;

6° Dans quelques cas elle a donné aux chirurgiens anglais des succès bien rapides, mais alors même que les premiers essais seraient infructueux, elle peut réussir à la longue employée par séances courtes et largement espacées;

7° Son efficacité dépend sans doute de certaines conditions encore peu étudiées, telles : la position et les dimensions de la fissure vasculaire, les rapports, les dimensions, la consistance du sac, etc. Dans le cas présent, elle a fonctionné probablement comme la compression indirecte;

8° L'attitude vicieuse prolongée imposée à l'articulation du genou n'a présenté aucun inconvénient sérieux, la raideur articulaire a disparu progressivement, et l'article a repris toute l'ampleur de ses mouvements;

9° La cure, j'en conviens, a exigé un temps fort long, mais il faut reconnaître que sans la flexion elle eût été peut-être impossible et sans contredit plus pénible et plus dangereuse;

10° Sans doute l'attitude a dû appeler à son secours d'autres moyens accessoires. La compression directe et indirecte, mais elle a fait les principaux frais de la guérison. La seule conclusion à tirer est que dans les cas épineux de la clinique, le praticien loin de s'en tenir obstinément à un seul moyen, doit réunir, combiner et concentrer toutes les ressources que la science met entre ses mains.

(Renvoyé à la section de pathologie chirurgicale constituée en commission d'élection).

RAPPORT.

La gymnastique dans les lycées.

M. Vernois, au nom d'une Commission dont il fait partie avec MM. Barthez et Larrey, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Gallard ayant pour titre : *la Gymnastique et les Exercices corporels dans les lycées.*

M. le rapporteur dit que l'intérêt qui s'attache à tout ce qui regarde l'éducation physique des enfants, le nombre de plus de 25,000 élèves confiés aux soins de l'Université justifie suffisamment M. Gallard d'avoir porté cette question devant l'Académie.

L'auteur n'a pas prétendu tracer l'histoire complète de la gymnastique, il a voulu seulement indiquer la mesure dans laquelle son application peut et doit être faite aux élèves de nos lycées, ainsi que les moyens succédanés qu'il serait important peut-être de lui substituer.

M. Gallard, dont la note échappe à une analyse détaillée, a été, aux conclusions principales suivantes : éviter de faire de la gymnastique une étude ennuyeuse et fatigante, contenir les exercices dans des limites très-étroites, remplacer l'exercice factice des leçons du gymnase par l'exercice libre et naturel des divers jeux, introduire enfin dans les lycées, à la place d'un enseignement souvent stérile, l'exercice et le maniement du fusil.

M. Vernois approuve un certain nombre de ces idées, qu'il a lui-même plusieurs fois exposées dans divers rapports spéciaux au ministre de l'instruction publique. Pour les faire mieux apprécier de l'Académie, il rappelle les dispositions du programme universitaire, leur point de départ et l'époque de leur promulgation; l'idée de l'introduction régulière de la gymnastique dans les lycées appartient à la Commission nommée par le ministre Carnot et c'est du programme du 13 mars 1854, rédigé par Pierre Bérard, que sont sorties les pratiques successives et les formes pratiques de cet enseignement spécial.

Or, M. Vernois se demande si à notre époque, au point de vue médical, les programmes de la gymnastique, étendus et soi-disant perfectionnés, doivent être maintenus, et si les leçons obligatoires qu'on leur consacre peuvent remplacer les heures des jeux classiques et volontaires.

Avant de décider cette question, M. le rapporteur rend compte de ce qu'il lui a été donné d'observer dans le cours de l'inspection hygiénique qu'il vient de faire des lycées de l'empire. Sur 77 lycées, on trouve : 1° 28 gymnastiques à l'air ne pouvant servir que pendant 4 mois de l'année, et 5 autres à l'air et couvertes, bien tenues et utiles, en tout 33; — 2° 31 gymnastiques à l'air ou couvertes, mais mal tenues, rudimentaires et inutiles; — 3° 13 lycées n'ayant pas de gymnastique. D'où il suit qu'il y a plus de la moitié de ces établissements où l'enseignement de la gymnastique a toujours été, dès son début, est encore aujourd'hui, ou nul, ou impossible, ou très-incomplet. Les leçons y deviennent un embarras et une superfétation.

En outre, il n'y a rien d'uniforme dans le temps consacré à ces exercices. En fait, la gymnastique est fort peu et mal pratiquée, et les programmes alors sont, en général, inacceptables et inexécutés.

Quand on a bien médité sur toutes ces circonstances, quand on veut bien se rappeler qu'à partir de la troisième c'est à peine si les élèves consentent à jouer volontairement, et même encore à faire de la gymnastique officielle ou non, quand on s'aperçoit que la gymnastique officielle ne peut être régulièrement enseignée et docilement apprise aux enfants de 12 à 15 ans, on arrive à des conclusions à peu près semblables à celles qu'a formulées M. Gallard, et qui se résument en un mot : rendre la gymnastique attrayante.

Les principales conséquences qui découlent de la note de M. Gallard et des observations consignées dans ce rapport, tendraient donc à solliciter qu'on voulût bien, au nom de l'hygiène utilement pratiquée :

1° Limiter la prescription de la gymnastique aux petits et moyens colléges;

2° Réduire à un petit nombre d'exercices faciles et en rapport avec l'âge et la constitution des enfants les programmes de cet enseignement;

3° Se montrer vis-à-vis des divisions supérieures des grandes villes très-peu exigeants sur l'accomplissement de ce devoir si l'on veut en maintenir l'exécution;

4° Lui préférer dans la majorité des cas le simple retour à tous les jeux de l'enfance et de l'état adulte;

5° Substituer aux exercices incomplets de la gymnastique, l'escrime et l'équitation;

6° Enfin supprimer une classe ou une étude plutôt qu'une récréation, quand il s'agira de donner place à une leçon de gymnastique.

Quant au maniement du fusil, proposé de nouveau par M. Gallard avec une certaine complaisance, je crains, dit M. Vernois, que certaines objections anciennes et nouvelles ne s'opposent à son introduction dans les lycées; la nouvelle loi sur la garde nationale mobile ne me semble pas un motif suffisant pour appuyer ses propositions.

..... Comme d'ailleurs, dans cette question spéciale et très-restreinte, l'hygiène se trouve peu intéressée, comme les guerres probablement ne dureront pas toujours, ne faisons pas nos enfants soldats avant l'heure.

Ce dont je voudrais, en terminant, ajoute M. Vernois, féliciter M. Gallard, c'est d'avoir eu la bonne pensée de présenter sa note à la tribune de l'Académie; trop de questions demeurent étouffées dans les cartons des commissions administratives ou dans les archives des ministères; il en est qui ont besoin d'air et de lumière, et celle du régime médical intérieur de nos lycées a droit plus que d'autres, peut-être, à l'intérêt des médecins, du public et surtout des familles. M. le docteur Gallard a fait un travail utile suivi de conclusions sages et modérées qui, je l'espère, porteront leurs fruits.

La commission propose d'adresser des remercîments à l'auteur et de renvoyer sa note à la section d'hygiène.

Après quelques courtes explications échangées entre M. Larrey et M. le rapporteur, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

L'air miasmatique et ses migrations.

M. le docteur Poznanski lit, sous ce titre, un mémoire dont voici l'analyse.

La théorie miasmatique encourt une grave objection dans la circonstance où les pays se trouvant sur le passage des épidémies, restent fort souvent indemnes. Pour parer à cette objection, M. Poznanski cherche à établir une théorie expliquant le mode de migration de l'air miasmatique, basée sur la force motrice de la vapeur d'eau et sur la différence relative du poids spécifique de l'air des différentes couches de l'atmosphère.

On sait, dit M. Poznanski, que les épidémies miasmatiques sont constamment précédées et accompagnées d'inondations tantôt souterraines et tantôt à la surface de la terre. Les eaux une fois retirées et la vaporisation par là même rendue fort intense, la refraction des rayons solaires traversant l'atmosphère chargée de vapeurs, devient beaucoup plus forte. La chaleur excessive qui s'ensuit décompose le détritus du sol humide, et c'est l'influence combinée de cette chaleur, de l'humidité et de la décomposition organique, qui occasionne un état particulier de l'air nommé *miasme* ou *infection.*

La vaporisation du sol, en s'emparant de l'air infecté, produit un courant ascensionnel; plus la vaporisation est intense, plus rapide et plus perpendiculaire est le courant ascensionnel; au contraire, moindre est le degré de tension des vapeurs, plus lent devra être ce mouvement, et il approchera plutôt de la ligne horizontale que de la ligne perpendiculaire. En outre, l'ascension rapide et perpendiculaire amène une réfrigération et une précipitation immédiate des vapeurs d'eau, tandis que le mouvement qui s'approche de la ligne horizontale, n'éloignant pas suffisamment les vapeurs d'eau de la surface de la terre, ne produit cet effet que d'une manière incomplète.

Du moment que la vapeur d'eau du courant ascensionnel se trouve précipitée, l'air miasmatique n'ayant plus de support dans la vapeur, au lieu de monter, commence à descendre, toujours en suivant les lois de la gravitation et de la résistance qu'il rencontre. La différence du poids spécifique de l'air privé de vapeur d'eau et de celui qui en contient n'étant pas assez considérable pour que la descente soit verticale, elle s'effectue nécessairement en ligne diagonale ou plutôt en parcourant une ligne courbe. Il se forme ainsi un courant descendant qui sera pour la plupart du temps plus long que le courant ascensionnel, et l'air miasmatique, parti d'une contrée quelconque, ne retombera que dans un endroit plus ou moins éloigné sans avoir touché les pays intermédiaires.

Les bas-fonds, en produisant constamment des courants ascensionnels à cause de leur température élevée et de la vaporisation intense, y attirent l'air avoisinant; ce mouvement d'aspiration se communiquant dans l'atmosphère de couche en couche, le courant descendant se dirigera forcément plutôt vers les bas-fonds que vers les lieux élevés.

Une fois retombé, l'air miasmatique se trouvera entraîné de nouveau par la vaporisation dans une nouvelle migration au moyen de laquelle il se transportera vers les bas-fonds suivants; ainsi, d'étape en étape, l'air miasmatique peut faire des traversées immenses, jusqu'à ce qu'il soit usé ou dispersé dans l'atmosphère.

L'air miasmatique parcourt ainsi des courbes qui commencent à l'endroit où il a pris naissance, qui ont leur faîte au point où la vapeur refroidie se précipite, et qui finissent là où l'air retombe sur la terre.

D'ailleurs ce ne sont pas les conditions topographiques seules qui déterminent la direction des courbes en question; le mouvement rotatoire de la terre, et aussi la direction des vents, y concourent nécessairement, et c'est ce concours d'influences constantes et accidentelles qui impose aux migrations de l'air miasmatique un ordre constant qui n'exclut pas certains écarts, suites naturelles de certaines circonstances. Ainsi, par exemple, l'air miasmatique ayant une tendance constante vers les bas-fonds, peut néanmoins retomber sur les lieux élevés; seulement il n'y séjournera pas longtemps, et en vertu de son poids spécifique réellement augmenté, tendra à descendre vers les vallées. De même les épidémies à infection, tout en se développant de préférence dans les bas-fonds, peuvent néanmoins avoir lieu sur les hauteurs considérables, pourvu que ces dernières ne dépassent les limites que peut atteindre la vaporisation des vallées. Toutefois les épidémies des lieux élevés sont moins prolongées que celles des bas-fonds, à moins que par le concours de circonstances particulières le contingent de l'air miasmatique n'y soit renouvelé.

Quant à la concentration de l'air miasmatique du courant descendant, elle diminue à raison des espaces atmosphériques parcourues, et du temps qu'a duré la migration. Chaque fois que la vaporisation est très-intense, que le mouvement ascensionnel est presque perpendiculaire, et partant que la réfrigération des vapeurs est extrêmement brusque, le courant descendant touchera la terre presque à l'endroit qui l'a fait naître, et, n'ayant perdu que fort peu de sa concentration miasmatique, produira nécessairement une épidémie fort intense. Au contraire, si la vaporisation est lente et, partant, la courbe parcourue fort longue, l'épidémie sera communiquée à un endroit éloigné et sera

moins meurtrière; par la même raison, plus elle gagnera en extension, plus elle perdra de son intensité.

Partant de ces principes, on devrait distinguer deux genres d'épidémies; épidémies *indigènes*, appelées endémies, qui éclatent près de l'endroit produisant l'air miasmatique et qui sont fort intenses, et épidémies communiquées au loin, moins intenses, moins prolongées, et que le docteur Poznanski appelle épidémies *pérégrines*.

Jusqu'ici il s'agissait de la propagation des épidémies au loin à l'aide de la vaporisation et par des courbes plus ou moins longues; mais les épidémies se propagent également de proche en proche. L'air miasmatique privé de vapeur d'eau se dirige, comme nous l'avons vu, du côté des bas-fonds, autant en vertu de l'excédant de son poids spécifique que par l'aspiration exercée par la vaporisation de ces endroits. Ainsi les contrées intermédiaires, restées indemnes entre les deux extrémités des courbes parcourues par l'air miasmatique, seront envahies ensuite par la migration de proche en proche de ce dernier. Il y a plus, ces deux modes de propagation se combinent constamment, et tandis que d'un côté l'air miasmatique est transporté sur les hauteurs considérables par la vapeur d'eau, d'un autre côté en suivant les lois de la gravitation, il se dirige constamment vers les bas-fonds et les endroits dont l'atmosphère prête moins de résistance.

Telle serait *la dynamique des miasmes*, basée sur la force motrice de la vapeur d'eau et sur le poids spécifique relatif de l'air de différentes couches de l'atmosphère.

La double migration de l'air miasmatique une fois reconnue, dit le docteur Poznanski, tous les phénomènes qui regardent la propagation des épidémies à infection trouvent une explication parfaitement conforme aux données de la science; et alors on comprendra facilement: la prédisposition particulière aux épidémies miasmatiques et leur ténacité dans les endroits favorables à l'infection de l'air; la possibilité de développement originaire de ces épidémies sur les hauteurs considérables où puisse atteindre la vaporisation des vallées; l'immunité relative de contrées éloignées des terrains poreux; l'influence du dessèchement du sol sur la disposition des épidémies; leur disparition pendant l'hiver et leurs recondescences après la soi-disant hibernation; la propagation des épidémies s'effectuant parfois dans une direction contraire au vent; la coïncidence des épidémies miasmatiques avec les saisons se distinguant par la vaporisation excessive; la perniciosité des endémies en comparaison des épidémies venant de loin, enfin la vraie source des controverses qui surgissent entre la doctrine contagioniste et la doctrine opposée, etc., etc. (Renvoyé à la commission des épidémies.)

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le journal *le Temps* a publié, dans son numéro du 26 octobre, la note suivante qui répond à des attaques dirigées par M. le docteur Gallavardin (de Lyon), contre la statistique médicale des hôpitaux de Paris.

« Dans son numéro du 21 octobre, le journal *le Temps* a inséré un article signé du docteur Gallavardin (de Lyon), dans lequel ce médecin prétend que la statistique médicale des hôpitaux de Paris est faite par les employés des bureaux..... que de pareilles statistiques ne sont bonnes que pour les employés des bureaux et les gens du monde, mais qu'elles n'ont aucune valeur pour des médecins.

« Il est loisible à M. le docteur Gallavardin d'avoir et d'exprimer sur le travail dont il s'occupe telle opinion qui lui conviendra; mais ce qu'il ne saurait faire sans contradiction, c'est de soutenir contre toute vérité que la statistique médicale des hôpitaux est l'œuvre de personnes étrangères à l'art médical.

« Ce grand recueil, créé par l'initiative de l'Administration, est conçu sur un plan et d'après les bases tracées dans un rapport de M. le professeur Tardieu, fait au nom d'une commission médicale dont faisaient partie MM. les docteurs Grisoles, Cullerier, Guérard, Natalis Guillot, Beau, Chassaignac, Hardy, Guéneau de Mussy, Béhier, Marjolin, Bouchut, Depaul et Broca. Le docteur Gallavardin aurait pu constater ce fait lui-même s'il avait pris connaissance des documents annexés au premier volume. Il aurait pu y lire aussi que l'observation de chaque malade donne lieu à la rédaction d'un bulletin individuel écrit tout entier par le chef du service ou, du moins, sous sa direction, par un interne; que le soin d'examiner ces bulletins, d'en dégager les énonciations au point de vue médical et de les classer à leur place est confié à un médecin des hôpitaux; qu'enfin si le travail d'ordre, c'est-à-dire les calculs et l'inscription des résultats dans des cadres tracés à l'avance, est fait par le personnel de l'Administration, c'est encore avec le concours du médecin délégué.

« M. le docteur Gallavardin exprime donc un fait inexact lorsqu'il allègue que la statistique des hôpitaux de Paris n'est qu'un relevé de bureau. Du reste, les corps savants, en France aussi bien qu'à l'étranger, apprécient autrement que le médecin homœopathe de Lyon la valeur scientifique d'un recueil dont la rédaction est l'objet des soins les plus consciencieux, et qui a déjà reçu les encouragements et conquis les suffrages des plus illustres médecins de l'Europe. »

— La Société d'hydrologie médicale reprendra ses séances le 2 novembre et les continuera le premier et le troisième lundi de chaque mois, rue de l'Abbaye, 3.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'urine. — Chimie physiologique et microscopique pratique, ou indications dosologiques, pathologiques et thérapeutiques fournies par les urines, par M. BERGERET (de Saint-Léger), membre correspondant de la Société micrographique de Paris. 1 vol. in-8 de 292 pages. Prix, 4 fr. 50. — Paris, 1868, Germer-Baillière.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 128. — SAMEDI 31 OCTOBRE 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 31 OCTOBRE 1868. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Les Bureaux et les Ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas mardi prochain.

SOMMAIRE : REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE : Sur quelques contre-indications des anesthésiques. Ankylose ancienne du genou; rupture des adhérences; redressement; guérison. Épilepsie goutteuse. — Des arthropathies liées à l'ataxie locomotrice progressive, par M. Benjamin Ball. — Ovariotomie, par E. Kœberlé. — Feuilleton. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sur quelques contre-indications des anesthésiques.

M. le professeur Gosselin a inauguré cette semaine l'enseignement clinique de la Faculté pour le semestre d'hiver. Il a fait sa première leçon mardi dernier, ainsi que nous l'avions annoncé. Cette leçon a été consacrée à une étude des indications et des contre-indications de l'emploi des agents anesthésiques. Les dangers de l'anesthésie artificielle ne doivent jamais cesser d'être présents à l'esprit des opérateurs. S'ils venaient à les oublier, des accidents terribles viennent de loin en loin les leur rappeler. C'est ce qui est arrivé récemment. Pendant que l'opinion publique était encore émue par un de ces graves événemetns arrivé en ville, un homme succombait à l'hôpital de la Charité, foudroyé par l'anesthésie. La leçon de M. Gosselin empruntait à cette double circonstance malheureuse une opportunité et un intérêt tout particulier.

Nous ne reproduirons pas ici intégralement cette leçon, sur laquelle nous comptons revenir; nous voulons seulement, pour l'instant, en faire ressortir quelques points spéciaux de contre-indication, sur lesquels le professeur a plus particulièrement insisté.

L'une de ces contre-indications est l'alcoolisme ou l'habitude invétérée de l'usage des boissons alcooliques, malheureusement si commune dans la classe qui peuple nos hôpitaux.

Chez les sujets qui ont dépassé cinquante ans et qui ont de longues habitudes alcooliques, M. Gosselin est d'avis qu'on doit s'abstenir de l'emploi des anesthésiques ou que l'on ne doit, du moins, y recourir qu'avec de très-grandes précautions, et avec le soin de ne jamais pousser trop loin et prolonger trop longtemps l'anesthésie. C'est là un point qui, s'il n'est pas encore complétement justifié sur la physiologie, — qui jusqu'à un certain point cependant pourrait déjà en rendre compte, — est du moins établi sur une expérience suffisante.

Une autre contre-indication, plus formelle encore, et que M. Gosselin n'a pas manqué de signaler, est l'état de stupeur qui suit immédiatement les grands traumatiques. Il est à peine nécessaire de s'arrêter sur cette condition d'abstention, tant elle est évidente par elle-même. Mais combien de temps après la cessation de la stupeur est-il loisible et prudent de recourir à l'anesthésie? N'y a-t-il pas à la suite de quelques grands traumatismes, alors même que tous les signes connus de la stupeur caractérisée sont dissipés, un certain degré de stupeur larvée, qui peut encore tromper la confiance? Voilà un point qui est encore fort mal déterminé et sur lequel M. Gosselin appelle l'attention des chirurgiens.

Au nombre des traumatismes que M. Gosselin considère comme souvent contraires à l'emploi des anesthésiques, il signale les luxations récentes et particulièrement la luxation de l'épaule, à cause des lésions graves de troncs nerveux inportants qui peuvent en être parfois la conséquence. Il n'en est pas de même des luxations anciennes qui, pour des raisons que tout le monde connaît, indiquent doublement le secours des anesthésiques. Encore dans les circonstances où l'on peut substituer les procédés de douceur aux procédés de violence, y aurait-il plus de sécurité à s'en abstenir.

Nous n'avons pas besoin de dire qu'au premier rang des contre-indications, M. Gosselin a placé tout état morbide du cœur ou des poumons. C'est là une prescription élémentaire.

M. Gosselin a terminé sa leçon par un parallèle entre l'éther et chloroforme et par un exposé des précautions à prendre dans l'administration de ces deux agents anesthésiques. Nous reviendrons plus tard sur ce sujet, qui sera d'ailleurs probablement porté devant nos Sociétés savantes.

Ankylose ancienne du genou. — Rupture des adhérences. — Redressement. — Guérison.

Le traitement des ankyloses des grandes articulations constitue un des progrès les plus importants et les plus utiles de la chirurgie moderne. Ce progrès est dû à un heureux concours de moyens dont les uns ont facilité la rupture des adhérences, tandis que les autres en ont assuré les résultats. Ces moyens sont, d'une part, l'usage des agents anesthésiques, de l'autre, le concours heureusement combiné des bandages inamovibles et des appareils mécaniques destinés à régler l'exercice des mouvements.

Une de ces coïncidences, qui n'a d'ailleurs rien d'extraordinaire, tant les faits de ce genre se présentent fréquemment dans les hôpitaux, nous a rendu témoin, dans un court espace de temps, de plusieurs tentatives heureuses de rupture d'ankyloses anciennes du genou et de redressement persistant avec restitution de la liberté des mouvements de cette articulation. L'un de ces faits s'est passé à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Gosselin, pour une malade que nous lui avions adressée nous-même et dont l'histoire est assez intéressante pour que nous songions à la publier un jour. Le deuxième a eu lieu à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Panas, suppléant de M. le professeur Laugier. Et le troisième, dans le service de l'hôpital des Cliniques dont M. Labbé est chargé en ce moment. C'est de ce dernier fait que nous allons rapporter la relation.

Mathilde B..., âgée de 27 ans, entre le 23 septembre 1868 à l'hôpital des Cliniques, où elle est couchée au n° 15. C'est une fille assez forte, très-nerveuse et hystérique. Elle a eu, il y a trois ou quatre ans, des douleurs rhumatismales dans les épaules, qui ont cessé rapidement et qui ne se sont pas reproduites, ce qui a empêché à cette époque de la regarder comme rhumatisante. Au mois de septembre 1867, elle se réveilla un jour avec une vive douleur dans la jambe gauche, qui devint en même temps gênée dans ses mouvements. On ne peut attribuer cet état à une blennorrhagie, la malade n'ayant jamais contracté aucune maladie de ce genre. Au bout de trois jours, d'ailleurs, la douleur disparut spontanément par le repos, et huit jours après, le genou était dégonflé. Cet accident fut attribué à un plâtrage encore frais de la muraille de la chambre qu'elle occupait.

En février 1868, l'articulation du genou gauche redevint, sans cause appréciale, le siége de douleurs violentes irradiant assez loin dans la cuisse et dans le mollet, et produisant de l'insomnie. Cependant les mouvements de l'articulation étaient libres et indolents, le genou était gros et plein d'eau. Un mois de repos au lit ou sur une chaise longue n'amena aucune sédation; les mouvements, au contraire, devinrent difficiles. Un vésicatoire causa un grand soulagement.

A la fin d'avril, la malade, impatiente du repos à la chambre, marcha beaucoup; les accidents reparurent plus graves, la jambe affecta peu à peu une demi-flexion, et malgré cinq vésicatoires appliqués dans le cours des mois de mai et juin, la douleur et la claudication étaient très-accusées.

Le 23 juin 1868, la malade entra à l'hôpital des Cliniques; la jambe est à demi-fléchie; l'articulation est douloureuse, il n'y a pas d'hydarthrose. M. Guyon, chargé alors du service, fait exécuter aussitôt un mouvement forcé; à la suite de cette opération très-douloureuse, la malade marche aussitôt sans boiter; le volume de l'articulation était parfaitement normal. On ré-

---

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

I. Anatomie descriptive et dissection, etc., par le docteur J.-A. Fort, professeur libre d'anatomie, 3 vol. in-12, avec 662 figures dans le texte (1).

II. Traité de pathologie interne et de thérapeutique, par de Niemeyer, professeur de pathologie et de clinique médicale à l'Université de Tubingue, seule traduction autorisée sur la 7e édition allemande, 2 vol. grand in-8° (2).

III. Eléments de pathologie chirurgicale spéciale et de médecine opératoire, par Roser, professeur de chirurgie à l'Université de Marbourg, 2 vol. in-12 avec figures (3).

I

L'École pratique et l'Amphithéâtre de Clamart ouvrent leurs portes; la Faculté de médecine les imite; les vitrines des libraires se rajeunissent de publications nouvelles : c'est l'année scolaire 1869 qui commence.

Ab Jove principium. Débutons par l'anatomie.

Voici M. Fort qui ouvre la marche avec trois volumes in-12; c'est la deuxième édition d'un ouvrage qui a paru il y a dix-huit mois en un volume, et qui a été vite épuisé. Si le succès fait loi, le livre de M. Fort est jugé.

Nous sommes le peuple le plus riche en traités d'anatomie, et aujourd'hui le praticien qui voudrait se remettre un peu à cette étude des premières années éprouverait quelque embarras à choisir parmi nos différents auteurs. Dans ma jeunesse, on ne connaissait que Cruveilhier qui régnait en maître et sans partage; pas la moindre figure dans ses quatre volumes; aujourd'hui, c'est l'abondance qui succède à la disette. M. Sappey s'est montré timidement et lentement il y a une vingtaine d'années, puis ce premier coup porté à l'omnipotence de Cruveilhier, Sappey a eu des imitateurs et des successeurs.

Le premier volume de M. Fort pourrait s'appeler l'anatomie de cabinet. Il contient les notions préliminaires d'anatomie générale et de physiologie, l'étude des différents systèmes, des différents tissus et des liquides de l'organisme. Une bonne innovation à signaler dans le livre de M. Fort, c'est l'application pathologique à la suite de chaque chapitre, de sorte que l'élève, loin d'être rebuté par l'étude de l'anatomie, stérile au premier abord, a une notion des maladies qui peuvent affecter les organes qu'il vient d'étudier : il voit de suite l'application, le but de son travail.

Il y a dans ce premier volume des travaux originaux. Je signalerai entre autres un chapitre sur le système épithélial, qui est le résumé d'une leçon faite par M. Fort lui-même, à l'Hôtel-Dieu, dans l'amphithéâtre et avec l'autorisation du professeur Piorry, qui préludait ainsi, sans s'en douter, à l'enseignement libre qu'il va entreprendre lui-même, dit-on, en devenant professeur libre à l'École pratique, après avoir été professeur titulaire à la Faculté pendant près de 40 ans. Il finira par où les autres commencent.

Dans la myologie, M. Fort, après la description des muscles, a décrit leur action physiologique : il a tenu grand compte du livre (1) de M. Duchenne (de Boulogne) que j'ai analysé l'an dernier dans ce journal. On se rappelle sans doute que toute la physiologie des mouvements a été refaite par M. Duchenne et que tout son livre repose sur deux ordres de faits, l'expérimentation directe et les faits cliniques. Ce deuxième volume, que l'auteur appelle le *Manuel de l'Amphithéâtre*, contient la préparation des pièces sèches pour les musées et les concours, l'arthrologie, l'angéiologie et la névrologie.

Le troisième volume est consacré à la splanchnologie, à l'embryologie et aux organes des sens. Si M. Fort a emprunté à M. Sappey pour la splanchnologie, il a aussi dans son livre quelques travaux originaux. Je citerai entre autres l'anatomie et la physiologie du poumon considéré comme organe de sécrétion. C'est la première fois, que je sache, que cette opinion ait été émise aussi positivement. M. Longet, dans son *Traité de physiologie*, parle bien de l'excrétion de l'eau par le poumon; M. Béclard paraît y faire allusion; M. Robin est un peu plus explicite que les deux physiologistes précités; mais aucun de ces auteurs n'étudie l'excrétion pulmonaire comme une excrétion particulière. Pour M. Fort, le poumon est une glande en grappe et il le démontre péremptoirement.

Dans ce troisième volume, reparaissent les applications pathologiques un peu négligées dans le second.

Terminons en disant que jamais manuel n'a été aussi riche en figures.

II

Pendant que l'Espagne nous envoie ses grandeurs déchues, l'Allemagne continue en France son invasion pacifique, et voici que Niemeyer, très-satisfait de l'accueil qu'il reçut en 1865, revient de nouveau tenir garnison chez nous.

Trois années passées depuis la traduction qui fut faite de Niemeyer en 1865, par MM. Culmann et Sengel, ont amené dans le texte original bien des modifications. D'abord le titre modéré d'*Éléments* a pris le titre plus ambitieux de *Traité*; la cinquième édition, qui a servi de texte à MM. Culmann et Sengel, a été suivie de deux autres et celle que nous avons entre les mains est la septième.

La cinquième édition a été annotée par M. Cornil, l'habile collaborateur de M. Hérard. La septième édition n'est annotée par personne; c'est le texte pur de Niemeyer, qu'il a considérablement modifié lui-même depuis 1865, et presque refait à nouveau. La traduction — et

(1) Chez Adrien Delahaye, 25 francs.
(2) Chez Chamerot et Lauweryns, 5 francs chaque fascicule.
(3) *Ibidem.*

(1) Physiologie du mouvement. — Voir *Gazette des Hôpitaux*, 26 septembre 1867.

péta quatre fois cette opération, et à chaque fois cette femme faisait, sans boiter, le tour de la table. Mais la claudication reparaissait quelques jours après.

Le 3 juillet, malgré une réelle amélioration, la malade boitait encore quand elle demanda son exeat.

Chez elle, elle se contenta d'appliquer des cataplasmes; on lui avait recommandé de se faire faire des mouvements; mais, par crainte de la douleur, elle ne suivit pas ce conseil. La flexion de la jambe augmentait, et quand Mathilde B... revint à la Clinique, près de trois mois après, la flexion était suivant un angle presque droit. C'était le 25 septembre 1868.

On lui administra le chloroforme, et M. Labbé fit l'extension forcée du membre. Cette manœuvre exigea un grand déploiement de force et provoqua des craquements très-forts que le chirurgien sentit et que les assistants purent entendre. La jambe redressée fut placée aussitôt dans une gouttière de treillis.

Le 12 octobre la gouttière fut retirée : bandage roulé, teinture d'iode. Pas d'épanchement articulaire. A ce moment, M. Labbé se disposait à faire des manœuvres pour faire recouvrer au membre ses mouvements normaux. Il constata que ceux-ci étaient à peu près complétement rétablis. Le bandage roulé fut renouvelé trois fois.

Le 16, les mouvements communiqués sont assez étendus; le mollet arrive sur la cuisse vers 45°. Les mouvements spontanés sont plus limités.

Epilepsie goutteuse.

Dans une note communiquée à *l'Abeille médicale*, M. le docteur Legrand du Saulle rapporte l'histoire d'un jeune homme auquel il a été appelé à donner des soins pour des attaques nerveuses épileptiques, qui avaient commencé à se manifester à la suite d'un violent accès de colique néphrétique, et qui, à partir de cette époque, avaient continué à se montrer tous les 40 ou 50 jours environ. Ce jeune homme, d'une constitution très-vigoureuse d'ailleurs, était fils d'un père qui avait la gravelle, petit-fils d'un goutteux, neveu et frère de goutteux; il se préoccupait principalement d'une douleur assez vive dans la région des reins, et il appréhendait l'invasion d'une nouvelle colique néphrétique, lorsqu'un jour il fut pris d'un nouvel accès d'épilepsie. Ce fut alors que M. Legrand du Saulle fut appelé.

Remarquant quelques traces de congestion encéphalique, il prescrivit un pédiluve très-chaud, des sinapismes aux jambes et un lavement avec 30 grammes de sulfate de soude. Dans la nuit éclata un premier accès de goutte au gros orteil du pied gauche.

Ce dernier accident fut pour M. Legrand du Saulle un trait de lumière. La pensée lui vint qu'il n'avait eu jusqu'alors affaire qu'à un cas de goutte larvée et à des crises dépendant de la diathèse urique. Il institua, en conséquence, une médication consistant dans l'usage d'une eau minérale alcaline et de quelques pilules de valérianate de quinine, puis il recommanda une grande sobriété et beaucoup d'exercice. Depuis cinq ans que ce fait s'est passé, ce malade n'a plus eu d'accès d'épilepsie; mais il survient à peu près trois ou quatre fois par an un très-léger et très-court accès de goutte, dont toutes les manifestations sont scrupuleusement respectées.

Le fait rapporté par M. Legrand du Saulle n'est pas sans précédent, et en cela il n'en est que plus intéressant. Van Swieten a raconté l'histoire d'un individu qui, après avoir éprouvé de violentes douleurs abdominales accompagnées de délire et de tremblement universel, eût des accès d'épilepsie. Il fut pris un jour d'un violent accès de goutte au gros orteil; et à partir de ce moment, les accès épileptiques cessèrent pour faire place à des attaques de goutte régulières. Sauvages dit avoir observé deux fois une épilepsie arthritique, laquelle reparaissait lorsque la douleur arthritique cessait, et réciproquement. Au dire de Portal, les faits de ce genre seraient assez fréquents, mais il n'en cite aucun exemple précis. C'est dans Garrod que l'on trouve les faits les plus explicites à cet égard. Dans son *Traité de la Goutte*, il cite, entre plusieurs exemples, celui d'un vieillard qui avait éprouvé plusieurs accès épileptiformes dont la nature n'avait pas été soupçonnée. Un accès de goutte articulaire mit fin à l'épilepsie. Dans un autre cas, une série d'attaques d'épilepsie, intercalée entre deux séries d'attaques de goutte, semblait mieux montrer encore l'origine commune, ou tout au moins le lien qui rattachait l'une à l'autre ces deux manifestations morbides. Un autre cas est relatif à un homme de 68 ans qui, pendant 28 ans, avait souffert de la goutte régulière. Il survint une attaque d'épilepsie d'assez longue durée, et six semaines après, un nouvel accès du même genre. Pendant les dix-huit mois qui suivirent, il n'y eut pas de nouvelles crises nerveuses; mais la goutte articulaire régulière, qui avait disparu avant le début des accidents cérébraux, se manifesta de nouveau de temps en temps.

Le même auteur rapporte aussi, à cette occasion, divers exemples d'aliénation mentale développée sous l'influence de la goutte. Et, à cette occasion, il fait remarquer que chez plusieurs personnes actuellement sous le coup d'une attaque d'épilepsie, de paralysie ou d'apoplexie, et qui n'avaient jamais présenté d'ailleurs aucun des symptômes de la goutte, il a trouvé le sang riche en acide urique. Les accidents cérébraux dont il s'agit, se demande-t-il, doivent-ils être considérés comme des symptômes de goutte larvée? Faut-il croire, au contraire, que dans ces cas l'ébranlement violent subi par le cerveau ou par la moelle a eu pour effet de paralyser l'action des reins et d'entraver l'élimination de l'acide urique? Garrod déclare incliner pour le moment vers la seconde hypothèse.

Quoi qu'il en soit de ces théories, le rapprochement de ces faits montre la relation qui peut exister entre deux diathèses, qui, toutes différentes qu'elles soient en réalité étiologiquement et symptomatiquement, se succèdent et se suppléent dans quelques circonstances. Si bien que, connaissant ce fait, on pourrait jusqu'à un certain point, en présence d'un épileptique qui aurait des antécédents d'arthritisme ou qui procéderait d'une lignée de goutteux, se rattacher à l'espoir de voir la diathèse épileptique cesser pour faire place à la diathèse goutteuse et tenter même de provoquer cette transformation en réveillant une goutte larvée, dissimulée sous les traits de convulsions épileptiques.

DES ARTHROPATHIES
liées à l'ataxie locomotrice progressive,

Par M. Benjamin BALL,

Agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

On a depuis longtemps constaté que des troubles de nutrition d'une nature toute spéciale pouvaient se développer du côté des jointures, sous l'influence des maladies du système nerveux. Mais ce sont surtout les arthropathies consécutives soit aux affections des nerfs périphériques, soit aux lésions traumatiques de la moelle épinière, qui ont attiré l'attention des auteurs; or, il est aujourd'hui démontré que les altérations chroniques de l'axe médullaire, qui sont plus spécialement du ressort de la médecine, peuvent aussi donner naissance à des accidents de cette espèce.

M. le docteur Charcot a récemment publié un travail (1) sur cette question, dans lequel l'influence des centres nerveux sur les affections articulaires a été nettement mise en lumière. Il a décrit non-seulement les arthropathies liées à l'ataxie locomotrice progressive, mais aussi l'arthrite spéciale qui peut coïncider avec les hémiplégies. Nous n'avons point à nous occuper de cette dernière partie de son travail, dont les conclusions se trouvent confirmées par une observation récente de M. Gubler (1); mais le hasard ayant simultanément placé sous nos yeux deux cas de cette *arthropathie spinale* qu'il a signalée, et qui n'avait jusqu'à présent attiré les regards d'aucun observateur, nous avons cru qu'il ne serait pas inutile de les porter à la connaissance du public médical. Les cas de cette espèce sont, en effet, peu nombreux jusqu'ici : en comptant les quatre observations inédites que nous avons réunies, les faits de ce genre ne sont aujourd'hui qu'au nombre de *onze*. Cela tient, peut-être, à ce qu'ils n'ont pas toujours été reconnus; car, s'il est facile, une fois qu'on est prévenu, de distinguer les arthropathies spinales de toutes les autres affections qui peuvent avoir les articulations pour siége, il est encore plus facile de commettre une erreur à cet égard, lorsqu'on ne possède point les données nécessaires pour l'éviter. Il nous paraît donc indispensable de préciser, autant qu'il est possible de le faire actuellement, les principaux caractères de cette complication peu connue de l'ataxie locomotrice. Nous allons donc en tracer une rapide esquisse, après avoir rapporté les faits sur lesquels doit s'appuyer notre description.

Disons seulement d'avance, pour guider le lecteur, que ces affections articulaires se développent généralement dans le cours de l'ataxie locomotrice, après l'apparition des douleurs fulgurantes et vers l'époque où les troubles de la motilité commencent à se dessiner d'une manière plus prononcée; qu'elles sont le plus souvent indolentes et sans réaction fébrile; qu'elles sont habituellement indépendantes de toute violence extérieure, bien que les accidents de ce genre soient incontestablement une prédisposition fâcheuse; et que, d'après la seule autopsie qui ait été pratiquée jusqu'à présent, les lésions concomitantes paraissent surtout consister en une atrophie rapide des surfaces articulaires avec destruction des os.

Nous allons maintenant laisser la parole aux faits.

Observation I. — *Arthropathie consécutive à une ataxie locomotrice progressive, ayant frappé d'abord le genou droit, puis le genou gauche.*

P..., Jean, âgé de 38 ans, maçon, est entré, le 22 août 1868, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Béhier, salle Saint-Paul, n° 23.

Cet homme, qui prétend avoir joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 35 ans, et qui n'a jamais éprouvé d'accidents syphilitiques, fait remonter le début de sa maladie à l'année 1865.

Les douleurs fulgurantes sont le premier phénomène qui ait fixé son attention. Elles revenaient par accès dans les membres inférieurs et subissaient l'influence des changements de température. Il n'y a jamais eu de douleurs en ceinture.

Vers le commencement de l'année 1867, il se développa de la faiblesse et de l'incoordination des mouvements dans les jambes, et le malade, ne pouvant plus marcher avec sûreté sur les échafaudages, fut obligé de renoncer à sa profession.

C'est alors que les symptômes articulaires se manifestèrent pour la

(1) *Archives de physiologie*, n° 1. Janvier 1868.
(2) *Union médicale*, août 1868.

---

c'est l'auteur lui-même qui le dit — a été faite, non point en France, mais en Allemagne, sous sa propre direction, et n'est accompagnée d'aucune note, ni addition étrangères. « Il n'est pas, dit Niemeyer, dans l'esprit de mon livre de suivre les tendances de telle ou telle école, de discuter des questions de doctrine, mais m'étant renfermé avant tout dans l'étude de faits consciencieusement observés, et n'ayant jamais hasardé d'autres conclusions que celles qui découlent légitimement de cette étude, il n'y avait pas lieu de concilier des opinions dites allemandes avec des opinions censées appartenir exclusivement à des observateurs français. La médecine est une science d'observation, et comme telle elle n'admet pas le partage; elle est une de sa nature, quel que soit le pays où on en cultive l'étude. C'est à ce point de vue que j'ai accepté seul la responsabilité de mon livre et que je le publie en France tel qu'il vient de sortir de ma main. »

Après cette déclaration de Niemeyer, rappelons aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* la doctrine et la méthode de l'auteur. Reflet de l'enseignement des Virchow, des Jean Muller, des Kolliker, des Ludwig,, des Donders, la doctrine de Niemeyer accorde beaucoup au microscope, mais elle ne tombe pas dans l'exclusivisme; elle tend à utiliser la physiologie moderne pour l'explication des faits pathologiques et thérapeutiques et à représenter les symptômes comme les suites nécessaires de la maladie. Il y a loin de cette doctrine à celle dont M. Bouchut se fait le grand-prêtre, à savoir que *les maladies sont des impressions transformées* (1).

La thérapeutique de Niemeyer est sage et prudente; il ne cherche pas beaucoup de formules; il ne prescrit que les médicaments reconnus et sanctionnés par l'expérience et évite les formules banales : il indique soigneusement la posologie. Dans tout le cours de son livre, il s'est attaché aux importants travaux qui ont été entrepris dans la thérapeutique. Sa méthode consiste à chercher avant tout l'effet thérapeutique des médicaments, par conséquent à analyser les phénomènes morbides avant et après l'emploi des médicaments ou de la médication. C'est, pour Niemeyer, de cette façon seulement et avec des observations bien faites, qu'on peut arriver à des données précises et à des progrès en thérapeutique : en un mot, il demande et recherche la constatation positive des faits thérapeutiques.

Cette nouvelle édition de Niemeyer paraît par demi-volume. La première partie du premier volume contient en 430 pages les maladies du larynx, des poumons et du cœur. De très-nombreuses additions ont été faites par l'auteur; contentons-nous de les signaler.

Le chapitre sur le catarrhe laryngien est modifié en beaucoup d'endroits et le traitement surtout a été considérablement étendu. — Les ulcères catarrhaux du larynx, compris dans l'ancienne édition parmi les lésions anatomiques de la laryngite et à peine mentionnés, sont longuement et explicitement traités dans un chapitre à part de cette nouvelle édition : il en est de même pour les ulcères typhiques, varioleux et syphilitiques de l'organe de la phonation. — La laryngoscopie, qui nous est venue d'Allemagne, qui a pris en France ses titres de naturalisation, a reçu de nouveaux développements dans le livre de Niemeyer. Citons encore les maladies de formations nouvelles du larynx ou néoplasmes, la périchondrite. Le chapitre des névroses du larynx comprend deux articles : l'un ayant pour titre *Spasme de la glotte* est la reproduction de l'ancien, mais le chapitre sur les paralysies phoniques est tout à fait nouveau.

Les maladies des poumons ont subi de nombreuses modifications dans la septième édition. Signalons surtout l'emphysème, les hémorragies bronchiques, refaites à nouveau; les hémorragies pulmonaires sans déchirure du parenchyme; des additions considérables dans la pneumonie catarrhale, dans le pneumo-thorax et la phthisie.

Cette édition diffère donc assez notablement, par la forme et par les additions qu'elle a subies, des éditions précédentes.

III

Voici encore un Allemand, le docteur Roser, professeur de chirurgie à l'Université de Marbourg, qui franchit le Rhin. Décidément la Prusse nous envahit. Ce sont MM. Culmann et Sengel qui lui servent d'introducteurs et d'interprètes.

Le livre de Roser est un petit in-12, traduit sur la cinquième édition et dont le premier fascicule est orné de cinquante gravures. Ce livre est très-répandu en Allemagne, où il est le *vade-mecum* du praticien. Nous n'avons que le premier fascicule de 360 pages, qui contient les maladies chirurgicales de la tête, de la bouche, du cou, de la poitrine, de la colonne vertébrale et de l'abdomen.

L'auteur a suivi l'ordre topographique, qui, s'il n'est ni physiologique, ni méthodique, a au moins sa raison d'être et est plus commode pour le praticien. Il n'entre pas dans une foule de détails d'étiologie, de diagnostic, d'anatomie pathologique : il suppose que le praticien les connaît; mais il s'arrête plus particulièrement sur la conduite que devra tenir le chirurgien. C'est de la chirurgie courante, pratique, journalière; ce n'est pas un livre comme ceux de Sedillot, d'Alph. Guérin, de Malgaigne, où l'on ne trouve que des opérations. Roser, comme M. Alph. Richard chez nous, s'est abstenu des détails purement scientifiques pour s'arrêter plus spécialement sur la conduite à tenir en présence de toutes les maladies qui sont du ressort de la pathologie externe.

Notons, parmi les maladies de la bouche, le bec de lièvre, les restaurations des lèvres, les maladies de la langue, accompagnées de figures assez nombreuses et bien exécutées. Nous y voyons avec plaisir que depuis longtemps M. Chassaignac et son écraseur linéaire sont populaires en Allemagne et que l'invention du chirurgien français est une de celles qui lui survivront.

Ce premier fascicule se termine par les maladies de l'abdomen jusqu'aux hernies inclusivement, auxquelles l'auteur consacre plus de 50 pages.

L'ouvrage de M. Roser aura-t-il en France le même succès qu'en Allemagne? L'avenir seul nous l'apprendra.

Dr A. Corlieu.

(1) E. Bouchut, *Pathologie générale*, 2e édition, 1869.

première fois. Le genou droit, qui est aujourd'hui parfaitement indemne, devint le siége d'une enflure considérable : il offrait 45 centimètres de circonférence, au dire du sujet. Quelques mois plus tard, cette articulation s'étant désenflée, le genou gauche fut pris à son tour.

C'est alors que le malade est entré (vers la fin de juillet 1867) à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Raynaud, qui remplaçait alors M. Barth. On reconnut l'existence d'une *ataxie locomotrice*, et le malade fut traité par les bains sulfureux, le nitrate d'argent et l'électricité.

L'articulation malade ayant fini par désenfler, et les autres symptômes s'étant amendés, le malade, au sortir de l'hôpital, le 15 septembre 1867, essaya de reprendre sa profession; mais il fût obligé de nouveau de recourir aux soins d'un médecin peu de temps après avoir quitté l'Hôtel-Dieu.

Au mois de mars dernier, l'articulation commença de nouveau à se tuméfier, mais le gonflement ne devint considérable qu'à partir du 7 août, après une chute sur le genou malade. C'est dans ces conditions qu'il est entré à l'hôpital.

État actuel, le 22 août 1868.

Sans insister sur les phénomènes qui se rattachent à l'ataxie locomotrice proprement dite, nous nous contenterons d'esquisser rapidement les principaux systèmes qui caractérisent actuellement la maladie. Nous insisterons plus longuement sur les accidens articulaires.

A. La sensibilité au froid et à la chaleur, à la douleur, au contact, est parfaitement conservée. Il existe cependant un peu d'engourdissement à l'extrémité des doigts.

Les forces musculaires sont restées intactes ou à peu près.

Les résultats fournis par le dynamomètre de Duchenne sont les suivants :

Jambe gauche	20°,5
— droite	20°,5
Main gauche	47°
— droite	34°
Les deux mains	51°.

Il existe beaucoup d'incoordination des mouvements. Le malade ne peut marcher que les yeux ouverts et tombe aussitôt qu'il les a fermés. Les mouvements reflexes sont exagérés.

Il existe des douleurs fulgurantes très-intenses revenant par accès; mais il n'y a point de douleurs en ceinture. On ne constate d'ailleurs aucun autre trouble de la sensibilité générale ou spéciale.

B. État des articulations.

Le genou droit est dans un état normal : il présente 38 centimètres de circonférence. Une petite tumeur dense et résistante occupe l'angle interne du creux poplité.

Le genou droit, qui présente 40 centimètres de circonférence, est le siége d'une hydarthrose énorme. La rotule est visiblement soulevée et vient choquer les condyles fémoraux lorsqu'on la presse avec le doigt.

Mais il est impossible de n'être point frappé de la singulière apparence que présente le membre inférieur gauche tout entier. Malgré l'hydarthrose, la jambe est dans l'extension, et une sorte de gonflement général sans œdème s'étend depuis la cheville jusqu'à la bouche, de sorte que le membre paraît au moins deux fois plus volumineux que celui du côté opposé. En même temps la jambe tend à faire, avec les cuisses, un angle dont le sommet est tourné en dedans, de sorte que le parallélisme des membres inférieurs est détruit.

La flexion est limitée depuis trois semaines, et le malade est loin de pouvoir plier la jambe gauche aussi complétement que celle du côté opposé : mais, en revanche, il existe une mobilité anormale qui permet des mouvements de latéralité plus prononcés en dehors qu'en dedans.

Au milieu de tous ces phénomènes, il n'existe ni rougeur, ni douleur de l'articulation, et le malade n'a jamais eu de mouvement fébrile.

Le malade est soumis au traitement par le phosphore : il en prend 7 milligrammes par jour.

Le gonflement articulaire a été combattu par cinq vésicatoires appliqués sur la jointure malade le 24 août, les 2, 10, 22 et 30 septembre. L'emploi de ces révulsifs amène une diminution notable de l'hydarthrose; mais les surfaces osseuses de l'articulation semblent tuméfiées. Une mensuration pratiquée le 28 septembre, à l'aide d'un compas d'épaisseur, donne 97 millimètres pour l'articulation droite, au niveau des condyles fémoraux, et 119 millimètres pour l'articulation gauche. Cependant le gonflement général du membre a sensiblement diminué; mais la jambe gauche semble toujours plus volumineuse que la droite.

Les surfaces articulaires se trouvant rapprochées par la diminution de l'hydarthrose, la main, appliquée sur la rotule, éprouve une sensation de craquement analogue à celle qu'on perçoit dans une jointure autrefois frappée de rhumatisme, et dont les surfaces articulaires sont dépolies. Au reste, la même sensation se produit quand on engage le malade à fléchir le genou en maintenant la main appliquée sur l'articulation.

L'appétit s'est toujours bien conservé, et le malade est au troisième degré d'alimentation.

Une ponction exploratrice a été pratiquee le 25 et renouvelée le 26 septembre avec un trocart capillaire. Elle a donné issue à une sérosité légèrement teintée de sang, dans laquelle le microscope n'a reconnu que des globules sanguins.

Le 29 septembre, on applique un appareil dextriné sur l'articulation pour la comprimer.

Le 6 octobre, l'appareil dextriné est retiré; le genou est fort dégonflé.

Le 9 octobre, sans avoir fait aucune chute, le malade est pris de nouveau d'un gonflement général du genou gauche. En même temps, il se manifeste une légère hydarthrose du côté droit.

On commence l'application de l'électricité à l'aide d'un appareil à courants continus. Un courant ascendant est dirigé sur la moelle épinière; un courant transversal est porté sur chacune des articulations.

Le 12 octobre, le gonflement a disparu du côté droit, mais il est devenu très-considérable du côté gauche.

On prescrit un vésicatoire sur l'articulation, sans discontinuer l'usage de l'électricité.

Le 13 octobre, le vésicatoire a fourni une quantité considérable de sérosité. Cependant le gonflement articulaire n'a point diminué.

Le 15 octobre, le vésicatoire s'est enflammé, ce qui n'avait pas eu lieu pour les vésicatoires précédemment appliqués. Du reste, comme l'excitation révulsive est appliquée pour la sixième fois sur le même point de la surface entourée, il n'est pas étonnant qu'il se soit montré un peu d'inflammation en cet endroit.

La tuméfaction du genou gauche continue à s'accroître. Le genou droit est revenu à l'état normal.

Cette intéressante observation nous paraît offrir à beaucoup d'égards un type complet des accidents articulaires de l'ataxie. On voit que les manifestations du côté des jointures se sont développées après l'apparition des douleurs et vers l'époque où les troubles de la motilité commençaient à s'accentuer. On remarquera cette physionomie singulière du membre affecté, cette hypertrophie générale qui fait paraître la jambe malade beaucoup plus volumineuse que l'autre, et qui, après avoir existé à droite, s'est transportée à gauche. On remarquera enfin que si l'arthropathie s'est primitivement développée en dehors de l'intervention des causes traumatiques, les chutes que le malade a faites depuis ont toujours amené une aggravation des accidents.

Aucune douleur, aucune rougeur, aucune réaction générale n'ont accompagné l'apparition des arthropathies; mais il n'en est pas toujours ainsi, comme nous le verrons bientôt.

OBSERVATION II. — *Ataxie locomotrice d'ancienne date: accidents articulaires ayant débuté vers l'époque où l'incoordination des mouvements est devenue plus manifeste.*

Nous nous réservons de publier plus tard cette observation avec tous les détails qu'elle comporte. Nous ferons seulement remarquer qu'elle présente la plus grande analogie avec le cas précédent; mais elle en diffère par la douleur, peu intense à la vérité, et par le mouvement fébrile qui ont signalé le début de l'arthropathie. Aujourd'hui, la maladie est en pleine évolution, et l'articulation affectée est depuis longtemps indolente.

OBSERVATION III (1). — *Ataxie locomotrice. Arthropathie de l'épaule gauche. Mort déterminée par une affection intercurrente (diarrhée cholériforme). Autopsie.*

Le P..., Françoise-Victorine, âgée de 49 ans, est entrée le 1er mai 1867, dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière.

Cette femme est atteinte d'ataxie locomotrice depuis dix ans. Les progrès de l'affection ont été d'abord lents; mais quatre ans plus tard elle ne pouvait plus marcher que soutenue par les bras. C'est vers cette époque qu'elle a commencé à ressentir des douleurs fulgurantes. Deux ans après, la marche était devenue tout à fait impossible. Vers cette époque, elle a éprouvé de l'anesthésie aux doigts, et n'a plus été capable de saisir les petits objets.

Au mois d'avril 1868, on a constaté une ataxie des membres inférieurs, portée au point de rendre la marche impossible. Il existait en même temps une notable diminution de la sensibilité. Aux membres supérieurs, un peu d'incoordination des mouvements.

Le 9 juin 1868, en se réveillant, la malade s'aperçut que tout le membre supérieur gauche, depuis l'épaule jusqu'au poignet, était considérablement tuméfié; la peau était rouge, comme bronzée. Au bout de trois jours, le gonflement a disparu au bras et à l'avant-bras, et l'épaule seule est restée volumineuse. En appuyant la main sur cette articulation et en faisant exécuter des mouvements au bras, on perçoit des craquements.

Le 18 juin. Il existe à la partie antérieure de l'épaule, et au-dessous de l'extrémité externe de la clavicule, une tumeur du volume d'une orange, offrant de la fluctuation, et paraissant due à une distension de la synoviale. Les craquements persistent.

Le 1er juillet. L'épaule gauche est toujours volumineuse. La peau est normale; quelques veines sous-cutanées sont légèrement dilatées. La saillie antérieure est la même. En arrière, il y a un peu d'empâtement et des craquements; peu de douleurs. Les autres articulations sont indemnes.

Le 2 août 1868. Cette personne a été prise d'une diarrhée d'abord peu intense, mais qui n'a pas tardé à prendre une apparence cholériforme. La malade a succombé dans un état de cyanose très-prononcée le 15 août. Peu de jours avant la mort, l'articulation malade s'était sensiblement dégonflée.

L'autopsie a été pratiquée le 16 août. Nous omettons à dessein les détails étrangers à notre sujet.

Le volume de l'articulation était normal. Les tissus péri-articulaires offraient une coloration noirâtre, mais ne présentaient d'ailleurs rien d'anormal. Il existait une bourse synoviale énorme sous le deltoïde; la distension de cette cavité séreuse (qui, du reste, était complétement dégonflée au moment de l'autopsie), avait sans doute beaucoup contribué à la tuméfaction apparente de l'épaule.

La synoviale articulaire proprement dite portait les traces d'une distension considérable. A l'ouverture de l'articulation, sa surface interne présentait un aspect grisâtre : elle renfermait un peu de liquide citrin. Il n'existait point d'arborisations vasculaires, mais la synoviale était épaissie et fongueuse. On voyait quelques concrétions ossiformes dans l'épaisseur de la capsule : mais il n'existait point de corps étrangers intra-articulaires.

La forme de la tête humérale était très-singulière. Elle est fidèlement représentée dans la figure ci-jointe que nous devons à l'obligeance de M. Charcot. On a dessiné la tête d'un humérus normal à côté de la pièce pathologique pour rendre le contraste plus frappant.

La surface articulaire est rugueuse et érodée, et ne présente aucune trace du cartilage d'encroûtement. Une portion considérable de la tête osseuse a disparu, comme si le frottement l'avait usée : dans son état actuel, cette pièce ressemble à l'extrémité supérieure du cubitus. Au pourtour de cette lésion il existe quelques ostéophytes arrondis, mais on ne voit point de ces bourrelets osseux, élargissant la surface articulaire, comme dans l'arthrite sèche. Au contraire, on constate une véritable atrophie de la tête de l'humérus.

(1) Cette observation, recueillie par M. Bourneville, a été publiée en partie dans la thèse inaugurale de M. le docteur Paul Dubois. Paris, 1868.



L.

La cavité glénoïde présente le même aspect : sa surface est rugueuse et érodée, comme celle de l'humérus, mais à un moindre degré. Toute trace de cartilage a disparu. Il n'y a point de bourrelets osseux.

La clavicule et l'acromion présent tous les caractères de l'état normal.

La moelle épinière offrait une atrophie avec dégénération grise très-prononcée des cordons postérieurs, dans les régions dorsale et lombaire. La région cervicale est affectée aussi, mais à un moindre degré. Les racines postérieures sont atrophiées.

L'intérêt qui se rattache à cette observation est facile à comprendre. Jusqu'à présent, nous ne possédons que cette seule autopsie pour déterminer les caractères anatomiques d'une arthropathie toute spéciale, et qui semble ne se rattacher à aucune des affections articulaires que nous connaissions déjà. Il semble qu'il y ait là une sorte d'usure des extrémités osseuses, analogue à celle qu'on produirait en soumettant des os privés de vie, et séparés du corps, à une friction énergique et prolongée. Nous n'employons cette comparaison que pour rendre compte de l'aspect général que présentent les articulations malades, et sans vouloir offrir aucune explication du processus morbide qui a pu déterminer aussi promptement une atrophie aussi profonde.

L'épaule avait repris son volume primitif peu de temps avant la mort : c'est là un retour apparent vers l'état normal qui s'explique aisément par la révulsion violente qui s'est opérée du côté du tube intestinal. Mais, en ouvrant l'articulation, on n'a trouvé qu'un liquide citrin, qui ne contenait pas de dépôts floconneux, pas de corps étrangers, pas de sang, pas de pus. C'est là un résultat analogue à celui que nous avons obtenu chez notre malade (obs. I) par une ponction pratiquée sur l'articulation tuméfiée : il n'est sorti qu'un peu de sérosité citrine. D'ailleurs, l'autopsie que nous venons de rapporter montre bien que l'inflammation proprement dite n'avait joué aucun rôle dans la production des accidents articulaires; on n'a constaté, dans la jointure malade, aucun des caractères de l'arthrite, soit aiguë, soit chronique. Il n'existait qu'une tuméfaction avec épaississement de la synoviale, et quelques plaques ossiformes dans l'épaisseur de son tissu. C'est donc à un travail morbide d'une nature toute spéciale qu'il faudrait rapporter ces accidents.

(*Sera continué.*)

OVARIOTOMIE

Obs. LX. — Ovariotomie pratiquée le 19 fevrier 1868. Mort.

Par E. KOEBERLÉ.

Mademoiselle B..., de Strasbourg, âgée de 22 ans, était affectée d'un kyste de l'ovaire dont le début paraissait remonter à 1865. Elle était très-grasse et bien portante d'ailleurs jusqu'au mois de mars 1867. L'augmentation de volume du ventre, qui avait été très-lente jusqu'alors, fit des progrès assez rapides, en même temps qu'il survint des douleurs abdominales très-vives dans la région susombilicale et à gauche dans les parties latérales du ventre. La santé déclina sensiblement; la malade pâlit, s'affaiblit; la menstruation devint irrégulière. Néanmoins, l'embonpoint se conserva assez bien. La malade est devenue très-souffrante au mois de janvier 1868. Il y eut à l'époque cataméniale une hémorrhagie pulmonaire. Du reste, rien d'anormal du côté des poumons. Le kyste était multiloculaire, d'une forme irrégulière; la fluctuation était très-indistincte; à gauche on sentait des bosselures résistantes, très-manifestes. La tumeur s'étendait dans le creux épigastrique et présentait en quelques endroits ce mouvement vibratoire particulier que l'on peut obtenir en déplaçant très-lentement la paroi abdominale sur la surface de la tumeur à l'aide de la pression des mains, et qui indique d'une manière certaine qu'il n'existe pas d'adhérences dans les endroits où cette sensation peut être perçue. La circonférence du ventre était de 1,04 centimètres. On devait s'attendre à des adhérences peu étendues. L'ovariotomie devait présenter des difficultés d'exécution en raison de l'embonpoint de la malade et de l'état multiloculaire très-prononcé du kyste. Il n'y avait rien d'anormal dans l'excavation pelvienne. Le col utérin était légèrement dévié à gauche.

L'ovariotomie eut lieu le 19 février 1868.

Incision étendue progressivement à 22 centimètres environ jusqu'à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic. Le liquide très-épais, filant, poisseux, ne put s'écouler par la canule du trocart. L'ouverture faite par le trocart fut élargie, et le kyste fut en partie vidé avec grande difficulté après avoir percé une dizaine de loges dont le contenu était très-glutineux, de couleur variable, en partie brunâtre, en partie incolore. Le kyste adhérait par quelques tractus vasculaires lâches à la paroi abdominale et intimement à l'épiploon sur une assez grande surface. Ces adhérences purent être facilement détachées. Les parties

saignantes de l'épiploon furent laissées au dehors. Des pinces furent placées sur les vaisseaux qui donnaient lieu à une hémorrhagie notable. La tumeur provenait de l'ovaire droit. Le pédicule était très-court. Si on l'avait étreint en masse par une seule ligature, ou par un instrument constricteur, la constriction aurait porté sur l'angle de l'utérus. En faisant usage de deux ligatures séparées, on put les placer l'une et l'autre à environ 3 centimètres de l'utérus : l'une des ligatures, en fil de soie, fut placée sur la trompe et sur une partie des vaisseaux ovariques; l'autre ligature, en fil de fer, étreignit la majeure partie des gros vaisseaux. La tumeur, qui avait été réduite autant que possible à une masse de kystes de petite dimension, d'un poids de 2 kilogrammes, fut ensuite excisée. L'ovaire gauche, sauf une seule vésicule de Graaf, était sain. La vésicule, qui pouvait être considérée comme pathologique, avait un diamètre de 2 centimètres et demi. Une petite déchirure de sa paroi donna issue à un liquide séreux. A l'aide d'une pince on arracha sa membrane interne de manière à produire une surface saignante, afin que sa cavité fût susceptible de s'oblitérer à la manière des ovisacs après la rupture spontanée des vésicules. Les pinces placées sur les vaisseaux furent ensuite enlevées. L'hémorrhagie était à peu près arrêtée. La cavité abdominale ayant été épongée, l'épiploon y fut réintégré et étalé au devant de l'intestin jusqu'au pédicule, et quoiqu'il y eût encore un léger suintement de sang, la réunion fut opérée par quatre points de suture profonde et dix points de suture superficielle. Un tube de verre fut placé au-dessus du pédicule dans le bassin, de manière à permettre l'extraction du sang qui tendait à s'y amasser encore. La perte de sang peut être évaluée à 250 grammes. La tumeur, avec le liquide qu'elle contenait, pesait 6 kilogrammes. L'opération a duré une heure et trois quarts.

Il y eut quelques vomissements chloroformiques. Pendant les huit premières heures qui suivirent l'opération, on extraya par aspiration du fond du bassin, à l'aide d'une sonde, 80 grammes de sérosité, d'abord très-sanguinolente, puis rosée. Le suintement s'étant complétement arrêté. le tube de verre fut retiré.

Le lendemain de l'opération, l'opérée se trouvait tout à fait bien, et le pouls ne s'éleva pas au-delà de 90.

Le troisième jour le pouls marquait 85 pulsations le matin, mais dans le courant de la journée, le ventre très-plat jusqu'alors, se développa un peu sous l'influence des gaz de l'estomac qui cessèrent d'être rendus par éructation et qui passèrent dans l'intestin. Le pouls s'éleva jusqu'à 105, et il survint quelques coliques. Du reste, aucun symptôme alarmant.

Du quatrième au cinquième jour le ventre devint un peu sensible à droite et dans le bassin; cependant les urines étaient rendues naturellement et elles étaient assez abondantes; il y eut des évacuations alvines à plusieurs reprises; la soif était peu prononcée; la langue était nette; la peau était sèche. Il survint un suintement séreux par l'angle inférieur de la plaie. Le pouls devint un peu irrégulier. Il y avait un commencement de péritonite qui ne s'annonçait pas encore gravement.

Le sixième jour, l'état de la malade empira. Le pouls devint petit, irrégulier; la soif était vive; la langue avait une tendance à devenir sèche; la respiration était accélérée; les narines étaient pulvérulentes; les urines étaient plus chargées. On ne pouvait constater nulle part un épanchement.

Le septième jour, le matin, l'état de la malade était fortement aggravé; il y avait des symptômes de septicémie. Pouls filiforme; respiration accélérée; face grippée; refroidissement des extrémités; peau terne, un peu vergetée. Une sonde fut introduite le long du pédicule au fond du bassin; on extraya 140 grammes de liquide purulent, grisâtre, de mauvaise odeur; on fit un lavage du foyer avec une solution de sulfite de soude et on laissa un tube à demeure. Il y eut un soulagement momentané; la malade se réchauffa un peu; mais bientôt il survint de la dyspnée, du délire, des sueurs visqueuses; les urines firent défaut; la langue devint sèche; un brouillard s'étendit devant les yeux, et l'opérée succomba après une courte période d'agitation et de coma, malgré les stimulants, la morphine, les lavements répétés d'eau tiède pour la réchauffer et pour entraîner une partie des liquides intestinaux fétides, la quinine à haute dose, etc., administrés dès le début.

A l'autopsie, on trouva une péritonite pelvienne et un foyer de sérosité purulente grisâtre, très-fétide dans la fosse iliaque du côté droit. De ce côté, le côlon ascendant et l'intestin étaient agglutinés. La région épigastrique et la partie latérale gauche du ventre ne renfermaient point d'exsudat. Les liquides intestinaux et les gaz étaient très-fétides. Le corps se décomposa rapidement.

Le kyste était formé par un très-grand nombre de loges. Celles qui n'avaient pas été vidées contenaient presque toutes un liquide glutineux, incolore. Dans la plus grande loge se trouvaient, dans une partie très-amincie, les traces de diverses hémorrhagies successives. L'hémorrhagie la plus récente remontait probablement au mois de janvier; au centre des caillots, en grande partie décolorés, se trouvait encore du sang brunâtre, épais. Un autre caillot récent, qui paraissait remonter à la même époque, se trouvait dans des conditions analogues à la surface externe du kyste à laquelle l'épiploon avait été adhérent. Les vaisseaux lymphatiques du kyste étaient très-dilatés. A la base de la tumeur se trouvait une loge assez considérable qui renfermait un liquide séreux, coagulable spontanément, analogue à de la lymphe qui paraissait s'y être accumulée.

Remarques. — Les vomissements chloroformiques ont été la cause première des accidents. Une hémorragie consécutive peu considérable en a été le résultat immédiat. La décomposition des caillots qui s'étaient formés dans le bassin et dans la fosse iliaque a malheureusement coïncidé avec l'irruption de gaz provenant de l'estomac, qui ont brusquement distendu l'intestin et ont donné lieu à des coliques qui ont détruit les rapports primitifs des anses intestinales avec les foyers hémerragiques. De là est survenu, du troisième au quatrième jour, la propagation de l'irritation péritonéale. Le cathétérisme de l'estomac, à l'aide de la sonde œsophagienne, a arrêté l'irruption des gaz, mais trop tardivement. Il n'y eut plus aucun symptôme gastrique consécutif. La péritonite est restée limitée au bassin, à la fosse iliaque droite et aux parties voisines. Plus tard, les exsudats se sont putréfiés en même temps que les liquides intestinaux. La septicémie est alors arrivée et il n'a plus été possible de l'arrêter dans ses progrès. Si la malade avait été opérée quelques mois plus tôt, elle aurait probablement guéri, parce que les adhérences auraient été moins vasculaires et l'opération aurait présenté moins de difficultés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La distribution des amphithéâtres de l'École pratique aux professeurs libres aura lieu à la Faculté samedi prochain, à midi.

— MM. Cornil et Ranvier reprendront leurs cours pratiques et démonstratifs d'histologie le 5 novembre, dans leur laboratoire particulier, rue Christine, nº 2.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 129. — MARDI 3 ET JEUDI 5 NOVEMBRE 1868. 41e ANNÉE. MARDI 3 ET JEUDI 5 NOVEMBRE 1868. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 4 novembre 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance de l'Academie, un peu abrégée par un comité secret consacré à la lecture d'un rapport de prix (le prix Capuron), a été néanmoins très-utilement remplie. La thérapeutique en a fait tous les frais, grâce à la compétition dont la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale est en ce moment l'objet. M. Marrotte, l'un des compétiteurs, a lu un mémoire sur l'emploi d'un médicament un peu discrédité ou tout au moins négligé de nos jours, l'acétate neutre de potasse. Ce n'est pas la première tentative de réhabilitation qui est faite en faveur de ce médicament. On lit, en effet, dans le *Traité de thérapeutique* de Trousseau et Pidoux : « L'acétate de potasse, employé jadis avec beaucoup de faveur, est tombé aujourd'hui presque dans l'oubli, et cependant il mérite d'occuper un rang assez important parmi les diurétiques; à ce titre, il est peut-être préférable au sel de nitre... » C'est dans les diacrises gastro-intestinales que M. Marrotte a constaté l'utilité de ce médicament, qui aurait, suivant lui, une action sédative directe de l'irritation nutritive et sécrétoire qui constitue le fond de ces maladies. Cette action, d'après M. Marrotte, ne paraît la conséquence d'aucun phénomène appréciable, elle se manifeste par la seule diminution de tous les symptômes morbides, — ce qui est beaucoup assurément, mais ce qui n'est pas tout pour la connaissance complète du médicament et de ses indications, et pour les exigences de la thérapeutique physiologique et expérimentale. M. Marrotte a étudié, d'ailleurs, avec beaucoup de soin dans ce travail, et le médicament lui-même au point de vue pharmaceutique, et les divers états morbides caractérisés par l'hypersécrétion gastro-intestinale, et les effets de la médication dans les diverses variétés de diacrises, qui ne répondent pas toutes de la même manière et au même degré à son influence, et enfin le mode d'administration et de dosage. C'est là, en somme, un bon et utile travail pratique dont il sera tenu compte à son auteur.

Nos lecteurs ont déjà fait connaissance avec le travail très-intéressant d'un autre compétiteur, M. Moutard-Martin, travail qui a pour objet l'étude de l'un des points de thérapeutique les plus importants, la valeur de l'arsenic dans le traitement de la phthisie. M. Hérard, rapporteur de la Commission qui avait été chargée d'examiner ce travail, en a rendu compte hier à l'Académie. Nous reproduisons dans le compte rendu les parties principales de ce rapport et l'appréciation qui en fait le fond. Nous ne pouvons qu'applaudir à cette appréciation, qui encouragera peut-être les praticiens à se départir de la défiance que paraît leur inspirer encore une médication maintenant bien connue et bien réglée, et dont il n'est plus possible de méconnaître l'action énergique et bienfaisante à la seule condition d'être prudemment dirigée. Nous nous joignons aussi très-volontiers au vœu exprimé par M. Bouley à la suite de la lecture de ce rapport. Les expériences proposées par l'honorable académicien concourraient du même coup à l'élucidation de deux questions également importantes qui sont à l'ordre du jour, l'étiologie de la phthisie tuberculeuse et son traitement.

Dr Brochin.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. ABEILLE (1).

Traitement du croup par les inhalations de vapeurs humides de sulfure de mercure.

DEUXIÈME OBSERVATION. — *Croup pharyngo-laryngien. — Traitement d'emblée par les inhalations de sulfure de mercure, l'alimentation et le vin. — Guérison rapide.*

C..., petite fille de 4 ans, d'une excellente santé habituelle, bien constituée.

Le 17 juin dernier à une heure de l'après-midi, M. le docteur Déclat m'adresse le billet suivant :

« Cette nuit, une petite fille de ma clientèle vient d'être atteinte du croup. J'ai immédiatement appliqué votre méthode, à l'exclusion de toute autre, surtout des cautérisations; une amélioration extraordinaire a été le résultat. J'ai, il est vrai, ajouté à ce traitement des émanations d'acide phénique, mais je ne leur attribue pas le mieux probable que j'entrevois et que vous voudrez bien diriger, j'espère. »

A huit heures du soir, je voyais la malade avec mon confrère. Voici ce qui s'était passé :

Les parents avaient été réveillés en sursaut vers les onze heures du soir la veille, par une toux rauque, métallique, de cette petite fille qui avait été très-gênée toute la journée et qui n'avait donné aucun signe de malaise; avec cette toux rauque, il y avait de la suffocation par moment; cependant un des parents déclare que, dès le matin, l'enfant avait eu la même toux, mais qu'il n'y avait pas attaché d'importance.

Quoi qu'il en soit de ce croup, d'emblée ou non, à sa visite de la nuit, M. Déclat avait examiné la gorge et l'avait trouvée littéralement tapissée de fausses membranes d'un gris blanchâtre; la luette et les piliers antérieurs eux-mêmes en étaient recouverts; les ganglions sous-maxillaires étaient engorgés. — La mère avait fait vomir sa petite fille avant l'arrivée du médecin. Ce vomissement avait laissé en place les fausses membranes, et le timbre de la toux n'en avait nullement été modifié. Notre confrère fit aussitôt installer le vaporium au cinabre qui fut placé sur une planche sur le lit même de l'enfant, du côté des pieds, et, les rideaux du lit étant ramenés tout autour, les inhalations furent exécutées avec une grande précision. Il fit donner immédiatement du vin coupé pour toute tisane, en prescrivant de le continuer. Il ordonna d'alimenter, ce qui fut fait même la nuit.

A sa visite du matin, M. Déclat trouva la petite fille respirant à l'aise, et s'aperçut que la toux rauque de la nuit était parfois humide. Les fausses membranes n'étaient point détachées, mais ce confrère distingua un ratatinement tel de ces pseudo-membranes, que, dit-il, une auréole rouge les circonscrivait et qu'elles semblaient prêtes à se détacher.

Voilà pour lui l'amélioration qu'il signalait et qui lui faisait présager une heureuse issue. Comme il n'y avait plus de suffocation, il ne prescrivit point de faire vomir; il fit continuer le vaporium, l'alimentation et le vin, et m'écrivit immédiatement la lettre qu'on vient de lire.

Au moment où nous voyons cette malade, nous la trouvons jouant dans son lit. Elle a mangé plusieurs fois dans la journée, elle a bu beaucoup de vin coupé, car elle était très-altérée, et il ne lui a pas été donné d'autre boisson; à l'examen de la gorge, nous ne trouvons plus de fausses membranes; les deux amygdales sont tuméfiées et d'un rouge légèrement cerise; au centre de la face interne de la droite existe encore une plaque pseudo-membraneuse de la grosseur d'une lentille. Ce qui frappe mon confrère, c'est la disparition des fausses membranes sans qu'elles aient été rejetées par le vomissement. Je m'explique cela en admettant que, détachées, elles ont été déglutées avec les aliments. Nous constatons encore de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires surtout au côté droit, et des ganglions cervicaux antérieurs. Le pouls bat 90. Les parents sont dans une joie facile à dépeindre en voyant cette transformation qui s'est opérée d'une manière si tranchée dans l'espace de vingt-deux heures. La toux est humide généralement. Nous convenons que, pendant quarante-huit heures encore, on continuera le vaporium, qu'on donnera des aliments et du vin coupé.

L'amélioration s'est continuée sans qu'on ait modifié le traitement en quoi que ce soit, le vaporium a été continué jusqu'au 20 au matin. La guérison a été radicale et s'est maintenue.

Et d'abord ce cas de croup si spontanément survenu, en apparence, est-il ce qu'on appelle un croup d'emblée? Pour ma part, je n'en crois rien. 15 à 16 heures avant son explosion, l'enfant avait déjà une toux rauque. L'abondance et l'extension des fausses membranes à toute la gorge, indiquent naturellement que ces fausses membranes existaient déjà depuis un certain temps, bien que l'enfant fût gaie presque comme à son habitude. Il ne faut pas avoir observé pendant très-longtemps pour voir, surtout en temps d'épidémie, des personnes avoir de fausses membranes assez étendues dans la gorge sans s'en apercevoir. C'est probablement ici le cas. Seulement quand les pseudo-membranes se sont étendues sur le larynx, les signes du croup se sont manifestés aussitôt par la toux rauque et la suffocation, ce qui a donné l'éveil aux parents et les a épouvantés. Ici le médecin traitant au lieu de suivre les errements, c'est-à-dire d'employer le traitement énergique (expression de Trousseau), la cautérisation, s'est contenté de soumettre la malade aux inhalations de vapeurs humides de sulfure de mercure, et on voit à quel résultat il était arrivé 20 heures après, puisque toutes les fausses membranes avaient été balayées à peu près. Ceci est logique autant que logique puisse être comprise.

Et si la doctrine de Trousseau sur le croup était exactement vraie, c'est-à-dire que l'affection pseudo-membraneuse fût comme la pustule maligne, débutant sur place pour gagner ensuite de proche en proche, cette méthode n'en serait que plus rationnelle et plus médicale, puisqu'elle arrête le développement successif des fausses membranes et procure le détachement de celles qui existent. La cautérisation n'est qu'une aberration, même dans les principes de Trousseau. Rien ne démontre que la diphthérie soit inoculable, virulente, comme la vérole, la rage; tout prouve que c'est une maladie infectieuse, transmissible par le contact médiat au moins. Quoique les premières manifestations soient localisées sur des points de prédilection, c'est une maladie générale d'emblée. Et voilà pourquoi la cautérisation, ce traitement énergique de Trousseau, reste impuissante et a souvent des inconvénients pour les maladies qui éprouvent déjà tant de dégoût pour l'alimentation. Je n'aurais peut-être pas eu la hardiesse de me priver des vomissements comme l'a fait M. Déclat, mais cette hardiesse met de nouveau un principe en évidence, c'est que, dans ces cas, le vomissement n'a qu'une action mécanique dont on peut se passer quand les pseudo-membranes n'ont pas envahi le larynx et la trachée. Quand elles ont envahi le larynx et la trachée, le vomissement est absolument nécessaire. Les fausses membranes ne sont point dissoutes par l'action des vapeurs de sulfure de mercure; elles ne sont qu'amollies, détachées des surfaces sur lesquelles elles ont poussé; celles de la gorge et du pharynx, amollies et détachées, peuvent être entraînées avec le lest alimentaire dans l'acte de déglutition et suivre alors le canal digestif sans préjudice. Mais dans le larynx et la trachée, elles ne pourraient que tomber plus bas en se détachant et augmenter l'asphyxie. Il faut donc que par l'acte du vomissement elles soient rejetées au dehors.

TROISIÈME OBSERVATION. — *Croup morbilleux à l'invasion d'une rougeole, infection diphthérique ancienne, ayant pris un nouveau degré d'énergie à propos de la rougeole. — Mort par suite de broncho-pneumonie diphthérique.*

P..., garçon de 4 ans; en février dernier, bronchite catarrhale qui résiste pendant trois semaines; un visicatoire appliqué sur la poitrine se couvre de plaques diphthéritiques arrivant à de larges ulcérations à fond blanc; ces ulcérations ne guérissent qu'au bout d'un mois et demi, fin mars. Cet enfant jouissait, en apparence au moins, d'une très-bonne santé; cet état s'est maintenu jusqu'au 13 mai.

A cette date, cet enfant est pris de fièvre avec coryza, éternuement, larmoiement et toux; les parents ne s'en inquiètent pas. Le 15 au soir apparaissent quelques rougeurs à la face et la toux devient très-rauque; en même temps survient une grande agitation.

Je vois ce petit malade le 16 au matin. Il est atteint de rougeole confluente et avec couleur pourpre à la face; on distingue des sinuosités blanchâtres dans l'intervalle des plaques de rougeole.

L'éruption est plus discrète et mieux nuancée sur le tronc et sur les membres. Elle est généralisée. Cet enfant n'a jamais eu la rougeole.

La peau est sèche et brûlante; le pouls est dur et bat 130. Il y a 70 inspirations à la minute; l'expiration est généralement sifflante. La toux est fréquente et son timbre est excessivement rauque. Il y a jactitation; l'enfant ne peut demeurer un instant en place. Il se découvre continuellement, on voit qu'il suffoque, les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés; à l'oscultation, je perçois le murmure vésiculaire affaibli, couvert dans certains points par des râles bronchiques humides, notamment à gauche. L'inspection dénote des pseudo-membranes sur la luette et l'ishtme du gosier. Rien sur les amygdales.

Il y a croup morbilleux avec la rougeole. Ici s'ouvre un point d'interrogation pour savoir si cet enfant n'a pas été constamment, depuis son vésicatoire, sous la domination de la diphthérite, qui, à propos de la rougeole, aurait eu des déterminations locales plus accusées, ou bien si c'est une nouvelle invasion de diphthérite à propos de l'explosion de la rougeole, comme nous en observons souvent?

Prescription. Vaporarium au cinabre à entretenir nuit et jour; faire vomir de suite, à quatre heures et à 11 heures du soir, avec ma potion d'ipéca. Vin coupé, tisane pectorale, bouillon.

Le 17. Les matières vomies contiennent une quantité de fragments pseudo-membraneux blancs jaunâtres, mais pas de tube, en décantant je puis réunir dans un vase plein d'eau environ 2 à 3 grammes de ces débris qui résistent au lavage et ne se dissolvent pas dans le liquide; avec ces fragments pseudo-membraneux il y a des mucus filants. La respiration est moins accélérée; la toux est devenue demi-humide, mais la voix est éteinte, le pouls est à 120, la face est violacée, il y a toujours excitation et insomnie. L'isthme du gosier est balayé des pseudo-membranes ainsi que la luette.

Le malade a pris du bouillon, il a bu du vin coupé. A l'auscultation, je trouve de la sous-crépitation dans la moitié inférieure de la face dorsale gauche. La percussion donne sur ce point une résonnance obscurcie; de la submatité. Il y a pneumonie lobulaire diffuse.

Faire vomir à dix heures et à six heures du soir. Le vaporium continuera nuit et jour.

Le 18. Beaucoup de détritus pseudo-membraneux dans les matières vomies et facilement remarquables au milieu des mucus. La rougeole

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 octobre.

persiste sur tout le corps, la face est uniformément plaquée et violâtre. Les lèvres sont bleuâtres. 70 inspirations à la minute. Toux fréquente, rauque par moments, demi-humide généralement; pas de tirage, et cependant le malade asphyxie. Il ne peut tenir un instant en place; la jactitation est très-caractérisée. Matité prononcée sur toute la moitié inférieure gauche en arrière et dans le tiers en avant. A l'auscultation, inspiration soufflée en arrière, râles humides fins à la moitié supérieure. Il y a évidemment broncho-pneumonie diphthérique gauche; c'est une infection profonde qui s'accentue de plus en plus; le pouls dépasse 140. Cependant l'enfant mange et a conservé la puissance de vomir. Faire vomir deux fois dans la journée, continuer le vaporarium et le vin.

Le 19. Insomnie absolue, teinte légèrement violâtre de la face et des lèvres, respiration saccadée, sans tirage, sans sifflement, 70 à 75 respirations à la minute, pouls toujours à 140 et au-dessus. Les phénomènes locaux du poumon s'accentuent d'avantage; expiration soufflée dans la plus grande partie du poumon gauche, avec matité tranchée. A droite, râles bronchiques humides disséminées. La bronchite diphthérique se généralise, la pneumonie a gagné en étendue sur le côté gauche. A l'inspection de la gorge, je trouve une légère couche pseudo-membraneuse jaunâtre qui tapisse le pharynx, les amygdales et la luette, ce qui n'existait pas les deux jours précédents; les exsudats pseudo-membraneux s'étendent donc partout; ces couches se décollent facilement avec un pinceau de linge. Pronostic extrêmement grave. Faire vomir et continuer le vaporarium.

Le 20. Le malade n'a pas pu vomir; il ne prend plus rien; la face est pâle avec une légère teinte violacée; la respiration est ralentie; il y a 85 inspirations à la minute, le pouls ne peut plus se compter, la peau est humide, froide, visqueuse, anesthésie générale. Mort le soir à huit heures.

Quatrième Observation. — *Croup laryngien. — Guérison en trois jours par les inhalations de vapeurs humides de sulfure de mercure.*

S..., fils d'un banquier allemand, blond, lymphatique, sanguin, 5 ans, avait eu une bronchite catarrhale légère pour laquelle je lui avais donné quelques soins, à la suite d'une maladie extrêmement grave qu'avait eue son frère aîné, pour laquelle j'avais eu une consultation avec mon excellent et digne ami le docteur Blache.

Il était complètement rétabli de cette légère indisposition quand, dans la nuit du 11 mars dernier, il fut pris subitement d'une toux rauque et suffocante. Sa mère est anglaise. La diphthérie du croup chez les Anglais a une signification aussi bien comprise que chez nous. Sa mère le fit donc vomir immédiatement, conserva les matières vomies et me fit appeler le matin de bonne heure, en me faisant prévenir que son plus jeune enfant avait la diphthérie.

Le 11, à sept heures du matin, je me rends auprès du malade; je le trouve assez calme, presque pas de fièvre, la respiration assez libre; la toux est rare, mais elle est rauque, croupale. L'examen de la poitrine ne révèle rien d'anormal, l'examen de la gorge ne laisse voir qu'une plaque diphthérique de la grosseur d'une lentille sur la face interne de l'amygdale gauche; la déglutition est possible, facile même, bien que les amygdales soient tuméfiées, mais la mère fait observer que son enfant a toujours eu de grosses amygdales.

Les matières vomies me sont présentées, elles contiennent des détritus d'aliments. En les examinant avec le plus grand soin, je trouve au milieu de mucus bronchique, glaireux, filants, épais, des parcelles de pseudo-membrane distinctes, mais peu volumineuses. La mère est très-inquiète; elle a une grande frayeur de cette maladie. Le vaporarium au cinabre est installé auprès du lit de l'enfant avec ordre de le faire fonctionner nuit et jour.

Prescription. Faire vomir à midi et à dix heures du soir, avec la potion suivante : ipéca pulvérisé, 0.80; eau distillée, 80; sirop d'ipéca, 80, par cuillerée de dix en dix minutes; nourrir, donner à l'enfant ce qu'il voudra, vin coupé en abondance, tisane pectorale.

Le 12. Apyrexie, la nuit a été agitée, il n'y a eu de sommeil paisible qu'à partir de quatre heures du matin, après un troisième vomissement que la mère a provoqué, parce que l'enfant avait la respiration sifflante avec redoublement de raucité, de la toux. La respiration est calme, sans bruit anormal, il y a 32 inspirations à la minute; la toux est humide, toutes les matières vomies dans les trois fois ont été confondues. Je retrouve de nombreux débris pseudo-membraneux. Il y a un lambeau de tube de 2 centimètres de long. L'enfant mange bien et boit le vin avec grand plaisir. L'amygdale est dépouillée de la petite plaqué. Continuer le vaporium et ne faire vomir que s'il survenait de la suffocation. Faire vomir à six heures du soir. Le vaporarium fonctionne toujours. Nourrir; vin coupé.

Le 13. La mère a fait vomir son fils à midi et à onze heure du soir, parce que la toux redevenait très-rauque et qu'il y avait suffocation. Actuellement il y a toux rare, mais parfaitement humide, muqueuse. Il y a eu sommeil, sans interruption, depuis une heure du matin, la peau est légèrement humide, la respiration ample et calme, 78 pulsations à la minute, gaité expansive. Dans les matières vomies se trouvent encore deux portions de tube membraneux et quelques débris.

Continuer le vaporium jusqu'à onze heures du soir, et l'arrêter si la toux persiste à être humide. Nourrir à volonté; vin coupé en abondance.

Le 14. Le malade est bien guéri. Il n'a pas éprouvé depuis l'avant-veille au soir de recrudescence, de raucité de la toux. Je l'ai revu plusieurs jours après, il continuait à bien se porter.

Cinquième observation. — *Angine pseudo-membraneuse avec engorgement ganglionnaire et fièvre intense résistant au traitement ordinaire, guérie pour les inhalations de vapeurs humides de sulfure de mercure.*

J..., cuisinière, 32 ans, habituellement bien portante, est prise de frisson violent avec courbature, céphalalgie, soif ardente le 24 février dernier à quatre heures de l'après-midi. A six heures du soir, elle éprouve un mal de gorge intense avec douleur dans l'oreille droite, et une grande difficulté pour avaler. Au frisson a succédé une chaleur générale vive. On lui donne un bain de pied à la moutarde, des boissons émollientes. La nuit se passe dans l'insomnie, l'agitation et la difficulté d'avaler va croissant.

Je vois la malade le 25, à sept heures du matin. Voici l'état : peau chaude et sèche, pouls plein 110, céphalalgie térébrante, soif très-vive, impossibilité de la satisfaire tant la déglutition est douloureuse. Engorgement des glandes sous-maxillaires visible à l'œil, plus prononcé à droite qu'à gauche. La parotide du côté droit est tuméfiée, ainsi que les ganglions cervicaux latéraux. A gauche, même engorgement des ganglions cervicaux sans tuméfaction de la parotide. A l'inspection de la gorge, je perçois les amygdales fort tuméfiées, surtout celle du côté droit; la luette est gonflée et pendante; les piliers et la voute sont d'un rouge cerise. Des pseudo-membranes gris-blancs coiffent les deux amygdales, la luette et une partie de la voûte.

Avec un pinceau de linge grossier, je détache ces pseudo-membranes qui sont épaisses et fort adhérentes. Après de nombreux écouvillonnages, toutes les parties sont dénudées de fausses membranes et mises à vif. Cautérisation avec le nitrate d'argent.

Prescription : potion stibiée à 0,10 pour faire vomir; répéter le vomissement le soir. Sinapismes aux jambes matin et soir; tisane d'orge miellée; gargarisme alumineux; 4 grammes de chlorate de potasse dans 0,300 d'eau, à boire dans la journée.

Le 26, augmentation de l'engorgement ganglionnaire; la parotide gauche est tuméfiée à son tour. A l'inspection de la gorge, je trouve des pseudo-membranes partout, sur les amygdales, la luette, les piliers et la voûte; l'isthme du gosier en est couvert, et la malade ne peut qu'à grand' peine avaler quelques gouttes de liquide.

Nouvel écouvillonnage avec un pinceau de linge grossier, de façon à détacher toutes les pseudo-membranes et mettre les surfaces à vif après les lotions avec du jus de citron. La fièvre est aussi intense que la veille; le pouls est entre 116 et 120. La nuit s'est passée dans l'insomnie absolue; la malade exprime la plus grande inquiétude et ses maîtres éprouvent des craintes pour elle.

Prescription : ipéca pur 0,80, sirop d'ipéca 65, eau distillée 65, A prendre en deux fois en dix minutes. Gargarisme alumineux, tisane de feuilles de ronce, bouillon et vin coupé.

Le 26, à sept heures du soir, l'état a empiré; l'engorgement ganglionnaire et parotidien bilatéral est encore plus prononcé; la déglutition est presque impossible. La malade ne parle guère que par signes. Elle n'a pu dormir une heure dans la journée. La fièvre persiste, toujours intense. Cependant, à l'auscultation, le murmure vésiculaire est entendu des deux côtés à l'état de pureté. Les bronches paraissent donc intactes.

De nouvelles fausses membranes se sont reproduites depuis le matin, de façon à couvrir les deux amygdales, partie des piliers antérieurs, la moitié de la luette et les deux côtés supérieurs de la voûte du gosier. La malade a vomi abondamment avec la moitié de la potion. A partir de ce moment, je renonce à tout traitement local. Je fais installer à côté du lit le vaporarium mercuriel; 2 grammes cinabre, projetés toutes les quatre heures dans de la décoction de fleurs pectorales en ébullition dans un vase de terre. Je prescris du bouillon et du vin. La malade vomira demain matin, de bonne heure, avec la même potion.

Le 27, au matin, la déglutition est possible. Il a été ingéré du vin et du bouillon. Les vomissements ont entraîné quelques lambeaux de pseudo-membranes : la luette et la voûte en sont dégarnies et présentent une rougeur un peu foncée; les amygdales et les piliers antérieurs en sont encore couverts. La fièvre persiste, mais la malade se trouve moins gênée, et les douleurs de gorge ont diminué. Je n'observe pas d'amélioration dans l'engorgement ganglionnaire et parotidien.

Continuer le vaporarium, faire vomir le soir; potage et vin. Le soir, à huit heures, il y a eu des vomissements nombreux et abondants. La voix est rétablie, les piliers et l'amygdale droite sont dépouillés de fausses membranes et présentent l'aspect rouge un peu foncé qui s'était manifesté le matin à la voûte. Il y a eu deux potages ingérés dans le jour et du vin bu copieusement. Pour la première fois, je constate une diminution notable des parotides et des glandes sous-maxillaires. Le pouls ne bat plus que 90, et la peau est couverte de moiteur. Continuer le vaporarium; faire vomir; le lendemain matin, alimentation, vin.

Le 28, au matin, je vois cette femme après son vomissement, qui a eu lieu avec facilité. Apyrexie complète. Toute trace de pseudo-membranes a disparu sur l'amygdale droite, et il ne s'en est reproduit sur aucun autre point. A l'inspection de la gorge, je constate la diminution, le retrait des amygdales. Il existe encore de la rougeur, mais une rougeur violacée et sans douleur. La malade boit facilement : elle a pu manger du poulet. L'intumescence parotidienne et ganglionnaire est presque complétement effacée. Pas d'altération gingivale, pas de traces de salivation. Je prescris de continuer le vaporarium jusqu'au soir. Alimentation à volonté et vin.

Le 29, J... est guérie. Elle s'est levée après avoir dormi toute la nuit. On cesse tout traitement. Un seul accident est survenu, accident assez fréquent dans les angines pseudo-membraneuses. Dans l'ingestion des aliments ou des liquides, une partie remonte dans les fosses nasales antérieures et produit une suffocation momentanée; c'est un certain degré de paralysie pharyngienne. Recommandation de manger avec lenteur et d'avaler avec précaution. Cinq gouttes de teinture de noix vomique matin et soir.

Le 8 mars, cette femme retourne à ses fourneaux, moyennant encore un faible degré de paralysie pharyngienne.

C'est ici un cas d'angine pseudo-membraneuse à détour violent, à marche progressive. Pendant deux jours, les cautérisations locales, après déblaiement de fausses membranes, et les vomissements, n'arrêtent point le développement de nouvelles fausses membranes sur place. Il s'en reproduit même en plus grande quantité, preuve que le principe dans le sang, ou autrement dit la disposition de ce liquide fournit matière aux exsudats sur les points qui sont le siége de la phlegmasie. L'origine de l'exsudation membraneuse n'avait donc été modifiée en rien; aussi les phénomènes généraux allaient croissant parallèlement aux phénomènes locaux.

Dès que le vaporarisme a fonctionné pendant douze heures, que la malade a respiré longuement les vapeurs humides du mercure, on voit tous les phénomènes locaux et généraux décroître; les parties dénudées de fausses membranes par l'acte du vomissement ne s'en trouvent plus recouvertes et la guérison arrive en trois jours, radicale, complète. Peut-on trouver des preuves plus manifestes de l'action de respiration de vapeurs humides de sulfure de mercure, transportées par absorption dans la circulation et agissant localement?

Sixième observation. — *Angine pseudo-membraneuse du septième jour de la scarlatine. — Guérison par les inhalations de vapeurs humides de sulfure de mercure.*

C..., garçon de 6 ans, atteint de scarlatine le 10 juillet dernier. Au début et pendant les quatre premiers jours de l'éruption, il y a angine avec éruption dans tout le pourtour du pharynx, de la gorge jusque sous la voûte.

Le cinquième jour, les amygdales sont tuméfiées et recouvertes de plaques pseudo-membraneuses de la largeur d'une pièce de 50 centimes, et les piliers postérieurs, ainsi que les parois latéro-postérieures du pharynx, présentent également des plaques moins étendues, mais assez fortes; grande difficulté pour la déglutition; voix nazillarde. Les ganglions sous-maxillaires sont fort engorgés; les parotides et les ganglions cervicaux latéraux le sont également. Il y a eu deux épistaxis depuis la veille, et le pouls, de 100 à 106, est remonté à 120. Je m'abstiens de cautérisation à la gorge, de détacher les fausses membranes. Je fais installer le vaporarium au cinabre; je prescris d'alimenter et de donner du vin coupé. Dix-huit heures après l'installation du vaporarium, les plaques membraneuses, détachées sur leur circonférence, se sont soulevées en cupule sur le centre des amygdales et paraissent plus petites des deux tiers. Il n'en existe plus sur les piliers postérieurs et le pharynx.

Au bout de quarante-huit heures, les plaques pseudo-membraneuses des amygdales n'existent plus; elles ont probablement été entraînées par le bol alimentaire. Le vaporarium est continué pendant vingt-quatre heures encore; puis la scarlatine a poursuivi son évolution sans autre accident; cependant, le vingt-cinquième jour, les ganglions sous-maxillaires restent encore sensiblement engorgés. Il y a eu, pendant une dizaine de jours, difficulté d'avaler et rejet d'une partie d'aliments par les narines, preuve de la paralysie pharyngienne.

Septième observation. — *Diphthérie glosso-pharyngienne. — Fausses membranes très-étendues. — Guérison par les inhalations de vapeurs humides de sulfure de mercure.*

M..., traiteur, 30 ans, vu le 14 août pour la première fois. Fièvre, abattement considérable, presque impossibilité d'avaler à cause d'un mal de gorge intense survenu depuis trois jours. Le malade accuse en même temps une douleur qui s'étend du cou à la barre de l'estomac, au cardia et qui suit tout le trajet du pharynx et de l'œsophage. Le bol qu'il déglutit lui cause tout le long une sensation de brûlure. Ganglions sous-maxillaires et cervicaux antérieurs des deux côtés engorgés. A l'inspection de la gorge, fausses membranes grisâtres qui tapissent toute la partie inférieure du pharynx aussi loin qu'on puisse voir, les piliers antérieurs et postérieurs, la voûte et un peu les amygdales. Chose remarquable, les amygdales ne sont pas très-volumineuses et les plaques de diphthérie qu'on aperçoit dessus ont l'étendue d'une grosse lentille à un petit pois. Partout ailleurs, il y a une rougeur intense; la luette est presque toute coiffée de fausses membranes : ces fausses membranes ont un aspect pultacé. La partie superficielle est assez mollasse pour qu'on puisse facilement détacher une couche avec la cuiller qui sert à abaisser la langue. L'haleine est fétide; pouls à 110; peau chaude et sèche. Céphalalgie.

Je fais vomir avec un ipéca stibié et je fais installer le vaporarium au cinabre. Alimentation, vin, tisane pectorale.

Le 15, une partie des pseudo-membranes a disparu; les parties dénudées sont rouge-cerise. Continuation du vaporarium, alimentation et vin.

Le 17, toutes les plaques diphthérétiques ont disparu. Semi-paralysie pharyngienne guérie huit jours après.

(La suite prochainement.)

DE LA VALEUR DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE

De la température et du pouls dans quelques maladies

Par le docteur Anfrun (1).

De soixante-huit observations il me semble résulter :

Que l'intensité de la fièvre ne peut être appéciée d'une manière exacte qu'à l'aide du thermomètre;

Que pour avoir une idée nette et précise sur la marche et la gravité d'une maladie caractérisée par la fièvre, et cela à ses différentes périodes, il est nécessaire d'appliquer, matin et soir, le thermomètre dans l'aisselle du malade;

Que l'état thermométrique est le plus certain des symptômes généraux;

Que le diagnostic étant la base du traitement le plus utile, le thermomètre peut, dans mainte occasion, tenir le praticien en éveil sur l'oppartunité de telle ou telle prescription, ou attirer son attention sur des actes morbides qui lui échappent et que l'élévation du thermomètre peut lui faire soupçonner et découvrir;

Que le pronostic est souvent fâcheux lorsque la température atteint 41°, sans rémission marquée le matin, et que le pouls s'accélère et s'affaiblit;

Que dans les maladies les plus graves et à forme aiguë, la rémission marquée du matin est presque toujours d'une augure favorable;

Que la fréquence du pouls est extrêmement variable, que dès lors, le médecin, dans l'intérêt du malade et de sa propre responsabilité, ne doit pas baser son diagnostique sur cet élément seul, aidé d'une évaluation approximative de la température par le tact;

Que l'emploi du thermomètre, joint aux autres éléments de diagnostic et de pronostic, est un puissant auxiliaire auquel le praticien pourra devoir plus d'assurance dans sa conduite, et le malade plus d'un bon service.

Dans les affections diathésiques et à forme chronique, les indications thermométriques peuvent avoir leur intérêt scientifique, mais ni le praticien, ni le malade ne sauraient en tirer grand profit.

OVARIOTOMIE

Obs. LXI. — Ovariotomie pratiquée le 19 février 1868. Guérison.

Par E. Kœberlé.

Céc. V..., de Strasbourg, âgée de 22 ans, d'une constitution très-délicate, était affectée d'un kyste de l'ovaire dont le début paraissait

(1) In-8°. Paris, 1868. Adrien Delahaye.

devoir remonter à l'âge de 18 ans environ. La santé n'avait pas encore été troublée par le développement de la tumeur qui était peu volumineuse et dépourvue d'adhérence. Rien d'anormal du côté du bassin. Menstruation régulière.

L'ovariotomie eut lieu le 2 mars 1868, avec l'assistance de MM. Jœssel, Kien et Gass.

Incision de 8 centimètres entre l'ombilic et le pubis; toutefois la ligne blanche n'a été intéressée que dans une étendue de 5 centimètres. Ponction du kyste et évacuation de cinq litres de liquide incolore, visqueux. Outre la poche formée par le kyste qui se rapportait à l'ovaire droit, le reste de cet organe était hypertrophié et dégénéré en plusieurs petits kystes; la trompe était oblitérée à son pavillon. L'extraction en fut très-facile. Le pédicule, d'une longueur suffisante, fut lié avec du fil de fer. L'intestin et l'excavation pelvienne furent épongés, et l'épiploon fut étalé au devant de l'intestin grêle. Réunion par deux points de suture profonde et cinq points de suture superficielle. La perte de sang peut être évaluée à 30 grammes environ. L'opération a duré 20 minutes.

Absolument aucun accident consécutif, si ce n'est deux vomissements chloroformiques durant la première heure après l'opération. Pouls à 70.

Le lendemain le pouls n'a pas varié. On enleva dès le matin les épingles de la suture superficielle et le serre-nœud du pédicule. Café au lait. Potages.

Le troisième jour, le pouls s'éleva à 78 à la suite de l'administration de deux pilules purgatives; il y eut une évacuation alvine, et le pouls retomba à 72. On enleva alors les points de suture profonde.

Le quatrième jour et les suivants constamment pouls normal à 70-71. Alimentation progressive. Le ventre, depuis le premier jour, est resté plat, et il n'y a pas eu la moindre trace d'irritation péritonéale. La ligature du pédicule est tombée le douzième jour, et le vingtième la cicatrisation était complète. La réunion de la plaie a été linéaire, immédiate. Il n'y a pas eu de trace de suppuration sur le trajet des points de suture profonde. En définitive l'opérée n'a pas été plus malade que si elle n'avait eu que la plus légère égratignure.

Remarques. — Cette opération peut être considérée comme le type des cas simples d'ovariotomie. Dans ces conditions, une opération bien conduite doit guérir au moins 95 fois sur 100. L'opérée est rentrée chez elle vingt jours après l'ovariotomie. Les règles avaient apparu le quinzième jour, exactement, sans que l'opération subie dans l'intervalle des deux périodes menstruelles ait apporté le moindre trouble dans la durée de la période normale.

Le pronostic est en général d'autant plus favorable que l'opération a duré moins longtemps. Dans huit de mes cas qui n'ont pas duré plus d'une demi-heure, tous ont été suivis de succès; sur vingt-six cas dont la durée est allée jusqu'à une heure, il y a eu trois quarts de guérison; sur quinze cas dont la durée s'est élevée jusqu'à une heure et demie, deux tiers ont guéri; lorsque l'opération a duré jusqu'à une heure et demie, les deux cinquièmes seulement ont guéri; et dans cinq cas où l'opération a duré pendant deux heures et au delà, les quatre cinquièmes des opérées ont succombé.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 3 novembre 1868. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des études sur l'état sanitaire de la maison centrale d'Auberive (Aube), par M. le docteur Pontoire. (Commissaires : MM. Baillanger et Bergeron);

2° Une note sur la famine arabe et sur une épidémie de typhus qui a régné à Tlemcen (1867-68), par M. le docteur Castex, médecin-major. (Commission des épidémies);

3° Un mémoire pratique sur l'usage du perchlorure de fer, principalement dans les différentes formes d'angine, par M. le docteur Schaller, de Strasbourg. (Commissaires : MM. Bergeron et Barthez);

4° Un mémoire sur les névroses vaso-motrices viscérales paralytiques, par M. le docteur Drouet, de Montrouge (Commissaires : MM. Falret et Gubler).

PRÉSENTATIONS.

M. le Président offre en hommage à l'Académie, au nom de M. Larrey, un album renfermant des portraits de plusieurs médecins illustres, depuis Hippocrate jusqu'à Pinel, et intitulé : *Galerie médicale*, par Vigneron.

M. Robinet présente, au nom de l'auteur M. Bolley (de Zurich) et du traducteur M. le docteur A. Gautier, un volume ayant pour titre : *Manuel pratique d'essais et de recherches chimiques.*

M. Falret présente, de la part de M. le professeur Lasègue, un ouvrage intitulé : *Traité des angines.*

M. Guéneau de Mussy, au nom de M. G. Millot, étudiant en médecine, présente à l'Académie un nouvel instrument destiné à écarter les paupières et à maintenir le globe de l'œil. Cet instrument a été fabriqué d'après ses indications par M. Guéride.

Il se compose de deux parties entièrement distinctes.

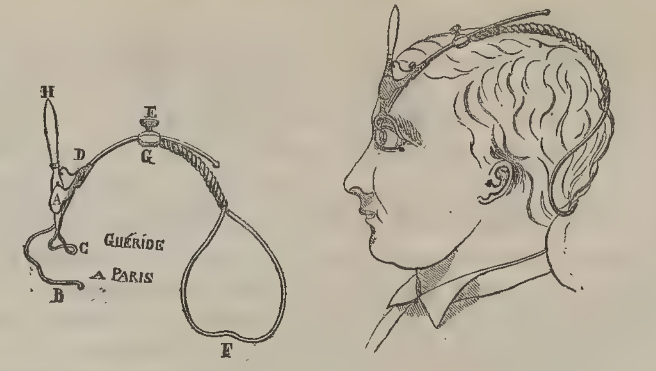
1° D'une tige métallique GF servant à fixer l'appareil grâce au point d'appui qu'il prend sur l'occipital.

2° De deux relève-paupières, dont l'un HC pour la paupière supérieure et l'autre BG pour la paupière inférieure.

Le premier reste fixe dans les différentes positions qu'il peut prendre grâce au rapprochement de deux lames parallèles A. Elles portent à leur centre interne un point d'arrêt qui a pour objet de s'articuler avec les trous percés dans la tige du relève-paupière.

Un petit ressort D placé derrière celui-ci empêche tous les mouvements de la paupière une fois relevée.

Le second constitue, à proprement parler, l'appareil. Il s'articule au point G à l'aide d'une vis E, avec la tige métallique GF et forme avec celle-ci un ressort BGF; ce ressort, dont la dimension antéro-postérieure peut varier suivant la grosseur de la tête, est excessivement doux, ce qui éloigne de l'esprit la possibilité d'exercer une compression sur l'œil; du reste, de nombreuses expériences sont venues con-



firmer cette théorie; de plus, la courbure B, faite anatomiquement d'après celle de l'orbitre, est encore un obstacle à toute compression.

Nous croyons devoir signaler à l'Académie les avantages suivants de cet appareil.

1° La non nécessité d'un aide;

2° Le parfait écartement des paupières;

3° La possibilité de l'appliquer sur les deux yeux;

4° L'absence de gêne dans son application;

5° Les paupières étant relevées par la surface cutanée et non par la surface muqueuse.

Comme application pathologique, nous signalerons les opérations ordinaires que l'on pratique sur l'œil : cataracte, iridectomie, cautérisations, injections, etc., etc. Signalons également les différents examens ophthalmologiques.

EAUX MINÉRALES.

M. Chevallier, au nom de la Commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources pour l'usage médical.

Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

LECTURE.

M. Marrotte, candidat dans la section de thérapeutique, lit un mémoire *Sur l'emploi de l'acétate neutre de potasse dans les diacrises gastro-intestinales.*

Voici les conclusions de ce travail.

L'acétate de potasse, fréquemment employé dans les deux siècles derniers, ne mérite pas l'oubli à peu près complet dans lequel on le laisse aujourd'hui. Sans avoir des propriétés aussi actives que d'autres médicaments, il rend des services spécialement dans les diacrises gastro-intestinales.

Il paraît avoir une action sédative directe de l'irritation nutritive et sécrétoire qui constitue le fond de ces maladies. Son action ne paraît, en effet, la conséquence d'aucun phénomène appréciable; elle se manifeste par la seule diminution de tous les symptômes morbides. Elle est indépendante de l'état pyrétique ou apyrétique, aigu ou chronique, de la marche remittente ou continue.

Toutes les formes et toutes les variétés des diacrises gastro-intestinales ne sont pas aussi heureusement influencées par lui. Il paraît convenir à l'irritation sécrétoire simple, sans complications, connue sous le nom d'état muqueux, de fièvre muqueuse, que cette forme soit primitive, existe pendant toute la durée de la maladie ou reparaisse débarrassée des divers états pathologiques qui ont pu la compliquer ou l'obscurcir.

L'acétate de potasse ne peut donc remplir les autres indications qui surgissent dans le cours des diacrises gastro-intestinales.

Il a une action spéciale sur le symptôme de vomissement qui se rencontre dans la fièvre, dans les dyspepsies, dans l'état de vacuité ou dans la grossesse. Mais une étude attentive démontre que cette action ne s'exerce, en définitive, que sur le vomissement lié à l'état muqueux.

L'acétate de potasse se rencontre dans les pharmacies sous deux états : celui de sel acide et celui de sel neutre ou très-légèrement acide. Ce dernier convient seul à l'usage médical.

Ce sel étant très-déliquescent, la meilleure manière de le prescrire est de formuler une solution titrée dans l'eau distillée que l'on ajoute ensuite à un véhicule déterminé.

Son goût fade et désagréable doit le faire prescrire en trois, quatre ou cinq doses espacées dans la journée plutôt que d'une manière continue.

La dose nécessitée par la diacrise gastro-intestinale à forme muqueuse ne m'a pas paru devoir dépasser de 2 à 6, rarement 8 grammes en 24 heures.

(Renvoyé à la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.)

RAPPORT.

M. Hérard, au nom d'une commission dont il fai partie avec MM. Louis et Chauffard, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Moutard-Martin, intitulé : *De la valeur de l'arsenic dans le traitement de la phthisie pulmonaire.*

L'efficacité de l'arsenic, fait remarquer M. le rapporteur, a été entrevue dès la plus haute antiquité et formellement reconnue par plusieurs médecins de l'époque contemporaine. Mais la démonstration rigoureuse de l'action thérapeutique ne ressort pas toujours des travaux publiés, soit que les observations sur lesquelles s'appuient les auteurs se rapportent à d'autres affections que la phthisie, soit que les faits cliniques qui servent à établir la valeur du médicament manquent des détails et de la précision nécessaires.

M. Hérard ajoute qu'il n'y a pas à adresser un semblable reproche au mémoire de M. Moutard-Martin. L'auteur, clinicien expérimenté et rompu à toutes les difficultés du diagnostic, a grand soin de fournir à propos de chacune de ses observations des indications positives qui permettent de reconnaître, non-seulement la nature de la maladie, mais encore le degré auquel elle est parvenue et la forme particulière qu'elle revêt. En outre, il est resté fidèle aux principes de la saine expérimentation et il a parfaitement compris que, pour apprécier la valeur de l'arsenic, non moins que pour entraîner la conviction du lecteur, il était nécessaire de simplifier le problème thérapeutique en excluant de la médication tout autre agent curatif.

M. le rapporteur examine ensuite les résultats auxquels l'auteur a été conduit dans deux séries de recherches à l'hôpital Beaujon et dans la pratique civile. Les faits recueilli par M. Moutard-Martin lui paraissent véritablement démonstratifs. Presque tous les malades éprouvent, au bout de quelques jours de traitements, une amélioration marquée dans l'état général, et après trois semaines ou un mois l'embonpoint commence à reparaître. L'état local subit moins de changements; cependant, parfois, il se modifie également d'une manière sensible.

M. Hérard cite, à l'appui de ses assertions, quelques observations empruntées au mémoire de M. Moutard-Martin.

L'action heureuse de l'arsenic se révèle surtout dans une catégorie de phthisies sans fièvre, sans troubles digestifs graves. Lorsque le mouvement fébrile est intense, continu ou rémittent, qu'il s'y joint des transpirations abondantes, des vomissements, de la diarrhée, à plus forte raison les tuberculisations aiguës, l'amélioration est le plus ordinairement nulle ou du moins peu durable. Un certain nombre de malades même supporte mal le médicament, qui doit être supprimé. Dans les cas les moins défavorables, les forces ne reviennent que très-lentement et très-incomplétement, et, après quelques semaines ou quelques mois, malgré la continuation du traitement, on voit reparaître de petits accès de fièvre, l'amaigrissement, la perte de l'appétit; bref, les malades finissent par succomber dans le marasme comme ils l'auraient fait un peu plus tôt sans la médication arsenicale.

M. Moutard-Martin cite cependant dans son mémoire deux faits qui font exception à ce sombre tableau.

Les résultats obtenus par l'auteur ont été beaucoup plus favorables sur les malades de la pratique civile placés dans des conditions hygiéniques meilleures que ceux des hôpitaux.

Les mêmes effets ont été constatés également, suivant M. le rapporteur, à diverses époques, par des médecins de différents pays, Trousseau, MM. Pidoux, Sandras, Massart, Millet, Wahu, Cahen, Isnard, etc. M. Hérard lui même a reconnu sur des malades de son service d'hôpital ou de sa pratique civile, une réelle efficacité de la médication arsénicale.

M. le rapporteur expose ensuite le mode d'action de l'arsenic. L'un des premiers phénomènes appréciables est le retour de l'appétit, que ce phénomène résulte d'une action excitante du médicament sur la muqueuse de l'estomac et des intestins dont les sécrétions et les mouvements se trouveraient notablement accrus, ou bien d'une action plus générale tonique et névrosthénique, dont la fonction digestive serait la première à bénéficier.

L'arsenic modère aussi l'exsudation des tissus et s'oppose efficacement à la dénutrition, ainsi qu'il résulte des recherches expérimentales de Brettschneider, Schmidt et Sturzwag, ainsi que de celles toutes récentes d'un interne distingué des hôpitaux de Paris, M. Lolliot. Ce dernier observateur a constaté que l'administration de l'arsenic à dose journalière de douze milligrammes d'acide arsénieux produisait l'abaissement de la température et une diminution très-notable de l'urée.

M. le rapporteur se demande si l'arsenic exerce une action directe sur le poumon; il est porté à le croire, en réfléchissant que la muqueuse respiratoire est une des voies qui servent à l'élimination du médicament, qu'il jouit d'une efficacité reconnue dans certaines affections des organes pulmonaires (bronchite chronique et asthme); qu'en différentes contrées de la Styrie, de la basse Autriche, du Tyrol, ainsi que le rapporte Tschudi, les paysans font un usage fréquent de cette substance pour la respiration dans les fortes ascensions de montagnes, pour se rendre plus *volatils*, selon leur expression.

M. Hérard indique en terminant à quelles doses et de quelle manière le médicament doit être administré dans la phthisie. L'acide arsénieux, qui est la préparation préférée par M. Moutard-Martin et par M. Hérard, s'administre sous la forme de petites pilules ou granules de un milligramme. Ces granules sont prescrits au nombre de sept à huit au début, puis rapidement portés à dix et quinze milligrammes, très-rarement à deux centigrammes. M. le rapporteur affirme qu'avec la précaution de fractionner la dose quotidienne, de ne pas donner plus de deux milligrammes à la fois, d'administrer les granules autant que possible au moment du repas, il ne survient jamais d'accident. Ce n'est que très-rarement qu'on est obligé de suspendre le médicament ou d'en diminuer la dose à cause de quelques malaises passagers, tels que diarrhée, envies de vomir, douleurs d'estomac.

Outre les pilules et les granules, on peut employer encore, soit une solution arsénicale, à doses fractionnées, progressivement croissante, soit des eaux minérales, qui renferment le principe arsénical. (La Bourboule, le Mont-Dore, etc.)

Quelle que soit la préparation et la forme employées, il est utile de suspendre de temps en temps la médication.

L'important mémoire de M. Moutard-Martin, ajoute M. le rapporteur, contribuera pour une large part à établir la parfaite innocuité de ce médicament, quand il est convenablement administré, en même temps que son incontestable efficacité.

La commission propose : 1° d'adresser une lettre de remercìements à l'auteur; 2° d'envoyer son mémoire au comité de publication.

M. Bouley rappelle que, dans la discussion sur la tuberculose, il a exprimé le désir qu'on fît des essais thérapeutiques sur les animaux auxquels on inocule des tubercules. On pourrait chercher à enrayer ou à guérir chez ces animaux la maladie artificiellement produite. L'honorable académicien regrette que de semblables expériences n'aient pas été tentées par M. Moutard-Martin, et il renouvelle le vœu de les voir entreprendre.

Les conclusions du rapport de M. Hérard sont mises aux voix et adoptées.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre la lecture du rapport de M. Jacquemier sur le prix Capuron.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La *Gazette des Hôpitaux* avait renvoyé, il y a quelques mois, à l'examen de la *Société de médecine légale*, une demande d'avis qui lui avait été adressée par l'un de ses abonnés, et qui était ainsi conçue : « Lorsque le médecin, dans l'exercice privé de son art, se trouve placé en face d'un crime, dans quelles conditions doit-il garder le secret? Dans quelles conditions, au contraire, doit-il révéler ce crime? »

La *Société de médecine légale* avait chargé un de ses membres les

distingues, M. Hémar, substitut du procureur général, à Paris, de vouloir bien se charger du rapport sur cette question, et nous apprenons que M. Hémar achèvera, le 9 novembre prochain, la lecture d'un mémoire magistral sur le point professionnel si délicat qui avait été déféré à son appréciation. La première partie de ce travail important a été accueillie avec une grande faveur par la *Société de médecine légale*. La *Gazette des Hôpitaux* a donc été bien inspirée. — Nous ferons connaître à nos lecteurs l'argumentation de M. Hémar.

— M. le docteur Valéry-Combes est nommé directeur de l'asile des aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire.

M. le docteur Chasseloup, de Châtillon, est nommé médecin en chef de l'asile des aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire.

M. le docteur Bonnet est nommé directeur-médecin de l'asile des aliénés de La Roche-Gandon (Mayenne).

M. le docteur Solaville est nommé médecin de l'asile des aliénés de Poitiers.

M. le docteur Sauze est nommé médecin de l'asile des aliénés de Marseille (division des hommes).

M. le docteur Lachaux est nommé médecin de l'asile des aliénés de Marseille (division des femmes).

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Lyon vient de se terminer par la nomination de MM. Cartaz, Madier, Vinay, Massot, Prunac, Morat, Armand (Mathieu), Rey, Armand (Pierre), Magnin, Blanchard, Dumarest, Beau, Reboul.

— Le lundi 30 novembre prochain, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, un concours public pour deux places d'élèves internes.

Le lundi 14 décembre suivant, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital, pour deux places d'élèves externes.

Pour toutes les conditions des concours s'adresser au secrétariat des hospices civils, à Marseille.

— Le banquet annuel des médecins du chemin de fer du Nord aura lieu cette année à Paris, chez Véfour, le 8 novembre.

— La *Société de médecine légale* tiendra sa prochaine séance le lundi, 9 novembre, à trois heures et demie, à la Faculté de médecine.

ORDRE DU JOUR. — I. *Élections* : 1° d'un membre titulaire (huit candidats inscrits); — 2° de dix-huit correspondants nationaux (trente-neuf candidats inscrits); — 3° de correspondants étrangers (un rapport favorable a été fait sur six candidats). II. — Communication de M. Hémar sur le secret médical. (Obligations qu'il impose.) III. — Suite de la discussion sur l'empoisonnement par le phosphore. — M. Boucher, M. Lefort. IV. — Rapport de M. Andral sur un cas de refus de médecin d'obtempérer à une réquisition de l'autorité. V. — Communications de la Commission permanente. Rapports approuvés par elle en réponse à des demandes d'avis adressées à la Société : 1° rapport de MM. Boys-de-Loury et de Barthélemy sur un cas de transmission de la syphilis d'un enfant à sa nourrice. — Le médecin consulté par la famille peut-il, doit-il témoigner en justice? 2° rapport de M. Giraldès sur un cas d'emphysème sous-cutané traumatique; 3° rapport de M. Jules Falret sur une demande d'interdiction pour cause d'aphasie.

— La Société anatomique reprendra le cours de ses séances vendredi prochain, 6 novembre, à 3 heures précises.

— *Hôpital des Enfants-Malades.* — M. le docteur Henri Roger, professeur agrégé de la Faculté, commencera le cours clinique des maladies des enfants (semestre d'hiver) le mercredi 11 novembre, et le continuera les mercredis suivants. — Conférences et exercices cliniques les lundis et vendredis, à 8 heures et demie. Leçons à l'amphithéâtre le mercredi à 9 heures.

— M. le docteur C. Miot commencera son cours clinique gratuit, à son dispensaire, rue Larrey, 8, le dimanche 8 novembre, à 10 heures du matin.

Les élèves seront exercés au manuel opératoire et au diagnostic.

— M. le docteur A. Regnard, ancien interne des hôpitaux, reprendra ses leçons préparatoires au deuxième de doctorat (troisième de fin d'année) et au quatrième, le jeudi 9 novembre. — On s'inscrit chez M. Regnard, 56, rue des Écoles, de midi à une heure.

— Les docteurs J. et A. Sichel commenceront un nouveau cours clinique, théorique et pratique, des maladies des yeux, à leur dispensaire, rue Servandoni, n° 12, le jeudi 19 novembre, à une heure de l'après-midi, et le continueront les samedis, lundis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. DECHAMBRE, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le premier demi-volume de la 2e série vient de paraître. Il contient les principaux articles suivants : *Lacrymale*, par MM. Polaillon, Jarjavay, Guyon et Warlomont; *Ladrerie*, par M. Delpech; *Lait*, par MM. Coulier, Beaugrand et Dechambre; *Lamineux*, par M. Ch. Robin; *Langage*, par M. Liétard; *Langue*, par M. Dechambre; divers articles sur les Eaux minérales, par M. Rotureau; de Botanique, par M. Baillon; la Biographie et Bibliographie, par MM. Beaugrand et Chéreau. Prix du demi-volume : 6 francs. — Paris, 1868, P. Asselin.

De l'angine couenneuse et du croup, considérés au point de vue du diagnostic et du traitement, par le docteur A. COULON, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'École de médecine d'Amiens. 2e édition. — Paris, 1867, in-8 de 104 pages. Prix, 2 francs. — F. Savy, 24, rue Hautefeuille.

La pathologie générale et la philosophie, coup d'œil historique et critique sur leurs rapports réciproques, par le docteur PÉCHOLIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. In-8. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1868, P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Nº 130. — SAMEDI 7 NOVEMBRE 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 7 NOVEMBRE 1868. — Nº 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Ouverture du cours de clinique chirurgicale de la Pitié.

M. le professeur Broca a inauguré mercredi dernier son enseignement clinique à l'hôpital de la Pitié, en remplacement de M. le professeur Richet, passé, comme on le sait, à l'hôpital des Cliniques. Appelé, il y a dix-huit mois seulement, à occuper une chaire à la Faculté de médecine, M. Broca est déjà devenu un ancien, comme il l'a dit lui-même, tant la mort et les retraites se sont hâtées de multiplier les vides au sein de l'École. Et c'est à ce titre qu'il a été chargé de ce nouvel enseignement, les chaires de clinique étant devenues, en vertu d'un usage adopté par la Faculté depuis la suppression du concours, à tort ou à raison, — ce que nous n'avons pas à examiner pour le moment, — une sorte d'avancement hiérarchique auquel donnerait droit plus particulièrement l'occupation de l'une des chaires de pathologie. Quoi que l'on puisse penser à cet égard, personne assurément ne contestera à M. Broca les titres et les qualités que nécessitent ses nouvelles fonctions, auxquelles il apportera surtout le secours de son vaste savoir et de ses connaissances étendues et variées dans presque toutes les branches de la biologie. C'est là ce qui nous importe avant tout.

Comment M. Broca entend-il enseigner la clinique chirurgicale? Quels sont les principes qu'il prétend faire prévaloir? Quel sera son programme? — Il a été très-bref sur ce point. Quelques mots de préambule de sa première leçon lui ont suffi. Ses principes, il les a exposés à l'ouverture de son cours de pathologie chirurgicale, il n'a pas cru nécessaire d'y revenir. La clinique, pour lui, c'est la pathologie en action, c'est la mise en pratique de ce que la pathologie enseigne d'une manière abstraite. Mais quelles doivent être les limites de la clinique? Ici, il entend élargir le champ un peu trop restreint, à son avis, dans lequel se sont renfermés jusqu'ici la plupart de ses prédécesseurs. Pour la plupart d'entre eux, dit-il, la clinique n'avait qu'un rôle limité; elle consistait à reconnaître la maladie et à traiter le malade. Le diagnostic fait en vue du traitement, voilà toute la clinique. C'est ainsi que la comprenait le professeur Roux, qui portait presque exclusivement son attention sur la pratique des opérations. Plus près de nous, Jobert n'allait guère non plus au delà. Et Velpeau, lui-même, donnait une prédominance exclusive à la détermination et à la discussion du diagnostic. Le diagnostic différentiel ou par voie d'exclusion tenait la première place dans ses leçons. M. Broca n'entend pas assurément répudier cette méthode, et s'il était obligé de choisir à l'exclusion de toute autre, c'est certainement celle qu'il adopterait. Mais, heureusement, il ne se voit pas obligé de se placer dans cette alternative. Pour lui, la clinique a de plus larges horizons, elle doit comprendre l'ensemble de tous les enseignements que peut donner un malade. Tout ce qui peut surgir de l'examen complet d'un cas pathologique est de son ressort. A côté des questions de diagnostic, de pronostic et de traitement que soulève naturellement tout fait morbide, il y a aussi des questions d'étiologie, des questions d'anatomie et de physiologie pathologique, des questions de physiologie normale. Aucune de ces questions ne sera négligée. En un mot, tout ce que l'observation d'un malade pourra fournir de lumières à la science comme à la pratique sera également mis à profit. Voilà comment M. Broca entend enseigner la clinique.

Quant aux divers exercices dont se compose la clinique, voici de quelle manière ils seront distribués. En hiver, le professeur fera trois leçons par semaine à l'amphithéâtre, les lundi, mercredi et vendredi. En été, il n'y aura qu'une seule leçon par semaine à l'amphithéâtre; les autres jours seront consacrés à l'examen et à l'interrogatoire au lit des malades. Cette dernière mesure est motivée sur les égards dus aux malades, ces examens n'ayant pas les mêmes inconvénients pour eux en été qu'en hiver. Enfin, des jours seront réservés pour les études microscopiques. M. Broca a exprimé, à cette occasion, le regret que les services de clinique, dans les hôpitaux de Paris, ne fussent point pourvus d'aides spéciaux, comme cela a lieu ailleurs, les internes étant trop occupés pour qu'on puisse ajouter encore ces attributions nouvelles à leurs devoirs.

Le premier malade dont M. Broca a entretenu ses élèves, lui a fourni l'occasion de faire ressortir un point de physiologie pathologique important. Il s'agit d'un homme qui avait été amené à l'hôpital à la suite d'un accident de voiture. La roue d'une voiture lui était passée sur la cuisse droite et avait labouré presque toute la longueur du membre. Le membre était froid et on ne sentait pas les battements de l'artère au-dessous de l'arcade crurale. Il y avait donc lieu de penser que l'artère était oblitérée. Par quel mécanisme? C'est ce que devait apprendre plus tard l'autopsie. Les symptômes de gangrène ne tardèrent pas à se manifester, d'abord aux orteils, plus tard dans une grande étendue du membre. Où s'arrêtait la gangrène? Où était le point d'oblitération de l'artère? C'était ce qu'il importait de savoir avant de se déterminer à pratiquer l'amputation et de choisir le point d'élimination.

Nous avons dit qu'à l'entrée du blessé à l'hôpital, le membre était froid, mais les jours suivants la chaleur était revenue dans les parties supérieures du membre. Fallait-il en conclure que l'oblitération artérielle n'avait lieu qu'au-dessous de ces parties et que la gangrène des parties profondes ne remontait pas plus haut? Il est, à cet égard, à dit M. Broca, une erreur trop accréditée et qu'il importe de détruire, parce qu'elle est de nature à inspirer, dans des cas graves, une fausse confiance et à conduire à une pratique défectueuse. On croit généralement que toutes les fois qu'il y a une oblitération brusque d'une artère principale, cette oblitération entraîne nécessairement le refroidissement de la totalité du membre. Il n'en est rien, et il est même assez commun de voir des portions de membre dans lesquelles la température, loin d'être diminuée, est accrue, au contraire, sans qu'on en doive induire pour cela que le membre peut être sauvé. Cela tient à ce que, par suite de l'interruption de la circulation dans l'artère principale, il s'établit assez rapidement une circulation collatérale qui fait affluer dans les vaisseaux superficiels du membre une quantité de sang plus considérable qu'à l'état normal. On peut aisément constater dans ces cas-là, avec le thermomètre, l'augmentation de la température du membre au-dessous des points lésés.

M. Broca a dû pratiquer chez cet homme, malgré les conditions très-défavorables dans lesquelles il se trouvait, l'amputation à la partie supérieure de la cuisse. Mais il fut aisé de l'assurer, en faisant l'opération, que les désordres s'étendaient jusqu'au-dessus de l'articulation. Le malade n'a pas tardé à succomber aux suites d'une infection purulente.

Voici les particularités qu'a présentées la lésion artérielle. L'artère fémorale était oblitérée au-dessus de l'anneau du troisième adducteur. Mais au lieu d'une simple contusion, qu'on s'attendait à trouver, on a trouvé une déchirure complète de l'artère, avec séparation des deux segments de plusieurs centimètres. Le bout inférieur qui s'était fortement rétracté, était effilé à la manière d'un tube de verre effilé à la lampe; tandis que le bout supérieur, renflé, était comme tassé, roulé sur lui-même en forme de bourrelet, et complétement oblitéré par un caillot qui remontait très-haut. Il s'était fait, en un mot, un véritable arrachement de l'artère par élongation forcée de ses membranes, sous l'influence de la pression de la roue. On comprend dès lors comment cet accident n'a point donné lieu immédiatement à une perte de sang.

Quant à la résorption purulente à laquelle l'opéré a succombé, on en a retrouvé de nombreux témoignages à l'autopsie. Il y avait des abcès multiples dans les poumons et dans la rate, où l'on en rencontre rarement; il n'y en avait pas dans le foie. Une phlébite de la veine saphène interne, qui était remplie de pus dans toute sa longueur, indiquait que c'était là le point de départ de l'infection purulente.

Diathèse anévrysmatique généralisée ou coïncidence d'anévrysmes miliaires du cerveau avec des anévrysmes plus volumineux de différentes parties.

Dans un travail remarquable et justement remarqué, et dont nous avons exposé les conclusions l'année dernière (mars 1867), M. le docteur Bouchard a fait connaître une altération spéciale des petites artères intra-cérébrales, l'état scléreux avec atrophie de la tunique moyenne et production secondaire d'anévrysmes, qui serait, suivant lui, la cause la plus commune de l'hémorragie cérébrale sénile. Cette altération, dont M. Bouchard a exposé d'une manière si nette les caractères et poursuivi l'évolution jusque dans ses conséquences ultimes, a été, depuis, l'objet de nouvelles recherches et de nouvelles études qui n'ont fait que confirmer ces premières observations. M. le professeur Béhier, dans une leçon clinique sur les hémorragies cérébrales, que nous avons publiée dans le numéro du 20 février dernier, disait que depuis que son attention avait été fixée sur ce point, il avait trouvé ces petits anévrysmes des artères du cerveau dans tous les cas d'hémorragie cérébrale qu'il a eu l'occasion d'examiner.

Cette question intéressante d'anatomie pathologique a fait le sujet d'une thèse soutenue tout récemment par M. le docteur C. Durand, sous le titre de : *Anévrysmes du cerveau*. Et de nombreuses communications à la Société anatomique et à la Société de biologie ont consacré désormais les expressions d'*anévrysmes cérébraux* ou *anévrysmes miliaires du cerveau*. C'est sur une de ces communications que nous voulons appeler l'attention de nos lecteurs.

M. Liouville a communiqué à la Société de biologie un fait extrêmement intéressant à notre avis, en ce qu'il établit une coïncidence, très-utile à connaître, d'anévrysmes miliaires du cerveau avec des anévrysmes de calibre plus considérable existant sur des artères de systèmes différents, et qu'il tend à faire admettre une diathèse anévrysmale généralisée dont les signes extérieurs, faciles à apprécier, peuvent mettre sur la voie de l'existence probable d'anévrysmes miliaires du cerveau.

Voici le résumé de ce fait, que nous empruntons aux comptes rendus de la Société de biologie.

En faisant l'autopsie d'une femme âgée de 74 ans, morte à la Salpêtrière dans le service de M. Vulpian, et chez laquelle il existait plusieurs anévrysmes dans des régions différentes du corps, M. Liouville a constaté l'existence de nombreuses lésions scléro-athéromateuses plus ou moins prononcées de presque tout le système artériel, mais accusées surtout sur les artères de la base de l'encéphale, ainsi que sur quelques branches de l'aorte abdominale. Ainsi, sur les artères cérébrales, il a trouvé un anévrysme de la grosseur d'un grain de mil, arrondi, noirâtre, existant dans la partie antérieure du lobe frontal gauche, entre les deux substances d'une circonvolution. Des deux côtés, mais prédominant du côté de l'anévrysme, on voyait des lésions anciennes caractérisées par des foyers à teinte ocreuse, et des lacunes, le plus souvent colorées, existant dans le lobe frontal, dans le corps strié et jusqu'au milieu de la protubérance annulaire (ancienne hémorragie cérébrale).

Sur les deux branches de bifurcation de l'artère splénique, il existait deux anévrysmes de la grosseur d'un pois chacun, arrondis, à parois très-épaisses, dures, mais encore perméables.

Dans le cœur, dont les parois étaient molles et friables et d'une teinte jaunâtre, il y avait des plaques scléreuses sur la face ventriculaire de la valvule mitrale. Ces plaques, irrégulières, assez épaisses et saillantes, allaient gagner le bord libre des valvules sygmoïdes de l'aorte. L'artère coronaire était scléreuse dans presque toute son étendue.

L'aorte offrait également, dans toute son étendue, des plaques scléreuses qui devenaient athéromateuses plus bas.

M Liouville a observé depuis, dans le même service, deux nouveaux exemples très-nettement caractérisés de cette diathèse anévrysmatique.

Le premier de ces cas est celui d'une femme âgée de 81 ans, placée dans le service de M. Vulpian, à la Salpêtrière, qui avait offert pendant sa vie, à de nombreuses reprises, des étourdissements, des congestions cérébrales et des troubles divers qu'on rapportait à des altérations encéphaliques. Elle mourut dans le mois d'août dernier, à la suite de phénomènes cérébraux qu'il fut difficile de bien préciser. A l'examen cadavérique, on trouva les vaisseaux de la base du cerveau rigides et exsangues. La substance grise, au niveau des lobes moyens, était presque complétement ramollie, et au-dessous de la méninge injectée, vasculaire, on voyait de petites dépressions jaunâtres, multiples, creusées dans cette substance. Sur les vaisseaux de la pie-mère, augmentés de volume et plus apparents, injectés, on trouvait de petites dilatations arrondies, de la grosseur d'un grain de mil, quelques-unes même plus petites, que le microscope a fait reconnaître pour de véritables petits anévrysmes. Quelques-uns apparaissaient ainsi comme appendus à des touffes vasculaires, et beaucoup (ils étaient très-nombreux) correspondaient à des points superficiellement ramollis et à ces lacunes hémorragiques, ocreuses, signalées plus haut. Outre ces anévrysmes miliaires méningés, il existait des deux côtés, mais surtout à gauche, un certain nombre d'autres anévrysmes miliaires sur et dans les circonvolutions. Une préparation micrographique des points cérébraux ramollis, montrait, en dehors des lacunes ocreuses, des corps granuleux d'un volume relativement énorme; des vaisseaux tout à fait athéromateux, conté-

nant parfois de ces corps granuleux; des tubes altérés et des cellules nerveuses presque transformées en amas granulo-graisseux.

Un vaste et ancien foyer hémorragique existait dans la partie postérieure et moyenne du lobe occipital droit, formant une poche jaunâtre, à teinte ocreuse, ayant détruit la substance blanche et les bords de quelques circonvolutions qui étaient comme rongées. Quelques-uns des vaisseaux qui se rendaient à ce foyer étaient pâles, blanchâtres, un peu durs, mais à conduit libre; d'autres étaient durs et comme scléreux, leur calibre était oblitéré et ils avaient subi la dégénérescence scléro-athéromateuse.

La moelle présentait une dégénération scléreuse manifeste.

Sur la surface externe du cœur, au tiers inférieur du ventricule gauche, on voyait distinctement deux anévrysmes miliaires, superficiels.

Le cœur présentait, en outre, des plaques scléreuses sur la face ventriculaire de la valvule mitrale.

Dans les vaisseaux de la couche épithéliale de l'œsophage, se voyaient à l'œil nu deux anévrysmes du volume d'un grain de mil, arrondis, solides, résistants d'une couleur rouge brunâtre.

Enfin il existait des hémorroïdes.

En un mot, le système vasculaire, chez ce sujet, avait, dans une grande étendue, subi la dilatation anévrysmatique.

En résumé, sur un total de 92 autopsies faites depuis le commencement de cette année (dans l'espace de sept mois), à la Salpêtrière, M. Liouville a rencontré dans dix cas des anévrysmes miliaires cérébraux très-nettement constatables sur les vaisseaux de l'encéphale, soit ceux du cerveau, soit ceux des méninges. Ils coïncidaient tous avec des altérations spéciales des centres encéphaliques. Et sur ces dix cas, trois fois la diathèse anévrysmatique généralisée a été constatée.

HÔPITAL DES CLINIQUES. — M. GUYON.

AMPUTATION SUS-MALLÉOLAIRE PAR UN PROCÉDÉ NOUVEAU

Le 13 juin 1868, est entré à l'hôpital des Cliniques le nommé X..., âgé de 31 ans, homme de peine. Ce malade, couché au numéro 28, est atteint d'une carie des os du pied droit. Né de parents bien portants, il a toujours joui lui-même d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de vingt-six ans; jamais il n'a eu pendant son enfance de manifestation scrofuleuse; il porte, il est vrai, sous la mâchoire du côté gauche, des traces d'abcès ganglionnaires, mais qui ne remontent qu'à peu d'années. Il n'a jamais eu la syphilis.

Ce n'est qu'en 1863, peu de mois après avoir quitté le service militaire, que sans cause extérieure, il a vu se former à la partie supérieure et interne de l'avant-bras gauche, immédiatement au-dessous de l'articulation du coude, une petite tumeur indolore. Au bout de quatre à cinq mois elle s'abcéda, resta fistuleuse pendant un temps à peu près égal, donna issue à une portion d'os nécrosé et se cicatrisa promptement.

Deux mois à peine après la guérison de ce premier accident, vers le mois de septembre 1864, ce malade voyait se former sur la face dorsale du pied droit une bosselure analogue.

Elle survint, elle aussi, sans cause apparente, sans qu'il eût reçu de coups ou qu'il se fût fatigué plus que de coutume. Au bout de peu de mois, cette tumeur devint fistuleuse, comme la première, donna issue à une toute petite esquille et se cicatrisa. Mais le gonflement périphérique persista et de nouvelles bosselures ne tardèrent pas à se développer et à suivre la même marche.

Tous ces accidents purent se produire sans que le malade interrompît son travail. Ce n'est que le 26 janvier 1868 que, tant par le gonflement excessif du pied devenu douloureux que par l'épuisement dû à une abondante suppuration, il fut forcé de garder le repos.

Depuis ce jour, l'état local n'a cessé de s'aggraver et l'affaiblissement de faire des progrès, et le jour de son entrée, il présente l'état suivant :

Le gonflement est très-considérable : il remonte à un ou deux travers de doigt au-dessus de l'extrémité inférieure de la jambe et s'étend jusqu'aux articulations métatarso-phalangiennes.

Le coude-pied mesure 6 centimètres de plus en circonférence que celui du côté opposé. La peau est luisante, tendue et présente plusieurs traces de cicatrices sur la face dorsale et le bord externe. C'est surtout sur le bord interne que l'on voit des orifices fistuleux. Le doigt appliqué sur la peau y laisse une dépression profonde.

Les orifices fistuleux laissent écouler, en assez grande abondance, un pus séro-sanguinolent; si l'on introduit un stylet par ces orifices, on peut s'assurer que la peau est décollée tout autour d'eux et qu'ils conduisent sur des surfaces osseuses dénudées et ramollies.

La lésion semble avoir surtout pour siége les os de la deuxième rangée. On ne saurait affirmer si les os de la première rangée et en particulier le calcanéum sont malades. L'articulation tibio-tarsienne permet des mouvements assez étendus. Les mouvements de latéralité sont seuls douloureux et presque impossibles. La malléole interne est très-augmentée de volume et douloureuse à la pression. Rien d'appréciable au niveau de la malléole externe.

Le malade souffre constamment, mais ses douleurs sont accrues par les tentatives de mouvement et par la pression, surtout au niveau des orifices fistuleux. Les ganglions de la racine du membre sont engorgés.

L'état général est très-peu satisfaisant : le malade est très-amaigri et a, chaque soir, une fièvre assez vive. Le thermomètre, placé sous l'aisselle, monte jusqu'à 38°,8, et le pouls donne de 100 à 110 pulsations à la minute.

L'examen de la poitrine fait découvrir une matité assez légère dans la fosse sus-épineuse du côté droit et de la faiblesse du bruit respiratoire à ce niveau. Pas de craquements; rien du côté gauche. Le malade ne tousse pas.

Le 19 juin, M. Guyon, après avoir discuté dans une leçon clinique l'opportunité d'une opération et comparé les chances probables d'une désarticulation partielle ou totale du pied avec celles de l'amputation sus-malléolaire, adopte cette dernière opération, qu'il pratique par un nouveau procédé.

Un examen immédiat du pied avait montré que, comme on le craignait, les lésions osseuses étaient fort étendues et remontaient au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne.

Après une dissection plus minutieuse, dans laquelle les os furent divisés dans le sens antéro-postérieur, on put s'assurer que les os de la deuxième rangée étaient complétement cariés; le scaphoïde, entre autres, n'était plus qu'une caverne revêtue d'une mince couche de tissu osseux. Les articulations de ces os entre eux avec ceux de la première rangée et avec les métatarsiens étaient détruites; la tête de ces derniers était elle-même malade. De plus, le calcanéum, l'astragale et l'extrémité inférieure du tibia, tout en étant le siége de lésions moins avancées, étaient très-friables, très-raréfiés, graisseux, et permettaient la pénétration facile d'un stylet dans leur tissu. Les ligaments de l'articulation tibio-tarsienne étaient distendus et ramollis; la malléole externe était saine.

Quant au malade, il supporta très-bien l'opération. Il ne s'écoula qu'une très-petite quantité de sang. La réaction fébrile commença dès le soir même et fut assez intense : le thermomètre placé sous l'aisselle marquait 39°,6.

Le lendemain, 20 juin, le pansement et le lavage alcoolique furent renouvelés. On trouva la charpie qui recouvrait la plaie imbibée de sang et d'un peu de pus : la plaie était très-belle.

Aucun accident ne survint jusqu'au 23, jour où l'on enleva les sutures métalliques. Comme aux pansements précédents, la partie médiane était en très-bon état; deux points de suture avaient donné une réunion, mais les angles étaient recouverts d'un enduit grisâtre, pultacé, un peu adhérent. D'autre part, la suppuration était plus abondante et plus fluide. La fièvre n'avait pas augmenté; aucune ligature n'était tombée; le moignon était un peu douloureux. Pansement avec charpie imbibée de jus de citron sur les angles. Cataplasmes.

Le 24, la rougeur et le gonflement étaient moindres, mais l'enduit persistait encore. Même pansement.

La fièvre traumatique cessa à partir du 25. Le thermomètre ne s'éleva plus le soir au-dessus de 37°,6, et le 27, l'enduit pultacé, qui était venu enrayer la cicatrisation, avait entièrement disparu, en même temps que le moignon cessait d'être douloureux et que la suppuration prenait un meilleur aspect.

Le dernier fil à ligature tomba le 29.

En même temps que la plaie marchait vers une prompte cicatrisation, l'état général s'améliorait, l'appétit du malade était meilleur.

Le 11 juillet, le malade eut une fièvre assez intense (38° le matin. 39,4 le soir).

Pendant la journée et la nuit du 11 au 12, il souffrit beaucoup du moignon qui, le lendemain, fut trouvé rouge et chaud surtout en dehors.

Le 13, le pansement contenait une grande quantité de pus, et, malgré cela, la douleur et la fièvre continuaient.

Le 14, la fluctuation devint manifeste au niveau de la gaîne des péroniers. Une incision fut pratiquée et donna issue à du pus, et le 16, toute manifestation fébrile avait disparu.

On s'opposa, pendant quelques jours, à la réunion des angles et l'on continua le cataplasme.

Le 24 juillet, toute trace d'inflammation ayant cessé, on remplace le cataplasme par un pansement simple à la glycérine.

Le 30, le malade peut commencer à se lever.

Le 2 août, la cicatrisation était complète, et depuis ce jour, il peut laisser son moignon sans aucun pansement.

Aujourd'hui, la cicatrice du moignon se trouve sur la face antérieure du membre, à 5 centimètres au-dessus du plan inférieur. La peau du talon, épaisse et souple, forme le point d'appui du membre; il est possible d'appuyer assez fortement sur elle sans que le malade accuse la moindre douleur.

Le lambeau n'est tiraillé dans aucun point de son étendue; l'angle interne est très-suffisant, et il reste même à l'angle externe une quantité de peau telle, qu'elle a provoqué à ce niveau la formation d'un pli cutané assez profond.

Le membre présente un raccourcissement total de 15 centimètres, dont 4 centimètres seulement pour les parties situées au-dessus des malléoles. Il s'agit donc bien d'une amputation sus-malléolaire. Ce fait, la manière dont le lambeau est taillé, la conservation de tout le tendon d'Achille et de sa gaîne, différentient nettement ce procédé de celui proposé par Laborie. Cependant, c'est après avoir vu les très-beaux résultats obtenus par ce chirurgien et reconnu avec lui l'avantage de la suppression du lambeau antérieur que M. Guyon a été conduit au procédé dont il montre aujourd'hui le résultat à la Société de chirurgie.

Procédé opératoire. — Ce procédé a essentiellement pour but de supprimer complétement le lambeau antérieur dont M. Guyon a eu l'occasion de constater la défectuosité, de prendre à la partie postérieure du membre le plus possible de parties molles, enfin de rester cependant dans les limites de l'amputation sus-malléolaire. Pour cela, le chirurgien fait choix d'un procédé elliptique à peu près semblable à celui dont on fait usage pour le poignet.

Une incision à concavité inférieure est commencée sur la face antérieure de la jambe, à trois travers de doigt de l'extrémité de la malléole interne. Cette incision descend sur le côté interne du membre et gagne l'axe de la malléole; elle est continuée en obliquant légèrement jusqu'à la limite la plus inférieure du talon; là, elle devient transversale, passe à la limite de la peau du talon et de la peau de la plante du pied, est conduite au côté externe des membres; elle remonte alors pour gagner obliquement le sommet de la malléole, puis la demi-courbe à concavité inférieure primitivement tracée sur la face antérieure de la jambe. Dans cette vaste ellipse se trouve circonscrit un lambeau comprenant une partie des téguments des parties latérales de la jambe et toutes celles de sa partie postérieure, y compris celles du talon, moins sa portion plantaire. Ce lambeau est disséqué en commençant par le talon, et l'opérateur prend grand soin de détacher, en le décortiquant, le tendon d'Achille de ses insertions calcanéennes; puis, après avoir coupé latéralement les tendons qui se présentent, il relève le lambeau jusqu'à la limite supérieure de l'ellipse en le détachant des os de la jambe avec une rugine. L'amputation est alors achevée en coupant par transfixion les muscles de la région antérieure et en sciant les os à l'ordinaire.

Le lambeau, ainsi constitué, contient dans son épaisseur tout le tendon d'Achille, dont la gaîne n'est pas ouverte, et les tendons des muscles de la région postérieure, dont les gaînes sont intactes, jusqu'au point de section inférieure; l'artère tibiale postérieure y est également comprise dans sa gaîne; elle fut liée à l'extrémité inférieure et interne du lambeau.

Il fut très-facile de ramener le lambeau en avant et de l'adapter très-exactement; cependant M. Guyon se contenta de le fixer par trois points de suture métallique placés à son extrémité supérieure et médiane et de laisser les angles largement béants. Pour bien soutenir ce lambeau large et épais, l'attelle en liége du professeur Laugier fut très-utile; une longue et large attelle fortement matelassée de ouate fut placée à la partie postérieure du membre, dont elle dépassait le moignon de plusieurs travers de doigt.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. LETENNEUR.

FRACTURE DU PUBIS PAR CONTRACTION MUSCULAIRE

Rose-Julie P..., âgée de 43 ans, est une forte femme aux allures masculines, faisant le métier de portefaix et ayant longtemps porté des habits d'homme pour travailler avec plus de facilité.

Pendant les premiers jours d'avril 1868, elle était occupée avec son mari, âgé de 63 ans, à bord d'un bateau chargé de pierres. Il s'agissait de déposer ces pierres sur le quai, auquel le bateau était fixé; or, pour épargner de la fatigue à son mari, la femme P... se chargeait des pierres les plus lourdes, dont le poids moyen était de 150 livres.

C'est en se livrant à ce travail qu'elle éprouva l'accident pour lequel elle est venue se faire soigner à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Voici comment elle raconte ce qui lui est arrivé :

Elle venait de prendre au fond du bateau une de ces grosses pierres qu'elle souleva avec peine jusqu'au niveau du pubis, sur lequel elle l'appuya. Le corps était penché en avant, et pour placer la pierre sur le quai, il fallait l'élever encore de 30 à 40 centimètres. La femme P..., dont les bras étaient impuissants pour cette lourde tâche, réunit toutes ses forces, se redressa et poussa la pierre sur le bord à l'aide de son ventre. La pierre arriva au but, mais la pauvre femme sentit une vive douleur dans l'aine gauche, sans craquement. Elle compare cette douleur à une déchirure. Malgré cela, elle termina sa journée, mais sans s'attaquer à d'aussi lourds fardeaux.

Le lendemain elle transporta, tout le jour, des pierres dans une brouette.

Le surlendemain, elle fit à pied un trajet de 7 à 8 kilomètres. A mesure qu'elle avançait, la douleur de l'aine gauche augmentait et elle éprouvait une sensation étrange qui lui faisait dire que son corps s'ouvrait comme si elle accouchait. Arrivée au terme de sa course, elle tomba de fatigue et se sentit incapable de faire un pas de plus. On fut obligé de la ramener à Nantes, couchée dans un bateau; elle garda le lit pendant quatre jours, après quoi elle se fit transporter à l'hôpital, où elle fut placée dans un service de médecine, comme atteinte de paraplégie. Les circonstances dans lesquelles la maladie s'était produite et l'impossibilité de remuer les membres inférieurs donnaient à ce diagnostic toutes les apparences de la vérité. Cependant la sensibilité était intacte sur tous les points; mais, d'un autre côté, le troisième jour de son entrée à l'hôpital, il y eut une rétention d'urine qui nécessita l'emploi de la sonde. C'est alors que, pendant des recherches répétées faites dans le but de justifier et de préciser le diagnostic, on entendit une crépitation osseuse qui avait lieu lorsque la malade était placée sur le côté. Il fut facile de reconnaître l'existence d'une fracture du bassin, et la malade fut dirigée sur le service de clinique chirurgicale, où nous la vîmes pour la première fois le 4 mai.

La malade est couchée sur le dos. Aucune déformation n'existe à première vue dans le bassin. Les quelques ecchymoses qu'on observe à la région sus-pubienne sont le résultat évident d'une application de sangsues faite quelques jours auparavant. Il n'y a pas de douleur, si ce n'est dans les mouvements spontanés ou communiqués.

Les membres inférieurs paraissent frappés d'impuissance. Si on dit à la malade de lever les pieds, elle déclare que c'est impossible; si on insiste, les genoux se fléchissent et les pieds glissent sur le lit, comme on l'observe dans les fractures du col du fémur.

Quand le genou est fléchi, la malade fait quelques mouvements d'adduction et d'abduction, mais non sans exciter de la douleur vers le côté gauche du pubis.

En soulevant l'un après l'autre les membres inférieurs et en leur imprimant des mouvements, il est facile de s'assurer que les articulations coxo-fémorales sont intactes.

En explorant le pubis on trouve, du côté gauche, sur le corps de l'os, une saillie placée à quelques millimètres en dehors de l'épine et se prolongeant en bas. Cette saillie est formée par le fragment interne du pubis fracturé; le fragment externe est un peu abaissé et enfoncé, et la pression du doigt dans ce point détermine une douleur assez vive.

Du côté droit, on ne trouve rien d'analogue, mais la malade y ressent une douleur qui suit la direction du tendon du psoas iliaque jusqu'à son insertion.

Le doigt, introduit dans le vagin, permet de constater une fracture avec un léger déplacement de la branche descendante du pubis gauche. Le côté droit de l'arcade est intact.

Enfin, en faisant coucher la malade sur le côté droit, nous sentons et nous entendons à distance une crépitation très-marquée dont le siége correspond aux points où existe la déformation.

Cette crépitation, que la malade produit à volonté, ne peut être provoquée par les efforts que nous faisons sur les os iliaques, soit pour les écarter, soit pour les rapprocher.

La colonne vertébrale n'offre aucun point douloureux. Il en est de même des symphyses sacro-iliaques, sur lesquelles la pression peut être faite sans déterminer aucune douleur. La malade, interrogée à diverses reprises, répond toujours qu'elle n'a jamais souffert en arrière.

Depuis le jour où on a dû sonder la malade, la miction a toujours été facile; les efforts de défécation ne causent de la douleur vers le pubis que lorsqu'ils sont très-énergiques.

Le 6 mai, je fais appliquer autour des hanches une ceinture de gymnase qui comprime fortement le bassin; à l'instant même, la malade peut élever les jambes sans douleur.

Lorsqu'on desserre la ceinture, l'impuissance des membres inférieurs reparaît immédiatement.

Je recommande de maintenir la ceinture modérément serrée, afin d'immobiliser les fragments et de faciliter la consolidation, mais sans causer trop de gêne.

Je note en passant, pendant les jours suivants, quelques accès de fièvre intermittente combattus avec succès par le sulfate de quinine.

La malade nous annonce qu'elle ne peut se bien porter qu'à la condition de vivre au grand air, et qu'elle n'aura pas ses règles tant qu'elle restera couchée. Cette prédiction s'est en effet réalisée.

Au bout de vingt jours, la crépitation disparut. Dès cette époque, la malade me demande avec instance la permission de se lever : je la lui accorde en lui recommandant de faire peu de mouvements.

Le 25 mai, survint de la fièvre accompagnée de nausées et de vomissements. Le lendemain, nous constatons un érysipèle à la face. Sous l'influence de cette maladie, il y a eu un grand amaigrissement et lorsque l'éruption cutanée disparut, il y eut de nouveaux vomissements suivis d'une diarrhée qui résista pendant plusieurs jours au laudanum et au sous-nitrate de bismuth, et qui me parut dépendre de la propagation de l'érysipèle à la muqueuse du tube digestif.

La malade était entièrement guérie le 2 juillet et demanda son exeat.

La marche est facile; l'abduction de la cuisse gauche est seule un peu gênée.

Au moment où cette femme quitte l'hôpital, nous l'examinons une dernière fois, et grâce à la maigreur causée par son érysipèle, on peut constater facilement la déformation du pubis. La consolidation paraît complète, mais il existe entre les deux fragments une différence de niveau d'un demi-centimètre au moins. L'épine du pubis se trouvant placée plus haut et plus en avant que du côté opposé, il en résulte que le ligament de Fallope est aussi beaucoup plus saillant et que l'arcade qu'il forme est plus marquée.

Je ne connais point, dans la science, de fait analogue à celui que je viens de raconter. Il s'agit bien, en effet, d'une fracture du pubis par contraction musculaire.

La constitution athlétique de la malade, son âge, ses travaux habituels et sa bonne santé éloignent toute idée de diathèse, toute idée de friabilité des os.

Il n'y a point eu de choc sur le pubis, mais un effort extrêmement énergique pour soulever le fardeau qui reposait sur cet os.

Il est facile, du reste, de se rendre compte du mécanisme de cette fracture en se plaçant dans les conditions où se trouvait la femme P...

Le tronc était demi-fléchi sur les cuisses, la pierre reposant sur le pubis ne pouvant s'élever et s'avancer sur le quai que poussée par le bassin auquel ce double mouvement devait être imprimé.

Il fallait, pour cela, que le membre inférieur gauche supportât tout le poids du corps et que la tête du fémur de ce côté devînt le pivot autour duquel devait se faire le redressement du tronc et la rotation du bassin en avant.

Or, il est probable que, dans ce mouvement brusque et énergique, l'os iliaque gauche, bridé par le psoas-iliaque, n'a pas obéi à l'impulsion qui était donnée à la partie droite du bassin et que l'articulation coxo-fémorale, immobilisée par le maintien de l'équilibre du corps, n'a pas permis le double mouvement d'extension et de rotation du tronc. Entre cette résistance du côté gauche et l'impulsion donnée au côté droit du bassin, le pubis a supporté un effort trop considérable et s'est rompu.

A ce moment l'effort s'est arrêté, et le périoste n'a pas été déchiré. Ce n'est que sous l'influence de mouvements intempestifs que le déplacement s'est produit et qu'enfin le bassin n'a plus donné aux membres inférieurs un point d'appui suffisant.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Abeille (1).

Traitement du croup par les inhalations de vapeurs humides de sulfure de mercure.

La diphthérie est une maladie infectieuse et contagieuse; partant, c'est une maladie générale qui, comme la dothinentérie, présente des lésions anatomiques presque constantes. Elle n'est point inoculable; c'est au moins ce qui résulte de plus clair des expériences tentées à ce sujet jusqu'à ce jour.

Trousseau a constamment voulu établir l'analogie, la similitude entre la pustule maligne et la diphthérie. Cela lui servit pour justifier son traitement énergique, la cautérisation : la cautérisation est ici un contre-sens. L'expérience a définitivement prouvé qu'elle est impuissante dans la très-grande majorité des cas. En effet, la cautérisation, qui est dans la pustule maligne le moyen le plus rationnel, parce que la pustule maligne est toujours le résultat d'une intoxication locale, d'une inoculation, au moins pour les faits rigoureusement observés, détruit sur place le principe morbide inoculé et empêche que, par absorption ou par propagation par continuité, il suscite des accidents généraux. La cautérisation ne détruit, dans la diphthérie, aucun principe morbide sur place, parce qu'il n'y a pas de principe morbide local, mais bien un processus local dépendant d'une intoxication générale. Elle peut modifier l'inflammation locale, mais elle ne détruit pas le principe; de là, la repullulation des fausses membranes après la cautérisation. Si la diphthérie n'était qu'une inflammation spéciale localisée, autre erreur propagée par Trousseau, la cautérisation pourrait avoir une action puissante contre cette inflammation. Mais elle échoue précisément parce que cette prétendue inflammation spéciale n'est qu'un processus sous la dépendance d'un principe général, et que la cautérisation locale ne peut rien contre le principe qui affecte tout l'organisme, quoiqu'il ait des manifestations locales privilégiées. C'est pourquoi le traitement médical est le seul traitement rationnel de la diphthérie. Il a d'autant plus de chances de réussir qu'il est appliqué dès le début, avant, en un mot, que l'infection soit devenue profonde ou qu'elle ait eu le temps de déprimer profondément les forces organiques. Comme maladie épidémique, la diphthérie présente parfois une telle violence, que les médications les mieux appropriées échouent d'une manière absolue dans un certain nombre de cas; ceci est le fait de toutes les maladies épidémiques, mais cela ne détruit point les principes que je viens de poser en thèse générale.

Comme maladie septique et infectieuse, elle tend à déprimer les forces organiques avec plus ou moins de rapidité. De là la nécessité vraiment démontrée d'éviter, dans le traitement, tout ce qui peut ajouter à cette dépression, et de chercher à soutenir les forces par l'alimentation et le vin.

Tout ce qui peut entraîner la perte de l'appétit, enrayer la nutrition, doit être soigneusement évité; à ce titre, les cautérisations, sous quelque forme et avec quel caustique qu'on les pratique, ont l'inconvénient de dégoûter les malades, de leur faire perdre le reste d'appétit, sans avantage aucun contre la diphthérie. C'est dire que, dans un avenir prochain, elles seront rejetées par tous les praticiens qui jugeront sainement la question.

Quant aux diverses médications internes dirigées par la voie du tube digestif, elles ont également l'inconvénient de fatiguer l'estomac, de troubler la nutrition, de faire perdre souvent le reste d'appétit conservé par les malades, partant, d'ajouter à la dépression des forces qui existe déjà. En outre, par l'infidélité de l'absorption stomacale dans ces cas, elles sont loin d'atteindre le but qu'on se propose. Elles ont donc, d'une part, un effet nuisible, et d'autre part, elles constituent une voie peu sûre pour arriver rapidement à enrayer la marche d'une maladie effrayamment progressive.

Les inhalations de vapeurs et de vapeurs humides constituent donc la méthode de traitement la plus sûre, la plus prompte et la plus active dans le traitement de la diphthérie. Quels que soient les médicaments auxquels on accorde la préférence, c'est par voie d'inhalation qu'ils ont plus de chances de réussir. En effet, par cette méthode on obtient un double effet, et on évite tous les inconvénients signalés plus haut.

D'abord, on a avec elle l'absorption forcée par les voies respiratoires, absorption extrêmement active, et par la voie cutanée, douée de beaucoup moins d'activité. Voilà pour l'introduction des médicaments dans l'organisme pour obtenir une action générale et sans dégoût.

Ensuite, comme les localisations privilégiées de la diphthérie sont précisément dans l'arbre respiratoire, dans le gosier ou ses annexes et la partie supérieure du pharynx et du larynx, les vapeurs inhalées exercent, par leur contact continuel avec ces parties, une action locale continue qui, en raison des propriétés des substances employées, forme un topique plus ou moins actif et plus ou moins sûr.

Si les substances résineuses, telles que le copahu, le cubèbe, jouissent vraiment de propriétés efficaces contre la diphthérie, ainsi que des faits assez nombreux tendent à le prouver, n'y aurait-il pas un grand avantage à employer ces substances par voie d'inhalation?

Nous concourons tous au même but, à trouver contre la diphthérie un traitement médical seul rationnel, efficace; que nos efforts communs cherchent donc à rendre ce traitement aussi efficace que possible.

Il est constant que l'usage du copahu et du cubèbe, qui chez les adultes provoque si souvent le dégoût, la perte de l'appétit, offre à plus forte raison le même inconvénient chez les tout jeunes enfants, et que c'est là une condition qui, dans un grand nombre de cas, doit annihiler les effets salutaires qu'on pourrait en obtenir.

(*La fin prochainement.*)

(1) Suite. — Voir notre dernier numéro.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 12 août 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

— Une note adressée par le docteur Sirus Pirondi, membre correspondant, sur une tumeur du sein. M. Després a examiné cette tumeur et remis une note ci-jointe.

M. Després. L'examen microscopique de la tumeur de la mamelle envoyée par M. Sirus Pirondi permet d'affirmer qu'il s'agit d'un adénome mammaire renfermant des kystes. On trouve des culs-de-sac glandulaires remplis d'épithélium nucléaire normal. C'est là un exemple de ces gros adénomes kystiques que l'on a appelés, en Allemagne, adéno-sarcomes ou cysto-sarcomes, et qui ont été bien étudiés à la Société anatomique.

— M. Giraldès communique de la part de M. Stahl un nouveau mode d'appareil plâtré et dépose une note relative à ce sujet.

— M. Guyon communique une observation de fracture du pubis par contraction musculaire, transmise par M. Letenneur. (*Voir plus haut.*)

M. Broca offre à la Société une thèse de M. Hamy sur l'os intermaxillaire.

DISCUSSION SUR LES FIBRÔMES SOUS-PÉRITONÉAUX (*suite*).

M. Depaul. Outre l'augmentation de volume, la grossesse produit encore le ramollissement des corps fibreux.

M. Depaul a pu le constater jour par jour. Ce ramollissement a lieu surtout aux parties périphériques, tandis que les parties centrales des fibrômes conservent toute leur dureté.

Il est curieux d'observer les changements de situation qu'éprouvent les corps fibreux durant la grossesse. Cela s'explique non-seulement par le développement physiologique de l'utérus, mais encore par l'inégalité de ce développement qui, par le fait de l'existence des fibrômes, est irrégulier.

L'aplatissement des corps fibreux de l'utérus pendant la grossesse existe-t-il réellement, comme l'admet M. Guéniot?

M. Depaul ne le pense pas. Il accorde que certains fibrômes pédiculés peuvent s'aplatir légèrement; mais dans les cas où les tumeurs sont à large base, l'aplatissement est plutôt apparent que réel, c'est-à-dire que la base d'implantation s'accroît en même temps que la matrice.

M. Depaul examine le mécanisme suivant lequel les tumeurs fibreuses se déplacent pendant le travail de l'accouchement. Ce mécanisme, exposé par M. Guéniot, est comparable à celui qui ramène en avant le col utérin, lorsque celui-ci se trouve dirigé en arrière, ainsi que cela a lieu le plus souvent à la fin de la grossesse.

Le déplacement des corps fibreux et la désobstruction du bassin sont produits par la contraction et le raccourcissement des fibres longitudinales de la matrice. Ce mécanisme est vrai pour les tumeurs fibreuses à large base, mais il cesse de l'être pour les fibrômes pédiculés, qui restent enclavés dans le bassin. M. Depaul cite un fait observé par lui lorsqu'il était chef de clinique de M. Dubois. Un fibrôme de l'utérus rendit l'accouchement impossible, et la malade mourut sans que la désobstruction du bassin ait pu s'opérer.

Quelle est l'influence du retrait de la matrice après l'accouchement, sur les fibrômes sous-péritonéaux? S'ils sont pédiculés, à part les changements de situation, ils n'éprouvent pas d'autres modifications. Quant aux tumeurs à large base, le retrait de la matrice tend à les pédiculiser.

M. Depaul examine ensuite les modifications que présentent les corps fibreux péritonéaux. D'après son expérience personnelle, il ne pense pas que l'on doive songer à arrêter le développement de ces tumeurs par les médications internes ou externes.

La question de l'accouchement prématuré artificiel doit être posée dans certains cas, mais on ne peut en discuter ici toutes les indications.

Lorsque des accidents se développent pendant le travail, l'application du forceps, la version, la crâniotomie, l'opération césarienne ont pu, dans différents cas, être employées avec des chances diverses.

M. Depaul a pratiqué dans un cas l'opération césarienne, mais il donne la préférence à la crâniotomie. Contrairement à M. Tarnier, il pense que la version sera le plus souvent impossible, par suite de la présence de la tumeur.

M. Depaul termine en lisant les conclusions suivantes :

Conclusions :

1° Les fibrômes *utérins péritonéaux* ne sont pas rares;

2° Ils peuvent être pédiculés, interstitiels ou à large base;

3° Les premiers n'apportent pas de troubles notables dans les phénomènes de la menstruation; ils ne s'opposent pas à la fécondation et ils n'empêchent pas habituellement la grossesse de parcourir toutes ses périodes;

4° Les seconds, quand ils sont peu volumineux, sont presque aussi inoffensifs au triple point de vue que je viens d'indiquer; mais quand ils sont considérables et qu'ils ont une large base, ils peuvent troubler le développement normal de l'utérus et provoquer l'expulsion prématurée du produit de la conception;

5° L'influence de la grossesse sur les fibrômes utérins péritonéaux ne saurait être contestée. Il est démontré par les faits les plus positifs qu'ils s'accroissent presque toujours et dans des proportions souvent très-considérables pendant la durée de la gestation;

6° En même temps qu'ils augmentent de volume, on remarque généralement que leur consistance diminue un peu, surtout dans les couches les plus extérieures;

7° Ces deux phénomènes, augmentation de volume et ramollissement, sont plus marqués pour les fibrômes interstitiels et à large base que pour ceux qui sont nettement pédiculés;

8° Les fibrômes interstitiels qui se développent un peu du côté du péritoine s'accroissent aussi par leur base, de telle sorte qu'ils paraissent comme aplatis;

9° Cette disposition n'est pas le résultat exclusif de la compression que les corps fibreux subissent entre les parois abdominales et l'utérus; elle se rattache surtout au développement progressif du tissu utérin, qui étale et entraîne le tissu du fibrôme, qui s'hypertrophie lui-même;

10° Les fibrômes *utérins péritonéaux* à large base peuvent irriter l'utérus, donner même lieu à la métrite et faire courir de véritables dangers à une femme enceinte (toutefois, ce résultat s'observe rarement);

11° Ceux de ces corps qui, par leur situation, sont exposés à se développer du côté de l'excavation pelvienne, peuvent donner lieu à la compression de la vessie et du rectum, au déplacement de la matrice et, dans quelques cas graves, faire naître les phénomènes de l'étranglement interne;

12° Les accidents deviennent alors si graves et si pressants, qu'il ne reste plus de ressource pour soustraire la femme à une mort imminente que dans la provocation de l'avortement;

13° Les cas où ils troublent aussi profondément la marche de la grossesse sont heureusement fort rares, et alors, même quand ils obstruent presque complétement l'excavation du bassin, pourvu qu'ils partent du col ou de la partie inférieure du corps, pourvu que, par une large base, ils tiennent à une portion notable de la circonférence utérine, tout espoir n'est pas perdu. Les forces qui président à la dilatation du col, les changements qui se passent dans la forme de

l'utérus après la rupture des membranes peuvent, par un mécanisme facile à comprendre, éloigner progressivement la tumeur, désobstruer le bassin et ouvrir un passage facile à l'enfant;

14° Si les deux faits que M. Guéniot et moi avons fait connaître à la Société permettent d'entrevoir la possibilité d'une terminaison aussi heureuse, il ne faut pas oublier que la science en possède beaucoup d'autres dans lesquels la nature a été impuissante et pour lesquels il a fallu intervenir tantôt par le forceps, tantôt par l'embryotomie, tantôt même par l'opération césarienne;

15° Certains fibrômes utérins péritonéaux constituent une des plus graves complications de la grossesse et soulèvent les questions les plus embarrassantes de l'obstétrique. La science est loin d'être faite sur ce point important, qui est digne de toutes les méditations des chirurgiens.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

Nombre des votants, 23.

Au premier tour de scrutin, M. Paulet obtient 13 voix;

M. Giraud-Teulon, 10 voix;

M. Bailly, 1 voix.

En conséquence, M. Paulet est élu membre titulaire.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

A la suite de cette lecture, M. Depaul présente un pelvimètre construit par M. Mathieu.

Cet instrument représente à la fois un compas d'épaisseur et un compas d'écartement, en retournant les branches de l'instrument. C'est donc un pelvimètre de Baudelocque et un compas destiné à mesurer le détroit inférieur.

M. Blot n'attache pas une grande importance à l'emploi de cet instrument.

On peut se servir de tout instrument et plus facilement encore des doigts écartés pour mesurer le détroit inférieur. Quant au pelvimètre, il n'a rien de nouveau.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Guyon présente un malade à qui il a pratiqué une amputation sus-malléolaire en modifiant le procédé de Laborie. (*Voir plus haut.*)

VACANCES DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Legouest annonce que la Société de chirurgie se met en vacances du 15 août au 6 octobre.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire : Dr Léon Labbé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 12 octobre 1868, ont été nommés :

1° Correspondants du ministère de l'instruction publique pour les travaux historiques et archéologiques, MM. les docteurs Arbaud (de Manosque), Goze (d'Amiens), Th. Roussel (de Mende); MM. les pharmaciens Lacroix (de Mâcon), Mathon (de Beauvais);

2° Correspondant honoraire, M. Kuhnholtz-Lordat, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Montpellier.

— Par divers arrêtés ministériels :

École supérieure de pharmacie de Paris. — Sont maintenus en exercice depuis le 1er janvier 1869 jusqu'au 1er janvier 1874, près l'école supérieure de pharmacie de Paris, les agrégés dont les noms suivent, savoir :

MM. Soubeyran (section des sciences naturelles);
Bois (section des sciences physiques);
Riche (section des sciences physiques).

— *École préparatoire à l'enseignement supérieur de Nantes.* M. Valentin-Vignard, docteur en médecine, est nommé professeur d'histoire naturelle à l'école préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Nantes, en remplacement de M. Calloch, dont la démission est acceptée.

— La Société médicale d'observation reprendra le cours de ses séances lundi 9 novembre, à huit heures du soir, à la Faculté de médecine (cabinet du doyen).

Ordre du jour de la séance du lundi 9 : Rapport de M. Dugay, trésorier sortant; — lecture de M. Rigal : rhumatisme aigu à manifestations multiples; — lecture de M. Sanné.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance se réunira le mercredi 11 novembre, à la mairie du Ier arrondissement.

Ordre du jour : Rapport et vote sur deux demandes d'admission; — note sur la crèche Bonne-Nouvelle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène des blancs, des mixtes et des Indiens à Pondichéry, par M. le docteur Huillet, médecin de 1re classe de la marine. Pondichéry, 1867. Un volume in-8 de 272 pages. Prix : 3 fr. — Paris, 1868, J.-B. Baillière et fils.

Traité de pathologie interne et de thérapeutique, par F. de Niemeyer, professeur de pathologie et de clinique médicale à l'Université de Tubingue. Traduction exécutée sous la direction de l'auteur sur la septième et dernière édition de l'ouvrage allemand. Seule traduction autorisée. Premier volume, première partie : *Maladies des organes de la respiration et des organes de la circulation.* Un vol. in-8 de 432 pages. Prix : 5 fr. — Paris, 1868, Chamerot et Lauwereyns.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Nº 131. — MARDI 10 NOVEMBRE 1868. 41e ANNÉE. MARDI 10 NOVEMBRE 1868. — Nº 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : A propos de l'hygiène des lycées en 1868. — CLINIQUE DE LA VILLE (M. Abeille). Traitement du croup par les inhalations de vapeurs humides de sulfure de mercure. — Destruction d'une partie assez considérable du nez par un caustique : large ouverture accidentelle communiquant avec l'intérieur des fosses nasales; rhinoplastie par la méthode indienne modifiée; restauration complète de la difformité, par M. le docteur Mirault. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Ovariotomie, par E. Kœberlé. — Correspondance. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 9 novembre 1868.

Dans un précédent article, nous avons fait, avec M. le docteur Vernois, l'examen des conditions actuelles de nos lycées au point de vue de l'hygiène. Nous avons vu combien il y avait à travailler pour les mettre sur un pied de salubrité parfaite; aujourd'hui, nous allons entrer dans les études et dans les cours, et constater encore combien l'hygiène est peu respectée.

Un membre éminent de l'Académie française, — qui a fait partie de l'Université, — M. de Laprade, a poussé un cri de détresse sur *l'Education homicide* (1). Ce cri a eu un grand retentissement, et nous avons vu un médecin de nos hôpitaux, M. Gallard, saisir l'Académie de médecine de la question gymnastique dans les colléges. M. Vernois a été chargé de présenter un rapport sur le travail de M. Gallard, et nous sommes heureux de constater l'entente parfaite sur la nécessité de l'exercice corporel pour les élèves de nos lycées. Reste à s'entendre sur le mode d'exercice.

M. de Laprade a touché le côté vif de la question en définissant le collége.

« A l'origine et en principe, c'est un couvent...

« La vie des ascètes et des cénobites, la vie du cloître appliquée aux enfants et à peine adoucie en leur faveur, est, de tous les points, le contraire de l'éducation qui convient à la jeunesse. »

Un travail trop prolongé, des repos et exercices peu nombreux, voilà ce qu'il faut combattre si nous tenons à voir se développer une jeunesse forte et qui ne nous offre pas les conditions actuelles.

Entrons dans les cours de récréation. Les unes sont encaissées et mal disposées (18); d'autres sont humides et obscures (16); il en est en contre-bas (11).

Plusieurs lycées sont plantés d'arbres (140), sauf à Nîmes et à Brest avec jardins; sans jardins (33); avec de petits jardins cultivés par les élèves (14); avec jardin botanique (2).

On ne peut qu'applaudir à l'existence de ces petits jardins, dont la culture et l'entretien forment un exercice des plus salutaires.

62 lycées sont pourvus de préaux ou cloîtres couverts, — excellente mesure, — mais 15 sont privés de préaux. Il en est au contraire 15 qui ont des salles de récréation.

Le sol des cours est ordinairement bien sablé. M. Vernois a seulement relevé 3 lycées où le gravier, trop gros, donnait lieu à des blessures sérieuses lors des chutes sur les genoux ou la face.

L'existence de fontaines dans les cours est bonne, à la condition de les fermer comme on le fait, en été, dans certains colléges.

M. Vernois se rencontre sur le terrain de M. de Laprade, en réclamant la diminution des heures de travail.

Aux récréations se rattachent les exercices gymnastiques. Nous sommes loin de refuser une certaine valeur aux exercices réglés et sages d'une bonne gymnastique, mais il nous semble qu'on a bien abusé de cette question.

La gymnastique a pour but d'assouplir les articulations, de développer les masses musculaires, de donner à la charpente du corps tout son développement. On parle toujours de la gymnastique chez les anciens, et toujours on nous jette à la tête les exercices du cirque, à propos de gymnastique. Quel serait l'étonnement d'un *ancien*, s'il entrait de nos jours dans une de nos cours où se dressent les appareils compliqués de nos gymnasiarques actuels. Il ne se reconnaîtrait plus au milieu des trapèzes, des cordes nouées, des tremplins, etc. Ce n'est pas de la gymnastique, c'est de l'acrobatie.

Et ces leçons? avez-vous jamais calculé combien d'heures par semaine pour chaque élève?

La vraie gymnastique, c'est la course, le jeu de barres, où le corps se développe, où l'esprit s'aiguise aux mille ruses et hardiesses; c'est tout ce qui se met en action et ne laisse pas au repos et aux longues discussions des *philosophes*. C'est le nom que nous nous donnions alors, à nous graves, qui croyions au-dessus de notre âge de continuer ces jeux ardents auxquels nous devons la santé.

M. de Laprade compare, avec une douloureuse réalité, le lycée et l'institut des Jésuites, ce corps si redouté, si redoutable suivant beaucoup, mais qui reste notre maître en fait d'éducation. Voyez une récréation dans ces instituts : qui joue le plus de l'élève ou du professeur? On ne saurait le dire; mais tous deux luttent de gaieté et de plaisir.

Dans nos lycées, au contraire, le surveillant, qu'on ne désigne que sous un nom de mépris, ne prend pas part à nos jeux. Non qu'il le trouve au-dessous de lui, mais parce qu'il ne se sent pas aimé, et qu'il n'y a entre lui et son élève aucune communication.

De là la différence des jeux et le besoin de la gymnastique.

Mais renversons nos trapèzes, excitons les côtés bons de la nature humaine, diminuons les répressions, détendons le côté absurdement monastique de nos lycées, augmentons les sorties au grand air, en pleine campagne, et nous aurons tous les bénéfices du développement physique de nos enfants, sans dépenses inutiles et surtout sans accidents souvent très-graves.

La gymnastique est l'aveu de l'impuissance où se trouvent certains maîtres de faire jouer les enfants qui leur sont confiés.

M. Vernois, après avoir signalé quelques accidents légers ou graves survenus dans les chambres d'arrêt, et les inconvénients d'une *solitude non surveillée*, trouve ces *prisons* — pour les appeler de leur nom véritable — assez convenablement disposées en général. 3 seulement sont froides et humides, 7 sont mal surveillées, 2 sont chauffées. Si on regrette déjà ces modes de répression, que dire de Douai où il y a deux chambres d'arrêt, dont une dans de mauvaises conditions. A Lyon et Montpellier, deux chambres d'arrêt; à Périgueux, trois! et un plus grand nombre de *cellules* à Paris (Louis-le-Grand, Saint-Louis)!

Quelle répression, mon Dieu! et que nous sommes loin des élèves de ce savant maître, qui avait su d'un trait de plume supprimer toutes les répressions et n'agir que sur le cœur et l'intelligence.

Avignon, Clermont, Mont-de-Marsan et Nice n'ont pas de prisons.

On sourit en pensant que *Vanves*, — ce collége de bébés frais et roses, — n'a encore ni cellules ni chambres d'arrêt.

M. Vernois a bien raison d'ajouter au plus vite qu'à « Dijon surtout et dans un assez grand nombre de lycées (combien?) on a renoncé à cette forme de punition ». On l'a remplacé par des *piquets actifs* dans les cours. Il y a progrès.

A côté du mal, M. Vernois veut mettre le remède. Nous avons déjà indiqué quelques-unes des corrections qu'il recommande. Notre honorable confrère a écrit tout un petit Codex hygiénique, auquel on ne peut en général que souscrire. Nous relèverons cependant les trois heures de gymnastique par semaine comme *illusoires*. « Aujourd'hui les élèves ne jouent plus et ne veulent plus jouer. » Quel triste aveu pour nos lycées, et se laissera-t-on toujours battre par ces établissements religieux où l'on joue encore et où l'on jouera toujours.

M. de Laprade, après avoir dit que le collége était un couvent, ajoutait, dans son livre si curieux pour l'hygiéniste : — C'est une caserne!

Nous aurions craint d'écrire ce mot, mais voici que M. Vernois, dans son rapport officiel, prouve que M. de Laprade n'a rien exagéré.

« On pourrait presque partout, au lieu de la gymnastique imparfaite ou absente, rendre l'escrime obligatoire ou faire faire l'exercice du fusil, les marches et les contre-marches, les courses et les pas militaires. »

M. Vernois déplore l'absence des jeux; il est, en réalité, peu partisan de la gymnastique; il s'élève contre les chambres d'arrêt; il demande même plus de récréation et moins de travail. Nous trouvons dans son rapport l'aveu complet du mal signalé par M. de Laprade.

M. Vernois demande que l'on prépare « pour un avenir prochain et avant que l'opinion publique la réclame, l'institution d'une inspection générale du service hygiénique des lycées de l'empire ».

La sagesse qui règne dans le relevé et l'appréciation des conditions pénibles dans lesquelles se trouvent nos lycées désigne assez au ministre le futur inspecteur général. Mais était-ce bien à M. Vernois à déduire cette *conséquence ultime et logique*, comme il l'écrit lui-même?

En résumé, le travail de M. Vernois mérite la plus vive attention de tous ceux qu'intéresse l'hygiène de l'enfance.

Dr E. Le Sourd.

(1) Paris, 1868. (2e édit.) In-12. Prix : 1 fr. 25. Didier et Ce.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. ABEILLE (1).

Traitement du croup par les inhalations de vapeurs humides de sulfure de mercure.

Si tout ce que je viens d'exposer était le fruit de conceptions théoriques pures et simples, on aurait le droit de critiquer et de s'insurger. Mais j'arrive aujourd'hui avec une masse compacte de faits et une expérience de nombreuses années. C'est d'après l'observation patiente des faits cliniques que je suis arrivé à ces conclusions. Pour moi, je me sers des inhalations de vapeurs humides de sulfure de mercure, qui me donnent des résultats jusque-là inespérés dans le traitement de la diphthérie et qui en donneront de semblables entre les mains de ceux qui voudront y recourir.

Le soufre, le mercure ont été employés isolément et tour à tour dans le traitement du croup. L'un et l'autre ont été, dans quelques cas, suivis de remarquables succès. Mais le mode vicieux d'administrer ces substances donnait lieu soit à des inconvénients déjà signalés et que ne contrebalançaient pas leurs avantages, soit à une absorption irrégulière, partant infidèle.

Trousseau, qui dans des cas de vaste et profonde diphthérie cutanée avait plus d'une fois obtenu de merveilleux résultats avec le calomel employé comme topique, a répudié, et selon moi avec juste raison, l'usage des mercuriaux à l'intérieur. Ses motifs sont peut-être un peu trop exagérés, mais ils sont raisonnables au fond. S'il ne leur accordait qu'une grande valeur que comme topique local, c'est qu'il raisonnait toujours d'après les effets physiologiques et toxiques des mercuriaux introduits par le tube digestif, et surtout sensibles suivant certaines prédispositions individuelles.

Il dit, en effet, p. 446, t. Ier de sa *Clinique* : « Je ne conteste pas le moins du monde l'action générale que peut avoir ce médicament (le mercure), car, absorbé dans les voies digestives, il produit des effets considérables; il modifie la masse du sang, en augmente la fluidité et le met dans de telles conditions que les sécrétions soient moins plastiques qu'elles ne l'étaient auparavant. Je conteste si peu cette action générale que je la redoute, et que l'action topique me paraît seule utile. »

C'est que Trousseau n'avait jamais essayé les inhalations de vapeurs humides de sulfure de mercure qui, à titre de médication générale, ne produisent jamais cette grande débilitation qui est le résultat fréquent de l'ingestion des mercuriaux par le tube digestif, et qui ne produisent même jamais la salivation quand elles sont faites dans les conditions indiquées. C'est qu'en effet, absorbé par le tube digestif, le mercure peut ne pas être éliminé suffisamment par les diverses excrétions, et que dans ces conditions, son accumulation dans l'organisme détermine rapidement ses effets d'intoxication.

L'auteur a employé comme topique local les fumigations de cinabre. Mais il usait des fumigations sèches; sous cette forme, le cinabre détermine plus promptement encore la salivation, par conséquent les inconvénients qu'il reproche aux mercuriaux. Il était bien près d'atteindre le but, mais il n'a pas su l'élever jusqu'à la conception d'une méthode réellement curative en même temps qu'inoffensive. Les vapeurs sèches de cinabre, outre qu'elles déterminent promptement la salivation, ne peuvent être supportées longtemps par les malades; de plus, elles provoquent promptement une débilitation chez des sujets que la diphthérie déprime déjà si rapidement. Les inhalations de vapeurs humides de sulfure de mercure peuvent, au contraire, être supportées pendant longtemps, cinq à six jours, comme j'en ai cité des exemples, sans produire le moindre mauvais effet. Je ne cherche pas à donner d'explications de ce fait, je ne fais que le préciser d'après les données cliniques.

Quelques médecins se sont complus à faire des expériences de laboratoire pour rechercher les substances au moyen desquelles on obtient plus facilement la dissolution des fausses membranes dans des creusets. Inutile de faire observer toute l'insuffisance et l'insignifiance de pareilles recherches. Les dissolutions qui servent à dissoudre les membranes dans un verre, subissent des transformations à nous inconnues, en passant dans l'organisme, par leur mélange à des liquides qui en modifient

(1) Fin. — Voir notre dernier numéro.

certainement les combinaisons. A l'observation clinique seule appartient le rôle de juger quelles sont les substances médicamenteuses qui peuvent exercer une influence sur la marche de la diphthérie, parce que cette observation repose sur des données qui résultent et de l'action propre des médicaments, et de leur effet sur l'organisme après avoir été mis en contact, par l'absorption, avec les divers éléments qui le constituent, et en avoir subi, par conséquent, des influences par suite de combinaisons intimes.

M. Henry Roger n'a-t-il pas trouvé que l'eau de chaux saturée a la propriété d'opérer en cinq à dix minutes la dissolution, la disparition des fausses membranes dans un verre plein de ce liquide? Ce fait est magnifique comme résultat de laboratoire. Mais M. Henry Roger nous a-t-il révélé que, depuis qu'il emploie l'eau de chaux saturée dans le croup, il ait obtenu de plus nombreuses guérisons que par le passé? Je ne l'ai ni lu ni ouï dire.

Un dernier mot. Dans mes deux Mémoires précédemment publiés, j'ai réduit à leur juste valeur les services que la trachéotomie peut rendre dans le croup; j'ai démontré tous les dangers de cette opération en elle-même, toute l'habileté du manuel opératoire et les précautions qu'elle nécessite, à tel point que le premier médecin venu ne peut être en mesure de la pratiquer avec sécurité séance tenante. J'ai prouvé que c'est une opération qui ne peut être pratiquée que par quelques médecins expérimentés, ayant acquis l'habitude du manuel opératoire; que les soins consécutifs qu'elle exige la mettent hors de la portée de tout le monde, et qu'en conséquence elle n'est praticable que dans les grandes villes et dans celles où il y a des hôpitaux, où riches et pauvres trouvent tout pour son heureuse exécution, tandis qu'elle ne peut être pratiquée avantageusement dans les campagnes, les bourgs et les villages, ce qui forme la plus grande étendue d'un territoire, de tout un pays.

Si j'ajoute, enfin, qu'entre les mains des plus habiles elle cause certainement par elle-même des décès qui n'auraient pas eu lieu, puisque Trousseau, son vulgarisateur, a eu à se reprocher quelques cas de mort par son manque d'expérience ou son impéritie, on restera convaincu que la trachéotomie constitue une ressource sans contredit nécessaire dans certains cas qu'il faudrait plus exactement définir, mais qu'elle est indigne d'être prodiguée avec cette libéralité qu'on lui a accordée dans ces dernières années.

Le représentant le plus autorisé des défenseurs de la trachéotomie a publié récemment deux courts articles en réponse à un jeune médecin qui s'est élevé, après tant d'autres, contre la prodigalité de cette opération. Il ressort de plus clair de ces deux petits articles trois faits capitaux qui, loin d'être une apologie de l'opération, tendent à démontrer aux esprits impartiaux qu'elle devra un jour devenir aussi rare qu'elle est prodiguée aujourd'hui.

Et d'abord M. Barthez a fait, dans ces quelques lignes, l'aveu bien franc et bien net que la trachéotomie n'est pas une opération curative, mais simplement une opération d'expédient pour empêcher les malades de périr par l'asphyxie et donner le temps au traitement médical ou aux efforts de la nature de triompher de la maladie fondamentale. Je suis heureux que les opinions de M. Barthez concordent si complétement sur ce point avec les miennes; je n'ai rien dit de moins ni de plus dans mon premier mémoire. Ainsi se trouvent répudiées les ridicules prétentions de ceux qui, plus royalistes que le roi, voulaient faire de la trachéotomie une opération curative du croup, parce que l'air pénétrant après elle librement dans les bronches, aurait, disent-ils, la propriété de balayer les fausses membranes existantes et d'empêcher la formation de nouvelles. Dénué de toute preuve expérimentale et positive, ce thème n'avait que l'inconvénient de poser en paradoxe un semblant d'idée que Trousseau avait hasardé sur ce point.

M. Barthez établit ensuite : 1° que parmi les malades traités uniquement par le traitement médical à Sainte-Eugénie, on a obtenu une guérison et demi ou 1,60 sur trois malades; 2° que parmi les trachéotomisés il y a une guérison sur quatre, je dis, moi, sur quatre et demi dans les périodes de 1860 à 1867; 3° et enfin, qu'en réunissant tous les malades traités médicalement et trachéotomisés, on arrive à une moyenne d'une guérison sur trois malades, absolument comme dans les statistiques les plus favorisées, celle de Rosen. Et après ces points établis, M. Barthez conclut qu'il y a là une belle part pour la trachéotomie. Pour démontrer cette belle part, il se livre à quelques considérations qui sont bien loin d'avoir la portée qu'il leur attribue et dont l'inconvénient est d'entretenir des illusions. Je puis dire que ces raisonnements pèchent par nombre de points, et que si Barème n'est pas faux, il faudrait presque arriver à des conclusions opposées à celles qu'il en tire. Dans un autre moment, j'aborderai cette question qui prend de nouvelles proportions depuis qu'à la période d'engouement a fait place la période de plus mûres réflexions par rapport à la trachéotomie.

L'honorable médecin de Sainte-Eugénie déclare que, parmi les croups traités médicalement dans cet hôpital, on obtient plus d'une guérison sur deux.

Pour le moment, je ne dois et ne veux démontrer que deux points, à savoir : 1° que le croup guérit très-souvent, fort souvent, par un traitement médical bien appliqué; 2° que c'est à étudier ce traitement et à le vulgariser que doivent tendre les efforts de ceux qui aiment vraiment, la science des vrais cliniciens, au lieu de chercher à vulgariser une opération qui ne peut être pratiquée qu'exceptionnellement et être un sujet de désillusion pour la masse des médecins de campagne. Quand je le voudrai, je prouverai à M. Barthez que dans les cas traités médicalement et qui guérissent par moitié, il y en a qui eussent entraîné plus ou moins promptement l'asphyxie si on ne les eût enrayés; qu'il y en a d'autres à qui on n'a pu appliquer la trachéotomie à cause de l'infection profonde; troisièmement, qu'il y en a enfin qui, étant entrés à l'hôpital pour subir l'opération, ont succombé avant de pouvoir être opérés. Quand on met au compte du traitement médical ces derniers cas sans donner de chiffres précis, on démontre trop clairement que le traitement médical, tel qu'on le pratique à Sainte-Eugénie, donne des résultats admirables; que les données fournies par la trachéotomie sont un peu illusoires, et que si les médecins voulaient reprendre scientifiquement et cliniquement la question, la trachéotomie redeviendrait aussi rare qu'elle est prodiguée.

La diphthérie, qu'elle soit sporadique ou épidémique, est en tous cas une maladie septique, contagieuse et infectieuse. C'est donc une maladie qui déprime plus ou moins rapidement les forces, à l'instar des maladies de cet ordre. Le traitement doit, suivant la raison et les faits, tendre à maintenir, à relever ces forces organiques et à éviter tout ce qui peut précipiter la dépression. Il faut rendre cette justice à l'École de Trousseau, qu'elle a compris et résolu une partie de ce problème, et que par un contre-sens inexplicable, une méprise en désaccord avec les connaissances professées, elle a marché à l'encontre dans la seconde partie.

Nourrir les malades, éviter la dépression, les pertes sanguines, voilà deux faits capitaux acquis à l'École de Trousseau; mais là s'est arrêté le progrès.

L'appétit a besoin d'être conservé pour que la nutrition puisse s'opérer, chez des malades surtout dont les acquisitions doivent dépasser la somme des pertes. Or, tous les médicaments qu'on a l'habitude d'administrer par le tube digestif, font diminuer fréquemment l'appétit et souvent le détruisent d'une manière absolue.

Les cautérisations, de quelque sorte qu'on les fasse, tendent par leur répétition à aboutir au même résultat.

Il découlait donc de source qu'à l'administration des médicaments par le tube digestif, il fallait substituer, dans la diphthérie, des inhalations médicamenteuses qui pussent exercer une action topique par le contact de vapeurs et de vapeurs humides, et une action générale par voie d'absorption.

C'est ce qui m'a conduit, depuis un nombre d'années, à traiter le croup par les inhalations de vapeurs humides de sulfure de mercure qui m'ont donné de si étonnants résultats que, depuis lors, je n'ai plus eu à proposer ni à accepter une seule trachéotomie; et cependant je crois être un des médecins qui, bon an, mal an, aient à soigner en ville un grand nombre de malades. Pour moi, je m'en tiendrai à ce traitement qui m'a réussi si bien jusqu'aujourd'hui. Il serait peut-être du devoir des médecins, qui déclarent avoir usé et abusé de toutes les médications prônées dans le traitement de la diphthérie, de mettre celle-ci en pratique sans qu'ils aient à encourir de danger ni à éprouver de scrupule sous quelque rapport que ce soit. Mais en France, souvent les meilleures choses ne paraissent bonnes que quand elles nous reviennent retour d'outre-mer ou d'outre-Rhin. Et qu'on ne crie pas ici à l'exagération!

Dernièrement encore un auteur recommandable, dans un journal sérieux, s'extasiait sur un traitement qu'il appelait traitement découlant vraiment de la physiologie, à la suite de relation de trois cas de constipation opiniâtre vaincue en Angleterre par l'électricité, et de trois cas de rétention d'urine, suite de parturition, également et rapidement guéris par le même moyen. Or, il y a quelque plus de quinze ans qu'un mémoire, avec observations multiples sur le même sujet, a été publié en France; que dans ce même mémoire l'électricité était proposée pour combattre certain iléus; que depuis lors un nombre de guérisons dans ces cas ont été obtenues chez nous; que M. Fleury, dans les cours qu'il faisait à la Faculté comme suppléant, avait mentionné ce mémoire et les avantages qu'on pourrait retirer de l'électricité; que M. Brochin, enfin, avait rappelé un jour, dans la *Gazette des Hôpitaux*, le mémoire en question; et cependant, après quinze années écoulées, on s'est extasié d'apprendre de nos voisins de Londres les magnifiques résultats qu'ils n'ont obtenus qu'après nous. Ainsi va la science. Ce mémoire porte ma signature. Je sais que plusieurs confrères ont essayé et obtenu de beaux succès dans le traitement du croup par les inhalations de sulfure de mercure et que par indifférence ils ne publient pas. Mais un jour il nous reviendra quelques bonnes observations d'Amérique, et alors on accueillera avec enthousiasme le traitement revenu de l'étranger. Que ce soit avec le sulfure de mercure ou que ce soit avec le copahu et le cubèbe ou avec tout autre médicament qu'on attaque le croup, qu'on l'attaque par la méthode des inhalations, et on évitera l'écueil que présentent les autres modes d'administration. Que les médecins s'habituent surtout à le traiter ainsi au début, sans recourir aux cautérisations dont j'ai démontré l'impuissance, et les hôpitaux recevront un bien moins grand nombre de malades à trachéotomiser.

Je ne puis terminer ce troisième mémoire sur le traitement de la diphthérie par les inhalations de vapeurs humides de sulfure de mercure, sans rappeler, comme je l'ai fait dans les mémoires précédents, l'ensemble du traitement et le *modus faciendi* pour les inhalations, d'autant que j'ai reçu de plusieurs lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* des réclamations dans ce sens :

1° Les inhalations mercurielles doivent être instituées dès le début, et ne cesser qu'après guérison radicale. Moins la chambre est grande et mieux sont inhalées les vapeurs. Un réchaud ou trois-pieds, un vase en terre allant sur le feu, le plus évasé possible pour fournir une plus large surface au liquide vaporisateur; une lampe à esprit de vin à deux ou trois becs pour chauffer. Voilà tout l'appareil.

Cet appareil est placé à côté du lit du malade; en fût-il éloigné que bientôt les vapeurs, envahissant toute la chambre, sont inspirées à pleins poumons si le vaporarium fonctionne bien.

On remplit d'eau le vase qu'on porte rapidement à l'ébullition; on jette dans cette eau bouillante une pincée de fleurs de mauve violette et coquelicots, puis on ajoute 2 grammes de cinabre ou sulfure de mercure.

L'appareil doit fonctionner nuit et jour; toutes les quatre heures on ajoute 2 grammes de cinabre, en ayant soin, quand besoin est, de renouveler le liquide destiné à l'ébullition et les fleurs.

2° Alimentation et vin. — L'alimentation et le vin font partie constituante du traitement : nourrir comme on peut, avec l'aliment que le malade veut bien prendre; donner du vin coupé que les malades aiment généralement, et le donner à volonté, ce sont des préceptes de rigueur dans une maladie qui tend à déprimer rapidement les forces.

3° Vomissement. — L'acte de vomissement a, dans le croup, une action mécanique démontrée. L'action dynamique est plus ou moins problématique, et en tous cas hypothétique. Donc, tant que le malade conserve la puissance de vomir, il faut le faire vomir pour provoquer, par l'acte mécanique, l'expulsion des fausses membranes déjà amollies ou racornies et en partie décollées par les inhalations mercurielles.

On doit répéter le vomissement autant que besoin est, jusqu'à deux et trois fois par vingt-quatre heures, comme cela m'est arrivé plusieurs fois.

Dans la diphthérie glosso-pharyngienne, le vomissement paraît moins opportun que quand la diphthérie s'étend au larynx et, à plus forte raison, dans la trachée et les bronches. Dans ces derniers cas, il est de nécessité absolue.

C'est à la poudre d'ipéca, associée au sirop d'ipéca avec addition d'autant d'eau que de sirop, qu'on doit recourir de préférence pour provoquer le vomissement. Le tartre stibié doit être laissé au second plan, à cause de son action dépressive. Le sulfate de cuivre, à doses fractionnées, est aussi un excellent moyen de provoquer l'acte mécanique du vomissement, et n'est pas ordinairement suivi des accidents que peut provoquer le tartre stibié.

DESTRUCTION D'UNE PARTIE ASSEZ CONSIDÉRABLE DU NEZ PAR UN CAUSTIQUE

Large ouverture accidentelle communiquant avec l'intérieur des fosses nasales. Rhinoplastie par la méthode indienne modifiée. Restauration complète de la difformité.

(Communication à la Société de chirurgie, par M. le Dr Mirault.)

Anne D..., de Marillais (Maine-et-Loire), âgée de 21 ans, portait, à la partie supérieure et moyenne du nez, une tumeur sur laquelle un empirique appliqua un caustique arsénical. A la chute de l'escharre, on vit s'établir une large communication avec l'intérieur des fosses nasales. La solution de continuité du nez mesure un peu plus que la longueur des os nasaux. En effet, elle commence immédiatement au-dessous de leur articulation avec le coronal et s'étend, en bas, jusqu'à la portion fibro-cartilagineuse de cet organe, sur laquelle elle anticipe de quelques lignes. Transversalement, elle occupe le dos et le côté droit du nez, jusqu'au bord correspondant de l'apophyse montante de l'os maxillaire. Cette perforatiou ovalaire, divisée inégalement en deux parties par la cloison des fosses nasales, est entourée par une cicatrice plus large en haut et en bas que sur les côtés et résulte de la destruction de tout l'os nasal droit, du bord interne du même os, du côté gauche, d'une très-petite partie du bord antérieur des cartilages triangulaires et des parties molles qui les recouvrent. Vu de profil, le nez présente, dans sa moitié supérieure, une excavation curviligne qui, par rapport au plan tangent du dos du nez, a plus de six lignes de profondeur. Cet état constitue une difformité des plus choquantes. L'amour-propre de la jeune fille en est si péniblement affecté qu'elle n'hésite pas à se soumettre à l'opération restauratrice que je lui propose.

Deux indications se présentaient : 1° obturer l'ouverture accidentelle; 2° faire disparaître, en même temps, la différence de niveau des parties supérieure et inférieure du nez, c'est-à-dire l'excavation du dos de cette organe. A ces deux conditions seulement, on pouvait rétablir la conformation naturelle des parties. Voici comment j'y procédai, le 25 janvier 1835, avec l'assistance des docteurs Négrier et Adolphe Lachèse, professeurs à l'École de médecine d'Angers :

Je circonscrivis d'abord la perforation par deux incisions courbes qui partaient de la racine du nez et s'étendaient à peu de distance de la pointe de son lobe, où elles se réunissaient angulairement. Dans ce premier temps de l'opération, j'avais avivé les bords de l'ouverture accidentelle en emportant le tissu cicatriciel qui le couvrait et j'avais mis à nu, en partie, les cartilages triangulaires. Ensuite, je resequai, sur la hauteur de quatre lignes, le bord antérieur de ces mêmes cartilages. Enfin, pour combler la perte de substance qui se trouvait agrandie par l'avivement de son pourtour, j'eus recours à la rhinoplastie.

D'abord, je pris, sur la partie moyenne inférieure du front, un lambeau lancéolé, c'est-à-dire de la même forme que l'ouverture acci-

dentelle, mais de dimensions un peu plus grandes, à cause du retrait des tissus. Après l'avoir détaché du coronal, ce lambeau ne tenait plus aux téguments de la racine du nez que par un pédicule de trois lignes de largeur environ. Je le renversai de haut en bas, et le tordant sur lui-même à son point d'adhérence, je l'appliquai, par sa face cruentée, sur la perforation qui s'en trouva exactement recouverte. Quatorze points de suture entortillée réunirent leurs bords affrontés. Je terminai en réunissant entre eux, par trois autres points de suture, les bords de la plaie du front.

Quelques heures après l'opération, le lambeau frontal était froid, livide et insensible aux attouchements. Dans la journée, du sang noir suinta, assez abondamment, sur toute l'étendue des bords de la réunion. Lotions avec du vin chaud. La malade dormit bien la nuit suivante.

Le lendemain, 26, la chaleur commence à revenir dans le lambeau. Le pouls est un peu accéléré; pansement simple; régime léger.

Le 27, la sensibilité du lambeau est manifeste, il a repris sa couleur et sa température normales. La réunion des plaies du nez et du front s'est faite dans toute leur étendue. J'ôte treize épingles, savoir : onze au nez et deux au front.

Le 28, le pédicule du lambeau est un peu rouge et gonflé. En le pressant légèrement avec le bout du doigt, je fais sortir un peu de pus de dessous lui. J'enlève les quatre dernières épingles et je soutiens les bords des plaies avec des bandelettes de taffetas gommé.

Le 31, cette légère sécrétion purulente avait cessé. Le pédicule du lambeau, saillant le premier jour, par suite de la torsion qu'il a subie, s'est affaissé notablement et ne fait plus qu'une faible saillie. Compression sur ce même pédicule à l'aide des bandelettes agglutinatives.

1er février et jours suivants, les lèvres de la plaie se sont séparées à la hauteur du pédicule et dans l'étendue de quelques lignes. Ce petit accident, que j'attribue à un peu de pus qui s'est formé sous la peau, n'eut pas de suites; en effet, le 10 février, seizième jour, la cicatrisation des plaies était achevée et la restauration du nez si complète qu'on n'aurait pu soupçonner la difformité repoussante dont Anne D... avait été délivrée. Le portrait n° 2 représente la jeune fille telle qu'elle était le soixante-neuvième jours après son opération.

Cet exemple de rhinoplastie rentrerait dans les cas ordinaires et ne mériterait pas peut être de fixer l'attention de la Société de chirurgie, s'il ne présentait pas quelque chose de particulier, qui ajoute à son intérêt : c'est la résection de la portion fibro-cartilagineuse du nez, pratiquée dans le but de rétablir le niveau qui avait cessé d'exister entre les parties supérieure et inférieure du nez. En effet, tandis que la première s'est trouvée exhaussée par l'excès d'épaisseur du lambeau frontal, la seconde a été abaissée par la perte de substance qu'on a fait subir au fibro-cartilage. C'est ainsi que l'excavation a été comblée et que le nez a pu recouvrer, non-seulement une forme régulière, mais, chose singulière, une forme plus gracieuse que dans son état naturel.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 7 octobre 1868. — Présidence de M. Verneuil

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le président invite M. le docteur Paulet, nommé membre titulaire dans la séance du 12 août, à prendre place parmi ses collègues.

COMMUNICATION.

Rhinoplastie. — M. Mirault, d'Angers. (*Voir plus haut.*)

Hypertrophie diffuse de la glande mammaire. Amputation du sein.

M. Marjolin. Dans les premiers jours du mois d'avril de cette année, on m'amena une jeune fille de quinze ans et demi, de petite taille, non réglée, présentant l'aspect d'une bonne constitution, bien que son père et sa mère aient succombé à un affection de poitrine. Depuis quelque temps, les personnes qui en étaient chargées avaient cru s'apercevoir que le sein droit avait pris un développement anormal. Lorsque cette jeune personne me fut présentée, je fus frappé du volume extraordinaire que les seins, surtout le droit, avaient pris; jamais il n'y avait eu de douleur. Il serait difficile de dire, même approximativent, quel volume avait atteint la glande mammaire, mais après un examen attentif, je pensai qu'il s'agissait de l'affection assez rare décrite par A. Cooper et Velpeau, et désignée par ce dernier auteur sous le nom d'hypertrophie diffuse de la mamelle. A cette époque, le sein droit était déjà un peu pendant sur la poitrine, les veines peu développées, la configuration du mamelon était normale; nulle part on ne sentait d'induration partielle, la consistance générale du sein était plutôt molle, la pression ne déterminait aucune douleur.

Le développement du sein avait marché très-rapidement, et d'après cela je fis part de mes craintes sur la terminaison de l'affection et j'annonçai de suite que si malgré l'influence d'un traitement interne et externe le volume du sein continuait à s'accroître, il faudrait recourir tôt ou tard à une opération.

J'avais vu la jeune fille opérée et présentée, il y a plusieurs années, par M. Manec à l'Académie, et bien que le volume actuel des deux seins de ma malade fût bien loin d'égaler celui de cette jeune fille, je pensai qu'il n'y avait pas de temps à perdre, et de suite je lui fis prendre à l'intérieur des préparations iodées, des onctions avec la pommade d'iodure de potassium furent faites sur les deux seins, et je comprimai de mon mieux tout le thorax avec une bande de flanelle.

Ce traitement, suivi avec beaucoup de soin jusqu'au mois de juin, n'amena aucun résultat, et même le volume du sein gauche commença à croître assez rapidement. Depuis, des deux côtés, et surtout à droite, le poids des seins augmentant, il se forma une sorte de pédicule à la base de la tumeur. A cette époque, un nouveau changement s'était opéré, le système veineux avait pris plus de développement et le mamelon s'était complétement effacé, on ne le distinguait que par une tache brunâtre, sans aucune dépression ni suintement d'aucune espèce. Du côté droit, la circonférence du sein, au niveau du pédicule, donnait 0,44, et la saillie totale du sein 0,26; à gauche, la circonférence du pédicule était de 0,35.

Voyant que malgré un traitement régulier il n'y avait aucune amélioration, j'engageai la malade à aller prendre des bains de mer, sans discontinuer à l'intérieur les préparations iodées et l'usage de l'eau de mer. Elle prit des bains pendant six semaines et à son retour je constatai que si le volume du sein gauche était resté stationnaire, celui du sein droit s'était considérablement accru; ainsi, la circonférence du sein droit, au niveau du pédicule, était de 0,47 et la circonférence, un peu au-dessus, c'est-à-dire à la base véritable de la glande mammaire, était de 0,53. De plus, sur deux points, la peau s'était excoriée comme si on avait appliqué un petit vésicatoire d'un centimètre de diamètre.

J'engageai la malade à revenir promptement, car l'opération devenait de plus en plus indiquée. Quinze jours environs s'écoulèrent, et pendant cette courte période, au niveau où la peau était excoriée, une partie de la glande mammaire avait fait hernie et formait un champignon mou, douloureux, ne donnant aucun écoulement de sang ou de sanie. Je pressai la malade de se laisser opérer et l'ablation du sein fut pratiquée le 6 octobre.

Il n'y avait jamais eu d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle.

Le sein que je soumets à votre examen présente partout, même au niveau de la portion herniée et ulcérée, l'aspect d'une glande mammaire hypertrophiée.

Le poids de la tumeur était de 1 kilog. 510 gr. Depuis l'époque de l'opération, il n'est survenu aucun accident, la malade se sent soulagée de n'avoir plus à porter cette énorme et gênante difformité, la plaie a un très-bon aspect et tout semble présager une prompte guérison.

L'examen de la tumeur, fait par M. Saison, interne très-instruit et habitué aux recherches micrographiques, semble prouver qu'il s'agit dans ce cas d'une véritable hypertrophie du tissu de la glande mammaire.

LECTURE.

Fracture de l'os frontal avec enfoncement. — Trépanation.

M. Horteloup fils lit un travail sur ce sujet.

Le travail de M. Horteloup est renvoyé à une Commission composée de MM. Liégeois, Marc Sée et Lefort.

PRÉSENTATIONS D'INSTRUMENT.

M. Léon Labbé présente, au nom de M. le docteur Laforgue, un instrument que celui-ci désigne sous le nom de *pulviphore*.

Cet instrument aurait l'avantage, suivant l'auteur, de permettre aux femmes de porter des poudres médicamenteuses sur le col de l'utérus et dans le cul-de-sac utéro-vaginal, et de se panser elles-mêmes dans les cas où le chirurgien ne pourrait le faire.

M. Després fait observer que le tampon d'alun peut être appliqué par les malades elles-mêmes.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire : Dr Léon Labbé.

INSTRUMENT DE CHIRURGIE

M. Legouest met sous les yeux de la Société de chirurgie (1) un *irrigateur vésical* (voy. fig.), construit par MM. Robert et Collin, sur les indications de M. le docteur Amussat fils, pour expulser de la vessie les détritus lithides, après l'opération de la taille périnéale, lorsque le chirurgien s'est trouvé dans l'obligation de fragmenter le calcul, à cause de ses trop grandes dimensions.



Cet instrument, dont le mécanisme est le même que celui du lithotome double de Dupuytren, se compose d'un tube d'argent T, terminé par une boule de même métal A, munie de deux fentes à échancrures, destinées à donner passage au liquide.

Le tube d'argent est maintenu dans une gouttière d'acier C, entourée d'un manche M, afin d'offrir la résistance nécessaire pour l'écartement des tissus.

Trois tiges d'acier, B, B' et B'', destinées à écarter les tissus, sont articulées en K, de manière à pouvoir s'écarter à volonté du tube T.

Un bras de levier, D, sert à rapprocher ou à écarter les tiges d'acier B, B' et B''.

L'extrémité O du tube d'argent s'engage dans la canule d'une seringue ordinaire, munie d'un robinet à double effet, qui permet d'aspirer le liquide à l'aide d'un tube en caoutchouc pour la remplir, et lorsqu'il a subi un quart de rotation, d'injecter avec force le liquide dans la vessie, en le faisant passer par le tbe d'argent T de l'irriteur.

Pour introduire l'instrument dans la vessie, on rapproche les tiges d'acier du tube d'argent. Pour nettoyer lo vessie, on les écarte.

OVARIOTOMIE

Obs. LXII. — Ovariotomie pratiquée le 20 avril 1868. Guérison.

Par E. Kœberlé.

Madame de L..., âgée de 37 ans, d'une bonne constitution et d'une bonne santé, s'est aperçue de l'augmentation de volume de son ventre en 1866. Il y a eu trois grossesses, toutes arrivées heureusement à terme, la dernière au mois de février 1867. Après les couches, l'abdomen est resté gros et s'est développé de plus en plus. C'est surtout depuis le commencement de 1868 que l'accroissement est devenu très-rapide. Il existait un kyste multiloculaire de l'ovaire, dépourvu d'adhérence à la paroi abdominale à gauche et dans la région ombilicale; mais, comme le ventre était assez fortement distendu, on ne pouvait pas déterminer exactement si des adhérences existaient au côté droit où la malade avait éprouvé à plusieurs reprises des douleurs assez vives. L'excavation pelvienne était libre; l'utérus était central et le col en était un peu dévié à gauche. Menstruation normale.

L'ovariotomie eut lieu le 20 avril 1868. MM. V. Révillout (de Paris), Cochu, Kien et Grollemund assistaient à l'opération.

La tumeur était sans adhérence; elle put être extraite par une petite incision. La loge principale contenait 8 litres de liquide citron, très-chargé de paillettes de cholestérine. Il existait un grand nombre de petites loges disposées en trois masses éparses dont l'ensemble pesait un kilogramme et demi. Le kyste était formé par l'ovaire droit et son pédicule était tordu sur lui-même d'une circonférence et au quart; les vaisseaux lymphatiques en étaient très-variqueux; les veines étaient très-congestionnées. Il existait un peu d'ascite. L'ovaire gauche sain. La plaie fut réunie par trois points de suture profonde et par une suture entortillée. La perte de sang a été de 40 grammes environ. L'opération a duré trois quarts d'heure.

Il n'y eut aucun accident consécutif. Le soir du jour de l'opération le pouls était à 69; il s'éleva progressivement jusqu'à 78 le quatrième jour, puis il descendit et tomba à 66 le septième jour. Il n'y eut pas de vomissements chloroformiques; aucun des points de suture profonde ne suppura et la cicatrisation complète de l'angle inférieur de la plaie eut lieu le vingt-troisième jour.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, *directeur de la* Gazette des Hôpitaux.

Mon cher Confrère,

Profondément convaincu que, dans notre profession, réfuter une erreur est aussi utile qu'établir une vérité, je viens vous soumettre quelques réflexions relatives à l'observation que vous avez publiée dans le numéro du 20 octobre de la *Gazette des Hôpitaux*, et qui a pour titre : *Diphthérie naso-pharyngo-laryngienne. — Epistaxis multiples, croûtes labiales. — Forme dite maligne. Guérison par les inhalations de vapeurs humides de sulfure de mercure, l'alimentation, le vin et les vomissements. — Rougeole consécutive*, par M. Abeille.

A en juger par l'ordre dans lequel les diverses médications employées sont classées, c'est principalement aux inhalations de sulfure de mercure que la guérison doit être attribuée; et si nous en jugeons, par la précédente communication du même auteur à l'Académie des sciences sur ce même sujet, il nous semble y voir l'intention bien arrêtée de préconiser une nouvelle méthode de traitement, un nouveau spécifique de la diphthérie.

C'est contre cette opinion que nous venons protester énergiquement.

Le sulfure de mercure n'a aucune action dissolvante sur les fausses membranes diphthériques.

Cette conclusion, nettement formulée, résulte des expériences que nous avons entreprises, M. Adrian et moi, sur la solubilité des fausses membranes diphthériques et qui ont été communiquées à la Société de thérapeutique dans la séance du 6 décembre 1867, reproduites dans le numéro du 30 janvier du *Bulletin de thérapeutique* et insérées dans le premier volume des *Bulletins et mémoires de la Société de thérapeutique*.

Or, voici comment nous nous exprimions à cette époque :

« Le sulfure de mercure a été proposé en inhalations. Suivant le procédé indiqué (celui de M. Abeille), nous avons maintenu une fausse membrane du poids de 20 centigrammes, pendant plus d'une heure, directement au milieu des vapeurs qui s'exhalaient d'une eau contenant un excès de sulfure de mercure en suspension, et aucun changement ne s'est produit. La fausse membrane était seulement ramollie par le fait de l'imbibition, mais le même phénomène se produit avec la vapeur d'eau pure. »

La raison en est bien simple : le sulfure de mercure est complétement insoluble : il ne peut donc ni se vaporiser, puisqu'il reste en suspension dans l'eau, ni se volatiliser, car pour cela il faudrait qu'il fût soumis à une température excessive.

Nous ne nous sommes pas bornés à une seule expérience; nous l'avons répétée à plusieurs fois sur des fausses membranes provenant de malades différents, enfants, adultes, et toujours nous avons abouti au même résultat : action nulle du prétendu dissolvant sur la fausse membrane.

Faisons aussi observer que, dans nos expériences sur la vaporisation du sulfure de mercure, nous n'avons jamais rencontré cette sensation de saveur âcre qui prend à la gorge les personnes qui entrent dans la chambre des malades soumis au vaporarium de M. Abeille; c'est du moins ce que nous avons trouvé signalé dans le travail de notre confrère, qui a été publié dans la *Gazette médicale*.

Dernièrement encore, ayant pu, grâce à l'obligeance de M. Bergeron, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, expérimenter sur deux fausses membranes trachéales longues de 3 centimètres, et pesant chacune environ 30 centigrammes, nous avons fait une nouvelle tentative, et nous avons cherché, avec M. Adrian, à résoudre les deux points suivants :

1° Le sulfure de mercure divisé dans la vapeur d'eau agit-il sur la fausse membrane?

Voici le résultat : dans cette dernière série d'expériences, pour rechercher l'action de la vapeur d'eau sur une fausse membrane, nous en avons suspendu une du poids de 30 centigrammes dans le goulot d'un ballon contenant de l'eau qui était réduite en vapeur à l'aide d'une lampe à alcool. La fausse membrane s'imbibe d'humidité, se ramollit, mais il n'y a pas trace de désagrégation et encore moins de dissolution au bout de deux heures.

Nous ajoutons alors du sulfure de mercure et continuons l'expérience. La fausse membrane est exposée pendant cinq heures à la vaporisation du sel de mercure et aucune modification ne se produit.

Alors nous avons cherché à résoudre le problème suivant :

Le sulfure de mercure est-il susceptible de se réduire en vapeur, lorsqu'il est placé dans une capsule contenant de l'eau portée à l'ébullition?

Dans une capsule en porcelaine chauffée à l'aide d'une lampe à alcool, nous avons mis 5 grammes de sulfure de mercure et 500 grammes d'eau distillée; l'appareil a été recouvert d'une grande cloche destinée à recevoir les vapeurs. A la partie inférieure se trouve une grande capsule plate destinée à recueillir le liquide provenant de la condensation des vapeurs et qui doit contenir le sulfure. Nous avons maintenu le liquide à une ébullition prolongée pendant deux heures, et la vapeur condensée a été recueillie. Après quelques heures de repos, on pouvait constater, dans un verre à expérience, la présence d'une petite quantité de sulfure de mercure.

(1) Séance du 5 août 1868.

Mais nous avions remarqué que l'ébullition avait projeté hors de la capsule plusieurs grosses gouttes du liquide chargé de sulfure, et nous nous sommes demandé si la quantité minime de sulfure trouvée dans le résidu n'était pas due à la projection directe; alors nous avons répété l'expérience de la façon suivante.

L'appareil étant disposé comme ci-dessus, nous avons recouvert la capsule d'un entonnoir en verre, afin d'éviter la projection du sulfure. Après deux heures d'ébullition, le liquide condensé recueilli comme précédemment, n'a plus fourni aucune trace de sulfure.

Cette expérience a été renouvelée plusieurs fois avec doses plus fortes du sel, et les résultats ont toujours été les mêmes, c'est-à-dire que le sulfure de mercure peut être entraîné par le fait de l'ébullition, mais ne se volatilise pas, ainsi qu'on a voulu le prétendre.

Il résulte donc de ces expériences que le sulfure de mercure n'est pas soluble dans l'eau, qu'il ne se vaporise pas et par conséquent ne peut être absorbé à l'état de vapeur.

Le sulfure de mercure n'a donc aucune action sur les fausses membranes diphthériques et ne doit pas être appliqué au traitement des affections diphthériques. En raison de ses propriétés chimiques, ce sel est complétement inefficace.

Depuis nos premières expériences, qui datent de l'année dernière, M. Baudrimont, pharmacien de l'hôpital Sainte-Eugénie, dont la compétence est bien établie, a entrepris une longue série de recherches sur les sels de mercure; il se propose de les communiquer prochainement à l'Académie de médecine, mais il nous a autorisé à en donner en son nom les conclusions suivantes auxquelles il est arrivé sur les propriétés chimiques du sulfure de mercure :

Le sulfure de mercure est complétement insoluble.

Le sulfure de mercure n'est volatil qu'à une très-haute température, pour cela il faut le chauffer jusqu'au rouge sombre.

Si l'on veut appliquer les sels mercuriels au traitement des affections diphthériques, le sulfure de mercure est le dernier sel à employer, à cause de son insolubilité.

Dr F. BRICHETEAU.

Directeur du *Bulletin de thérapeutique*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Gavarret commencera ses leçons de physique biologique, le lundi 16 novembre, à cinq heures du soir. Les premières leçons seront consacrées à une étude spéciale des *phénomènes physiques* de la vie.

— M. le docteur Chauffard commencera ses leçons cliniques à l'hôpital Cochin, le vendredi 13 novembre prochain.

— M. le docteur Fort commencera un cours particulier complet d'anatomie, le mardi 17 novembre, à midi et demi, dans l'amphithéâtre, 3, de l'École pratique, et à cinq heures, chez M. Auzoux, rue Antoine-Dubois, n° 2. Ces cours auront lieu tous les jours aux mêmes heures. Dans l'intervalle des deux leçons, MM. les élèves seront exercés aux préparations anatomiques. S'adr. 51, boul. Saint-Michel.

— Le docteur Fano commencera ses conférences sur l'oculistique et la chirurgie, le mardi 17 novembre, à midi, à sa clinique, rue Séguier, 14, et les continuera les jours suivants, à la même heure.

— M. le maire de Cuise-la-Motte (Oise), nous prie d'annoncer qu'une clientèle de médecin est vacante en ce moment dans cette commune.

— Le fusil Chassepot et le fusil français transformé, dit à *tabatière*, le fusil prussien à aiguille, le fusil des Cent gardes, le fusil Lefaucheux, les carabines à tige des chasseurs de Vincennes, le fusil à percussion et le fusil à silex; enfin les révolvers et les *mitrailleuses*: tels sont les sujets traités dans la 25e série, qui vient de paraître, des *Merveilles de la Science, ou Description populaire des inventions modernes*, par M. LOUIS FIGUIER. 56 gravures, donnant le modèle exact de toutes ces armes à feu, accompagnent cette intéressante notice. Prix de la série : 1 fr. — Paris, Furne, Jouvet et Cie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Éléments de pathologie chirurgicale spéciale et de médecine opératoire, par ROSER, professeur à l'Université de Marbourg. Ouvrage traduit de l'allemand sur la 5e édition, par les docteurs CULMANN et SENGEL (de Forbach). 1er fascicule composé de 360 pages avec 50 figures intercalées dans le texte. Prix : 5 fr. Le second fascicule, qui termine l'ouvrage, paraîtra dans le courant de 1869. Prix de l'ouvrage complet : 10 francs. — Paris, 1868, Chamerot et Lauwereyns.

Étude clinique de l'emploi et des effets du bain d'air comprimé dans le traitement des maladies de poitrine, notamment dans le catarrhe chronique, l'asthme et la phthisie pulmonaire, selon les procédés médico-pneumatiques ou d'atmosphérie de M. Émile Tabarie, par le docteur BERTIN, directeur de l'établissement médico-pneumatique de Montpellier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc. 2e édition revue et augmentée. Un fort volume in-8. Prix : 7 fr. 50. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Nouveaux éléments de pathologie générale et de séméiologie comprenant : la nature de l'homme, l'histoire générale de la maladie, les différentes classes de maladies, l'anatomie pathologique générale et l'histologie pathologique, le pronostic, la thérapeutique générale, les éléments du diagnostic par l'étude des symptômes et l'emploi des moyens physiques; auscultation, percussion, cérébroscopie, laryngoscopie, microscopie, chimie pathologique, spirométrie, etc., par E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. 2e édition revue, corrigée et augmentée. Un volume grand in-8 avec 284 figures intercalées dans le texte. Prix : 18 fr. — Paris, 1868, J.-B. Baillière et fils.

Statistique du Choléra de 1865 à 1867, en Europe, par le docteur VACHER. Grand in-8, de 14 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1868, F. Savy.

De l'enseignement médical de l'École de Paris; ce qu'il est, ce qu'il doit être, par le docteur VITTENUT. Une brochure in-8. Prix : 1 fr. Paris, 1868. Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 132. — JEUDI 12 NOVEMBRE 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 12 NOVEMBRE 1868. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 11 novembre 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Grâce à la candidature dans la section de thérapeutique, chaque mardi nous apporte son contingent de communications sur des points intéressants de médecine pratique. Il y a un an environ, M. le docteur Oulmont communiquait à l'Académie un premier mémoire sur le *veratrum viride*, dont il déterminait par voie d'expérimentation les propriétés physiologiques. Dans un nouveau travail qu'il a lu hier, le savant médecin de Lariboisière a fait connaître les résultats de ses études cliniques sur l'action thérapeutique de cet agent.

On se rappelle que M. Oulmont avait été conduit, par ses premières recherches, à reconnaître dans le *veratrum viride* une action multiple, localisée particulièrement sur les voies digestives, respiratoires, circulatoires et sur les fonctions générales, se traduisent par des vomissements et de la diarrhée, par un ralentissement rapide et considérable du pouls, un abaissement sensible de la température, une modification profonde des mouvements respiratoires, et, enfin, par une hyposthénisation générale.

La constatation de ces effets, ainsi que les observations déjà faites en Amérique et plus récemment en Allemagne, indiquaient naturellement suivant quelle direction et dans quelle sorte d'affections devaient être tentés de nouveaux essais thérapeutiques. Les modifications profondes imprimées par cette substance à la circulation, à la respiration et à la colorification, signalaient assez les maladies pyrétiques en général, et en particulier la pneumonie, comme champ naturel d'expérimentation. C'est, en effet, dans la pneumonie, dans la pleurésie et dans le rhumatisme articulaire aigu que le *veratrum viride* a été administré.

Ainsi qu'on pourra le voir par l'énoncé des propositions qui résument le mémoire de M. Oulmont, la pneumonie aiguë, franche, a été très-heureusement modifiée dans ses symptômes et dans sa marche. En même temps que la fièvre tombe, sous l'influence de ce médicament, l'état local se maintient stationnaire et reste circonscrit dans ces limites jusqu'à l'établissement de la convalescence, qui arrive plus promptement que d'habitude. M. Oulmont a constaté que la durée moyenne de la pneumonie franche ainsi traitée était de six jours trois quarts, tandis qu'elle est de neuf jours dans les pneumonies abandonnées à leur marche naturelle.

L'action du *veratrum viride* paraît avoir été beaucoup moins satisfaisante dans le rhumatisme articulaire aigu. Comme dans la pneumonie on a bien vu la fièvre tomber, le pouls et la température baisser, mais sans que la marche naturelle de la maladie en ait paru pour cela sensiblement modifiée. Il en a été de même pour la pleurésie, le médicament n'ayant eu aucune influence sur l'épanchement. — Dans ce seul fait de la différence des effets obtenus dans la pneumonie et dans le rhumatisme articulaire aigu, il y aurait un sujet de réflexions intéressantes à faire sur le rôle respectif de l'élément fébrile et de l'élément inflammatoire proprement dit dans chacune de ces affections. — Quoi qu'il en soit, il ressort des observations consignées dans le travail de M. Oulmont, que le *veratrum viride*, manié avec prudence, peut rendre d'incontestables services dans le traitement de la pneumonie, à la manière de la digitale et d'autres agents modificateurs du mouvement circulatoire, à la condition, toutefois, de ne pas pousser trop loin son action hyposthénisante. Nous saisirons la prochaine occasion d'exposer avec quelques détails les faits qui servent de base aux conclusions de cet intéressant mémoire.

Après la communication de M. Oulmont, l'Académie a entendu la lecture du rapport annuel sur les épidémies pour l'année 1867, par M. Briquet.

Dr Brochin.

HOPITAL DE BESANÇON. — M. CHENNEVIER.

OBSERVATION DE LUXATION SPONTANÉE DU CRISTALLIN (1)

Baptiste O..., âgé de 60 ans, plâtrier, tempérament nerveux-sanguin, constitution robuste, dont les parents sont morts dans un âge avancé et ayant conservé la vue, n'a aucun antécédent syphilitique ni rhumatismal. Il n'a jamais fait de maladies sérieuses et n'a pas entendu dire qu'il en ait eu dans son enfance. Il a les yeux bruns, n'en a jamais souffert et a toujours eu une excellente vue. Il ne se rappelle avoir fait aucune chute grave, ni avoir reçu aucun coup sur la tête ou sur l'œil.

Pendant le mois de juillet 1861, il a travaillé sur un toit à la campagne, à l'ardeur du soleil, puis est revenu de cette campagne, distante de 20 kilomètres, par un soleil ardent et sur une route dont la blancheur lui avait fortement impressionné les yeux. C'est à cette époque qu'il croit pouvoir faire remonter sa maladie, et, en bien cherchant, c'est la seule cause à laquelle il peut l'attribuer.

Cette maladie a consisté dans une gêne légère qu'il éprouvait de temps à autre à l'œil gauche, gêne accompagnée du passage de mouches noires devant cet œil. Il s'est peu préoccupé de ces phénomènes et a continué à exercer sa profession jusqu'au 15 janvier 1862, jour où cette gêne est devenue tout à coup continuelle et douloureuse. Il entre à l'hopital le 16.

A l'examen ordinaire, je ne trouve pas de signes objectifs dans les yeux. Ils ont le volume et la consistance normales. Il n'y a ni rougeur, ni opacité. Pas de tremblement de l'iris et les pupilles se contractent également sous l'influence de la lumière. Les milieux ont leur coloration normale. Après dilatation de la pupille, nous examinons l'œil gauche à l'ophtalmoscope. On aperçoit le fond de l'œil avec sa teinte normale, mais immédiatement derrière le segment inférieur de l'iris, à la partie inférieure de la chambre postérieure, on voit facilement un arc de cercle noirâtre que je fais examiner rapidement aux élèves, sans me rendre d'abord bien compte de ce que ce pouvait être, ma première impression tendant à considérer cette tache noirâtre comme le caillot résultant d'un épanchement sanguin. Ces examens successifs et prolongés fatiguant beaucoup son œil, je remis le diagnostic et je fis sortir O... de la chambre obscure pour continuer sur d'autres malades. Une demi heure après environ, il nous fit appeler dans la salle, parce qu'en se baissant il avait éprouvé un bouleversement dans l'œil et qu'il n'y voyait plus. La chambre antérieure toute entière est occupée par le cristallin, et cet arc de cercle que nous venions de voir à l'ophthalmoscope, et sur la nature duquel l'éclairage oblique nous aurait probablement mieux renseigné, était le bord de la lentille abaissée et dont le passage dans la chambre antérieure, facilité par la dilatation de la pupille, s'était effectué dans un mouvement de la tête en avant et en bas. Le malade est couché, la tête renversée.

Dans la nuit du 16 au 17, le cristallin repasse dans la chambre postérieure, et comme à partir de ce moment O... ne souffre plus, il veut sortir le 23.

Il revient à la salle le 1er février, c'est-à-dire huit jours après. En se baissant, il avait éprouvé le même bouleversement, selon son expression, et il souffre encore davantage. Le cristallin est enclavé horizontalement dans l'ouverture pupillaire, laquelle représente un ovale aux extrémités de laquelle la grande et la petite circonférence se confondent. Le malade souffre beaucoup et a des vomissements; collyre au sulfate d'atropine. Le cristallin passe dans la chambre antérieure pendant la nuit, et le matin à la visite, comme les souffrances continuent, quoique moins vives, je pratique la kératotomie inférieure. Je ne peux empêcher le couteau de pénétrer dans le cristallin et je suis obligé de l'extraire fragmenté avec la curette. Les fragments sont transparents et sans traces de points opaques. Malgre un traitement énergique, il survient une inflammation vive et comme résultats : opacité de la moitié inférieure de la cornée, synéchie antérieure et perte de la vision pour cet œil.

Lors de la sortie, au mois de mars, nous examinons l'œil droit qui est tout à fait sain. Le malade en voit très-nettement et n'en souffre en aucune façon. Nous l'engageons à venir au moindre changement qui y surviendrait.

Le 30 janvier 1863, c'est-à-dire un an après, O..., qui avait exercé sa profession dans cet intervalle, vient nous dire qu'il éprouve dans l'œil droit les mêmes symptômes qu'il avait ressentis dans le gauche, c'est-à-dire une gêne légèrement douloureuse, avec apparition de mouches noires, quand il a fatigué. Nous le faisons rester à l'hôpital pour mieux le suivre. L'examen ordinaire ne fournit aucun signe objectif. Après dilatation de la pupille, on peut distinguer à l'œil nu une ligne noirâtre d'une étendue de un à deux millimètres, située à la partie supérieure et un peu interne du bord du cristallin. A l'examen direct avec la loupe et à l'éclairage oblique, on distingue plus nettement cette ligne qui est constituée par le bord libre du cristallin detaché, non incliné, ni tremblotant. Par cet éclairage, on peut constater que le segment antérieur est normal; cornée transparente, humeur aqueuse et son enveloppe sans exsudats, iris sain et non tremblant, aucune vascularisation ni dépôt sur la capsule, les trois images peuvent être perçues. On distingue à l'ophthalmoscope le fond de l'œil qui est sain. Je regrette de n'avoir pas cherché à constater s'il y avait astigmatisme, mais comme nous nous étions assuré de l'acuité et de la netteté de la vision, je crois qu'il n'existait pas.

Nous conservons le malade jusqu'au 12 mai et nous l'examinons à trois ou quatre reprises. A chaque examen, on peut constater une légère augmentation dans le déchatonement du bord du cristallin, déchatonement qui, à l'époque de la sortie, paraît être un peu moins du sixième de la circonférence.

Il reprend ses travaux endant le second semestre 1863, pendant l'année 1864 et le premier semestre 1865. Il vient de temps en temps à la consultation, où, après dilatation de la pupille, on voit à ces examens successifs que la ligne noire, représentée par le bord du cristallin, va en augmentant, de telle sorte qu'au commencement de 1865 elle occupe plus du tiers de la circonférence et que la chute peut être regardée comme imminente, quoiqu'il n'y ait pas de ballottement appréciable du cristallin.

En effet, le 22 août, O... vient le matin à l'hôpital, racontant que la veille au soir il a ressenti une vive douleur dans l'œil et que la vision a été immédiatement troublée. Il distingue les objets volumineux, mais confusément, et les douleurs vont s'augmentant et s'irradiant autour de l'orbite. M. Vedrènes, médecin major, qui a suivi le cas de luxation spontanée du cristallin chez l'enfant de troupe présenté par M. Larrey à la Société de chirurgie, veut bien examiner le malade avec nous.

Le cristallin occupe la chambre antérieure, refoulant l'iris dont il déforme l'ouverture. A l'éclairage oblique et à l'ophthalmoscope, nous constatons la transparence des milieux. L'extraction immédiate est décidée, mais le malade refuse nettement, attribuant à cette opération la perte de son œil gauche. Je fais coucher le malade, la tête renversée, je prescris le collyre à l'atropine, l'application sur l'œil de compresse trempées dans une solution froide de belladonne, afin de dilater la pupille et favoriser le passage du cristallin dans la chambre postérieure. Je recommande à l'interne de service de surveiller le malade et aussitôt le passage du cristallin de rendre l'œil à la lumière et d'introduire sous la paupière du papier à la fève de Calabar pour contracter la pupille et maintenir la lentille dans l'humeur vitrée. Le passage ne se fait pas, l'œil rougit, les douleurs sont atroces. Saignées, sangsues, révulsifs, rien n'arrête l'inflammation. Le quatrième jour, le malade demande l'extraction, que nous pratiquons en désespoir de cause par la kératotomie supérieure. Ce procédé, que nous recommandons dans ce cas, nous permet une manœuvre plus facile, parce que la partie supérieure est moins remplie par la lentille, et nous obtenons le cristallin entier, sans sa capsule, un peu diminué de volume, plutôt dur que mou, d'un jaune ambré comme il est d'ordinaire à 60 ans, et tout à fait transparent. Malgré un traitement actif, la suppuration, comme il était facile de le prévoir, a vidé l'œil et maintenant le malade est aveugle.

En résumé, un homme d'une soixantaine d'années, robuste, sans antécédents morbides ni héréditaires, ayant toujours eu une excellente vue, est atteint, sans autres cause appréciable que l'exposition pendant quelques heures à la lumière solaire vive, de solution de continuité de la capsule, suivie de luxation spontanée du cristallin gauche. La luxation serait survenue sept mois après la cause présumée et sans que cet œil présentât aucun autre signe de maladie. Puis, un an après, sans cause appréciable cette fois, les mêmes phénomènes se présentent à l'œil droit. La solution de continuité spontanée, graduelle, de la partie antérieure et supérieure de la capsule peut être suivie pas à pas ; elle met plus de deux ans à détruire la moitié environ de la circonférence de la capsule, de telle sorte que le cristallin n'étant plus retenu à sa partie supérieure bascule en avant et tombe dans la chambre antérieure primitivement ou consécutivement.

Quelle est la nature des lésions qui provoquent ces luxations spontanées du cristallin? Parmi les cas observés et dont le résumé a été donné par M. Fischer, dans les archives de médecine, on voit que pour le plus grand nombre c'est l'appareil cristallinien entier qui s'est détaché; et ces cas seraient encore assez communs, puisque M. Recordan, de Lausanne, m'a écrit en avoir observé déjà quatre ou cinq de cette espèce. D'autre fois c'est la capsule qui se déchire et le cristallin seul qui s'échappe.

Pour les cas de la première espèce, c'est-à-dire de luxation spontanée de tout l'appareil cristallinien, il faut que la zone soit primitivement atteinte, qu'elle se déchire préalablement et laisse la capsule sans soutien, car pour tous ceux qui ont essayé de séparer la capsule de la zone, cette opération a été reconnue impossible sans que la capsule se déchire d'abord.

Pour les cas de la seconde espèce, comme celui que je viens de rapporter, il y a solution de continuité spontanée de la capsule, puis luxation de la lentille seule. Dans notre observation, il n'y a pas eu traumatisme, l'œil a été reconnu parfaitement sain par tous les moyens d'investigation actuels. Comment expliquer cette solution de continuité spontanée de la capsule? L'hypothèse que je crois la plus admissible consisterait à considérer cette affection comme une ulcération de la capsule, ulcération analogue aux ulcères transparents de la cornée, sans vascularisation et sans dépôts plastiques, ulcères qui, dans une membrane aussi mince, seraient suivis de perforation.

Comme conséquence, il faudrait admettre deux variétés de luxation spontanée du cristallin :

1° Luxation spontanée de l'appareil cristallinien entier.
2° Luxation spontanée du cristallin seul.

La première variété tiendrait à une lésion anatomique de la zone; la seconde à une lésion de la capsule.

(1) Société de chirurgie du 14 novembre 1868.

DES ARTHROPATHIES

liées à l'ataxie locomotrice progressive,

Par M. Benjamin BALL,

Agrégé à la Faculté de médecine de Paris (1).

OBSERVATION IV. — *Ataxie locomotrice progressive : arthropathie de l'épaule droite.*

(Observation recueillie par M. Bourneville, dans le service de M. le docteur Charcot.)

P... Virginie, 56 ans, concierge, est entrée, le 10 avril 1851, à la Salpêtrière.

Cette femme a éprouvé, il y a 23 ans, les premières atteintes de la maladie actuelle. Les douleurs fulgurantes, la constriction à la base du thorax, ont été les premiers symptômes; puis elle a vu paraître de l'anesthésie et de l'affaiblissement des membres supérieurs, surtout à droite. Peu de temps après, le bras droit fut pris à son tour : de sorte que l'ataxie semble avoir offert au début une forme hémiplégique.

L'existence d'une ataxie locomotrice progressive avait été depuis longtemps reconnue, lorsque, vers les premiers jours de janvier 1866, elle éprouva une recrudescence des symptômes, et le côté gauche se trouva aussi fortement atteint que le côté droit.

C'est à cette époque que la malade a ressenti les premiers accidents articulaires. Un matin, sans avoir rien éprouvé de particulier les jours précédents, elle trouve son épaule grosse comme la tête d'un enfant. Elle a cessé complétement de travailler à partir de ce moment (depuis quelques mois, elle filait au rouet).

État de l'articulation, le 11 février 1866 :

L'épaule droite présente un volume considérable. Une masse arrondie se dessine sous le muscle deltoïde. La tumeur est plus saillante en avant qu'en arrière.

Le bras et l'avant-bras sont le siége d'un œdème considérable. La peau qui recouvre l'articulation est à l'état normal.

Depuis l'apparition de la tumeur, les mouvements sont gênés, sans être douloureux, et des craquements se font entendre dans l'articulation.

Au palper, on sent une massse élastique et résistante, qui donne sur quelques points la sensation d'une fluctuation profonde. Il est très-difficile de reconnaître les parties osseuses de l'articulation. La tête humérale elle-même est à peine perceptible.

Le 15 février, M. le docteur Labbé pratique une ponction exploratrice. Le trocart, enfoncé à 5 centimètres de profondeur, ne laisse d'abord rien couler. Après avoir été partiellement retirée, la canule donne issue à un liquide séreux, peu filant, d'un jaune médiocrement foncé, et ne paraissant pas contenir de pus ni de sang. On recueille environ 50 grammes de ce liquide dans une éprouvette; il se forme à la surface une pellicule fibrineuse.

A la suite de cette ponction, qui n'a été suivie d'aucune douleur, l'articulation paraît mieux fonctionner.

Le 24 février, une nouvelle ponction est pratiquée : elle donne issue à 110 grammes d'une sérosité renfermant quelques globules sanguins et moins filants que la première fois.

Le 26 février, on pratique une troisième ponction, qui donne issue à 100 grammes de sérosité.

Le 5 mars, nouvelle ponction, donnant issue à 100 grammes de sérosité sanguinolente.

Le 25 mars, deux ponctions demeurent sans résultat. L'épaule est douloureuse, dure et tendue.

10 avril, amélioration notable. L'épaule a complétement diminué de volume.

4 mai, la malade sort de l'infirmerie.

État actuel de l'épaule droite (octobre 1868) :

Lorsqu'on compare les deux épaules, on est tout d'abord frappé de l'aspect carré de l'épaule droite. L'acromion est aussi saillant que possible; le deltoïde est très-tendre; le creux susclaviculaire est en partie effacé, et on y sent une saillie irrégulière, dure, qui se déplace lorsqu'on imprime des mouvements au bras : cette saillie n'est autre que la tête de l'humérus, ainsi qu'on peut le constater en introduisant la main dans l'aisselle. Il existe donc une luxation intra-caracoïdienne. La tête de l'humérus paraît plus petite qu'à l'état normal.

La luxation se réduit très-facilement; mais elle se reproduit dès que la malade exécute un mouvement.

La malade se sert assez bien de ce membre, et parvient à s'habiller seule; mais tous les mouvements spontanés ou provoqués, donnent lieu à des craquements manifestes.

Cette observation se rapproche à tous égards de celle qui précède. Nous appellerons surtout l'attention du lecteur sur l'énorme quantité de liquide que des ponctions successives ont extrait de l'articulation, et sur l'état presque stationnaire dans lequel se trouve actuellement la jointure malade. Il semble qu'après avoir fait la part du feu, les désordres s'arrêtent; aussi l'articulation, quoique déformée, continue à rendre quelques services.

Il n'en est plus ainsi dans le cas suivant, qui semble offrir la forme la plus grave de l'arthropathie spinale.

OBSERVATION V. — *Ataxie locomotrice : arthropathie très-prononcée du genou droit; symptômes beaucoup moins accusés du côté gauche.*

C... Léon, âgé de 43 ans, courtier de commerce, est entré, le 25 octobre 1868, dans le service de M. le professeur Béhier, salle Saint-Paul, n° 24.

Cet homme, d'une taille élevée, mais d'une apparence assez chétive aujourd'hui, prétend avoir joui d'une bonne santé habituelle jusqu'au début de la maladie actuelle. Il n'a pas d'antécédents syphilitiques; mais il a commis beaucoup d'excès vénériens. Marié depuis cinq ans, il a perdu sa femme il y a deux ans. Il n'a eu qu'un seul enfant, qui est mort en bas âge, d'une péritonite.

Il y a trois ans, il a dû subir la résection de la première phalange de l'orteil droit, pour un durillon forcé qui le faisait beaucoup souffrir. Il n'a jamais pu bien marcher depuis lors, et cette jambe est toujours restée plus faible que l'autre.

Peu de temps après, il a commencé à éprouver dans les deux jambes des douleurs fulgurantes semblables à des commotions électriques. Il n'a jamais eu de douleurs en ceinture. La vue s'est en même temps affaiblie.

Bientôt, le malade s'est vu frappé d'une incontinence d'urine, qui n'a jamais cessé depuis. Il s'est promptement aperçu qu'il se dirigeait difficilement dans l'obscurité, et qu'il frappait du talon en marchant.

Six mois après, la faiblesse des jambes fixa son attention pour la première fois : elles lui semblaient lourdes, et il était obligé de frapper du pied pour assurer sa démarche.

Le 5 janvier 1867, il fut admis à la Pitié, où il fit un séjour de deux mois.

Sorti de l'hôpital le 14 mars, vers l'époque de la mort de sa femme, il reprit ses occupations pendant quelque temps. Il fit divers séjours de courte durée dans les services hospitaliers; et vers le mois d'octobre 1867, sans cause connue, il vit le genou droit augmenter insensiblement de volume : le membre tout entier semblait participer à cette hypertrophie, et la marche était sensiblement gênée.

Au mois de novembre 1867, il entra dans le service de M. Marrotte, à la Pitié, pour des douleurs articulaires siégeant dans les genoux et les chevilles. Il y resta jusqu'au 6 janvier 1868.

Dans le cours du mois de février, il fit une chute dans un escalier; mais cet accident ne paraît pas avoir sensiblement augmenté le gonflement articulaire, qui, à cette époque, n'était pas considérable.

Pendant plusieurs mois, il put continuer ses affaires. Il jetait un peu les jambes de côté et d'autre, mais lorsqu'il était sur un terrain plat, on n'aurait pas supposé, dit-il, qu'il était paralytique.

Le 29 août, il fut pris subitement de douleurs violentes dans les jambes, et le membre inférieur droit devint très-enflé. Il se fit transporter sur un brancard à l'hôpital, et il entra, le 2 septembre, dans le service de M. le docteur Proust.

La tuméfaction ayant continué à faire des progrès rapides, et une hydarthrose manifeste s'étant emparée du genou, une ponction fut faite avec un trocart capillaire dans le mollet, et une quantité considérable de sérosité fut évacuée. Néanmoins, le genou continua toujours à enfler, et le malade fut transféré en chirurgie, dans le service de M. Meunier, salle Saint-Gabriel, n° 10. Une seconde ouverture se forma spontanément à la partie inférieure du mollet, et il en sortit une grande quantité de pus séreux. La première ouverture resta toujours fistuleuse.

Dans ces conditions, on songeait à pratiquer l'amputation, lorsque, le 17 octobre, ayant été conduit auprès de ce malade par M. Proust, je constatai l'existence d'une hydarthrose spontanée et indolente du *genou gauche*. Nous demeurâmes convaincus, M. Proust et moi, qu'il s'agissait là d'une arthropathie spinale. Cette opinion fut partagée par M. Charcot, qui vint examiner le malade, et, le 27 octobre, il entrait dans nos salles.

État actuel, le 25 octobre 1868 :

Le malade est couché dans le décubitus dorsal, légèrement tourné sur le côté droit. Cette position, qu'il lui est impossible de changer, est due à la disposition du membre inférieur droit. Celui-ci, en effet, est tourné en dehors, la cuisse légèrement fléchie sur le bassin, et la jambe également fléchie sur la cuisse : le membre en entier repose sur le lit par sa face externe; la jambe et la cuisse gauches sont étendues et tournées en dedans; les deux membres sont un peu écartés l'un de l'autre.

A l'inspection, la jambe droite est beaucoup plus volumineuse que celle du côté opposé; le gonflement a envahi tout le membre; mais les points le plus hypertrophiés relativement sont le genou et le mollet. On dirait un membre atteint d'éléphantiasis.

Le gonflement est assez considérable jusqu'à environ 15 centimètres au-dessus du genou, de telle sorte que la cuisse présente l'aspect d'un cône tronqué, à sommet dirigé en haut.

La peau, qui recouvre l'articulation, est saine; mais immédiatement au-dessous, elle est sèche, rugueuse, violacée, couverte d'écailles. A 6 ou 7 centimètres au-dessous du genou, on aperçoit un petit abcès ouvert, laissant écouler un pus sanieux. Une autre ouverture analogue se trouve au dessus de la cheville.

Il existe une hypertrophie manifeste de l'extrémité inférieure du fémur, qui commence au niveau des condyles, et finit à 5 ou 6 centimètres au-dessus. Cette hypérostose est surtout prononcée à la face antérieure de l'os. Les surfaces articulaires jouent latéralement l'une sur l'autre, en faisant entendre de gros craquements. Cette exploration ne cause point de douleurs au malade; par contre, la flexion et l'extension sont très-limitées, et tout effort pour en augmenter l'étendue occasionne une douleur vive.

Le genou gauche, déformé par une ancienne blessure (coup de hache reçu il y a trente ans), est le siége d'une hydarthrose évidente. Il existe des mouvements de latéralité très-étendus; mais l'extension et la flexion ne sont point gênées. On trouve aussi des craquements dans l'articulation, mais moins prononcés qu'à droite. Les parties molles qui entourent l'articulation sont un peu gonflées, mais beaucoup moins que du côté opposé.

Il existe un œdème mou du membre inférieur, occasionné sans doute par l'albuminurie que nous signalons plus loin.

Les dimensions des deux genoux sont les suivantes :

Genou droit, circonférence	49 centim.
— diamètre transversal	15
Genou gauche, circonférence	42
— diamètre	11 1/2

Malgré tous ces désordres, le malade peut exécuter encore quelques mouvements volontaires avec les membres inférieurs : à gauche, ils sont assez étendus; à droite, ils sont, au contraire, très-limités et fort douloureux, mais seulement depuis une dizaine de jours.

Au repos, la jambe droite tout entière et le pied gauche sont le siége de douleurs violentes, comparées par le malade à des picotements d'aiguille.

L'exploration de la sensibilité, au tact et à la pression, dénote un affaiblissement peu marqué de la sensation, et cela tout aussi bien dans la jambe droite que dans la gauche.

La sensibilité à la douleur et la sensibilité à la température sont conservées, mais un peu affaiblies, sans différence pour l'un ou l'autre membre.

Il existe une incontinence absolue de l'urine et des matières fécales. On trouve un peu d'albumine dans les urines.

Le malade est dans un état d'anémie prononcée; il manque complétement d'appétit, et, depuis quelques jours, il a la diarrhée.

Il est évident qu'il s'agit, chez ce malade, d'un degré fort élevé de ces lésions articulaires et osseuses qui peuvent résulter d'une affection des centres nerveux; mais il nous paraît impossible de conserver le moindre doute sur l'origine de la maladie locale. Le début spontané, insidieux et tout spécial des accidents; la période de l'ataxie à laquelle ces phénomènes sont survenus; l'absence de fièvre et de réaction générale; la présence d'une nouvelle hydarthrose, parfaitement spontanée, du côté opposé; enfin, la physionomie singulière et très-caractéristique du membre malade, ne sauraient laisser aucun doute sur la nature de l'affection articulaire.

L'hypertrophie excessive des extrémités osseuses n'est point ici un fait exceptionnel. Sans doute, un degré aussi élevé de ces altérations ne se rencontre pas dans les cas ordinaires; mais l'hyperostose est un phénomène qui s'est déjà rencontré dans deux de nos observations (I et II); et si les accidents sont infiniment plus développés ici que dans ces deux autres faits, cela tient, peut-être, à la durée plus considérable de la maladie. Il semblerait, en effet, que la marche de l'affection locale peut, dans certains cas, subir un arrêt prolongé, comme dans l'observation IV; dans d'autres cas, au contraire, elle suit une courbe régulièrement ascendante. C'est précisément ce qui semble avoir lieu chez ce dernier malade.

Il ne faut point oublier, d'ailleurs, que nous sommes en présence d'une affection peu connue jusqu'à présent, et dont les caractères anatomiques sont encore à l'étude. Nous ne saurions donc en fixer définitivement les limites : c'est aux observateurs qui viendront après nous qu'il faut en laisser le soin.

Nous venons de donner l'histoire des cas encore inédits d'arthropathie des ataxiques qui sont parvenus à notre connaissance. Nous allons maintenant y joindre le résumé très-succinct des faits analogues qui ont été déjà livrés à la publicité.

L'observation suivante a déjà paru dans la *Gazette des Hôpitaux* (1). Nous en extrayons quelques passages qui se rapportent directement à notre sujet.

OBSERVATION VI. — *Ataxie locomotrice progressive : arthropathie du genou gauche.*

P... Eugène, âgé de 35 ans, employé, est entré à l'Hôtel-Dieu de Troyes, le 9 septembre 1867, dans le service de M. Viardin, salle des hommes, n° 33.

Cet homme, à l'âge de 30 ans, éprouve des étourdissements; il s'aperçoit que sa vue devient faible; en même temps se manifeste une déviation en dedans de l'œil gauche et une dilatation de la pupille du même côté. La vue s'affaiblit de plus en plus, et bientôt, c'est à peine s'il y voit assez pour se conduire; il revient alors chez son père, où il habite un logement humide et malsain.

Après cinq ou six mois de séjour dans son pays, la vue revint un peu, et P... put reprendre une place d'employé. Dans le bureau où il écrivait, il recevait un courant d'air dans les jambes, et c'est à cela qu'il rapporte une première attaque de douleurs fulgurantes.

Vers le milieu de l'année 1866, il avait l'habitude de retourner chaque soir chez son père, à Saint-Julien, quand, dans l'espace d'une nuit, sans qu'il se fût fatigué plus que de coutume, sans qu'il eût reçu de coup dans cette région, le genou gauche devint le siége d'une tuméfaction considérable, tuméfaction qui ne s'accompagna d'aucune rougeur, d'aucune douleur. Aussi n'appela-t-il aucun médecin, se contentant de faire sur le genou des frictions avec l'alcool camphré; le gonflement du genou ne s'arrêta pas. Mais il remarqua que quand il se fatiguait, le genou devenait plus volumineux et sa marche plus embarrassée.

Ce gonflement ne disparut jamais complétement, et au mois de juillet 1867, le malade commença à sentir des craquements pendant les mouvements de flexion et d'extension.

C'est l'aggravation des troubles de la marche et l'arthropathie du genou gauche qui l'ont fait entrer à l'Hôtel-Dieu.

État actuel, décembre 1867 :

On reçonnaît chez le malade tous les symptômes d'une ataxie locomotrice confirmée.

Le gonflement du genou gauche a beaucoup diminué au dire du malade : néanmoins il persiste encore, surtout à la partie interne de l'articulation, et l'excès de volume est rendu plus frappant par la comparaison des deux genoux; en outre, quand on fait exécuter des mouvements à l'articulation, on sent et on entend des craquements manifestes. Le membre inférieur gauche est peut-être moins gros que le droit; le malade a remarqué ce fait depuis quatre ou cinq mois.

Les quatre observations qui vont suivre sont empruntées au travail de M. Charcot.

OBSERVATION VII (première de M. Charcot). — *Ataxie locomotrice prgressive : arthropathie du coude gauche.*

Madame B..., âgée de 56 ans, était atteinte d'ataxie locomotrice depuis dix ans. Les membres inférieurs avaient longtemps été seuls atteints; mais, il y a trois ans, les membres supérieurs avaient été envahis à leur tour par des douleurs fulgurantes.

Au printemps de 1865, madame B... se plaignit un matin, à son réveil, d'une gêne considérable dans les mouvements du coude gauche, lequel, d'ailleurs, n'était le siége d'aucune sensation pénible. L'articulation était passablement volumineuse, le gonflement s'étendait, d'un côté, sur l'avant-bras, et, de l'autre, au tiers inférieur du bras. Les parties tuméfiées offraient une consistance ferme, comme lardacée; la pression des doigts n'y laissait pas d'empreinte. Le tégument externe était lisse et tout à fait exempt de rougeur. Les mouvements de pronation, de supination, de flexion ou d'extension, ne provoquaient aucune douleur. Le gonflement était survenu pendant la nuit, et il est parfaitement avéré que la veille il n'en existait aucune trace. Il fut

(1) Suite. — Voir le numéro du 31 octobre.

(1) Hervey, *Gazette des Hôpitaux*, 19 mars 1868.

également bien établi qu'aucune circonstance extérieure, aucune cause traumatique n'était intervenue.

Les choses restèrent dans le même état pendant plus d'un mois, après quoi le gonflement articulaire diminua progressivement, sans jamais s'effacer complétement. Les mouvements de la jointure ont repris actuellement (mars 1867) leur étendue première; mais ils s'accompagnent parfois d'un bruit de craquements assez intense.

Observation VIII (deuxième de M. Charcot). — *Ataxie locomotrice progressive : arthropathie du genou droit.*

M. X... me fut adressé, dans le courant du mois d'octobre 1866, par quelques-uns de ses amis, appartenant, comme lui, à la profession médicale, et qui, les premiers, avaient été frappés de sa démarche singulière. Il avait lui-même remarqué qu'il chancelait quelquefois en marchant, principalement dans l'obscurité; il reconnaissait, en outre, éprouver de temps à autre, dans les membres inférieurs, de violents accès de douleurs fulgurantes, qui maintes fois avaient troublé ses nuits. Mais il n'avait pas accordé grande importance à ces symptômes; il croyait pouvoir les rattacher à une affection gastrique dont il souffre depuis longtemps.

M. X... est âgé de 35 ans; il est vigoureux, bien musclé, mais il se plaint d'une certaine tendance à l'obésité. L'affection gastrique s'est déclarée chez lui il y a plus de trois ans. Les douleurs fulgurantes datent à peu près de la même époque, et plusieurs fois il a remarqué que les exacerbtions de ses douleurs correspondaient aux exacerbations des accidents cardialgiques. Quant à la titubation, il est à peu près certain qu'elle ne remonte pas au delà de trois ou quatre mois; avant qu'elle n'eût été remarquée, M. X... fut un jour frappé d'étonnement en trouvant son genou droit considérablement tuméfié; ce gonflement articulaire avait dû se produire, pour ainsi dire, tout à coup; il ne s'accompagnait ni de douleur ni de rougeur des téguments; il y avait seulement une gêne notable dans l'exercice des mouvements du membre. La synoviale était distendue par une grande quantité de liquide. « C'était, dit M. X..., une hydarthrose spontanée et qu'il me fut impossible de rapporter à aucune cause appréciable. » Mais la séreuse articulaire n'était pas seule affectée; car le gonflement s'étendait à la fois à la moitié inférieure de la cuisse et au tiers supérieur de la jambe. En ces derniers points, le gonflement ne présentait pas les caractères de l'œdème; il était dur, résistant, ne cédait pas à la pression des doigts et n'en conservait pas l'empreinte. Lorsque je vis M. X..., l'affection articulaire s'était d'elle-même très notablement amendée, bien que la jointure et les parties voisines offrissent encore une tuméfaction notable; il existait même à cette époque un peu de liquide dans la cavité articulaire. D'ailleurs les mouvements de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse s'opéraient sans douleur et sans gêne, bien manifestes. Je constatai en outre les signes évidents d'une ataxie locomotrice progressive.

Observation IX (troisième de M. Charcot). — *Ataxie locomotrice progressive : arthropathie du genou droit.*

La nommé L... (Louise), âgée de 56 ans, est entrée à l'hospice de la Salpêtrière, le 15 février 1868, division des incurables, salle Sainte-Cécile, n° 10. La maladie actuelle paraît avoir débuté vers l'âge de 48 ans.

A cette époque, les règles se sont dérangées, et c'est dans ce temps même que les douleurs fulgurantes ont commencé à se produire.

Un an environ après le début de ces douleurs, en 1860, la marche est devenue, à un moment donné, d'abord très-difficile, puis à peu près impossible, et la malade a dû entrer à l'hôpital de la Pitié, où elle a été admise dans le service de M. le docteur Gendrin. Le séjour à la Pitié a été de trois mois; et au bout de ce temps, lors de la sortie, une grande amélioration s'était produite; la malade pouvait de nouveau marcher, et elle a pu même reprendre en partie ses occupations.

Vers le commencement de l'hiver 1865-1866, L..., après s'être agenouillée pendant une heure environ au lavoir, où elle s'était rendue par extraordinaire, remarqua avec étonnement que *sa jambe droite était uniformément gonflée depuis la cheville jusqu'au genou.* Il n'existait pas la moindre douleur ni la moindre rougeur aux parties gonflées. Au bout de vingt-quatre heures, la tuméfaction avait gagné le genou et la partie inférieure de la cuisse; elle était surtout prononcée au genou. A partir de cette époque, la malade a dû garder le lit, où elle est restée confinée pendant près de trois mois. Jamais, même le premier jour, cette affection ne s'est accompagnée d'accidents généraux de fièvre ou de troubles gastriques; la malade a continué à manger comme d'habitude. La tuméfaction était, comme on l'a dit, surtout prononcée au genou, et elle s'étendait de là à la partie inférieure de la cuisse et à la partie supérieure de la jambe. Le médecin consulté à cette époque aurait constaté à plusieurs reprises l'existence d'une grande quantité de liquide dans la cavité articulaire. La peau était blanche, luisante; la seule rougeur qui y parut était celle que déterminait l'application prolongée de cataplasme. Aucune douleur spontanée ou provoquée, soit par la pression exercée sur les parties gonflées, soit par les mouvements imprimés au membre.

Les choses restèrent dans le même état pendant environ un mois, après quoi, il se produisit de l'amendement. Le membre était devenu moins volumineux; la malade crut, un jour, pouvoir essayer de se lever et de marcher; mais après quelques pas faits dans la chambre, le membre inférieur droit fléchit sous elle tout à coup; un craquement se fit entendre dans l'articulation du genou, et L... tomba lourdement sur le sol, en poussant un cri. Elle crut qu'elle avait la jambe cassée; il lui fut impossible de se relever, et l'on dut la porter sur son lit.

Malgré cet accident, la tuméfaction continua à décroître et au bout de deux mois de séjour dans le lit, elle avait à peu près complétement disparu à la cuisse et à la jambe, seule l'articulation du genou était restée volumineuse, et était le siége de craquements aux moindres mouvements.

En mars 1866, la malade put commencer à se lever; mais en raison de la grande mobilité de l'articulation du genou, elle ne pouvait se tenir debout et marcher, tant bien que mal, que lorsque cette jointure était maintenue par un bandage fortement serré. Elle entra à l'hôpital de la Pitié, où elle obtint un certificat d'affection incurable, et fut admise par suite à la Salpêtrière.

État actuel, février 1867 :

La malade est habituellement confinée au lit depuis plusieurs mois; elle présente, d'ailleurs, les apparences d'une bonne santé. Elle a de l'embonpoint; les membres inférieurs ne sont nullement amaigris; le genou droit est volumineux; la rotule est très-mobile; les ligaments articulaires sont évidemment relâchés. Il n'existe pas de liquide dans la jointure. L'axe de la jambe est incliné en dedans, et forme avec la cuisse un angle obtus, dont l'ouverture tend à se rétrécir dans la station verticale, sous l'influence du poids du corps, et même dans le décubitus dorsal, lorsqu'on imprime à la jambe un mouvement qui la porte de dehors en dedans. Quand on fait subir à l'articulation du genou des mouvements successifs d'extension et de flexion, on perçoit des craquements assez intenses, tout à fait comparables à ceux qui se produisent dans l'arthrite sèche.

L'extrémité inférieure de la cuisse et le tiers supérieur de la jambe sont un peu empâtés; mais les parties tuméfiées sont dures, résistantes, sans trace d'œdème, sans rougeur. D'ailleurs, pas de douleurs à la pression, non plus que par les mouvements spontanés ou provoqués. Il n'existe d'autre douleur dans le membre inférieur droit que les douleurs fulgurentes qui, aujourd'hui encore, se reproduisent par accès, à la vérité, bien moins fréquemment qu'autrefois.

Les symptômes d'ataxie locomotrice sont très-prononcés.

Observation X (quatrième de M. Charcot). — *Ataxie locomotrice progressive : arthropathie du genou gauche.*

M. B..., âgé de 45 ans, avoué, est atteint d'une ataxie locomotrice progressive bien caractérisée, dont les premiers débuts remontent à sept années au moins, c'est-à-dire vers 1860.

Vers le milieu du mois de juillet 1866, M. B... fut étonné, un soir, en se déshabillant pour se coucher, de trouver sa jambe et son genou gauches remarquablement enflés. Ces parties n'avaient été pendant la journée le siége d'aucune sensation pénible. La tuméfaction commençait au niveau du tiers inférieur de la jambe; elle remontait jusqu'au genou, où elle était surtout prononcée; elle s'étendait même jusqu'à la partie inférieure de la cuisse. La peau avait conservé sa couleur naturelle; elle était lisse et luisante; les parties gonflées n'étaient nullement douloureuses à la pression; elles présentaient une consistance dure, et M. B... assure qu'elles ne conservaient pas l'impression du doigt. Le malade dormit cette nuit-là comme d'habitude. Le lendemain, au réveil, la tuméfaction avait gagné la partie inférieure de la jambe. Cependant, il n'existait aucune douleur, et M. B... put se lever et se livrer même à ses occupations habituelles, sans autre inconvénient qu'un peu de gêne dans la marche. Au bout de huit jours, l'enflure avait considérablement diminué; mais, à cette époque, elle reparut tout à coup, sans cause appréciable, occupant cette fois presque exclusivement le genou. Un chirurgien éminent fut alors consulté, et déclara qu'il existait du liquide dans la jointure; il prescrivit l'application d'un vésicatoire volant. Au bout de quinze jours, la tuméfaction avait presque complétement disparu, et le genou étant légèrement comprimé à l'aide d'un bandage, le malade pouvait marcher sans gêne appréciable. L'articulation affectée reprit bientôt sa forme et son volume naturels. Aujourd'hui, elle ne diffère en rien du genou droit; seulement on y remarque peut-être un peu de relâchement des ligaments, et, au dire du malade, il s'y produit quelquefois, dans les mouvements brusques, des craquements assez prononcés.

Observation XI (1). — *Ataxie locomotrice progressive : arthropathie du genou gauche.*

G... (Célestine), veuve T..., âgée de 42 ans, est admise dans le service de clinique médicale de M. le professeur Béhier, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Charles, n° 36, le 3 septembre 1867.

Cette femme, qui entre à l'hôpital pour une ataxie locomotrice confirmée, n'avait ressenti jusqu'à l'âge de 36 ans aucune sensation anormale, aucun trouble de la vue. A cette époque, elle fut prise tout à coup, au commencement de l'été, de douleurs violentes, lancinantes, qui, partant des mollets, s'étendaient jusqu'au bout des orteils. Elle resta alitée un seul jour, et le lendemain les douleurs avaient cessé.

Dix-huit mois après le premier accès douloureux, elle fut prise, au commencement de l'hiver, de nouveaux élancements qui avaient le même siége et les mêmes caractères que ceux de la première crise.

En même temps que les douleurs se développaient, la faiblesse augmentait, les chutes devenaient plus fréquentes; de plus, la marche était gênée; la malade lançait ses jambes, ses mouvements devenaient irréguliers; à chaque instant, elle avait peur de tomber, et les tremblements que la fatigue déterminait auparavant, survenaient avec plus d'intensité après un moindre exercice. Elle tombait très-fréquemment quand elle était dans l'obscurité.

Cet état se modifia peu pendant cinq ans, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 41 ans.

A cette époque, un matin, sans cause appréciable, la malade ressent un craquement dans le genou gauche; elle sort, se rend au marché; mais en revenant, elle souffre dans l'articulation fémoro-tibiale gauche. Arrivée chez elle, elle trouve son genou très-gros et rouge. Un médecin appelé immédiatement fait appliquer des sangsues. Le lendemain, la malade se lève; mais le genou, quoique moins rouge, est encore douloureux, et le gonflement s'est étendu à la jambe et au pied. Ce gonflement de la partie inférieure du membre ne s'accompagne ni de douleur ni de rougeur. Cette tuméfaction de la jambe dura seulement quelques jours; mais la douleur persista dans le genou pendant un mois et demi; et cette jointure, à partir de ce moment, a toujours été un peu plus grosse qu'à l'état normal et a toujours fait ressentir à la malade des craquemens pendant les mouvements.

Nous avons maintenant dressé le catalogue complet de tous les faits de ce genre que possède la science. Nul doute que d'autres matériaux ne viennent bientôt se joindre à ceux que nous avons rassemblés ici. Mais, dès à présent, nous possédons les éléments d'une description méthodique et régulière de l'arthropathie des ataxiques, telle que nous la connaissons aujourd'hui. Si des faits plus nombreux, si des observations plus complètes doivent modifier plus tard nos idées sur quelques points de détail, il n'en est pas moins vrai que la physionomie générale de l'affection est déjà nettement caractérisée, et qu'on peut en esquisser les principaux caractères. C'est ce que nous allons maintenant essayer de faire.

(Sera continué.)

(1) Cette observation, recueillie par M. le Dr Bouchard, a été publiée dans la thèse de M. le docteur Paul Dubois (Études sur quelques points de l'ataxie locomotrice progressive. — Paris, 1868.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 10 novembre 1868. — Présidence de M. Ricord.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

1° Un rapport final, de M. le docteur Roux, sur une épidémie de variole dans la commune de Michel-le-Clouq;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Meuse pendant l'année 1867 (com. des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Jaccoud, qui adresse, au nom de M. le professeur Barboza et à l'appui de sa candidature de membre correspondant, la liste de ses travaux;

2° La relation de plusieurs cas d'empoisonnement, par le datura stramonium, observés et recueillis par M. le docteur de Chaux, de Montluçon (comm. M. Gobley et Roger);

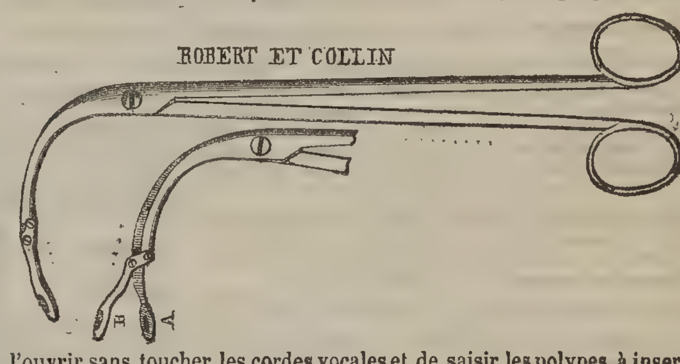
3° MM. Robert et Collin présentent à l'Académie une nouvelle pince à polypes du larynx, construite sur les indications de M. Cusco.

Des deux branches de cette pince, l'une présente un double levier renversé et est mobile sur l'autre branche restant fixe.

Les avantages de cet instrument sont :

1° *Sa précision.* La branche fixe guide l'œil et la main; aux deux temps de l'opération, introduction laryngée, préhension du polype;

2° *La direction antero-postérieure de son action*; ce qui permet de



l'ouvrir sans toucher les cordes vocales et de saisir les polypes à insertion antérieure ou latérale;

3° *Sa force* exprimée par le rapport 7-1 de la puissance à la résistance.

A, mors correspondant à la branche fixe tenue par la main;

B, mors correspondant à la branche mobile tenue par le pouce.

— M. Hérard présente, de la part de M. Raoul Leroy, un volume intitulé : *Anémies des grandes villes et des gens du monde.*

M. Larrey dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Pingaud sur une épidémie de typhus d'un régiment en garnison à Pau. L'auteur a etudié cette épidémie avec d'autant plus d'intérêt qu'il s'agissait de la forme appelée irrégulière de la maladie; celle qui simule les fièvres paludéennes et que l'on s'accorde à considérer comme dues à l'association des miasmes palustres aux miasmes typhiques.

L'auteur, s'appuyant sur un certain nombre d'observations prises avec la plus scrupuleuse exactitude et le thermomètre à la main, établit qu'outre les formes abdominales et exantématiques du typhus, il en faut admettre une troisième qu'il appelle impaludiforme et dans laquelle se rangent les variétés décrites sous les noms de fièvres rémittentes typhiques, typhus irrégulier, typhus à rechutes, variétés qui toutes peuvent se résumer dans les types rémittents et récurrents.

L'auteur, se basant sur les conditions dans lesquelles se développe le typhus impaludiforme, rejette, d'une manière générale, l'idée de l'immixtion d'un élément palustre dans la plupart des épidémies du typhus irrégulier qu'on a décrites, et croit que le seul fait de conditions hygrométriques exceptionnelles de l'atmosphère s'ajoutant aux conditions ordinaires d'habitation dans lesquelles se développe le typhus épidémique, suffit à imprimer à la maladie un caractère en quelque sorte paludéen et qui de fait résulte d'un état voisin de l'impaludisme, comme le disait Félix Jacquot.

Des courbes météorologiques dressées pendant toute la durée de l'épidémie qu'il a observée viennent à l'appui des propositions qu'il avance.

Ce mémoire contient aussi un compte rendu historique et statistique de l'épidémie, ainsi qu'un aperçu étiologique destiné à mettre en relief les conditions qui ont présidé au développement de l'épidémie. Enfin, les conclusions ont pour objet les améliorations apportées au casernement de la troupe de Pau, pour la mettre désormais à l'abri d'une nouvelle atteinte du typhus.

LECTURE.

Action thérapeutique du veratrum viride.

M. Oulmont, candidat pour la section de thérapeutique, lit un mémoire intitulé : *Du veratrum viride considéré comme agent thérapeutique.*

Après avoir exposé l'année dernière, à l'Académie, ses recherches sur l'action physiologique du veratrum viride, M. Oulmont a voulu compléter son travail en étudiant ce médicament au point de vue clinique et thérapeutique, et c'est cette étude qui fait l'objet de ce nouveau mémoire.

Le veratrum viride est employé par M. Oulmont à létat d'extrait résineux dont il fait faire des granules contenant chacun un centigramme d'extrait. Ces granules sont donnés aux malades à la dose de un granule toutes les heures, jusqu'à la production du vomissement qui survient habituellement après le troisième et quelquefois seulement après le septième ou huitième granule. Il est nécessaire que le médicament ne soit donné ni à des intervalles trop rapprochés ni à des distances trop éloignées, parce qu'il a une action fugace et que ses effets ne sont pas cumulatifs. M. Oulmont a trouvé que la dis-

tance de une heure entre l'administration de chaque granule était suffisante pour obtenir l'effet désiré.

Connaissant l'action élective que le veratrum viride exerce sur les phénomènes fébriles, M. Oulmont a administré ce médicament à des malades atteints de pneumonie aiguë, de rhumatisme articulaire aigu, de pleurésie et de fièvre typhoïde.

Les premiers phénomènes qui se produisent après l'administration du médicament sont : le *vomissement* qui survient habituellement après la prise du troisième au quatrième granule, puis bientôt le *pouls* tombe de 20 à 50 pulsations et la température baisse également, mais à un moindre degré. Au bout de quelques heures, le pouls se relève. Mais, le lendemain, après l'administration d'une deuxième dose de trois ou quatre granules de veratrum viride, il baisse de nouveau de 15 à 40 pulsations, pour se relever encore et reprendre le troisième jour, après la troisième dose de veratrum, le type normal, la défervescence devient complète. Cette marche s'observe dans les pneumonies aiguës, à caractère franchement inflammatoire, et M. Oulmont en a vu ainsi guérir après une durée moyenne de 5 jours et demi. L'action du médicament est bien moins accentuée dans les pneumonies compliquées. Du reste, dans les pneumonies, en même temps que la fièvre tombe, l'état se maintient stationnaire. Seulement, il reste circonscrit dans ses limites et marche rapidement vers la résolution. La persistance de l'état local n'empêche pas la convalescence de s'établir et de suivre son cours régulier.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, l'action du veratrum viride est bien moins satisfaisante que dans la pneumonie. La fièvre tombe, le pouls et la température baissent; mais il est rare que le rhumatisme soit brusquement arrêté dans sa marche. Le plus ordinairement, la fièvre, après avoir été déprimée, reparaît et la maladie articulaire suit son cours régulier.

Dans la pleurésie, M. Oulmont n'a jamais constaté qu'une défervescence passagère, et le médicament n'a paru exercer aucune action sur l'épanchement.

L'emploi du veratrum viride à la dose thérapeutique n'est pas toujours exempte d'accidents. M. Oulmont a observé quelquefois le *collapsus* à la suite d'une administration inopportune ou de doses trop fortes de veratrum viride. Il a vu également survenir assez souvent un hoquet.

M. Oulmont termine son mémoire en constatant, d'après ses observations propres et d'après celles des médecins qui ont employé le veratrum viride, que les pneumonies traitées par ce médicament ont une durée moindre que par les autres méthodes de traitement. Il note son action abortive dans certains cas traités au début et a trouvé que la durée moyenne de la pneumonie aiguë, traitée par le veratrum viride, était de six jours trois quarts, tandis qu'elle est de neuf jours un quart dans la même inflammation traitée par la méthode expectante (diète).

La mortalité de la pneumonie paraît également diminuer par le traitement par le veratrum viride. M. Oulmont rapporte un tableau statistique fort intéressant emprunté au travail de M. Kocter, de Berne.

Dans la pneumonie traitée par le veratrum viride la mortalité est de	8.3	p. 100
Par la méthode expectante	13.5	—
Par les antiphlogistiques	20.4	—
Par le tartre stibié	20.7	—

RAPPORT.

Epidémies.

M. Briquet, au nom de la Commission des épidémies, donne lecture du rapport annuel sur les maladies épidémiques qui ont régné en France pendant l'année 1867. M. Briquet lit quelques extraits seulement de ce rapport, et notamment le passage relatif aux épidémies de variole.

Après quelques observations échangées entre M. Depaul et M. le rapporteur au sujet d'un point relatif aux épidémies de variole, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions du rapport, consistant en propositions de médailles et autres récompenses à décerner aux auteurs des meilleurs rapports.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Sandras commencera son cours public sur les maladies nerveuses le jeudi 12 novembre, à 3 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'école pratique et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Reliquet commencera son cours sur les *Maladies et Opérations des voies urinaires* le lundi 16 novembre, à 7 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'école pratique et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Galezowski commencera un cours public sur les maladies des yeux et l'ophthalmoscopie le mardi 17 novembre, à 8 heures du soir, à l'école pratique de la Faculté, amphithéâtre n° 3, et le continuera tous les mardis à la même heure.

Ce cour comprendra : 1° différentes méthodes d'examiner les yeux: ophtalmoscopie, chromatoscopie, etc.; — 2° altérations du nerf optique dans les maladies cérébrales; — 3° choroïdites atrophiques, glaucomateuses, ophthalmie sympathique, etc.; — 4° altérations de la rétine et de la choroïde dans l'albuminurie, la glucosurie, la syphilis, etc.

Chaque séance sera suivie d'une démonstration ophthalmoscopique. Conférences cliniques tous les jours à midi, 26, rue Dauphine.

De l'angine couenneuse et du croup considérés au point de vue du diagnostic et du traitement, par le docteur Coulon, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'École de médecine d'Amiens. 2e édition revue et augmentée. Un vol. in-8, de 104 pages. Prix : 2 fr. — Paris. F. Savy.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 133. — SAMEDI 14 NOVEMBRE 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 14 NOVEMBRE 1868. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 13 novembre 1868.

LES ANGINES

Angine rhumatismale

Voici une œuvre de clinique que, par son titre aussi bien que par le nom de son auteur, M. le professeur Lasègue (1), nous classions déjà, dans notre pensée, dans un rang, sinon à part, du moins distinct des publications qui ont le privilége de fixer aujourd'hui l'attention; lorsqu'en parcourant les premières pages de l'introduction, nous y avons trouvé, formulée par l'auteur lui-même, une caractéristique si juste et si complète de son œuvre, et si conforme à l'idée que nous nous en faisions *à priori*, que nous n'avons cru pouvoir mieux faire que de la transcrire ici au lieu et place de ce que nous aurions pu dire.

« Ce livre n'a rien emprunté à ce qu'on est convenu d'appeler l'esprit de la médecine moderne; fondé sur l'observation des malades, il entre de plain-pied dans la pratique, sans avoir eu à franchir les hauteurs d'une théorie.

« Aucun homme, mêlé de près ou de loin au mouvement scientifique, n'a le droit de méconnaître la grandeur des progrès accomplis de notre temps; mais à côté, sinon au-dessus des méthodes expérimentales, l'observation clinique garde une place qu'on pourra lui contester, qu'on ne lui ravira jamais. Insuffisante dans toutes les maladies qui aboutissent à des productions adventices ou qui se terminent fatalement par la mort, l'observation du malade est la seule méthode qui s'applique aux affections curables, destinées à disparaître sans laisser après elles des matériaux d'étude. »

En entreprenant l'histoire des angines, c'est donc une œuvre d'observation clinique pure que vient de faire M. Lasègue. Nous n'allons pas essayer de faire ici une analyse de cet ouvrage, ce ne serait d'ailleurs pas la place d'un pareil travail, mais nous allons emprunter au livre de M. Lasègue l'exposé de l'une des nombreuses monographies des diverses sortes d'angines qu'il renferme, celle de l'angine rhumatismale.

Existe-t-il un groupe de symptômes qu'on doive ranger sous le nom d'angine rhumatismale, à titre d'espèce distincte? Telle est la première question que se pose M. Lasègue et qu'il résout affirmativement.

Ceci convenu et admis, voici l'esquisse qu'il trace de cette affection.

Forme aiguë. — M. Lasègue n'a jamais vu l'angine apparaître dans le cours de la maladie rhumatismale; pour lui, elle appartient, toutes les fois qu'elle se montre, à la période prodromique ou mieux à la période d'incubation, et c'est elle qui constitue la première manifestation. « Le malade, dit-il, qui n'éprouve ni douleur, ni gêne articulaire, est pris d'un malaise fébrile qui ne dépasse pas en proportion ce qu'on observe dans les autres angines d'une certaine acuité. Dès les premières vingt-quatre heures, le plus souvent au réveil, il se plaint de ce que les mouvements du voile du palais sont douloureux. On constate une rougeur diffuse avec plus ou moins d'œdème de la luette, rougeur qui occupe les piliers et les amygdales. Si le malade a traversé quelques angines d'une autre nature, il distingue lui-même les souffrances actuelles de celles qu'il avait déjà ressenties. La rougeur devient de plus en plus intense sans que la fièvre s'accroisse; la déglutition est difficile sans être impossible; l'introduction dans l'arrière-gorge de liquides irritants est très-mal supportée, et le malade se refuse à employer les gargarismes astringents que beaucoup de médecins prescrivent indistinctement à tous les angineux; au contraire, les boissons mucilagineuses lui sont agréables et tempèrent la sensation d'âpreté et de sécheresse douloureuse qu'il éprouve.

« A l'inspection des parties, la première impression est qu'il s'agit d'un érysipèle moyennement intense, avec cette différence, qu'une assez longue habitude permet seule de reconnaître, que la rougeur est moins limitée et qu'elle va se perdant par nuances insensibles sur la voûte palatine. L'ensemble des symptômes généraux est plus décisif : la fièvre est d'intensité moyenne; il n'existe ni violent frisson au début, ni nausées, ni troubles gastriques.

« Les ganglions sous-maxillaires sont ou non affectés; l'affection s'immobilise ou tend à se propager en se portant sur des points inaccessibles à la vue, et en accusant sa présence par des troubles fonctionnels ou par des douleurs : coryza sec, douleurs d'oreilles, etc.

« La langue sale, un peu sèche le premier jour, se dépouille assez rapidement. Au bout de quatre à huit jours, rarement plus tard, la fièvre s'abaisse, les sensations incommodes se dissipent peu à peu; il reste cette forme de convalescence propre aux angines fébriles et qui n'apporte pas avec elle le bien-être et l'appétit.

« Plusieurs jours s'écoulent avant que le rhumatisme articulaire se déclare, et le malade semble en voie de guérison quand il accuse la première apparition d'une douleur articulaire. »

Chez une jeune fille de 14 ans, qui a présenté une angine des plus caractérisées, le rhumatisme débute dix jours après le début de l'angine et trois jours après la guérison apparente.

Une jeune femme de 29 ans, sujette à des affections éruptives de l'arrière-gorge et ayant eu, à l'âge de 13 ans, un rhumatisme articulaire d'une grande acuité, est prise d'une angine avec fièvre modérée, mais qui revêt la forme érysipélateuse et acquiert très-rapidement une intensité extrême. Au bout de quelques jours, l'angine décroît et va s'améliorant graduellement. La malade paraissait en voie de guérison, lorsque survient une légère douleur dans les articulations de l'index et du médius de la main droite, bientôt suivie de douleur dans le poignet avec fièvre, en un mot un rhumatisme articulaire aigu franc, auquel le cœur lui-même prend part, et qui ne se dissipe, après une durée de trois semaines, qu'en laissant à sa suite des douleurs erratiques, passagères, pendant plusieurs mois.

Dans un troisième fait, il s'agit d'un médecin qui, donnant depuis quelques jours des soins à un malade atteint d'un érysipèle généralisé et de la forme la plus grave, se sent pris de lassitude et d'un malaise indéfini durant deux ou trois jours; un soir, il se couche avec de la fièvre, de la courbature, de la céphalalgie, de la soif et une profonde répugnance pour les aliments. Le lendemain matin, après une nuit agitée et anxieuse, il se plaint de sensations douloureuses à la gorge avec difficulté dans la déglutition; l'arrière-gorge est rouge, la luette œdémateuse, le pilier antérieur droit est le siége d'un érythème évident. Les jours suivants, la rougeur va s'étendant, envahissant le voile du palais, la luette et les piliers des deux côtés; la sensation de sécheresse et de douleur dans la déglutition est plus marquée. Les choses restent ainsi pendant huit jours sans changement appréciable. Après ce laps de temps, la rougeur diminue, tous les autres symptômes locaux et généraux s'amendent, et peu à peu les forces se rétablissent, sans cependant que la convalescence s'établisse d'une manière franche.

Le seizième jour, à dater du début, la fièvre revient; la rougeur de la gorge reparaît, et cette fois avec extension au pharynx; il survient du coryza, avec du larmoiement et des douleurs gravatives ou lancinantes des sinus qui troublent le sommeil; même malaise général qu'au début.

Deux jours plus tard, une vive souffrance se déclare à l'articulation coraco-humérale du côté droit. Bientôt après, de nouvelles douleurs envahissent les articulations des côtes avec le sternum, quelques-unes des articulations des doigts et deux articulations des vertèbres cervicales.

Ces faits, dit M. Lasègue, répondent à deux types :

Dans la première catégorie, l'angine est pour ainsi dire adéquate au rhumatisme, et les deux modes d'expression de la maladie, qu'elle porte sur la gorge ou sur les jointures, ont une intensité presque égale.

Dans la deuxième catégorie, l'angine est tellement prédominante que le rhumatisme articulaire semble venir comme un appoint qui justifie le diagnostic.

Enfin M. Lasègue admet une troisième classe où, par un rapport tout inverse, une angine insignifiante devance un rhumatisme grave. C'est là, suivant lui, le cas le plus commun.

Voici le résumé très-succinct d'un des exemples les plus remarquables de cette espèce qu'il ait observés.

Un homme de 49 ans entre à l'hôpital Necker, se plaignant d'une courbature qu'il rapporte à une irritation vive de la gorge, accompagnée de gêne de la déglutition. La gorge est d'un rouge pourpré; pas d'éruption coïncidente; la rougeur qui occupe les deux piliers droits, remontant en avant jusqu'auprès du bord libre du voile du palais, sans limites bien accusées, n'est ni plus ardente, ni plus foncée que dans beaucoup d'angines inflammatoires, mais elle n'est pas diffuse.

Le lendemain, rougeur plus intense et gonflement de l'isthme du gosier; hypertrophie considérable de l'amygdale droite cernée par les piliers du voile du palais, tous deux gonflés et œdématiés. La fièvre est peu intense. Le soir, il survient un gonflement peu considérable des deux genoux (léger épanchement), sans rougeur et avec une douleur modérée.

Les jours suivants, l'angine diminue de plus en plus, tandis que le rhumatisme articulaire gagne en étendue et en intensité : les deux genoux présentent une rougeur diffuse et sont douloureux; les articulations des cous-de-pied, des coudes et des poignets se prennent, elles sont rouges, gonflées et douloureuses.

Quelques jours après, la maladie rhumatismale semblait en voie de résolution, les jointures étaient complétement dégagées et les mouvements étaient redevenus libres; il ne restait plus qu'un peu de malaise et quelques douleurs vagues dans les jointures, sans rougeur ni gonflement, lorsque le malade est pris tout d'un coup d'une vive douleur sur le trajet des deux nerfs sciatiques, avec fièvre vive.

Enfin, après diverses alternatives d'accroissement et de diminution, d'amendement et de rechutes, la maladie ne s'est terminée que par une lente amélioration et après un assez long laps de temps.

Symptômes. — Bien qu'on pût dire, à la rigueur, que l'angine n'a pas d'existence propre, et qu'elle n'ait droit en quelque sorte à la distinction dont elle est ici l'objet que comme accompagnement ou plutôt comme prodrome du rhumatisme articulaire, il n'importait pas moins pour cela de chercher les caractères et les lignes qui pourraient la faire distinguer à priori des autres formes d'angine. C'est ce qu'a cherché à faire M. Lasègue.

Voici quels sont les symptômes principaux qu'il assigne à l'angine rhumatismale.

La rougeur de l'arrière-gorge, plus ou moins étendue, le gonflement œdémateux des piliers, de la luette ou du voile du palais se rencontrent également dans diverses espèces, mais c'est surtout avec l'angine érysipélateuse que l'angine rhumatismale peut être confondue.

La fièvre débute avec l'angine, si même, et c'est le plus ordinaire, elle ne la devance pas. L'accroissement ne se fait pas graduellement, comme dans le simple érythème catarrhal, mais l'invasion est subite, et dès le premier jour, on sent qu'il s'agit non plus d'une indisposition, mais d'une maladie.

S'il existe une période prodromique, elle n'a pas de localisation et n'est caractérisée que par les symptômes généraux.

Une fois déclarée, l'angine reste fébrile, mais l'état général n'a rien qui le différencie de celui qui accompagne les autres affections inflammatoires.

Les parties affectées le sont comme la peau qui revêt les articulations où siége le rhumatisme vraiment aigu : rougeur vive dans un point, décroissant graduellement du centre à la circonférence; gonflement œdémateux sous-jacent à la rougeur ou s'étendant au delà; douleur supportable pendant le repos, s'exagérant par le mouvement ou par la pression.

La rougeur occupe une plus ou moins grande étendue, elle s'efface sous la pression du doigt. La rougeur œdémateuse se déplace sans brusques migrations; elle passe insensiblement d'un côté à l'autre. Elle peut s'étendre aux amygdales, mais ce n'est pas par les amygdales qu'elle débute. Ce fait suffit, dans certains cas, pour assurer le diagnostic différentiel. L'inflammation n'a pas davantage son point de départ au pharynx, mais elle peut s'y propager dans sa marche successivement envahissante. Elle peut enfin s'étendre aux trompes d'Eustache et de là à l'oreille moyenne sans avoir siégé sur le plancher du pharynx.

L'angine rhumatismale, suivant M. Lasègue, n'est rien moins qu'un rare antécédent du rhumatisme; plus on s'habitue à l'observer, dit-il, plus on la constate fréquemment. Elle existe plus ou moins intense dans la majorité des cas, soit durant les jours qui précèdent l'invasion de la maladie articulaire, soit lors de ses premières manifestations. Sa fréquence, son apparition hâtive et vraiment prémonitoire, sont, à ses yeux, ce qui donne à l'angine rhumatismale aiguë une signification incontestable, en ce qu'elle permet au médecin de prévoir l'invasion d'un rhumatisme à une période où nul autre phénomène ne pourrait en faire supposer l'imminence.

L'angine rhumatismale, dans les limites où M. Lasègue l'a circonscrite, est exempte de danger; elle guérit d'elle-même et s'épuise dans un court espace de temps. Sa durée, qui dépend

(1) *Traité des Angines*, par le docteur Ch. Lasègue, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8. Paris, 1868, chez P. Asselin, place de l'Ecole-de-Médecine.

d'ailleurs un peu de son intensité et beaucoup de son étendue, n'excède guère une huitaine de jours.

Traitement. — Le traitement doit être à la fois local et général. Localement, M. Lasègue veut qu'on s'abstienne des topiques astringents et des caustiques même dilués, dont on abuse, suivant lui, dans la thérapeutique des maux de gorge. Il considère comme seuls indiqués les gargarismes émollients, bien qu'ils ne procurent qu'un soulagement passager. Les formules les plus simples, dit-il, conviennent à cette demi-expectation, à la condition que les liquides employés soient mucilagineux et d'une température moyenne. M. Lasègue condamne comme inutiles et sans effet les applications calmantes ou irritantes sur le devant du cou, que l'on pratique dans l'espoir d'une dérivation ou d'une action antiphlogistique à distance.

La médication générale doit être celle des affections aiguës qui ne réclament pas de remèdes spéciaux : laxatifs légers, boissons, alimentation liquide et réduite à de très-minimes proportions.

Ce traitement n'est guère, en dernière analyse, que de l'expectation. M. Lasègue s'est demandé s'il n'y aurait pas à profiter de l'avertissement que donne l'angine rhumatismale pour entamer d'emblée la médication qu'on appliquerait au rhumatisme articulaire une fois déclaré. Malgré la conviction où il était qu'il n'existe pas de méthode abortive du rhumatisme, il a essayé dans quelques cas l'administration du sulfate de quinine, et il lui a paru que les malades n'en avaient retiré aucun effet utile. Mais s'il n'oppose qu'une médication peu active à l'angine rhumatismale, M. Lasègue, en revanche, insiste sur les précautions à prendre pendant la période de convalescence apparente ou de pseudo-convalescence qui sépare les deux stades de la maladie, l'angine et le rhumatisme. « Ce qu'on avait pris pour la guérison confirmée, dit-il, n'était qu'un temps d'arrêt, une sorte de recueillement de la maladie avant qu'elle revêtit une nouvelle forme, et il n'est pas impossible qu'une mauvaise direction influe sur le degré du rhumatisme déjà imminent. On ne saurait tenir trop compte des dispositions que le malade accuse. L'exposition au froid est surtout très-préjudiciable. Je ne me suis jamais loué d'avoir précipité la sortie des malades, et je n'ai jamais regretté un excès de sollicitude. »

Existe-t-il des angines rhumatismales chroniques? S'il en existe, les exemples en sont tellement rares ou difficiles à déterminer, que M. Lasègue déclare que, pour sa part, il ne saurait mettre à contribution son expérience. S'il est permis à l'auteur de cet article d'invoquer aussi sa propre expérience, bien qu'étant à même de voir tous les ans un assez grand nombre de malades atteints d'angines chroniques, il n'a pu jusqu'ici reconnaître à aucun caractère particulier une angine spéciale de nature rhumatismale. Cependant, tout en contestant l'existence de l'angine rhumatismale chronique, M. Lasègue accorde que certains rhumatisants ont une disposition exceptionnelle à contracter des maux de gorge subaigus; que beaucoup sont sujets à une irritation persistante de l'arrière-gorge; que, par conséquent, la constitution rhumatismale favorise le développement de certaines affections angineuses.

Serait-on mieux fondé à admettre une angine rhumatismale sans rhumatisme, c'est-à-dire une angine aiguë qui constitue à elle seule la maladie rhumatismale ou qui en soit la localisation unique? M. Lasègue est disposé, pour sa part, à l'admettre, d'abord en se fondant sur l'identité des caractères, de l'ensemble symptomatique et de la marche de l'affection, dans les cas où elle n'est que prodromique d'une arthrite rhumatismale et dans les cas où elle ne doit pas être suivie, ou ne l'être, du moins, qu'à un long terme, de l'affection articulaire. Ces caractères sont, nous le rappelons sommairement, la rougeur diffuse avec la difficulté de déglutition et la sensation particulière de douleur, l'état fébrile modéré avec état saburral de la langue qui en marque habituellement l'invasion, et enfin cette circonstance particulière dans la marche de cette angine, qu'elle ne descend jamais du pharynx dans le larynx et de là dans la trachée, comme les angines prodromiques du rhume ou de la grippe; mais qu'elle tend, au contraire, à remonter vers les fosses nasales. Le second motif sur lequel se fonde M. Lasègue pour admettre l'angine rhumatismale sans rhumatisme, est l'observation de quelques faits dans lesquels l'explosion éloignée ou tardive d'un rhumatisme articulaire est venue confirmer le diagnostic qu'il avait établi sur les données que nous venons d'exposer.

Nous avons déclaré, en commençant cet article, que nous ne faisions pas une analyse, mais un simple exposé, à titre de spécimen, de celui des chapitres du livre de M. Lasègue, qui nous a paru, au premier coup d'œil, présenter un intérêt plus particulier. C'est là une des manières de faire que nous affectionnons, pensant ainsi être plus utile à nos lecteurs. Que ceci soit dit en passant, pour atténuer, en ce qui nous concerne, la portée d'un reproche que nous avons plusieurs fois entendu formuler à l'adresse de la presse médicale en général. M. Lasègue, notamment, dont le talent comme critique n'est pas au-dessous de son mérite d'observateur, dit quelque part, en mettant, il est vrai, ces paroles sur le compte d'autrui : « La critique scientifique est bien près de mourir, si elle n'est déjà morte. » Outre que la critique n'est déjà pas si aisée que veut bien le dire certain législateur du Parnasse, reste à savoir quand, comment et dans quelles limites elle est vraiment utile. En présence d'une œuvre de pure observation, alors que la compétence et la bonne foi de l'observateur ne peuvent pas plus l'une que l'autre être mises en doute, et qu'il est loisible à chacun de vérifier ou de contrôler les faits par l'observation de faits semblables, une simple exposition qui place sous les yeux du lecteur les éléments du sujet étudié et qui énonce les résultats acquis, n'est-elle pas le plus souvent suffisante et n'atteint-elle pas le but principal que se propose la presse médicale? C'est là, en particulier, ce que nous avons jugé le plus convenable au sujet du livre de M. Lasègue.

Dr Brochin.

HOPITAL DE BATNA. — M. Renard.

FIÈVRE PUERPÉRALE SPORADIQUE.

Mort le neuvième jour, à l'autopsie, kyste hydatique du foie, aucun signe de péritonite.

La femme Anna C..., née dans le duché de Darmstadt, âgée de 36 ans, blonde, d'une constitution forte, et ayant de l'embonpoint, entre à l'hôpital de Batna, province de Constantine, le 3 octobre 1865, pour y faire soigner son petit garçon. Cette femme a habité Bône pendant plusieurs années et y a contracté la fièvre à différentes reprises. Elle est enceinte de six mois, a perdu son mari au mois de juillet dernier, et la misère, autant que le désir de ne point se séparer de son enfant, l'engage à venir attendre à l'hôpital le moment de ses couches.

La salle dans laquelle elle est placée est au premier étage; elle est éclairée par deux croisées, n'est pas très-vaste, et contient sept lits qui ont été constamment occupés par des femmes arabes et des Européennes; on la chauffe, à partir du mois de novembre, avec un poêle en faïence.

Depuis plus de trois mois, aucune femme n'est venue y faire ses couches; dans l'hôpital, il n'existe aucune affection contagieuse grave, et en ville, on n'observe, non plus, aucun cas de fièvre puerpérale.

Pendant les trois mois qu'elle resta à l'hôpital avant d'accoucher, elle a toujours joui d'une santé excellente et d'un appétit très-robuste.

Le 24 décembre, à une heure de l'après-midi, on vint m'appeler à la hâte. L'accouchement s'opérait sans avoir été précédé de douleurs.

Effectivement, quand j'arrivai, tout était terminé, et je n'eus plus qu'à pratiquer la délivrance. Le placenta est très-volumineux, le cordon court et extrêmement gros. L'enfant est un petit garçon, fort et bien portant. Les choses se passèrent naturellement jusqu'au lendemain soir, où, sans cause connue, elle fut prise, tout à coup, d'un frisson très-violent, avec claquements de dents. Croyant que c'était le commencement de la fièvre de lait, elle ne s'en inquiéta nullement, et ne crut pas devoir me faire avertir.

Le 26, au matin, l'infirmière me rend compte que le frisson a été de longue durée et qu'elle a eu beaucoup de peine à réchauffer la malade. Insomnie pendant toute la nuit.

Actuellement la peau est très-chaude, le pouls fort, plein et très-fréquent. Soif vive, langue blanche, un peu sèche.

Le ventre est souple, non douloureux à la pression et n'est pas augmenté de volume. Pas de selles depuis l'accouchement.

La sécrétion urinaire se fait bien. Les mamelles ne sont point tuméfiées et les lochies ne sont point suspendues.

La matrice est revenue en partie sur elle-même; elle dépasse le bord supérieur du pubis d'un travers de doigt environ. On peut appuyer dans cette région sans déterminer de douleur.

Prescription : Deux verres d'eau de Sedlitz, qui amènent une selle très-copieuse, suivie de plusieurs autres. Infusion de tilleul, potion avec eau de fleurs d'oranger, cataplasmes sur le ventre.

Le 27, la fièvre continue, le pouls est toujours fort et très-fréquent. Soif vive, prostation des forces, commencement de découragement

Selles nombreuses pendant la nuit; ventre souple, ballonné à la partie inférieure, mais non douloureux.

Bien que ne trouvant aucun signe de métro-péritonite, je prescrivis deux frictions sur le ventre avec la pommade mercurielle, à la dose de 30 grammes par friction; potion avec 5 décigrammes de sulfate de quinine; limonade vineuse; potion, extrait de quinquina, 2 grammes.

Le 28, état typhoïde bien prononcé : langue sèche, rouge, luisante; soif vive, selles nombreuses et très-fétides. Physionomie altérée, grande prostration, indifférence complète. La parole est embarrassée et la malade se plaint d'un sentiment de gêne au-dessus de l'os hyoïde. Les seins sont mous et les lochies continuent à couler. Le pouls a perdu de sa plénitude, mais il est toujours très-fréquent. Ventre très-ballonné, sonore à la percussion. En percutant au-dessous des fausses côtes gauches, j'occasionne un peu de douleur et je produis une espèce de gargouillement (*frémissement hydatique*) dans un espace facile à limiter.

Toujours préoccupé de l'idée d'une métro-péritonite, je n'attache à ce symptôme, dont on verra plus tard la cause, qu'une importance médiocre, et mon attention se dirige surtout vers le bassin.

La percussion, bien plus que la palpation, rendue difficile par la tension des parois abdominales et la graisse qui les tapisse, m'indique la position de l'utérus qui déborde légèrement le pubis.

Prescription : Diète, bouillon, sulfate de quinine, potion de quinquina, limonade vineuse, frictions mercurielles et cataplasmes.

Le 29, l'état typhoïde est encore plus marqué qu'hier; yeux caves, face pâle, regard lourd, hébétés; réponses extrêmement difficiles.

Langue sèche, croûteuse; dents fuligineuses; peau sèche, brûlante; pouls petit et très-fréquent. Les lochies sont arrêtées et les mamelles ne sont point gonflées. Diarrhée incoercible et très-fétide.

En appuyant sur l'hypocondre gauche, je détermine toujours un peu de douleur; mais pas de frémissement hydatique comme auparavant. Même prescription que la veille; de plus, lavement laudanisé.

Le 30, aggravation de tous les symptômes. La malade lâche sous elle. Le ventre s'affaisse. Pas de fluctuation dans la cavité du péritoine, pas de gonflement de l'utérus.

Le 31, la malade s'affaiblit de plus en plus; le voile du palais et la face interne des joues sont tapissés de fausses membranes blanches, épaisses, qui reposent sur un fond rouge, saignant, et que j'extrais avec les doigts.

Le ventre est entièrement aplati. On reconnaît facilement le fond de l'utérus au niveau du bord supérieur du pubis.

La malade, que j'ai cherché à soutenir avec des bouillons et des tapiocas, refuse toute nourriture.

Le 1er et le 2 janvier, état désespéré; elle marche rapidement vers une terminaison fatale, et expire le 3 janvier sans avoir eu jamais de délire et ayant conservé son intelligence jusqu'au bout.

Autopsie vingt heures après la mort. — La peau est doublée d'une couche épaisse de graisse.

Les poumons sont sains et remplissent exactement la cavité thoracique.

Le péricarde ne contient point de sérosité.

Le cœur a son volume normal; il est recouvert d'une assez forte quantité de graisse.

Le foie est très-volumineux; il a sa couleur normale. Son tissu est fortement congestionné et s'écrase sous le doigt.

Le lobe gauche a entièrement disparu; il est converti en une énorme poche, susceptible de loger les deux poings. Cette poche a la forme d'un cœur dont la pointe appuie sur la petite courbure de l'estomac et dont la base adhère au côté gauche du diaphragme. Elle est dure, tendue, élastique, formée d'un tissu fibreux, blanc, très-résistant à la partie supérieure et qui va en s'amincissant vers la pointe, de telle sorte qu'une rupture était imminente. Elle est tapissée, intérieurement, par plusieurs feuillets stratifiés, mous, d'un jaune verdâtre, débris d'anciennes hydatides, et contient une certaine quantité d'un liquide de couleur citrine.

Au milieu de ce liquide, on trouve une énorme hydatide qui remplit exactement toute la cavité du kyste. Elle est formée d'une membrane d'enveloppe fine, jaune et lisse, extérieurement; blanche granuleuse et chagrinée, intérieurement. Elle renferme des centaines de petites hydatides, du volume d'un petit pois jusqu'à celui d'une noisette, qui nagent dans un liquide parfaitement limpide et qui roulent sur la table comme des globules de mercure. Elles sont formées, elles-mêmes, d'une membrane fine, transparente et d'un liquide également limpide, non coagulable par la chaleur.

A la partie interne de l'hydatide mère et lui adhérant d'une manière très-intime, on trouve quatre groupes isolés d'échinocoques, de la grosseur d'un pois, serrés les uns contre les autres et superposés.

Leur membrane d'enveloppe est d'un blanc mat.

La cavité abdominale ne contient la plus faible quantité de liquide, et ne présente aucune trace de fausses membranes, ni aucun signe d'inflammation. Les anses intestinales ne sont point adhérentes entre elles; celles qui plongent dans le petit bassin et recouvrent l'utérus, ont une couleur rosée.

La membrane muqueuse qui tapisse l'estomac et le duodénum, présente plusieurs plaques d'un rouge vif, pointillé, de nature véritablement inflammatoire. Le reste du tube digestif n'a point été examiné.

La rate est volumineuse et se réduit en bouillie.

Les reins sont également ramollis.

Examiné en place, le fond de l'utérus ne dépasse que d'un travers de doigt le bord supérieur du pubis. Extrait du petit bassin, il s'affaisse et semble ramolli.

Le col est entr'ouvert, j'y introduis le doigt avec la plus grande facilité.

Les deux lèvres du museau de tanche sont molles, flasques et couvertes de petites hydatides (*œufs de Naboth?*).

L'intérieur de la matrice renferme plusieurs caillots de sang noir.

Le point où s'insérait le placenta (plaie utéro-placentaire de M. Jules Guérin) est réduit au sixième environ de la surface elle-même du placenta qui était très-volumineux, je l'ai dit.

Je fais cette remarque pour bien faire voir qu'il y a eu rétraction, mais rétraction incomplète de l'utérus. Cette plaie, si l'on veut lui conserver ce nom, a un aspect grisâtre, comme gangréneux, mais n'exhale point l'odeur caractéristique de la gangrène.

Les tissus utérins ne contiennent point de pus.

Les feuillets du péritoine qui, par leur adossement, forment les ligaments larges, ne présentent aucun signe d'inflammation.

Les trompes ne sont point dilatées et ne contiennent point de pus.

Les ovaires ont une couleur d'un rouge vineux.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 14 octobre 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le Président fait connaître à la Société que madame Laborie lui a remis l'acte de donation, en vertu duquel elle a constitué à la Société de chirurgie une rente annuelle de douze cents francs.

M. le Président est chargé d'adresser à madame Laborie les remerciments de la Société.

M. Legouest rappelle à la Société de chirurgie que dans la séance du 29 novembre 1865, à propos d'une communication de M. Alphonse Guérin, il l'a entretenue d'un procédé opératoire relatif à la cure des polypes naso-pharyngiens. M. Legouest, se fondant sur ce fait que les polypes naso-pharyngiens sont une affection de l'adolescence, proposait de leur appliquer les extirpations successives sans opération préalable.

A cette époque, M. Legouest entretint la Société d'un jeune malade qui était traité d'après ces principes. Il y a eu, le 30 août, trois ans moins un mois que ce jeune homme a été opéré pour la dernière fois et le polype n'a pas repullulé. Dans une lettre datée du 30 août, ce malade a fait connaître à M. Legouest l'état de sa santé, qui serait parfaitement satisfaisante, si ce n'était l'apparition de temps en temps de quelques petites hémorragies et de quelques rougeurs du côté de l'œil. Ce malade réclame une restauration du nez.

M. Dolbeau. J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication de M. Legouest, mais je dois faire remarquer que l'observation qui avait été donnée par M. Legouest était incomplète.

M. Legouest. L'observation avait été complétée depuis dans le *Bulletin de la Société*.

RAPPORTS VERBAUX.

M. GIRALDÈS fait un rapport verbal sur un travail de M. Calvet, chirurgien de l'hôpital de Castres, relatif à un procédé de trachéotomie.

En résumé, dit M. Giraldès, M. Calvet propose un procédé dans lequel on fixerait la trachée avec le doigt médius et l'indicateur, et l'on abandonnerait l'usage du dilatateur trachéal.

M. le rapporteur fait remarquer que depuis longtemps l'on a proposé de fixer la trachée entre l'index et le médius.

Quant à l'abandon du dilatateur, il ne lui paraît pas pouvoir être admis. M. le rapporteur ne voit là qu'un très-mauvais conseil qu'il faudrait bien se garder de suivre.

M. Giraldès termine son rapport par les conclusions suivantes :

1° Adresser des remercîments à l'auteur.

2° Déposer son manuscrit aux Archives.

M. DOLBEAU. Je viens faire un rapport sur un travail adressé, il y a déjà longtemps, à la Société, par M. Chennevier, professeur de clinique et chirurgien de l'hôpital de Besançon.

Le travail de notre confrère avait été renvoyé à une Commission composée de MM. Follin, Foucher et Dolbeau; M. Follin avait été nommé rapporteur de cette Commission. Notre regretté collègue étant mort, le travail de M. Chennevier n'avait pas été l'objet d'un rapport, et aujourd'hui je viens remplir une mission qui ne m'avait pas été tout d'abord confiée.

L'observation de M. Chennevier est intitulée : *Luxation spontanée du cristallin*. Le malade était un homme âgé que ce chirurgien a pu observer pendant deux années consécutives. La luxation a eu lieu des deux côtés. Dans les deux cas, M. Chennevier a pratiqué l'extraction du cristallin; les deux fois il y a eu fonte purulente de l'œil et le malade est devenu aveugle.

Ce fait est intéressant, surtout parce que l'observateur a pu suivre les phases successives de la maladie.

L'observation est très-bien prise, seulement elle se termine par une proposition basée sur des hypothèses. M. Chennevier pense qu'il faut admettre deux catégories de luxation du cristallin : 1° la luxation de l'appareil cristallinien tout entier, capsule et cristallin; 2° la luxation du cristallin, la capsule conservant ses rapports normaux.

M. Chennevier dit avoir observé, chez son malade, une luxation du cristallin non accompagné de sa capsule. Il admet pour expliquer ce fait que la capsule peut devenir, dans certains cas, le siége d'une ulcération lisse, égale, et ne se manifestant par aucun phénomène extérieur appréciable.

Cette hypothèse demande une démonstration.

M. Dolbeau termine son rapport par les conclusions suivantes :

1° Publier dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* l'observation de M. Chennevier.

2° Inscrire M. Chennevier sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Observation de luxation spontanée du cristallin

M. CHENNEVIER. (*Voir notre numéro du 11 novembre dernier.*)

COMMUNICATION.

Coxalgie avec suppuration. Résection de la hanche. Mort.

M. VERNEUIL. Il y a environ deux ans, un jeune homme un peu pâle, un peu lymphatique, âgé de 23 ans, vint me trouver pour être soigné d'une coxalgie à son début. Je le soumis au repos et j'immobilisai son membre d'abord à l'aide d'une gouttière, ensuite avec un appareil inamovible. Vers le milieu de l'année 1867, je le considérai à peu près comme guéri. La déviation était peu notable. Les deux membres avaient pu être placés dans une position symétrique, dans un parallélisme à peu près complet.

Quelques mois après, au commencement de l'année présente, ce jeune homme est rentré dans mon service. Il souffrait beaucoup, mais il n'y avait pas de signes de collection purulente. Lorsqu'on pressait sur le grand trochanter, sur la plante des pieds, on déterminait des douleurs très-vives; j'en conclus que les os étaient malades. J'appliquai alors un attelle en T en fil de fer et un bandage ouaté. Les douleurs furent calmées; mais bientôt après, nous dûmes renoncer à l'emploi de cet appareil et avoir recours à la gouttière Bonnet.

Dans le courant du printemps, je constatai l'existence de plusieurs collections purulentes. L'emploi de vésicatoires, de badigeonnages avec la teinture d'iode, du drainage, des injections iodées, amena une amélioration notable.

A cette époque, je constatai un racourcissement réel, accusé par l'ascension du grand tranchanter, la cuisse étant toujours restée dans l'extension sur le bassin.

Le malade maigrissait et était dans un état peu satisfaisant lorsque je quittai le service, le 20 août dernier.

Un mois après, lorsque je repris le service, je trouvai le malade dans un état plus grave. Il y avait de l'œdème des membres inférieurs et les forces déclinaient d'une manière visible.

L'examen des viscères, pratiqué avec soin, fut satisfaisant. Les poumons étaient sains. Il existait une diarrhée peu prononcée.

Je résolus alors de pratiquer la résection de la partie supérieure du fémur.

La région était à ce moment très-déformée et je constatai l'existence dans la fosse iliaque d'une tuméfaction diffuse, que je rattachai à l'existence d'un engorgement ganglionnaire ou d'un abcès dans la bourse séreuse du psoas.

Je pratiquai la résection. La cuisse était dans la flexion et dans l'adduction, je sciai l'os avec la scie ordinaire. J'avais essayé l'emploi de la scie à chaîne, mais l'introduction de l'aiguille conductrice avait été difficile. La fin de l'opération fut rendue un peu laborieuse parce que je n'avais pas de tire-fond.

La cavité cotyloïde était malade, dénudée, remplie en partie de fongosités. La tête était subluxée. J'employai la cautérisation avec un cautère en roseau, afin de modifier les fongosités.

Pendant l'opération, je n'ai eu à lier qu'une artériole.

Je plaçai le membre dans une gouttière de Bonnet, à laquelle on avait pratiqué une fenêtre sur le côté. Je pus continuer les injections à l'aide du tube à drainage, placé en avant, qui avait été laissé en place; et je ne tentai pas de rapprocher les surfaces.

Le foyer était vaste, inégal, mais il n'existait pas de fusées s'étendant au loin entre les muscles de la cuisse.

Le soir et le lendemain de l'opération, le malade alla bien; mais le surlendemain, on constata l'existence de douleurs dans le trajet de la cuisse, et tout le membre, qui était déjà œdémateux, devint le siége d'une rougeur érythémateuse.

Le quatrième jour, le malade succomba. On n'avait pas observé de frissons.

L'autopsie démontra qu'il existait, depuis le pli de l'aine jusqu'au bas du pied, un phlegmon diffus sous-cutané qui avait été marqué par l'œdème considérable du membre.

En outre, on put voir que la tuméfaction siégeant au niveau de la fosse iliaque était due à un abcès de la bourse séreuse du psoas-iliaque.

La veine fémorale était dans un état d'intégrité parfaite; elle ne renfermait pas de caillot. Le péritoine était sain, ainsi que la plupart des viscères. Les reins étaient anémiques et le foie présentait une dégénérescence graisseuse et amyloïde très-manifeste.

J'estime que j'ai trop tardé à pratiquer cette opération. Je crois que j'aurais pu réussir si j'étais intervenu au mois d'août.

Je veux appeler l'attention de la Société sur deux points.

J'avais toujours cru que lorsque de bonne heure on mettait le membre dans une bonne situation, parallèle au membre sain, la tête du fémur ne pouvait sortir de la cavité cotyloïde. Mais il manquait des autopsies; j'ai pu constater que le raccourcissement réel que l'on observe dans ces cas est dû à une sorte d'éculement de la partie supérieure de la cavité cotyloïde.

Quant au foie, il présentait une lésion que l'on pouvait s'attendre à rencontrer, car l'on sait que chez presque tous les sujets qui ont de longues suppurations, le foie subit la dégénérescence graisseuse ou amyloïde.

Le tissu des os était sensiblement sain à un centimètre des surfaces articulaires. Il existait de l'ostéite condensante au voisinage de la lésion.

Il existait au fond de la cavité cotyloïde un gros bourrelet formé par des fongosités développées au niveau du paquet jaune de cette cavité. Le bord du cotyle était éculé en haut, de telle sorte que la tête pouvait glisser facilement dans la fosse iliaque.

La capsule était très épaissie à la partie antérieure, et, en cas de guérison, elle aurait parfaitement maintenu les parties.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. M. Verneuil a-t-il scié l'os avant de pratiquer la désarticulation ?

M. VERNEUIL. Oui, parce que je craignais d'être obligé de faire un mouvement trop violent pour faire sortir la tête fémorale.

M. CHASSAIGNAC. Le pus qui était dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse était-il concret, ou bien était-ce du pus liquide?

M. VERNEUIL. Il était assez liquide.

M. BOINET. Je crois que le raccourcissement du membre à la suite de la réduction, même avec le parallélisme dans la gouttière de Bonnet, s'observe toutes les fois qu'il y a maladie de la cavité et abcès par congestion. J'ajoute que dans cette circonstance jamais la guérison ne s'obtient sans raccourcissement.

J'ai gardé le souvenir d'un malade que j'ai vu avec M. Verneuil, et chez lequel il existait, dans ces conditions, un raccourcissement de 7 à 8 centimètres. Chez un autre enfant, qui depuis quatre mois etait placé dans la gouttière Bonnet, le parallélisme des membres était parfait, et cependant on pouvait constater un raccourcissement de plusieurs centimètres.

M. CHASSAIGNAC. A l'occasion de la manière dont M. Verneuil a procédé dans son opération, je voulais faire remarquer l'utilité du précepte que j'ai donné de faire la section de l'os avant la désarticulation. Pour saisir la portion articulaire de l'os, je me sers d'un davier à résection au lieu d'un tire-fond.

M. TRÉLAT. La question que soulève en ce moment M. Chassaignac a été discutée plusieurs fois devant la Société de chirurgie. Je considère comme mauvais en général le précepte donné par M. Chassaignac. En faisant la section de l'os avant la désarticulation, on peut la pratiquer dans un endroit mal déterminé relativement à la lésion de l'os.

M. CHASSAIGNAC. L'objection que me fait M. Trélat avait été formulée bien avant lui et particulièrement par M. Robert. Je lui répondrai que la section préalable de l'os ne force pas de limiter son action au point où l'on a fait porter la scie. On peut, s'il en est besoin, enlever une portion plus considérable de l'os; mais en tout cas, cette manière d'agir facilite singulièrement l'opération.

J'admets, comme un principe opératoire des plus importants, qu'il ne faut faire de délabrements que ce qui est indispensable. Or, si l'on pratique une incision unique aux parties molles et que l'on veuille joindre la désarticulation préalable à cette incision, on produit nécessairement des délabrements profonds très-considérables.

M. VERNEUIL. Je n'ai suivi exclusivement ni le précepte de ceux qui veulent ménager les tissus, ni celui de ceux qui les ouvrent largement J'ai commencé par ouvrir la capsule et par détruire tous les liens possibles, puis j'ai scié l'os, et enfin j'ai enlevé le col. M. Chassaignac scie l'os avant d'ouvrir l'articulation, voilà son principe classique. On lui a objecté qu'on s'exposait à enlever les portions d'os sans connaître nettement l'état des surfaces articulaires.

M. TRÉLAT. La discussion est simplifiée par les paroles prononcées par M. Chassaignac. Du moment où il ne s'agit plus que d'un artifice de médecine opératoire qui doit simplifier l'opération, mon objection tombe.

Mais j'ajoute, qu'en principe, au point de vue de la pathologie, il vaut mieux désarticuler d'abord et sectionner ensuite.

M. CASSAIGNAC. L'objection de M. Trélat n'a pas plus de valeur au point de vue thérapeutique qu'à celui de la médecine opératoire.

Ce qui est capital, c'est de ne pas produire de grands traumatismes, de traumatismes inutiles.

Dans le cas de M. Vernuil, ce ligament très-fort qui eût été capable de soutenir le membre eût rendu très difficile la luxation de la tête, avant la section de la diaphyse de l'os.

M. TRÉLAT. Malgré ce qu'a dit M. Chassaignac, je ne me fais pas fort de faire le diagnostic de la limite exacte de la lésion d'une tête osseuse.

Personne ne fait plus ces grandes incisions que M. Chassaignac reproche aux chirurgiens, et l'on ne peut prétendre que l'on fait d'énormes incisions parce que l'on pratique la désarticulation avant la section. Pour la résection du coude en particulier, il y aura toujours avantage à désarticuler avant de sectionner.

M. PANAS. M. Verneuil a appelé notre attention sur le raccourcissement que l'on peut observer malgré le parallélisme des deux membres.

Il peut y avoir deux causes de ce raccourcissement :

1° L'atrophie de l'os, c'est ce qui explique le cas de M. Boinet;

2° la speudo-luxation; c'est-à-dire l'élévation de la tête du fémur dans sa propre cavité : c'est le cas de M. Verneuil, dans lequel on a vu que la cavité était agrandie.

Je crois avec Bonnet qu'en plaçant le membre dans le parallélisme, on s'oppose à la production des véritables luxations, de celle dans laquelle la tête sort à travers la capsule. Mais ce qui est alors encore possible, c'est la speudo-luxation.

M. CASSAIGNAC. M. Trélat nous a montré qu'il ignore complétement l'histoire des résections. A l'époque où j'ai présenté mon travail sur les résections, ces opérations se faisaient toutes par les méthodes délabrantes.

Je réclame la propriété de cette idée doctrinale que pour faire les résections utilement, il faut renoncer aux méthodes anciennes et j'ajoute que je crois qu'il existe encore des chirurgiens qui tiennent à pratiquer de larges incisions pour arriver sur les surfaces osseuses.

M. BOINET. Le raccourcissement de 6 ou 7 centimètres qui existait chez l'un de nos malades, variait suivant qu'on examinait celuic debout ou couché. Ce raccourcissement est dû à la fois au déplacement de la tête, à l'atrophie de l'os et à la situation du membre. Le raccourcissement était moins considérable quand le malade était couché.

M. MARJOLIN. Le fait de M. Verneuil est très-intéressant au point de vue des résections.

Le raccourcissement avec parallélisme du membre, malgré l'emploi de l'appareil de Bonnet, se montre quelquefois. C'est surtout dans la coxite, quand les surfaces articulaires sont altérées dans leur forme et que l'on peut observer ce déplacement de la tête fémorale.

Dans ces cas, il ne faut pas trop chercher à égaliser les membres, car en trop insistant dans cette direction on pourrait, on le comprend, contrarier le travail de la nature. Dans tous les cas, les malades resteront boiteux.

L'état gras du foie est une affection organique, consécutive à toutes les lésions accompagnées de suppurations très-longues, et ne pourrait constituer une contre-indication à la résection.

M. PANAS. M. Boinet avait parlé d'un raccourcissement de 7 cintimètres observé chez un de ses malades, sans spécifier qu'il y avait à la fois raccourcissement réel et apparent.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Tumeurs multiples de la face.

M. PANAS. J'ai l'honneur de présenter ici une malade atteinte de tumeurs multiples de la face, à l'effet d'avoir l'opinion de ceux d'entre vous qui ont eu à observer des cas analognes à celui-ci.

Le siége, en partie ganglionnaire (sauf la tumeur de l'orbite et de la narine gauche), porte à penser qu'il s'agit d'un cas d'adénie, d'autant plus que la conservation de la santé générale, le défaut d'ulcération des tumeurs et la secrétion laiteuse de la mamelle gauche survenue chez une vieille femme, corroborent en partie cette manière de voir. Toutefois, j'hésite encore entre ce diagnostic et celui de tumeurs fibro-plastiques et c'est pourquoi j'ai cru devoir demander votre avis. Dans cette dernière hypothèse, il resterait encore à expliquer la multiplicité et la symétrie de toutes ces tumeurs, outre que le développement d'une lésion maligne débutant par les ganglions est par lui-même un fait assez exceptionnel, et comme tel méritait encore de vous être présenté.

Du reste, voici l'observation détaillée de cette malade. (*Sera publié.*)

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 31 octobre 1868, M. le professeur Gosselin a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— On s'entretient beaucoup dans le quartier latin des nouvelles et prochaines permutations de chaires. Si nos renseignements sont exacts, M. le professeur Béhier passerait de la clinique de la Pitié à la clinique de l'Hôtel-Dieu; M. le professeur Grisolle, de la clinique de l'Hôtel-Dieu à la clinique de la Pitié; M. le professeur Sée, de la chaire de thérapeutique à la clinique de la Charité.

Ces combinaisons se réalisent; la chaire de thérapeutique à la Faculté de médecine vient d'être déclarée vacante. On parle déjà de la compétition de MM. Gubler et Bouchut.

— Le concours pour l'agrégation (section de médeine) est ouvert. Le sujet de la composition écrite a été : *Muqueuse intestinale*; *anatomie et physiologie*.

Les juges du concours sont : MM. Béhier, Lasègue, Sée, Vulpian, Axenfeld, Blache et Potain. — MM. Bouillaud, Tardieu et Barth ont refusé de faire partie du jury.

Vingt-trois candidats étaient inscrits; mais dix-huit seulement ont fait la composition.

— A l'occasion de la mort récente d'un de nos éminents confrères, qui a laissé sa vieille et respectable mère dans la détresse, un journal de médecine, exprimant le regret que ce confrère n'eût pas cru devoir faire partie de l'Association générale des médecins de France, a écrit les lignes suivantes :

« L'Association générale seule a eu la pieuse pensée de faire remonter ses bienfaits jusqu'aux ascendants de ses associés; elle a prévu le cas où le père et la mère survivraient à un fils qui, après de grands sacrifices de leur part, serait devenu le seul soutien de leur vieillesse, etc. » — Il semblerait résulter de ces lignes que les sociétés de secours autres que la Société générale des médecins de France, l'Association des médecins du département de la Seine, par exemple, se trouvent, par le fait de l'imprévoyance de leurs statuts, dans l'impossibilité de secourir les ascendants de leurs sociétaires. Il y a là une erreur capitale, qu'il importe de ne pas laisser subsister, en ce qui

oncerne, du moins, l'Association des médecins de la Seine. Il est dit dans l'un des articles des statuts de cette Association : « Peuvent aussi obtenir des secours, les veuves et enfants, et les *ascendants*, et frères et sœurs des sociétaires. »

En vertu des dispositions énoncées dans cet article, la commission générale de l'Association de la Seine, dans sa dernière séance mensuelle, vient d'allouer un secours à la mère du regrettable confrère en question.

— La *Société de médecine légale* a, comme nous l'avions annoncé, procédé dans sa dernière séance à diverses élections. Ont été successivement nommés par le scrutin :

Membre titulaire : M. Reynal, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort, membre de l'Académie de médecine.

Correspondants nationaux : MM. les docteurs Augé, à Pithiviers; Béraud, à Carpentras; Berchon, médecin principal de la marine à Pauillac; Billot, directeur de l'asile d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise); Binault, professeur d'accouchements à Lille; Caussé (Séverin), à Albi; Cazelles, à Saint-Gilles (Gard); Dionis des Carrières, à Auxerre; Dubarry, à Condom (Gers); Houzelot, à Meaux; Hurel, aux Andelys; Lavirotte, à Lyon; Legros, à Aubusson; Mahier, à Château-Gontier; Marquez, à Colmar; Morel, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon, à Rouen; M. Turquet, procureur impérial à Vervins; M. le docteur de Valcourt, à Cannes.

Correspondants étrangers : MM. les docteurs Girolami, à Rome; Perla (Nicolla), à Naples; Sannicola, à Aversa; M. Schleisner (Eugène), chimiste à Copenhague; MM. les docteurs Steinberg (Valdener), à Copenhague; Tanino (Giovani), à Turin.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Sichel père, le célèbre auteur de l'*Iconographie ophthalmologique.*

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Jules Robin, de Meursault (Côte-d'Or). Cet honorable confrère était âgé de 39 ans.

— L'École supérieure de pharmacie a fait sa rentrée en séance solennelle, le mercredi 11 novembre, sous la présidence de M. Bussy, directeur de cette École.

M. Chatin, professeur de botanique, a ouvert la séance en donnant lecture de recherches monographiques et historiques sur la truffe.

M. Buignet, professeur de physique et secrétaire général de la Société de pharmacie de Paris, a rendu compte des travaux de cette Société pendant l'année 1868.

M. Chevallier, professeur de pharmacie, a fait une lecture sur l'inconvénient résultant de la vente libre des têtes de pavots.

M. Planchon, professeur de matière médicale, a lu un rapport sur le concours pour le prix des thèses de la Société de pharmacie.

M. Milne Edwards, professeur de zoologie, a terminé la séance par la lecture du rapport sur les prix de l'École et sur le prix Ménier.

Les prix ont été décernés dans l'ordre suivant :

Prix de la Société de pharmacie.

En raison de l'importance des travaux, la Société a décidé de décerner cette année deux prix au lieu d'un. Les deux lauréats sont : MM. Bourgoin et Cotton.

Prix de l'École.

1re année. Prix : M. Patrouillard. — Mention honorable : M. Rabourdin.
2e année. Prix : M. Verwaest. — Mention honorable : M. Masson.
3e année. Prix : M. Lextrait. — Mention honorable : M. Ménière.

Prix Ménier. — Prix : M. Tourlet.

— Le cours d'accouchements et de manœuvres de M. le docteur E. Verrier commencera irrévocablement le mardi 17 novembre, à quatre heures, 6, rue des Quatre-Vents. Il sera terminé à la fin de décembre.

— M. le docteur Giraud-Teulon, ancien élève de l'École polytechnique, commencera un cours public sur la réfraction, et l'accomodation de l'œil et l'ophtholmoscopie, le mardi 17 novembre prochain, à *une* heure, à son dispensaire, rue Séguier, 2 (anciennement rue Pavée-Saint-André-des-Arts), et les continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de pathologie de l'appareil urinaire, le mardi 17 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre, n° 2, de l'École pratique, pour le continuer les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— *Hôpital des Enfants-Malades.* — M. Giraldès, professeur agrégé, commencera des leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants, le jeudi 19 novembre, et les continuera tous les jeudis. — Visite des malades, huit heures et demie; leçons et opérations, neuf heures et demie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de chirurgie, par le docteur FANO, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Tome 1er : pathologie générale chirurgicale; maladies des diverses tissus et des divers organes; fractures. 1 vol. in-8, avec 83 fig. dans le texte. Prix : 6 francs. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Traité d'anatomie descriptive, avec figures dans le texte, par le professeur SAPPEY. 2e édition, refondue. Tome 1er : OSTÉOLOGIE, ARTHROLOGIE. 1 vol. in-8. Prix : 6 francs. Tome 2e : MYOLOGIE. Prix : 6 francs. Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, par le docteur BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 2e édition, très-augmentée. 1 vol. in-8. Prix : 7 francs.

Du même auteur : **Leçons sur les affections génériques de la peau.** 2 vol. in-8. Prix : 11 francs. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Déontologie médicale (Devoirs et droits des médecins vis-à-vis de l'autorité, de leurs confrères et du public), par le docteur DELFAU. [Ouvrage couronné. 1 vol in-12. Prix : 4 francs. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 134. — MARDI 17 NOVEMBRE 1868. 41e ANNÉE. MARDI 17 NOVEMBRE 1868. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 16 novembre 1868.

Le Ministre de l'Instruction publique vient de présenter à l'Empereur un rapport sur l'enseignement supérieur. Après avoir annoncé qu'une loi sur l'enseignement médical sera prochainement soumise au Conseil d'État, M. Duruy déclare que « ce point mis à part, il ne semble pas, pour le moment, que l'organisation de notre enseignement supérieur exige de grandes réformes. L'édifice est ancien, mais solide en ses assises, il n'y faut que des appropriations pour des nécessités nouvelles. »

Nous détachons de ce rapport les parties qui touchent plus directement à nos études.

Dr E. Le Sourd.

DES MESURES PROPRES A DÉVELOPPER LES ÉTUDES THÉORIQUES.

§ Ier. — *Exécution des décrets du 31 juillet 1868.*

En distinguant la recherche et l'enseignement, je dois me hâter d'ajouter que le même homme réunit souvent à l'esprit de découverte le talent de bien dire. Il puise dans le trésor du savoir humain que le travail des siècles a formé, pour en répandre les richesses parmi ceux qui l'écoutent, et lui-même, par ses travaux, il ajoute au commun héritage.

Cette réunion de qualités différentes est l'heureuse exception qui met le professeur, le lettré et le savant hors de pair. Mais ces exceptions sont aussi celles qu'il faut le plus encourager, puisque c'est par de tels hommes surtout que se marque et s'élève le niveau de la civilisation d'un pays. Il faut donc les aider à se produire, et quand ils sont connus, les aider encore, si quelque assistance leur est nécessaire pour des recherches plus délicates ou plus profondes. Nous sommes tous intéressés au succès de leurs études les plus abstraites, car si le progrès des sciences est tout à la fois la gloire et la richesse d'un pays, si la découverte de ces lois que la nature nous cache obstinément ajoute à la puissance de l'esprit humain, on ne saurait trop répéter que ce progrès dépend des perfectionnements de la théorie que le savant trouve, comme Papin et Ampère, au fond de son laboratoire ou dans les inspirations de son génie.

Il n'existe pas de sciences appliquées; il n'y a que d'innombrables applications de la science. D'où cette conséquence que, pour multiplier encore ces applications heureuses, pour rendre l'industrie plus prospère, l'agriculture plus féconde, le commerce plus actif et l'homme plus grand, une des conditions essentielles est de fournir à la science les ressources nécessaires pour développer la théorie, sans gêner en rien la liberté de ses recherches, l'État n'ayant, en fait de science pure, ni opinion ni doctrine.

C'est en vue de donner à la science, dans la mesure de l'action administrative et dans les limites du budget, de nouveaux moyens d'études que Votre Majesté a signé les décrets du 31 juillet 1868, qui ont été accueillis, dans le monde savant, avec une faveur marquée.

Par l'ouverture de *laboratoires d'enseignement* pour les aspirants à la licence, les études deviendront meilleures;

Par la création de *laboratoires de recherches*, les savants vont avoir des instruments de travail plus nombreux;

Par la création de l'*École des hautes études*, ils auront des disciples assidus, des auxiliaires intelligents et de futurs émules.

En deux mois et malgré le temps des vacances, il a été pris pour cette école 264 inscriptions, chiffre qui dépasse toutes les prévisions, et que je trouverais moi-même trop élevé s'il ne devait être forcément réduit par l'examen qui s'achève en ce moment de l'aptitude véritable des candidats.

Elles se répartissent de la manière suivante :

Section de mathématiques	27	inscriptions.
Section de physique et chimie	75	—
Section d'histoire naturelle et de physiologie	94	—
Section d'histoire et de philologie	68	—

Parmi les candidats, on compte des agrégés, des docteurs, beaucoup de licenciés. Quelques-uns abandonnent des positions acquises, ou reviennent de l'étranger solliciter leur admission à l'école nouvelle. J'y trouve même un savant dont le nom a été porté par une des sections de l'Institut sur une liste des candidats à l'Académie des sciences, et qui se propose de demander à nos laboratoires de recherches les moyens de poursuivre de savants travaux qu'il ne pourrait exécuter ailleurs.

Pour les recevoir, dix-sept laboratoires provisoires ou définitifs sont construits, appropriés ou en préparation :

A la Sorbonne, pour l'anatomie végétale, la physique, la physiologie, la minéralogie, la géologie, enfin la chimie, qui aura une installation comparable à celle que la physique a obtenue l'an dernier;

Au Collége de France, pour la chimie minérale, la chimie des corps organisés et la physiologie animale;

Au Muséum, pour la physiologie végétale, la chimie agricole, la botanique et la zoologie physiologique;

A l'École normale, pour la chimie physiologique;

A la Faculté de médecine, pour la botanique, avec un jardin d'expériences.

Cette même école offre à ses élèves les plus studieux des laboratoires de recherches pour la chimie, l'anatomie pathologique, la physiologie et l'histologie. L'administration de l'assistance publique, désireuse de seconder l'essor des sciences médicales dans le domaine des études pratiques, multiplie de son côté les laboratoires qui lui appartiennent. Cette année, treize seront ouverts par elle aux élèves de la Faculté (1).

En province, des savants demandent, aux termes du décret du 31 juillet, que leur laboratoire soit considéré comme une annexe de l'école des hautes études; plusieurs villes songent à développer leurs établissements d'enseignement supérieur, et le conseil général du Calvados, par une heureuse et honorable initiative, vient de voter une subvention en faveur du laboratoire de recherches institué à la Faculté des sciences de Caen pour la chimie agricole.

Enfin, des établissements privés prendront sans doute un caractère scientifique qui permettra de les rattacher à l'étude des hautes études, sans nuire à leur autonomie. Déjà l'*Aquarium* d'Arcachon n'est plus un simple objet de curiosité; on y trouve un commencement de musée et de bibliothèque; un laboratoire de recherches y est annexé, et de sérieux travaux s'y poursuivent. L'*Aquarium* du Havre, celui de Boulogne, permettront d'étudier ce monde merveilleux et inconnu de l'Océan, où tant de vérités nouvelles restent à trouver. Si Marseille ou quelque port de la Méditerranée imitait cet exemple, les trois mers qui nous entourent deviendraient trois champs d'observations et d'expériences que les savants n'ont pu jusqu'à présent explorer d'une manière permanente, et où ils entrevoient les plus brillantes promesses pour la science.

Ainsi, les décrets du 31 juillet sont en pleine voie d'exécution et la nouvelle école est constituée. A l'époque habituelle de l'ouverture des cours, trente-quatre laboratoires seront ouverts ou bien près de l'être à ceux, maîtres et élèves, qui sont résolus à combattre vaillamment pour l'honneur scientifique de la France.

§ 2. — *Sciences physiques et naturelles.*

. . . .

Les sciences physiques et naturelles à l'École de médecine. — Lorsque la physique, la chimie, l'histoire naturelle, ou plus simplement les sciences physiques, portent leurs efforts sur l'étude du sol et de ses produits, elles peuvent rendre de très-grands services à l'agriculture; lorsqu'elles s'occupent de l'homme en tant qu'être vivant, qu'elles étudient sa structure et tous les phénomènes qui se passent au sein de ce merveilleux organisme, soit à l'état sain, soit à l'état pathologique, elles constituent la médecine. La population de la France est donc intéressée tout entière, pour sa santé, sa force et sa richesse, aux progrès des sciences physiques dans cette double direction.

A la Faculté de médecine de Paris, ces sciences sont enseignées avec éclat; mais elles n'y trouvent pas les locaux nécessaires aux études théoriques des maîtres et aux exercices pratiques des élèves. Tant que des laboratoires n'y seront pas établis en nombre suffisant pour les 1,800 élèves de la Faculté, il y aura péril certain pour la science médicale française d'être devancée par la science étrangère, et il est de mon devoir de faire à l'Empereur et au pays cette déclaration douloureuse. Les devis des constructions sont arrêtés, les plans sont dessinés; malheureusement il faudrait pour les exécuter une loi et des crédits qui ne sont pas votés, des expropriations qui ne sont pas faites. Moins heureuse ici qu'au Muséum, où l'enseignement agronomique peut être immédiatement établi presque sans dépense, l'Administration de l'Instruction publique, réduite à ses seules ressources, est condamnée à un aveu d'impuissance.

Physiologie. — Une science, la physiologie, tend à prendre dans l'histoire scientifique du dix-neuvième siècle la place des mathématiques au dix-septième, de la chimie au dix-huitième; il serait à souhaiter qu'une chaire pût être créée pour elle dans les écoles secondaires de médecine qui en manquent encore.

Création d'un observatoire central de physique et de météorologie. — Une autre science physique, la météorologie, réunit aussi ce double caractère d'être une étude des plus délicates de haute théorie, et, en même temps, la recherche d'applications utiles à l'agriculture et à la navigation, puisqu'on est en droit d'espérer qu'elle arrivera un jour à découvrir quelques lois naturelles qui, en certains cas, donneraient aux agriculteurs et aux marins le premier des biens, la sécurité. Une libéralité de la ville de Paris permettra d'assurer bientôt à cette science une installation particulière, les moyens, par conséquent, d'améliorer ses méthodes, de multiplier les observations, de comparer les faits recueillis, qui sont déjà en nombre immense, d'arriver enfin à des lois de périodicité.

Lavoisier, Laplace, Montigny, etc., avaient déjà voulu, il y a quatre-vingts ans, établir en France, sur un grand nombre de points, des observatoires météorologiques. Lavoisier pensait « qu'il ne serait pas impossible de publier tous les matins un journal de prédiction du temps, qui aurait une grande utilité pour le société; » et Romme, dans son rapport à la Convention sur le télégraphe de Chappe, annonçait que les physiciens pourraient, désormais, prévoir l'arrivée des tempêtes et en donner avis aux ports et aux cultivateurs.

Cette idée toute française, recueillie un demi-siècle plus tard par les Anglais et les Américains, fut reprise, en 1852, par les fondateurs de la Société météorologique de France, puis par l'Observatoire impérial, où, à la demande de M. le maréchal Vaillant, on étudia la marche du terrible ouragan qui, le 14 novembre 1854, causa tant de sinistres dans la mer Noire. Les deux cent cinquante mémoires envoyés par les météorologistes de tous les pays que le fléau avait traversés donnèrent lieu à l'organisation du bureau météorologique de l'Observatoire, et un des premiers actes de mon administration fut de fournir au directeur tous les moyens en mon pouvoir pour que ces études fussent poursuivies avec ardeur. Des travaux importants ont été exécutés, de nombreuses correspondances télégraphiques établies en France et à l'étranger, un bulletin quotidien, des cartes, des ouvrages publiés; enfin, par l'envoi aux ports des prévisions du temps, on a rendu de sérieux services à la marine et au commerce.

Mais l'Observatoire impérial est consacré à l'astronomie. Dans l'intérêt d'une de nos plus belles sciences, il importe de ne pas dénaturer le caractère de notre grand établissement national. Les études météorologiques, qu'un vote du Corps législatif a encouragées (1865), pourront y être continuées, puisque le décret du 3 avril 1868 autorisa les travaux personnels des astronomes, quand le service astronomique pour lequel l'Observatoire existe, se trouve assuré. Il n'est donc pas question de rien détruire, mais il est indispensable de donner en France, à la météorologie, dans un établissement spécial, l'existence indépendante qui lui a été assurée ailleurs.

En Angleterre, en Prusse, en Russie, en Italie, en Portugal, en Hollande, en Suède, en Norvége, en Turquie, et dans tout le nouveau monde, les *observatoires physiques* sont absolument distincts des *observatoires astronomiques*, comme les deux sciences le sont elles-mêmes par leurs méthodes et par leur sujet. La division rationnelle du travail est la condition du progrès dans la science comme dans l'industrie. La météorologie, d'ailleurs, a un domaine assez vaste pour que plusieurs puissent y moissonner en même temps.

La création d'un *observatoire physique central* aurait exigé de grosses sommes pour l'achat du terrain et la construction des bâtiments. La ville de Paris a bien voulu prendre à son compte cette dépense, que le budget du ministère de l'Instruction publique ne pouvait supporter.

Dans le nouveau parc de Montsouris, à l'extrémité du quartier des Écoles, en un point d'où se découvre presque tout Paris et où les vents du nord n'apportent que rarement les fumées et la poussière de la grande ville, le conseil municipal abandonne en usufruit à l'Université une surface d'un hectare; au milieu, il fait reconstruire avec ses terrasses et ses coupoles le palais du bey de Tunis, qui fut, l'an dernier, une des curiosités architecturales du Champ de Mars, et il nous en cède l'usage pour y installer la météorologie.

Il ne restera qu'à y placer les instruments et les appareils physiques et magnétiques qui seront nécessaires, puis à les confier à des hommes capables d'en tirer bon parti.

On aura à leur demander :

Une étude rigoureuse de tous les éléments qui représentent le climat du bassin de Paris, et de tous les phénomènes intéressant la physique terrestre qui s'y produisent;

Un travail général de discussion et de calcul des anciennes observations, travail que, de leur côté, l'Angleterre, la Prusse et l'Autriche font entreprendre;

Un travail analogue sur les documents journellement recueillis en France et à l'étranger dans les observatoires publics ou privés, et qui seraient communiqués à l'observatoire central;

La publication quotidienne ou mensuelle des résultats auxquels ces études conduiraient, soit pour les parties les plus élevées de la science, soit pour les applications pratiques qu'on en déduira.

Les hommes capables de poursuivre ce double but ne nous manqueront pas; mais il faudra attendre l'ouverture d'un crédit législatif pour constituer le budget du nouvel établissement. Je demande l'autorisation à l'Empereur de conduire du moins l'organisation de l'observatoire central de physique aussi loin que le permettront les ressources dont je pourrai disposer.

La météorologie est aujourd'hui au point où se trouvait l'astronomie avant Kepler, peut-être même avant Copernic; elle semble prête à sortir de l'état incertain et obscur où elle est demeurée jusqu'ici, pour s'élever enfin à la condition d'une science constituée. En lui continuant l'intérêt particulier que, dès l'année 1855, l'Empereur lui montrait, Votre Majesté servira à la fois la science pure, l'hygiène publi-

(1) L'Administration de l'assistance publique a déjà réorganisé l'amphithéâtre d'anatomie, en ajoutant aux cours d'anatomie descriptive et chirurgicale des cours d'histologie et de physiologie. A côté des salles d'autopsie, elle a installé des laboratoires pour l'examen microscopique, complément nécessaire des nécropsies. L'hôpital Beaujon est déjà pourvu d'un laboratoire, et d'ici à la fin de l'année des laboratoires déjà achevés ou en voie de construction seront ouverts à la Charité, à la Pitié, à Saint-Antoine, à Cochin, à Lariboisière, à Necker, dans les deux hôpitaux d'enfants, à Lourcine, à l'hospice des Enfants-Assistés et à la Salpêtrière.

que, les intérêts maritimes et agricoles du pays et la cause de l'humanité, puisque le système des prévisions, qui a déjà sauvé bien des existences, pourrait, en s'affermissant, empêcher beaucoup de désastres.

Création d'une chaire de paléontologie. — Dans le groupe des sciences physiques, la géologie avec ses annexes, l'anatomie comparée et la paléontologie, se distingue par les immenses progrès qu'elle a accomplis depuis soixante ans. Aucune autre, dans le même laps de temps, n'a révélé autant de faits inconnus; aucune n'a jeté dans la circulation générale autant d'idées nouvelles. Depuis la matière cosmique, dont les météorites nous permettent de constater l'identité de nature avec les éléments des corps terrestres, jusqu'aux couches les plus profondes de notre globe, le géologue embrasse du regard toute la création inorganique, et, à l'aide des débris autrefois vivants qu'elle renferme, il reconstitue une formidable histoire de continents écroulés, d'êtres innombrables, autrefois les maîtres de la terre, de l'air et des eaux, et qui ont à jamais disparu.

Les espèces fossiles sont aujourd'hui, pour les deux règnes végétal et animal, au nombre de plus de 50,000.

Cet immense champ de recherches ne saurait avoir trop de travailleurs. Pour les encourager, il faudrait créer à la Sorbonne, en faveur de la géologie, une seconde chaire, comme en ont presque toutes les autres sciences qui y sont enseignées.

Développement à donner à l'enseignement des sciences naturelles. — L'enseignement spécial a fait une large place aux sciences naturelles, parce que c'est dans la nature que l'industrie et l'art prennent leurs moyens d'action et leur force de renouvellement. Mais ces sciences ne sont pas suffisamment représentées dans l'enseignement supérieur. Dans les Facultés de province, elles n'ont pour toutes leurs branches réunies que trente chaires. Aussi le recrutement pour les grandes chaires de Paris est-il devenu très-difficile. Il faudrait en accroître rapidement le nombre, ne fût-ce d'abord qu'à l'aide de cours complémentaires.....

HOTEL-DIEU. — M. PANAS.

TUMEURS MULTIPLES DE LA FACE (1).

La nommée Amable B..., âgée de 52 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 7 septembre, salle Saint-Charles, lit n° 12.

Cette femme, journalière de son état, dit n'avoir jamais fait de maladie, avoir eu quatre enfants et le dernier à 28 ans. La ménopause s'est montrée chez elle à l'age de 40 ans et ne s'est compliquée d'aucun accident. Cependant, la malade aurait souffert quelque temps après d'anémie avec pâleur et palpitations ayant persisté pendant un an.

Il y a à peu près deux ans et demi que la malade vit apparaître une tumeur du volume d'une noisette sur la région maxillaire gauche, à l'endroit du ganglion facial. Aujourd'hui, cette même tumeur a le volume d'une orange. La peau qui la recouvre est amincie, lui adhère intimement et offre une coloration violacée disparaissant à la pression du doigt. Dans l'épaisseur du derme, on voit des varicosités. La consistance de la masse est lardacée; celle-ci est en partie mobile sur le maxillaire qui présente toutefois des ostéophytes à la base de la tumeur.

Du même côté, le ganglion préoriculaire est pris et offre le volume d'une petite noix.

La malade fait remonter à deux mois l'apparition de cette dernière tumeur, indolente et non adhérente à la peau.

Du côté droit, on trouve le ganglion maxillo-facial pris de la même façon que celui du côté gauche et la peau présente la même adhérence et les mêmes modifications; toutefois, la consistance en est un peu plus dure.

On voit aussi du même côté un gros ganglion sous-maxillaire du volume d'un œuf, qui n'offre pas de liaison avec la peau, mais qui est adhérent profondément. Enfin, un ganglion sous-mentonier du volume d'une petite noisette existe à gauche.

La chaîne ganglionaire post-mastoïdienne est prise des deux côtés jusqu'à la clavicule.

Dans la région sous-claviculaire et axillaire, on ne trouve pas de ganglions. Pas de ganglion épitrochléen, ni de ganglions inguinaux.

Les ganglions iliaques et mésentériques ne paraissent pas être malades.

Une tumeur de même nature que celle de la joue a envahi depuis six mois l'orbite gauche et occupe toute la paupière inférieure. Le repli semi-lunaire est complétement dédoublé; les voies lacrymales sont probablement envahies, et de là la tumeur se propage dans la fosse nasale gauche, où elle fit son apparition il y a quatre mois. Comme conséquence, on observe un certain degré d'exorbitis, une abduction avec élévation du globe oculaire, qui est porté en haut et en dehors, et de plus un élargissement de la pupille qui est moins mobile que celle du côté opposé.

Il y a diplopie verticale et horizontale à la fois. La diplopie est du reste croisée et la vue ne paraît pas considérablement affaiblie.

L'inspiration et l'expiration sont impossibles par la fosse nasale gauche qui est totalement bouchée. Le sinus maxillaire et la voute sont exempts de toute lésion.

Il n'y a aucun changement du côté de la santé générale; rien non plus du côté du cœur et des vaisseaux. La respiration est régulière des deux côtés, ce qui indique que les ganglions bronchiques ne sont pas pris.

La rate, ainsi que le foie, sont en bon état.

Depuis sept à huit mois, la malade s'est aperçue d'un écoulement séreux, qui persiste encore aujourd'hui, par la mamelle droite. Du reste, la glande mammaire de ce côté offre une petite augmentation de volume et de consistance.

L'analyse chimique des urines n'a fait trouver aucune trace d'albumine ni de sucre.

HOPITAL DE CRÉMONE. — M. CINISELLI.

ANÉVRISME DE L'AORTE ASCENDANTE TRAITÉ PAR LA GALVANO-PUNCTURE (2).

Antoine R..., âgé de 46 ans, de bonne constitution, n'a eu d'autre maladie qu'une arthrite avec endocardite en 1863. Guéri en apparence de cette maladie, il changea son métier de postillon en celui moins fatigant de voiturier. En 1865, il commença à éprouver des douleurs avec pulsation dans le côté droit de la poitrine, outre une sensation pénible de lassitude et de gène dans l'exercice de son métier. A ces symptômes, qui se prononçaient toujours plus, s'ajouta, au commencement de cette année, de la dyspnée et des lipotymies, les pulsations devinrent sensibles au toucher à travers les parois de la poitrine, qui s'élevèrent en forme de tumeur; enfin, l'insomnie, la position horizontale devenue pénible, l'intolérance au travail, ont décidé le malade à entrer dans cet hôpital major, le 24 juillet de cette année.

Le sujet étant debout, on voyait, à droite du sternum, une tumeur arrondie, élevée d'un centimètre à un centimètre et demi sur les parois de la poitrine, s'étendant à six centimètres dans le sens transversal, moins dans le vertical, dont la pulsation était visible. Elle était formée par une courbure limitée à la troisième et quatrième côtes et au troisième espace intercostal, presque doublé d'étendue.

Les deux côtes ne présentaient aucune autre altération appréciable; on apercevait à travers elles la pulsation, surtout à travers la troisième qui était plus courbée que l'autre. Au milieu de l'espace intercostal, la pulsation était assez forte. Dans la position horizontale du sujet, la tumeur était moins élevée, l'espace intercostal moins etendu et la pulsation moins forte; celle-ci était accompagnée par un bruit doux de soufflet. La pulsation était aussi profondément sensible au toucher dans le second espace intercostal, mais pas dans le quatrième. Du reste, on ne remarquait aucun autre trouble dans la circulation et dans la respiration, à l'exception de ceux qui résultaient de la compression exercée sur le poumon droit par la tumeur anévrismale, qui s'étendait bien peu au delà des limites qu'on remarquait à l'extérieur. En effet, les pulsations obscures qu'on apercevait du côté du dos, le défaut d'altération dans la voix et dans la circulation des jugulaires, devaient faire penser à un développement limité de l'anévrisme à l'intérieur.

Pour l'ensemble de ces symptômes, il a été jugé qu'on avait à faire à un anévrisme de la partie latérale de l'aorte ascendante. On se décida à le traiter par la galvano-puncture, après que j'eus donné à mes collègues l'assurance d'éviter les accidents dangereux, propres à cette opération; tels que l'inflammation phlegmoneuse et les escharres.

L'opération a été pratiquée le 30 juillet, en présence de presque tout le corps médical de l'hôpital. — Trois aiguilles d'acier luisant de l'épaisseur d'un millimètre, ont été enfoncées dans le troisième espace intercostal; la première à la distance d'un centimètre et demi du sternum, les autres à l'extérieur et à la distance de deux centimètres l'une de l'autre; elles étaient secouées violemment par la pulsation de l'anévrisme. Le courant électrique provenait d'une pile à colonne de trente couples carrés, ayant dix centimètres de côté, animée par une solution saturée de sel marin. — C'est l'appareil par lequel on a obtenu le plus de succès et le moins d'accidents, surtout de ceux qui se rapportent à l'inflammation phlegmoneuse. — Pour éviter les escharres causées par l'action chimique du courant, qui forment l'accident le plus redoutable de la galvano-puncture, j'ai commencé l'opération en appliquant le réophore positif sur une des aiguilles et le négatif près de la tumeur, sur la peau, au moyen d'un plumasseau imbibée d'eau salée. Ensuite, j'ai transporté le réophore positif sur autre aiguille et le négatif sur l'aiguille déjà soumise à l'action du pôle positif, et ainsi de suite; de sorte que chacune des aiguilles a été mise en communication avec les deux pôles. — L'oxydation des aiguilles par l'action du pôle positif et l'oxygénation du sang, qui se manifeste par un petit cercle noir autour de la piqûre, procure un isolement suffisant pour une durée limitée du courant; ce qu'on a cherché en vain par les couches isolantes. Cela est démontré par des observations assez connues et par des expériences et des faits cliniques rapportés dans mes *Études sur la galvano-puncture dans le traitement des anévrismes* (1856) *et sur l'action chimique de l'électricité sur les tissus vivants* (1862), et dans le *Résumé des études, Ecc. Gazette médicale* 1866. — Les changements de contact des réophores avec les aiguilles était combinés de manière à épargner les secousses au malade.

Jusqu'à ce point, je me suis tenu rigoureusement aux règles que l'expérience et les observations nous ont appris à suivre; mais ici une crainte, qui m'a été inspirée par les collègues présents, m'en a fait écarter. L'expérience a démontré que pour profiter de l'isolement des aiguilles, fait par l'oxydation, en employant un appareil de tension suffisante pour procurer la coagulation du sang, il faut que la durée du courant sur chacune des aiguilles ne dépasse pas cinq minutes. Il est aussi prudent, pour ne pas provoquer une réaction ultérieure trop forte, que l'opération ne soit pas prolongée au delà d'une demi heure. Or, on m'a suggéré qu'un caillot électrique pouvait se détacher et être transporté, exposant le malade aux effets de l'embolie. Cette considération m'a fait prolonger les applications sur chacune des aiguilles au delà du temps susdit, et jusqu'à dix minutes sur les deux aiguilles plus près du sternum, dans le but de procurer une adhérence plus solide entre les caillots électriques et les parois du sac anévrismal. Cette pratique, par laquelle nous avons cru nous mettre à l'abri des accidents de l'embolie, ne manqua pas d'occasionner les cautérisations électro-chimiques au niveau des deux piqûres; mais comme elles étaient superficielles, elles n'ont pas eu de conséquences graves. L'action totale du courant a été portée jusqu'à quarante minutes. La peau qui couvrait la tumeur était rouge et tuméfiée.

L'extraction des aiguilles, faite immédiatement, a été pénible à cause de l'adhérence qu'elles avaient contractée avec les tissus traversés, par suite de leur oxydation. Malgré la précaution de déprimer la peau pendant l'extraction des aiguilles, nous n'avons pas empêché que du sang se répandît dans le tissu cellulaire. Il n'y eut pas de sortie de gaz. L'hémorragie de sang vermeille, peu importante, s'arrêta promptement par suite de l'application d'une compresse imbibée d'eau saturnine et d'une vessie remplie de glace. De l'eau à la glace a été donnée pour boisson.

Les sensations de brûlure qui avaient accompagné l'opération cessèrent peu après; les pulsations de la tumeur se réduisirent à l'état ordinaire, de manière que le malade rentra dans le calme.

En examinant les aiguilles et leur oxydation, on a pu reconnaître que celle qui était placée près du sternum avait pénétré à un centimètre et demi dans la cavité de l'anévrisme, ayant traversé des tissus solides de l'épaisseur de deux centimètres, ce que l'on reconnait à la plus profonde oxydation; celle qui occupait la partie moyenne pénétra à trois centimètres et demi dans la cavité de l'anévrisme, ayant traversé des tissus de l'épaisseur d'un seul centimètre; l'aiguille enfoncée à l'extérieur pénétra à deux centimètres et demi dans le sac anévrismal, ayant traversé les tissus dans l'épaisseur de deux centimètres.

L'opération n'a pas été suivie de réaction générale; la réaction locale, caractérisée par la tuméfaction et la rougeur de la peau, se dissipa sous l'application de la glace continuée pendant les deux premiers jours et de l'eau saturnine continuée encore pour quelques jours. L'épanchement sanguin et toute réaction locale étant dissipés six jours après l'opération, on trouva la tumeur abaissée et presque au niveau des parois du thorax. La troisième côte seulement conservait la courbure acquise; la pulsation à travers elle était faible et obscure. Dans le troisième espace intercostal, elle était aussi faible et plus profonde qu'elle ne l'était auparavant; elle était aussi à peine perceptible à travers la quatrième côte. Mais ce qui nous persuadait mieux que tout que nous avions obtenu une notable amélioration de la maladie, c'est que le malade nous assurait qu'il n'éprouvait plus aucune gêne dans la respiration et qu'il pouvait garder la position horizontale sur le dos et sur les côtés, se trouvant cependant mieux sur le côté droit. Il avait recouvert le sommeil et le bien-être, qu'il ne goûtait plus depuis deux mois.

Malgré cet état satifaisaisant, on obligea le malade à garder le lit pendant trois semaines, en lui donnant de la digitale pour modérer les mouvements de la circulation, et en même temps une diète bien nourrissante à l'aide de la viande, dans le but de procurer au sang les éléments plastiques nécessaires à la formation d'un caillot capable de remplir toute la cavité du sac anévrismal.

En examinant le sujet debout, après le temps susdit, on apercevait la tumeur un peu plus élevée, la pulsation était visible et moins profonde dans le troisième espace intercostal; le bruit de soufflet était presque comme avant l'amélioration. L'état d'amélioration se continuant, le malade satisfait et espérant la guérison complète, quitta l'hôpital le 11 septembre, quarante-trois jours après l'opération.

26 septembre (58 jours après l'opération). — Le sujet s'étant présenté, on constata la courbure de la troisième côte abaissée et réduite presque à l'état normal; la tumeur étant en conséquence disparue, on ne remarquait qu'une tuméfaction, sur laquelle l'œil n'apercevait plus de pulsations; celles-ci cependant étaient encore sensibles au toucher au niveau de la troisième côte et de l'espace intercostal, mais plus profondément qu'autrefois; le bruit de soufflet beaucoup plus obscur, se confondant avec le bruit vésiculaire. — Le sujet continue à mener une vie commode, en se tenant au régime nourrissant; il ne se plaint que de douleurs générales, mais plus particulièrement dans les membres, par suite de l'affection arthritique qui ne l'a jamais quitté.

4 octobre (66 jours après l'opération). — Le sujet a gagné de la force et de l'embonpoint. Examiné peu après avoir fait une promenade de trois kilomètres, il ne se plaint d'aucune sensation pénible, d'aucune gêne dans la respiration. La pulsation était encore sensible au toucher dans le troisième espace intercostal, mais plus profonde; le bruit de souflet à presque disparu; le bruit vésiculaire à travers de la tumeur est plus clair. Tous ces changements font concevoir l'idée que le sac anévrismal est presque rempli de caillots, et que la pulsation ne doit pas tant être attribuée au mouvement d'expansion et de rétrécissement de l'anévrisme, qu'à l'impulsion que la tumeur doit recevoir de l'aorte, sur laquelle elle a son siége.

12 octobre (74 jours après l'opération). — Le sujet se trouvant toujours bien, ennuyé de la vie oisive, reprend l'exercice de son métier.

DEUX CAS DE DYSTOCIE

Par excès de volume du thorax et des épaules.

Par M. BAILLY, professeur agrégé.

Il n'est plus permis aujourd'hui de considérer comme fondée l'opinion, encore accréditée, que la tête est, dans tous les cas, la partie la plus volumineuse du corps du fœtus à terme, et que le conduit génital n'oppose aucune résistance au passage du tronc lorsque l'extrémité céphalique l'a déjà franchi. Loin de là, le volume absolu ou relatif du thorax et des épaules est une cause de dystocie assez fréquente et parfois fort dangereuse pour le fœtus. J'ai la conviction qu'un relevé statistique, s'il était possible de l'obtenir exact, établirait qu'elle coûte annuellement la vie à un grand nombre d'enfants, et d'un autre côté elle est loin d'être inoffensive pour la mère. En effet, elle retarde la terminaison spontanée de l'accouchement, qui n'a lieu, dans quelques cas, qu'au moyen d'efforts prolongés et fatiguants, et qui, dans d'autres cas, est impossible. Elle exige alors une manœuvre qui est toujours pour la femme une cause de souffrances ou de dangers. Parfois enfin l'excès de volume du thorax détermine la rupture du périnée. C'est un fait aujourd'hui bien connu des accoucheurs que le plancher du bassin, respecté par la tête fœtale, se rompt parfois dans une étendue assez grande pendant le dégagement des épaules.

Cependant cette cause de dystocie a été peu remarquée et se trouve rarement signalée dans les ouvrages d'obstétricie. Quelques faits isolés, relatés par Mauriceau, Delamotte et Levret, témoignent qu'elle n'était point entièrement inconnue à ces auteurs; mais c'est M. Jacquemier qui, le premier, en a traité *ex professo* dans un mémoire lu, en 1851, à l'Académie de médecine, et dans lequel ce tocologue distingué a non-seulement parfaitement établi la réalité de l'obstacle que la poitrine et les membres supérieurs apportent parfois à la parturition, mais encore a su déduire de l'étude de ces conditions mécaniques des indications rationnelles et une manœuvre opératoire constamment efficace.

La doctrine de M. Jacquemier sur les causes de la difficulté et les moyens d'y remédier, encore peu connue peut-être d'un certain nombre de médecins, mérite d'être rappelée d'abord.

(1) Société de chirurgie du 14 novembre 1868.
(2) Société de chirurgie du 21 octobre.

On peut la résumer de la manière suivante : la cage thoracique présente la forme d'un cône sur les côtés duquel les épaules, attachées par des parties mobiles, peuvent glisser dans le sens vertical. Lorsque, pendant l'accouchement, le thorax s'engage dans l'excavation pelvienne, les épaules, comprimées par le détroit supérieur ou par les parois convergentes du petit bassin, tendent, en vertu de leur mobilité, à remonter et à se rapprocher de la base du thorax, c'est-à-dire qu'elles se portent sur des segments du cône dont le diamètre s'accroît d'une façon progressive. Dans les conditions ordinaires, l'ampleur du bassin réduit ces résistances à de faibles proportions, et la marche du travail n'en est point entravée; mais admettons que la poitrine de l'enfant présente un développement exceptionnel ou le bassin des dimensions un peu moins qu'ordinaires, qu'en un mot il existe une disproportion entre le canal pelvien et la partie supérieure du tronc, la progression de celui-ci va se trouver forcément arrêtée. Si, dans ces conditions, on se borne à opérer des tractions sur les parties déjà dégagées, c'est-à-dire sur la tête, on ne réussira pas à engager le thorax. Ces efforts n'auront d'autre résultat que de relever davantage les épaules vers la base du cône, d'en accroître le diamètre et, suivant l'heureuse expression de M. Jacquemier, de serrer le nœud de la difficulté. On arracherait plutôt le cou que de faire avancer le reste du corps.

Que faire donc en pareille occurence? Relâcher le nœud en ramenant les épaules de la base vers le sommet du cône thoracique et diminuant le diamètre du tronc par cette manœuvre. Dans les cas simples, l'abaissement d'une seule ou des deux épaules suffit pour rendre possible le dégagement du tronc sans qu'il soit nécessaire d'amener au dehors le reste du membre, qui par lui-même n'ajoute pas assez au volume de la poitrine pour devenir gênant. Mais s'il existe entre les parties une disproportion très forte, le thorax ne pénètre dans l'excavation que lorsque les deux membres supérieurs, entièrement dégagés, l'ont précédé dans les passages étroits qu'il doit franchir. Quelque difficile que soit alors le dégagement des bras, il faut de toute nécessité l'effectuer si l'on veut extraire l'enfant sans mutilation.

Dans le travail que je viens de rappeler, M. Jacquemier s'étonne que les observateurs aient gardé un silence aussi complet sur une cause de dystocie qui pourtant n'est nullement rare. Il n'est certainement aucun accoucheur occupé à qui elle ne se soit plusieurs fois offerte, mais elle a été sans doute méconnue le plus souvent, comme il m'est arrivé à moi-même, jusqu'au moment où la lecture du travail de M. Jacquemier m'a ouvert les yeux sur la cause des difficultés que rencontre parfois l'extraction du tronc d'un enfant après la sortie naturelle ou artificielle de la tête. Or, la cause qui, à mon sens, peut avoir trompé des accoucheurs d'ailleurs éclairés, c'est qu'en pareil cas on a souvent recours à une manœuvre rationnelle et efficace, instinctivement et sans se rendre exactement compte de ce que l'on fait. En effet, si, après l'issue de la tête, des tractions, faites avec ménagement sur le cou, ne parviennent pas à dégager le tronc, que fait-on? On insinue la main droite dans la concavité du sacrum ou même jusqu'au détroit abdominal, on saisit l'aisselle et l'on tire en même temps sur celle-ci et sur le cou, et le tronc sort alors sans grande difficulté. En allant ainsi accrocher l'aisselle postérieure, on n'a eu la plupart du temps pour but que d'obtenir un point d'appui commode et de donner une meilleure direction à ses efforts, tandis qu'en réalité, comme nous l'avons dit, cette manœuvre agit par un tout autre mécanisme. Le mémoire de M. Jacquemier aura donc eu le mérite de porter la lumière sur une cause de dystocie peu connue et mal appréciée avant lui, et de donner une bonne théorie du procédé opératoire qui doit lui être appliqué. Les idées judicieuses renfermées dans ce travail méritant d'être vulgarisées, j'ai cru faire une chose utile en les appuyant des deux faits suivants empruntés à ma pratique.

Obs. I. — Le 4 juin 1868, Madame D..., mère de deux enfants nés spontanément, et parvenue au terme d'une troisième grossesse, ressentit, vers quatre heures du matin, les premières douleurs de l'enfantement.

A six heures, la dilatation de l'orifice était fort avancée, et je constatais à travers les membranes encore intactes, une présentation du crâne en position occipito-iliaque-droite-postérieure.

Le travail marchait avec régularité, les contractions avaient de l'énergie, et vers huit heures du matin, la tête de l'enfant franchissait la vulve, contre laquelle elle demeura étroitement appliquée par sa base. Comme elle se congestionnait rapidement et que, malgré les efforts de la mère, le tronc tardait à sortir, je me mis en devoir de l'extraire. Saisissant la tête par ses côtés je cherchai, par des tractions convenables, à abaisser les épaules. Je ne pus y parvenir. Supposant que le plan du lit nuisait à la bonne direction de mes efforts, je fis exhausser le siége de l'accouchée sur un coussin et sur les poings de la garde. J'eus alors toute facilité de tirer dans un sens favorable, et je déployai, je l'avoue, une force assez grande sans plus de succès que précédemment. La tête ne bougea pas. Elle resta fortement appliquée contre la région périnéale, dans laquelle le menton plus aigu que les autres parties avait en quelque sorte réussi à se creuser une loge.

Il n'est pas douteux pour moi qu'en continuant des tractions ainsi faites, j'aurais plutôt rompu le cou de l'enfant que d'extraire le tronc. Je n'insistai donc pas, et glissant la main droite, dans la concavité du sacrum, j'atteignis à grand peine l'épaule droite du fœtus, que les résistances du bassin avaient refoulée assez profondément vers la base du thorax. J'abaissai sans difficulté cette épaule vers le milieu de l'excavation quand mon doigt indicateur eut réussi à accrocher l'aisselle, et de nouvelles tractions modérées faites sur la tête, amenèrent le dégagement rapide du tronc. L'enfant du sexe masculin put respirer et crier presque aussitôt. Il était plus volumineux que tous ceux que j'avais reçus depuis le début de ma carrière. Il pesait nu, 4 kilogrammes 850 grammes, et présentait au niveau des épaules les dimensions suivantes:

Diamètre bis-acromial, 14 centimètres ;

Diamètre antéro-postérieur du thorax, au niveau de la fourchette sternale, 7 centimètres ;

Circonférence bis-acromiale, 41 centimètres.

Je ne crois pas qu'il soit possible de nier que, dans ce fait, le volume du thorax, augmenté de celui des épaules, ait été la cause réelle de l'arrêt du tronc après la sortie de la tête. Cette explication trouve sa confirmation dans le volume exagéré de cette portion du corps, démontré par une mensuration rigoureuse et dans l'efficacité de l'abaissement préalable d'une des épaules. On a pu remarquer, en effet, l'inutilité de mes efforts tant que l'épaule droite demeura relevée contre le côté du thorax, et l'engagement facile de celui-ci lorsque son diamètre transversal eût été diminué de la saillie scapulo-humérale. Le volume de la poitrine restait, il est vrai, encore accru du relief de l'avant-bras, mais l'épaisseur de ce segment du membre thoracique est fort inférieure à celle de sa racine, et le bassin était assez ample pour admettre ces deux parties sans altération de leurs rapports naturels.

Dans le fait suivant, où le rôle des épaules comme cause de dystocie n'est pas moins évident, on verra, au contraire, que l'obstacle mécanique n'a pu être levé que par le dégagement préalable complet des deux membres supérieurs.

Obs. II. — La femme P..., domiciliée rue Basfroi, n° 20, était en travail depuis trois jours, lorsque, le 10 juin 1868, je fus appelé par M. le docteur Maugenest et par madame Godot, sage-femme, pour la délivrer. La femme P... a 42 ans; elle est de petite taille, d'une bonne constitution, sans trace de rachitisme. Mariée depuis une année, elle est arrivée au terme de sa première grossesse. Elle a perdu les eaux, me dit-on, dans la journée du dimanche 7 juin, et a commencé à éprouver dans la soirée du même jour de petites douleurs qui ne l'ont point toutefois empêchée de reposer la nuit suivante. Le lendemain, 8 juin, les douleurs, sont plus vives, mais non soutenues, et de longues périodes de calme alternent avec quelques contractions rapprochées. Le mardi 9, la dilatation étant complète, on administre dans la matinée plusieurs doses de seigle ergoté, qui n'ont point accru la force des contractions, et le mardi soir, M. le docteur Maugenest, appelé par madame Godot, essaie en vain de faire une application de forceps, que la pression de la tête fœtale sur la marge du bassin rendait fort difficile dans ce cas.

Le mercredi, 10 juin, à onze heures du matin, je trouve la malade dans l'état suivant : l'utérus est exactement appliqué sur le fœtus, contracté et dur dans toute son étendue. Plus de douleurs intermittentes. La vessie, distendue par l'urine, forme une saillie fluctuante au-devant de l'organe gestateur. La vulve est tuméfiée, et la colonne antérieure du vagin, fortement congestionnée et dure, forme une saillie prononcée sous les pubis. Le crâne est encore fort élevé, et l'œdème qui le recouvre empêche de reconnaître sa position. L'enfant paraît avoir succombé depuis plus de vingt-quatre heures, et un liquide sanieux s'écoule du vagin. L'angle sacro-vertébral, difficilement accessoire, laisse supposer 9 centimètres de diamètre sacro-pubien; mais les autres diamètres semblent rétrécis, à en juger par la courbe prononcée que décrit la paroi antérieure du bassin. L'état général est déjà fâcheux : je trouve les traits altérés, les lèvres cyanosées, le pouls radial petit, mais d'une fréquence modérée. Pas de douleur iliaque ou hypogastrique à la pression.

La femme P.,, est assoupie au chloroforme, et comme l'enfant a succombé, je pratique de suite la crâniotomie pour ménager les parties de la mère. J'applique le forceps avec quelque difficulté; la seconde cuiller ne peut s'engager dans l'utérus que lorsque la main conductrice a pu lui ouvrir la voie en soulevant fortement la tête.

Une grande partie de la matière cérébrale s'écoule pendant que le crâne parcourt l'excavation pelvienne. J'amène aussi la tête à la vulve, mais elle reste fortement appliquée contre le périnée, retenue qu'elle est par les épaules. Je tire avec une grande force sur le cou pour engager les épaules. M. Maugenest me supplée et n'est pas plus heureux. Madame Godot, fort exercée aux manœuvres de l'accouchement, s'efforce alors de dégager le bras postérieur, sans y parvenir. Je la remplace et parviens à faire sortir ce bras en passant un crochet mousse sous l'aisselle. Des tractions sont faites alors sur le bras et sur le cou par moi, M. Maugenest et madame Godot successivement. Elles produisent l'arrachement de ces parties, mais le tronc reste en place. Ce n'est qu'après que j'eus dégagé le second bras, en portant la main dans l'utérus, que je pus extraire sans difficulté le reste du corps. L'enfant est un garçon de volume moyen, offrant des signes non douteux d'une décomposition avancée. Cette opération a duré trois quarts d'heure environ, et l'aspect de la malade, préservée de grandes souffrances par le chloroforme, n'est pas plus fâcheux après sa délivrance qu'avant.

Mes craintes de voir une complication inflammatoire grave se développer chez la femme P..., à la suite de cette opération, ne se sont heureusement pas réalisées. Du ballonnement du ventre sans douleur, de la prostration, une paralysie complète de la vessie, tels sont les phénomènes morbides présentés pendant les premiers jours par l'accouchée. La contusion prolongée du conduit génital a été suivie d'escharres assez étendues de la paroi antérieure du vagin et d'une fistule vésico ou urétro-vaginale. La malade, entrée au bout d'une semaine à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Tillaux, y a passé un mois environ dans un état languissant, caractérisé par faiblesse, fièvre continue, anorexie, insomnie. L'état général s'est ensuite amélioré, et le mois suivant, la malade ne conservait plus de son laborieux accouchement qu'une faiblesse encore assez grande et sa fistule vésicale, dont M. Tillaux se proposait de l'opérer après qu'une expectation suffisamment prolongée aurait enlevé tout espoir de voir survenir une guérison spontanée. Cette éventualité favorable s'est effectivement réalisée, et, circonstance non moins instructive qu'avantageuse, l'occlusion naturelle de la fistule était complète au bout de trois mois, et la femme P.,. quittait alors l'hôpital dans un état de santé satisfaisant.

Dans cette seconde observation, c'est moins au développement absolu des épaules qu'à l'influence du rétrécissement pelvien qu'on doit rapporter la plus grande partie des difficultés qu'a rencontrées l'extraction de l'enfant. Toutefois, de ce que le bassin s'éloignait des conditions normales, je ne pense pas qu'on puisse s'en prévaloir pour refuser de rattacher ce fait à la cause de dystocie qui m'occupe en ce moment. Il serait peu logique, je crois, d'en contester la valeur à ce point de vue. Qu'il s'agisse, en effet, d'un gros enfant avec un bassin de dimensions moyennes, ou d'un fœtus médiocrement développé avec un bassin de formes régulières, mais étroit, dans les deux cas il y a altération des rapports d'étendue normaux du fœtus et du canal pelvien, et dès lors les conditions physiques ne sont-elles pas absolument les mêmes et les indications opératoires identiques?

Que dire maintenant de mon opération? Elle n'a pas été irréprochable, sans doute; plusieurs fautes ont été commises, et je n'ai certes pas l'intention de décliner la responsabilité qui m'en revient plus qu'à mes aides. Des tractions trop fortes ont été faites sur le premier bras sorti et sur le cou, puisque ces parties ont été séparées du tronc par nos efforts. C'est là une première faute. Ces tractions n'ont peut-être pas été étrangères à la production de la contusion de la vessie et de la fistule urinaire, mais il me semblerait injuste de leur attribuer le rôle principal dans la création de ces lésions et plus encore de les leur imputer complétement. Qu'on veuille bien se rappeler que le travail de la femme durait depuis trois jours, et l'on s'expliquera que la compression prolongée des parties molles du bassin par la tête fœtale ait suffi pour en altérer la vitalité et même en causer le sphacèle, sans le concours d'une cause accidentelle et passagère.

Que convenait-il donc de faire en face des résistances que nous opposait le bassin? Dégager le second bras lorsque le dégagement du premier fut reconnu insuffisant pour extraire le tronc, et, si la tête et le cou de l'enfant s'opposaient à l'accès de la main jusqu'au pubis, pratiquer une décollation régulière au moyen des longs ciseaux de Dubois. On eut alors amené facilement le second bras au dehors, et l'extraction eût pu être opérée sans grands efforts. Mais, je l'avoue, l'expérience me faisait alors défaut; je rencontrais pour la première fois d'aussi grandes difficultés, et tout en reconnaissant là une cause de dystocie bien étudiée par M. Jacquemier, je n'avais plus assez présents à la mémoire les préceptes posés par cet accoucheur pour faire une opération parfaitement régulière. J'ai donc agi un peu au hasard et sans plan bien arrêté. Tant il est vrai que la lecture des meilleurs ouvrages, sans la clinique, est insuffisante pour former le praticien, et que l'observation attentive des faits peut seule donner une instruction solide!

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, *directeur de la* Gazette des Hôpitaux.

Paris, 12 novembre 1868.

Monsieur et très-cher confrère,

J'ai lu dans le numéro du 10 courant de la *Gazette* une lettre de M. Bricheteau. Je voudrais répondre en vingt lignes; mais tant d'affirmations de sa part méritent une plus sérieuse réfutation scientifique.

M. Bricheteau croit que réfuter une erreur est aussi utile que établir une vérité.

Il me semble qu'il n'a pas tort : c'est au moins mon opinion; qu'il continue.

Il proteste ensuite énergiquement contre l'intention bien arrêtée qu'il lui semble que j'ai de préconiser une nouvelle méthode de traitement, un nouveau spécifique de la diphthérie. — Une nouvelle méthode de traitement? oui, c'est clair. M. Bricheteau a dû s'en apercevoir, puisqu'il m'a lu. Un nouveau spécifique du croup? trop bête. On ne vieillit pas de quinze ans pour ne rien apprendre par expérience, si allourdi qu'on devienne. — Spécifique est un mot que je n'ai plus revu en médecine. — Cette première partie de la lettre est un petit scenario charmant. — Je n'y touche plus, et j'arrive à la partie vraiment scientifique de l'épître, celle qui réfute une erreur :

1° « Le sulfure de mercure n'a aucune action dissolvante sur les fausses membranes diphthériques », dit M. Bricheteau. — Et pour le prouver, il cite toutes les expériences de laboratoire qu'il a faites avec M. Adrian.

Je me suis expliqué, précisément dans le même numéro de la *Gazette*, au sujet de toutes ces expériences de laboratoires faites avant, pendant et après M. Bricheteau. — Les lecteurs, au nombre de huit à neuf mille, je crois, ont déjà lu ce numéro, leur verdict est prononcé; point n'est besoin d'y revenir.

2° « Le sulfure de mercure est complétement insoluble; il ne peut donc ni se vaporiser, puisqu'il reste en suspension dans l'eau, ni se volatiliser; car, pour cela, il faudrait qu'il fût soumis à une température excessive », ajoute M. Bricheteau.

Pour la complète insolubilité du mercure dans l'eau, chacun sait ça. — Pour le reste, je renvoie M. Bricheteau à MM. Pelouze et Frémy. Voici ce qu'on lit page 287, liv. 3 de leur Traité : « Le cinabre est insoluble dans l'eau; il se volatilise, sans entrer en fusion, à une température peu élevée. » Mais quand on a assisté aux débats de Raspail et d'Orfila, de Figuier et de Claude Bernard, de Liebig et de Poggiale, comment s'étonner de la solution si carrée opposée par M. Bricheteau au dire de Pelouze et Frémy! Je pourrais citer bien d'autres dissidences éclatantes; ne serait-ce que celle où il s'agissait de constater si l'eau pulvérisée peut pénétrer ou non dans l'arbre respiratoire. Mais je ne suis qu'un médecin et laisse de côté toute discussion pour arriver à des faits précis.

Un ami m'a rendu témoin d'une expérience qui apporte son poids

dans la question. Cette expérience, je l'ai répétée bien souvent et toujours avec succès. Dans huit jours, tous les lecteurs de la *Gazette* l'auront faite eux-mêmes et auront jugé avec le gros bon sens; la voici : Mettre dans un ballon en verre extrêmement propre de l'eau distillée et du sulfure de mercure; installer ce ballon sur une lampe à alcool. Quand l'ébullition se fait et que les vapeurs se dégagent du ballon, on expose une pièce d'argent à l'action de ces vapeurs; la pièce d'argent noircit au bout de quelques minutes. — L'eau a-t-elle la propriété de déterminer un effet semblable par sa vaporisation? et ce fait est-il assez concluant? J'ai moi-même fait une contre expérience. J'ai jeté dans le fond du ballon en ébullition une pièce d'argent de 2 francs et un napoléon en or; j'ai retiré les pièces au bout de vingt minutes, après avoir éteint la lampe et vidé le contenu du ballon : les deux pièces sont sorties intactes. J'ai répété plusieurs fois la même épreuve, toujours avec le même résultat. C'est donc la vapeur qui noircit la pièce d'argent quand on la soumet à son contact, et non le cinabre en suspension dans l'eau. Je dois ajouter que je me suis toujours servi, comme pour le vaporarium, de cinabre en poudre, autrement dit vermillon. J'en ai pris chez plusieurs pharmaciens. Quand le vermillon est sophistiqué par addition d'ocre rouge, le brunissement de la pièce d'argent par la vapeur est plus lent à se produire, mais non moins sûr. Si l'on soumet une pièce d'or au contact des mêmes vapeurs, elle ne s'altère pas. Si l'on laisse une pièce d'or ou d'argent plongée dans le cinabre à l'air libre, quel que soit le temps qu'on les laisse, elles ne sont pas altérées. Tout le monde tirera facilement les conclusions qui découlent de ces faits.

MM. Bricheteau et Adrian n'ont jamais rencontré cette sensation de saveur acre qui prend à la gorge les personnes qui entrent dans la chambre des malades soumis au vaporarium, tel que je l'emploie; saveur que j'ai indiquée.

Depuis que ces lignes ont été écrites, nombre de personnes ont aspiré ces vapeurs : toutes se sont assurées qu'on éprouve une sensation de saveur acre à la gorge; d'aucunes, un peu valétudinaires, n'ont pu les supporter. Il en est qui ont déclaré avoir perçu une saveur métallique.

Ceci est trop facile à répéter et à vérifier pour que j'insiste.

Une fois la question ainsi traitée, il faut bien que je signale un fait clinique relaté dans la *Gazette médicale*, juillet 1867, fait où le malade a subi un degré d'intoxication mercurielle.

Le docteur Brégeau, de Calais, traite par les inhalations de vapeurs humides de sulfure de mercure un enfant atteint du croup et le guérit. Mais il reste à cet enfant une salivation mercurielle qu'il est obligé de combattre. Cet enfant n'a pas pris de mercuriaux à l'intérieur; d'où venait la salivation?

Quand le vaporarium ou marmite en terre à large, très-large ouverture, fonctionne, le cinabre est projeté en minime partie par l'ébullition sur les rebords du vase. L'eau en baissant en laisse une partie attachée aux parois. Une lampe à esprit de vin à trois becs, qui fonctionne nuit et jour, chauffe les parois du vase qui ne sont plus en contact avec le liquide, si on n'a soin de le renouveler exactement. Que se passe-t-il alors? Que les chimistes répondent; que les chimistes jugent et expérimentent.

Les six cas de guérison publiés dans la *Gazette des Hôpitaux*, joints à quinze autres publiés dans la *Gazette médicale* et la *Réforme médicale*, constituent déjà un nombre rond. La diphthérie est malheureusement souvent à nos portes. Je ne tiens nullement aux explications. La question peut être facilement jugée cliniquement.

Maintenant que les lecteurs de la *Gazette* ont pu prendre connaissance des faits, qu'ils essayent, s'ils le jugent convenable, et qu'ils jugent des faits cliniques par des faits cliniques, sans aucun parti pris.

Je viens de démontrer qu'il s'opère par l'ébullition dans l'eau une vaporisation de sulfure de mercure, laissant aux chimistes le soin de préciser quelles sont les vapeurs qui s'exhalent.

J'ai prouvé par 22 cas de guérison de diphthérie de divers degrés de gravité la marche du traitement. C'est à la clinique seule qu'appartient le contrôle de la méthode que je préconise et que tous les lecteurs de la *Gazette* connaissent maintenant dans ses moindres détails.

Agréez, monsieur et très-cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

ABEILLE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 2 novembre 1868, le ministre de l'instruction publique a déclaré vacante la chaire de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. Les candidats à cette chaire devront faire parvenir leurs demandes, titres et justifications à la Faculté et au Conseil académique.

— M. le docteur Broc vient d'être nommé médecin de la division des hommes à l'asile des aliénés de Maréville, près Nancy.

— Nos lecteure se rappellent que la Société de médecine pratique de Paris a ouvert une enquête sur le traitement des maladies aiguës par les alcooliques et convie à y prendre part tous les praticiens de France et de l'étranger qui pourraient éclairer, par des faits, cette importante question de thérapeutique.

Le délai, fixé d'abord, pour l'envoi des documents, au 15 octobre dernier, ayant été reconnu insuffisant, vient d'être prorogé au 31 janvier 1869.

Nos confrères sont priés d'adresser leurs communications au rapporteur de la Commission : M. le docteur Alex. Mayer, rue Béranger, n° 17. (Affranchir.)

— M. le docteur Laskowski commencera son cours d'anatomie le jeudi 19 novembre 1868, à midi, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera tous les jours à la même heure.

Les élèves seront exercés à disséquer dans le pavillon n° 7, sur les cadavres conservés par la nouvelle méthode d'injection, et pourront étudier sur les pièces préparées d'avance.

On s'inscrit, rue des Écoles, 52, de trois heures à cinq heures, ou à l'École pratique.

— M. le docteur G. Michel, qui nous demande de lui envoyer notre *Gazette des Hôpitaux* à Valençay (Indre), est prié de nons indiquer sa dernière demeure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de chirurgie, par le docteur FANO, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Tome 1er : pathologie générale chirurgicale; maladies des diverses tissus et des divers organes; fractures. 1 vol. in-8, avec 83 fig. dans le texte. Prix : 6 francs. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Traité d'anatomie descriptive, avec figures dans le texte, par le professeur SAPPEY. 2e édition, refondue. Tome 1er : OSTÉOLOGIE, ARTHROLOGIE. 1 vol. in-8. Prix : 12 francs. Tome 2e : MYOLOGIE. Prix : 6 francs. Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, par le docteur BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 2e édition, très-augmentée. 1 vol. in-8. Prix : 7 francs.

Du même auteur : **Leçons sur les affections génériques de la peau.** 2 vol. in-8. Prix : 11 francs. — Adrien Delahaye.

Déontologie médicale (Devoirs et droits des médecins vis-à-vis de l'autorité, de leurs confrères et du public), par le docteur DELFAU. (Ouvrage couronné. 1 vol in-12. Prix : 4 francs. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 135. — JEUDI 19 NOVEMBRE 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 19 NOVEMBRE 1868. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — L'enseignement supérieur. — HOPITAL DES ENFANTS-MALADES (M. Bouchut). Du mode d'administration de l'émétique dans le croup. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

Paris, le 16 novembre 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Chauveau a porté hier à la tribune une très-grosse question. Il suffit d'énoncer le titre de sa lecture pour donner une idée de son importance : « Application de la connaissance des conditions de l'infection à l'étude de la contagion de la phthisie pulmonaire. Démonstration de la virulence de la tuberculose par les effets de l'ingestion de la matière tuberculeuse dans les voies digestives; corollaires relatifs à l'hygiène publique et à l'hygiène privée. » Les expériences relatées dans ce travail mettraient hors de doute, suivant M. Chauveau, la virulence et la propriété contagieuse de la tuberculose; elles établiraient, en outre, que le tube digestif est l'une des voies les plus communes de la propagation de la tuberculose. Enfin, la conséquence pratique de ces faits serait la nécessité de se préoccuper du danger de l'alimentation avec la viande provenant d'animaux phthisiques. Ces conclusions ont paru mal justifiées à plusieurs membres de l'Académie; la validité des faits eux-mêmes a été contestée. MM. Colin, Reynal et Tardieu ont présenté quelques objections; MM. Bouillaud et J. Guérin ont fait des réserves, s'engageant à les motiver lors de la reprise de la discussion sur la tuberculose.

L'Académie, pressée par son ordre du jour, après une courte discussion confuse et passablement agitée, s'est formée en comité secret à près de cinq heures, pour entendre la lecture des rapports officiels de fin d'année. Cette discussion sera certainement reprise, et elle devra l'être pour ne pas laisser passer sans contrôle des propositions d'une aussi grande gravité et qui, dans le sentiment presque unanime de l'Académie, sont au moins prématurées.

L'Académie tiendra une séance extraordinaire samedi prochain, pour entendre la suite des rapports sur les prix.

Dr Brochin.

L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

Nous continuons à placer sous les yeux de nos lecteurs les extraits du rapport de M. Duruy qui peuvent intéresser nos confrères.

IIe PARTIE

DES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

Nombre, en 1865, des élèves, des examens et des diplômes délivrés. — Pour faire arriver la jeunesse sortie des lycées à un degré supérieur d'instruction, pour entretenir et développer au sein de la société française le goût des hautes études, nous avons 53 facultés, et 3 écoles supérieures, en tout, 408 chaires (1) devant lesquelles viennent s'asseoir chaque année environ 18,000 élèves inscrits ou auditeurs bénévoles qui, en 1867, ont subi 28,825 examens de fin d'année ou de fin d'études et obtenu 9,814 diplômes.

Ce ne sont donc pas les institutions qui nous manquent et je dois ajouter que l'enseignement qu'on y donne jette un éclat qui n'est surpassé chez aucun peuple. Ces nombreuses facultés qui gardent la science humaine et la communiquent, qui entretiennent dans le pays le goût des études élevées et des plaisirs délicats de l'esprit, avec l'amour du beau, de l'honnête et du vrai; ces 400 chaires, d'où tombent tant d'idées justes, tant de vérités précieuses, où l'indépendance de l'esprit s'allie au respect de tous les droits, où la liberté de la pensée se règle et se discipline elle-même par le sentiment du devoir professionnel : tout cela forme au sein de la société française un ferment heureux et fécond dont l'action neutralise beaucoup d'influences contraires et dangereuses.

Mais ces facultés qui rendent tant de services, donnent-elles tout ce qu'on pourrait leur demander?

§ Ier. — *Enseignement des lettres et des sciences.*

Du caractère de l'enseignement. — Si les facultés qui préparent directement à certaines carrières, comme celles du droit et de la médecine, voient partout une nombreuse jeunesse autour de leurs chaires, les facultés des lettres et des sciences sont, en plus d'un lieu, languissantes, et nulle part elles ne réunissent un public d'élèves assidus. Elles ont des auditeurs de tout âge, de toute condition, que le talent du professeur attire, mais sur lesquels le maître n'exerce pas cette action persévérante qui, seule, constitue l'enseignement fécond.

Ce défaut de notre enseignement supérieur a depuis longtemps appelé l'attention de publicistes qui ne manquent pas de nous montrer comme un reproche les populeuses et vivantes universités d'outre-Rhin; ils oublient de dire que les classes de philosophie, de mathématiques élémentaires et de mathématiques spéciales, qui sont une partie si importante et le couronnement de nos études secondaires, se font, en Allemagne, à l'Université, et que la jeunesse d'élite, qui remplit les écoles spéciales, beaucoup plus nombreuses en France que chez nos voisins, est naturellement enlevée à nos facultés. Il n'en est pas moins vrai que nous avons un problème à résoudre : celui de donner à nos professeurs, au lieu d'un auditoire flottant et sans cesse renouvelé, de véritables élèves.

Il faudrait bien se garder de fermer les portes de nos écoles supérieures à ces auditeurs irréguliers et de renoncer à une nature d'enseignement qui provoque une heureuse agitation intellectuelle en des villes où, sans lui, peut-être, il n'y en aurait pas; mais on doit désirer qu'il devienne l'accessoire au lieu d'être le principal.

Nous pouvons être assurés que nos professeurs ne laisseront pas se perdre la tradition toute française de ces leçons élégantes, spirituelles, parfois même éloquentes; mais ils y joindront, comme plusieurs le font déjà, des leçons didactiques. Car l'enseignement supérieur n'a pas pour seul but d'éveiller le désir d'étudier; il est institué surtout pour mettre l'auditeur en possession des méthodes et pour lui apprendre la science que ces méthodes ont créée.

En Allemagne, des hommes tels que Boeckh, Ritschl, Welcker, Ranke, Raumer, avaient ou ont, par semaine, de huit à dix et même douze heures de cours. Ces cours ne ressemblent en rien aux grandes leçons qui demandent à quelques-uns de nos professeurs une préparation pareille à celle qu'exige un discours académique; mais ce sont de minutieuses directions données à des élèves qui notent toujours les paroles du maître parce que chacune est un enseignemnt utile pour l'étude.

C'est ainsi que ce sont formées ces mœurs studieuses de l'Allemagne où il se trouve toujours pour chaque branche du savoir humain plusieurs maîtres distingués et, autour de chacun d'eux, de nombreux élèves. En France, à côté de professeurs éloquents qui attirent les auditeurs par centaines autour de leurs chaires, nous possédons d'illustres savants, dont quelques-uns n'ont pas plus de disciples en état de continuer un jour leur enseignement que de critiques autorisés à en signaler les lacunes ou les erreurs : et il est telle chaire qui court le risque de rester inoccupée, parce que l'étude qu'on y poursuit comptera trop peu de représentants pour fournir un successeur à l'homme éminent qui en sera descendu.

D'où vient donc cette différence?

Une des causes du succès des universités allemandes est dans leur régime financier. Les élèves y payent le maître, dont le traitement atteint parfois le chiffre des revenus qu'un grand manufacturier se fait avec son industrie; en France, ils payent l'État, qui, à son tour, rémunère le professeur, et celui-ci tient à honneur de ne rien recevoir que du Trésor public. Il en résulte que nos 56 facultés, nos 400 chaires, ne coûtent à peu près rien au budget (1), mais aussi que le professeur fatigué ou délaissé a les mêmes avantages que le maître actif et populaire. Si l'on disait que le système de la rémunération directe par l'élève diminue l'autorité morale du maître, il serait facile de montrer que les pays où ce régime existe sont ceux qui entourent de plus de considération publique le titre professeur. A Wurtzbourg, le décanat donnait la noblesse.

Une autre cause est l'énergie de la vie provinciale et municipale. Les villes, les États d'outre-Rhin, se disputent les professeurs renommés et ne reculent devant aucune dépense pour s'assurer leurs services.

Nous ne pouvons changer nos institutions et nos habitudes, et nos savants ne sont guère plus disposés à renoncer à leur désintéressement que la plupart des villes à leur indifférence. Cependant ce serait un honneur pour l'Université de modifier nos mœurs scolaires : elle peut y parvenir, au moins dans une certaine mesure, en modifiant la direction de son enseignement supérieur.

Il ne s'agit pas d'astreindre nos professeurs de faculté, dans les départements, à autant de cours par semaine qu'il s'en fait dans les universités allemandes, mais il sera bon de revenir à la règle ancienne des trois leçons hebdomadaires : l'une serait pour le public qui veut entendre parler de science ou de littérature; les deux autres pour les élèves qui, cherchant une préparation sérieuse aux grades académiques ou un enseignement substantiel, iront avec le professeur, dans des *conférences* presque intimes, jusqu'au fond de la science. Des élèves de cette sorte, les écoles normales secondaires en donneront aux facultés de province.

§ 2. — *Enseignement de la médecine et du droit.*

Le cercle des études supérieures laïques comprend encore le droit et la médecine avec les sciences qui s'y rattachent.

Écoles secondaires de médecine. — La loi préparée pour l'enseignement médical permettrait aux vingt-deux écoles secondaires de médecine de développer leurs moyens d'instruction, et aux élèves d'utiliser beaucoup de ressources qui leur sont aujourd'hui inutiles. En outre, l'enseignement secondaire spécial qui donne une place si importante à la physique, à la chimie et à l'histoire naturelle, préparera sérieusement les futurs élèves de ces écoles aux études qu'ils doivent y faire, et il y aura lieu d'examiner s'il ne convient pas de modifier le certificat de grammaire, seul exigé d'eux aujourd'hui, en le rapprochant du diplôme d'enseignement spécial.

§ 3. — *Bourses pour l'enseignement supérieur.*

L'État dépense chaque année plus d'un million pour élever dans ses lycées les fils de ceux qui l'ont bien servi. C'est à la fois une dette qu'il paye et un encouragement qu'il donne. Mais les élèves détenteurs d'une bourse impériale ne peuvent la conserver au delà de leur dix-huitième année. Ils se trouvent donc brusquement abandonnés à eux-mêmes au moment où ils auraient le plus besoin d'assistance. Il est vrai que le Gouvernement, dans ses écoles spéciales, accorde très-libéralement la gratuité pour former les professeurs, les officiers, les marins, les ingénieurs, etc., dont les services lui seront plus tard nécessaires; mais, jusqu'à présent, il n'a point pensé qu'il lui fût utile d'imposer un sacrifice au Trésor public pour préparer des jurisconsultes, des médecins, des savants et des lettrés, en constituant des bourses au profit de quelques élèves des facultés de droit, de médecine, des sciences et des lettres. Le ministre de l'instruction publique ne peut venir en aide aux étudiants pauvres de cette catégorie qu'avec un crédit de 38,000 francs qu'il emploie à des remises de droits d'examen ou de diplômes et dont près de la moitié est prise par les seuls élèves des séminaires.

Il n'en est pas de même à l'étranger.

La Belgique dépense 50,000 francs pour entretenir des bourses dans deux universités seulement, celles de Liége et de Gand.

La seule université de Kœnigsberg, en Prusse, a davantage : 56,000 francs, et Gœttingen, près de 100,000 francs (*stipendien*).

En Angleterre, parmi les récompenses que les écoles secondaires délivrent à leurs meilleurs élèves, se trouvent la concession de revenus de 570, 1,200, 1,500, 3,000 francs, payables durant trois, quatre ou cinq ans à l'université. Rugby dispose de vingt pensions de ce genre, d'une valeur chacune de 1,000 à 2,000 francs; Eton en distribue chaque année quinze, qui s'élèvent à un total de près de 18,000 francs.

A l'université, l'instruction généralement très-onéreuse pour les fils de lords et de gentlemen, ne coûte à peu près rien à l'étudiant qui se distingue par le travail et le talent. Les colléges d'Oxford ou de Cambridge l'adoptent comme boursier, l'associent, comme agrégé, au partage de leurs riches revenus et lui constituent ainsi, pendant son séjour, une pension qui peut même, sous certaines conditions devenir viagère.

Une institution analogue existe en Italie, le collége Charles-Albert, à Turin, ou collége des Provinces, ainsi nommé parce que les anciennes provinces de la monarchie piémontaise y entretenaient un certain nombre de bourses au moyen de rentes sur l'État. Il a été fondé pour assurer l'accès des hautes études aux élèves distingués des classes secondaires qui, par l'insuffisance de leurs ressources, n'auraient pu suivre les cours de l'université. Ils y sont logés et nourris; ils y trouvent des conseils et des moyens d'études pendant les quatre ou cinq années que durent les cours des quatre facultés. Beaucoup, parmi les hommes les plus distingués du Piémont, ont passé par le collége Charles-Albert. Les provinces entretiennent même des élèves dans les universités étrangères.

C'est ainsi qu'on faisait au moyen âge à l'aide des nombreuses fondations établies en faveur des étudiants pauvres.

Je crois pour deux raisons que la France devrait imiter ces exemples :

La première, c'est que la communauté a autant d'intérêt à se donner des jurisconsultes, des médecins, des savants et des lettrés que des officiers et des ingénieurs.

La seconde, c'est que la dépense faite pour les bourses dans les lycées court parfois le risque d'être perdue, faute d'avoir été quelque temps encore continuée. Durant huit années, la société entoure un enfant de sa sollicitude; elle le nourrit, l'habille, le loge et l'instruit; elle dépense 8 à 10,000 francs et beaucoup de soins à créer une force dont elle compte profiter, et à dix-huit ans, quand cette force aurait besoin d'être encore contenue et dirigée, on l'abandonne à elle-même, au risque de la laisser se dissiper et se perdre, comme la vapeur que l'on jette aux vents. En un mot, la première dépense en exige une seconde, surtout dans une société démocratique, afin que le jeune homme pauvre qui montre pour les sciences et les lettres d'heureuses dispositions, soit encouragé et soutenu, aussi bien que celui qui prouve son aptitude pour l'armée, la marine et les travaux publics.

Le décret du 11 janvier 1868 autorise l'Université à pratiquer ce système avec ses ressources particulières, en assurant, au sortir du

(1) Nous avons en outre 22 écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, avec 223 chaires, et 5 écoles préparatoires à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres, avec 42 chaires; ce sont des établissements municipaux, mais les professeurs tiennent leur nomination de l'État.

(1)

Dépense de l'enseignement supérieur en 1866	3,818,801
Recettes de l'enseignement supérieur en 1866	3,597,647
Excédant de la dépense sur la recette, à la charge du Trésor	221,154

lycée ou du collége, le logement, la nourriture, l'instruction et une indemnité aux meilleurs parmi les candidats à l'École normale supérieure qui se prépareraient à la licence en faisant un stage dans les écoles normales secondaires des facultés de province.

Le décret du 31 juillet 1868 fait la même chose pour les hautes études, puisqu'il permet d'accorder une indemnité à quelques-uns des élèves de la nouvelle école. Ces bourses seront un argent placé sûrement par l'État et à gros intérêts, car elles ne seront données qu'à ceux qui auront montré une aptitude et une vocation décidées; de sorte que si, dans les lycées, la bourse est la récompense des services du père; à l'École des hautes études, elle sera une avance pour ceux que la société attend de l'élève lui-même.

Le décret a posé le principe, mais pour l'appliquer l'Administration ne dispose encore que d'un faible crédit. Je demanderai à l'Empereur l'autorisation de porter au budget un chiffre plus élevé dès que les ressources le permettront.

§ 4. — *Enseignement libre.*

J'indiquais plus haut deux causes de la prospérité des universités allemandes : leur régime financier et l'émulation des villes à se disputer les professeurs éminents, ce qui est une manière d'en produire. Il en est une troisième: la multiplicité des cours.

Ces universités ont trois sortes de professeurs enseignant à la fois dans l'enceinte académique : l'*ordinaire*, l'*extraordinaire* et le *privat docent*, tous trois payés par les particuliers, les deux premiers rémunérés en même temps, mais très-inégalement par l'État.

Nos facultés ne connaissent qu'un seul ordre de professeurs, ceux qui sont *titulaires* de leur emploi. Les *suppléants* et *chargés de cours* ne remplissant qu'une fonction accidentelle et temporaire ne constituent point un ordre à part.

Mais ces titulaires sont peu nombreux, cinq en moyenne, et l'enseignement est ordonné d'une manière immuable. Pour ouvrir les rangs des professeurs à des maîtres que signalerait une aptitude particulière, pour ajouter un nouvel enseignement aux enseignements anciens, il faudrait créer des chaires, constituer des traitements qui, aussitôt, deviendraient permanents, car ces créations exigent les formes les plus solennelles dont se puisse revêtir l'autorité publique: une délibération au Conseil d'État, un décret de l'Empereur, un vote du Corps législatif.

Nos facultés ainsi réduites à un très-petit nombre de professeurs, et où le renouvellement ne se produit qu'avec une extrême lenteur, ne peuvent, malgré le talent et l'ardeur qu'on y montre, avoir la variété, le mouvement, la vie d'universités autrement composées. Celle de Berlin comptera pour l'année 1868-1869, dans la seule faculté de philosophie qui répond à nos deux facultés des lettres et des sciences ; 58 cours sur des sujets différents, faits par les professeurs ordinaires, 78 par les extraordinaires, et 63 par les *privat-docenten.*

Je ne proposerai pas d'augmenter, au hasard des circonstances, le nombre des chaires et de déranger l'économie si bien réglée de notre enseignement. Cet ordre est dans nos mœurs ; il a ses avantages, et ceux qui le représentent pourraient former justement ce que, dans la langue scolaire de l'Allemagne, on appelle le *senatus amplissimus*.

Mais aux bienfaits de l'ordre il est possible de joindre ceux de la liberté, en allant aussi loin dans ce sens que nos lois et nos mœurs le permettent, et de donner à notre enseignement supérieur la variété qui attire, le mouvement qui fait la vie, l'émulation qui garantit le progrès, sans détruire la tradition qui est une force.

A nos facultés de droit et de médecine sont adjoints des agrégés qui rendent d'incontestables services. Comme ils ont tous le titre de docteur, qui est indispensable pour professer dans l'enseignement supérieur officiel, ils pourraient être autorisés à ouvrir des cours dans le local et avec le matériel de la faculté.

Les facultés des lettres et des sciences ont eu aussi leurs agrégés. L'institution est tombée en désuétude parce qu'elle ne donnait qu'un titre, tandis que l'agrégation des lycées, presque aussi difficile, assurait immédiatement une place et un traitement. Ceux des agrégés des lycées qui sont en même temps docteurs se trouveraient dans les conditions des agrégés de droit et de médecine et jouiraient des mêmes avantages. Ceux qui ne le sont pas pourraient du moins être associés, moyennant indemnité, à une partie des travaux que les écoles normales secondaires, si elles se développent et prospèrent, imposeront aux professeurs titulaires.

Les thèses de doctorat, dans les facultés des lettres, constituent le plus souvent des ouvrages qui restent. Dans celles des sciences et de droit, ce sont encore des travaux considérables, et elles tendent à prendre ce caractère dans les écoles de médecine. Aussi le grade de docteur est-il, en France, bien plus difficile à conquérir qu'en tout autre pays. Cependant, au-delà du Rhin, ce titre suffit à de nombreux *privat-docenten* pour ouvrir un cours à la faculté, avec l'agrément de ses professeurs, qui rarement sont avares de leur consentement.

Il serait à souhaiter qu'il en pût être de même en France.

L'administration de l'instruction publique est disposée à favoriser de tout son pouvoir cette forme de l'enseignement libre.

Lorsqu'elle ne peut mettre l'enseignement libre dans la faculté même, elle l'établit à côté ou le laisse s'organiser lui-même sous une autre autorité publique. Ainsi s'est formée, près de la Faculté de médecine, l'*Ecole pratique* où, chaque année, 30 à 40 docteurs donnent des leçons, les unes payantes, les autres gratuites, toutes parfaitement libres, et l'Administration de l'Assistance publique a autorisé l'ouverture dans les hôpitaux de cours presque aussi nombreux.

Le même désir de venir en aide, au nom de l'État, à l'enseignement libre a décidé l'Université à construire auprès de la Sorbonne de nouveaux amphithéâtres où il se fait, sur certaines branches des connaissances humaines, des cours qui n'existent que là.

L'Administration est allée encore plus loin, elle a provoqué, sur tous les points du territoire, l'établissement de conférences ou de cours littéraires et scientifiques.

En 1863 on en comptait 20; il y en a eu 300 en 1864, 876 en 1865, 1,003 en 1866. Si le nombre en est tombé à 832 en 1867-1868, c'est que beaucoup se sont transformés en cours supérieurs pour quelques-uns de nos 33,000 classes d'adultes.

En songeant à ces 832 cours libres, parmi lesquels il s'en est trouvé 251 pour les sciences, 172 pour les lettres, 102 pour l'histoire, 65 pour l'hygiène, 53 pour l'économie politique, etc., on ne pourra s'empêcher de reconnaître que le Gouvernement impérial ouvre la porte à l'enseignement libre aussi largement qu'il lui est possible de le faire, tant que la loi n'aura pas établi comme un droit la liberté de l'enseignement supérieur.

IIIe PARTIE.

BATIMENTS ET MATÉRIEL.

Les notices spéciales consacrées dans la statistique à chaque faculté des départements indiquent leurs besoins, il ne sera question ici que des établissements de la capitale qui exigent d'importants travaux.

Tout Paris est renouvelé ; les bâtiments affectés à l'enseignement supérieur restent seuls dans un état de vétusté et d'insuffisance qui contraste péniblement avec la grandeur imposante d'édifices consacrés à d'autres services. Ce n'est point une question d'art et de goût, ni le désir de mettre les constructions scolaires et ce que le moyen âge appelait « *la cité des philosophes* » en harmonie avec la richesse architecturale du Paris des négociants et des voyageurs ; il y va de nos intérêts les plus chers à ce que la science cesse d'être renfermée, comme au temps où elle était encore au berceau, dans des édifices qui datent de Richelieu ou de Louis XIV, et où il lui est impossible de trouver l'espace indispensable à ses recherches.

Sorbonne. — Cette maison est aujourd'hui telle, à peu près, que l'avait fait le grand ministre de Louis XIII. Des projets d'agrandissement sont depuis longtemps à l'étude ; la première pierre du nouvel édifice a été posée en 1855 ; trois ans plus tard les travaux nécessaires ont été mis par une loi au nombre de ceux qui devaient être exécutés de compte à demi par l'Etat et la ville de Paris. Mais jusqu'à présent les crédits nécessaires n'ont pas été alloués.

Ecole de médecine. — Le bâtiment de l'école de médecine doit être isolé par le prolongement du boulevard Saint-Germain et de la rue des Ecoles. Les expropriations relatives à l'ouverture de ces deux voies de communication permettraient de donner à l'école l'espace qui manque aux amphithéâtres pour l'enseignement oral et aux salles pour le service des examens. Mais les cours ne sont plus que la moitié de l'enseignement; il y faut joindre les *exercices pratiques*, c'est-à-dire beaucoup de laboratoires dont la place est toute désignée sur les terrains de l'hôpital des cliniques et des pavillons d'anatomie.

Académie de médecine. — Elle occupe, en location, une dépendance de l'hôpital de la Charité. Le bail va expirer et ne peut être renouvelé. Les projets arrêtés pour l'Ecole de médecine assureraient, s'ils se réalisaient, une demeure fixe à l'Académie, qui serait installée dans une partie des nouvelles constructions.

. . . .

Muséum d'histoire naturelle. — Il serait urgent de construire des serres et des galeries nouvelles pour placer sous les yeux du public et à portée des hommes d'étude, des richesses qui demeurent enfouies dans les magasins, au détriment des objets mêmes et de la science qui ne saurait en tirer profit.

Annexe du Muséum à Vincennes. — Appropriation du terrain et constructions légères pour le service et l'étude.

Observatoire central de physique. — La ville de Paris a donné le terrain et les bâtiments ; reste à acquérir le matériel scientifique.

. . . .

En résumé, parmi les mesures soumises à l'approbation de Votre Majesté, il s'en trouve, et ce sont les plus importantes, pour lesquelles on peut passer immédiatement à l'exécution, puisqu'elles n'impliquent l'ouverture d'aucun crédit. Telles sont l'organisation d'un enseignement supérieur d'agronomie au Muséum, et la création d'une section des sciences économiques à l'Ecole des hautes études.

D'autres sont surtout des règles de conduite, pour la direction de l'enseignement supérieur. Si l'Empereur en approuvait la pensée, il y aurait encore à soumettre les moyens d'exécution à l'examen du Conseil impérial.

D'autres, enfin, devraient attendre que des ressources fussent préparées et qu'un vote du Corps législatif en autorisât l'emploi.

Toutes ces propositions ne sont, d'ailleurs, que le développement des deux idées exprimées en tête de ce rapport.

Si elles étaient adoptées, il me semble que la voie des hautes études s'ouvrirait plus large et plus sûre devant des élèves plus nombreux et des maîtres mieux armés pour de nouveaux succès.

Un effort énergique serait fait pour attirer des esprits d'élite vers ce qui calme et élève : la science, la vérité dont la moindre parcelle retrouvée, dans le passé par l'histoire, dans le présent par l'étude du monde physique et moral, vaut mieux à elle seule que toutes les richesses.

Cet effort s'étendrait aux provinces où quelques-unes de nos anciennes universités ont jeté un vif éclat alors que des hommes illustres ne dédaignaient pas d'y enseigner et d'y vivre.

Que tout cela réussisse et le gouvernement impérial aura accompli dans l'ordre des idées ce qu'il fait chaque jour dans l'ordre des intérêts. Le travail scientifique ne tendra plus à se concentrer en un seul lieu. D'autres foyers s'allumeront peut-être ou se ranimeront, lorsqu'une activité salutaire aura été excitée sur les différents points du territoire, et le corps de la nation participera tout entier, par les écoles supérieures de province, comme par les écoles primaires de village, au développement de la vie intellectuelle.

En 1842, le prince Louis-Napoléon, comparant le génie pratique de Monge et le génie transcendant de Laplace, écrivait : « Faire avancer la science était sans doute un grand mérite aux yeux de Napoléon, mais la répandre dans le peuple lui semblait un mérite plus grand encore. »

En parlant ainsi, l'Empereur se souvenait que le temps où le plus grand nombre ne savait rien était le temps aussi où le plus grand nombre ne possédait rien et ne comptait pour rien. D'où cette conséquence que le développement de la vie intellectuelle a pour effet de tout élever, dans l'ordre matériel, comme dans l'ordre moral et politique. Le savant illustre et le maître le plus humble travaillent à la même œuvre, et de cette œuvre doit sortir la concorde entre les classes, l'égalité entre les citoyens, le progrès en tout et pour tous.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Du mode d'administration de l'émétique dans le croup.

On a tant dit d'erreurs au sujet de l'usage de l'émétique dans le croup, et il règne à l'égard de ce médicament tant de doutes et d'incertitudes dans l'esprit des médecins, qu'il me paraît utile de revenir encore une fois sur le mode d'administration d'un remède qui m'a donné plus de succès que tous les autres moyens connus.

Je commencerai d'abord par déclarer que je comprends les oppositions que soulève l'emploi de l'émétique dans le croup. On l'accuse de provoquer des évacuations qui épuisent les enfants et qui les jettent dans des conditions fâcheuses si l'on doit recourir à la trachéotomie. On ajoute même qu'il peut occasionner des accidents cholériformes ou *choléra stibié*, capables d'entraîner la mort. Tout cela est vrai et justifie parfaitement l'opinion très-sincère de ceux qui redoutent l'administration de l'émétique. Comme on le voit, je ne veux rien dissimuler, et c'est avec la sincérité la plus complète que j'aborde le problème thérapeutique qui fait l'objet de cette discussion.

Oui, dans le croup, l'émétique peut affaiblir les enfants auxquels on le donne; mais dans ma pensée, cette action peut être entièrement évitée, elle résulte d'une administration vicieuse du médicament; elle est quelquefois la faute du médecin qui prescrit le remède sans indiquer son mode d'emploi, et elle est toujours la conséquence de la manière dont la famille soigne le malade.

L'émétique est un médicament avec lequel on produit les résultats les plus divers, selon la manière dont on l'administre, et si, en le prescrivant à un malade, on n'indique pas d'une façon très-précise la façon de s'en servir, on a des résultats opposés à ceux qu'on prétend en obtenir.

A haute dose et en nourrissant les malades, il est contro-stimulant et antispasmodique, ce que l'on voit dans le traitement de la chorée.

A dose moyenne, il fait vomir et purge quelquefois.

A petite dose avec beaucoup d'eau, il n'a qu'un effet purgatif très-abondant.

On a donc, quand on le veut bien, dans l'émétique un *hyposthénisant*, un *vomitif* ou un *purgatif*. Tout dépend du mode d'emploi.

Ce qu'on appelle l'*émétique en lavage*, c'est-à-dire 5 centigrammes d'émétique dans un litre d'eau, ne fait pas vomir et purge abondamment, ce qui affaiblit, tandis que 5 centigrammes d'émétique, dans une petite quantité d'eau, font vomir avec abondance.

C'est dans cette connaissance des propriétés de l'émétique dilué ou non dilué que réside son emploi dans le croup. Tout est là. On a des succès avec l'émétique non dilué, tandis qu'on produit, au contraire, des accidents avec l'émétique en trop grande dilution. C'est là ce qui explique les contradictions qui existent dans l'esprit des médecins à cet égard.

Dans le croup, l'émétique doit être employé comme contro-stimulant ou comme vomitif. Dès qu'il produit des effets purgatifs exagérés, il devient nuisible.

Peut-on éviter l'effet purgatif et n'avoir qu'un effet contro-stimulant ou vomitif? Je le crois et je vais indiquer le moyen d'y arriver. Il est très-simple et consiste dans la prescription faite aux parents de nourrir les malades et de ne pas leur donner trop souvent à boire.

Nourrir les enfants atteints du croup auxquels on donne l'émétique, et ne pas convertir son effet contro-stimulant ou vomitif en action purgative par des boissons accessoires qui font de l'*émétique en lavage*, voilà le moyen qui m'a réussi bien des fois et qui me permet d'accorder à ce médicament les vertus qu'on lui a reconnu depuis si longtemps.

Ce n'est pas d'aujourd'hui, en effet, que l'émétique est employé dans le croup. C'est le plus ancien et peut-être le plus répandu des médicaments qu'on lui oppose. Seulement, faute de préciser son mode d'emploi, les uns n'y ont vu qu'un vomitif qu'on pouvait remplacer par l'ipécacuanha ou par le sulfate de cuivre, sans songer que ces deux substances n'ont pas l'action contro-stimulante égale à celle de l'émétique; les autres, qu'un moyen dangereux plus nuisible qu'utile. Tout cela ne détruit pas les résultats consignés dans la science et dans mon *Traité des maladies de l'enfance* (1) par un grand nombre de médecins. Employé d'après une formule nécessaire, l'émétique donne des succès qu'il ne produit pas autrement, et c'est à cause de cette manière différente de l'administrer que j'ai voulu publier les nouveaux exemples de guérison constatés dans ma pratique de l'hôpital ou de la ville.

Il y en a quatre cas observés en 1867 et deux autres observés en 1868, qui, étant réunis à vingt-deux autres faits semblables résumés un peu plus loin, forment un effectif de *vingt-huit observations.*

Voici ces faits :

Obs. I. — *Croup. Accès de suffocation. Émétique. Guérison.*

Esther A..., âgée de 7 ans, entre, le 5 juin 1867, au n° 6 de la salle Sainte-Catherine, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Cette enfant, habituellement bien portante, est dans une pension où une de ses compagnes a eu le croup et en est morte, il y a deux jours. Depuis le 27 juin, elle tousse et a des fausses membranes dans les amygdales, puis la voix s'est enrouée. La respiration est devenue difficile et on l'amène à l'hôpital.

État actuel : Toux rauque, enrouée; voix presque éteinte; encore quelques fausses membranes sur les amygdales; respiration sifflante difficile : trois accès de suffocation pendant la nuit.

On administre 0,10 d'émétique, qui ont produit un vomissement sans rejet de fausses membranes.

7 juin. La respiration est plus facile, sans sifflement, et le murmure

(1) Paris, 5e édition, page 260.

vésiculaire s'entend assez bien dans les deux poumons. La voix est toujours éteinte et la voix un peu rauque. Peau modérément chaude. Pouls 120. Les urines, examinées, ne sont pas albumineuses.

Prescription : 0,10, émétique dans une potion de 80 grammes, avec 10 grammes de sirop diacode. A prendre par cuillerées.

7 juin. L'enfant n'a pas vomi et n'a pas été à la garde-robe. Elle n'a pas rejeté de fausses membranes, et la respiration est assez facile. L'enfant tousse peu, mais sa toux est encore assez rauque et la voix est assez faible. Pouls 108.

11 juin. L'enfant ne tousse plus et sa voix a repris son timbre naturel. La guérison est complète.

Obs. II. — *Croup. Émétique. Guérison.*

3 mai. Mathilde V..., âgée de 4 ans, est entrée, le 2 mai 1867, au n° 1 de la salle Sainte-Catherine, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Cette enfant, habituellement bien portante, a eu la rougeole depuis deux ans; elle est malade depuis dimanche; elle a eu mal à la gorge, et avait une toux rauque avec de la fièvre, tout en conservant un peu d'appétit; depuis ce temps, la malade est restée couchée; on lui a donné un vomitif, et à deux reprises, elle a rendu des lambeaux de fausses membranes.

État actuel : L'enfant tousse d'une toux rauque, a la voix enrouée; mais la respiration n'est pas gênée ni bruyante; le fond de la gorge est rouge; les amygdales énormes, sans fausses membranes; bonne résonnance de la poitrine; respiration naturelle, avec quelques râles sibilants et muqueux; langue naturelle; un peu d'appétit; pas de diarrhée; peau modérément chaude. Le pouls 104. Pas d'albuminurie ni d'anesthésie.

0,10, *tartre stibié*, dans une potion de 100 grammes, avec 15 de sirop diacode.

4 mai. Plusieurs vomissements. Pas de garde-robe. L'enfant n'a pas rejeté de fausses membranes.

Looch blanc; sulfure carbone, cinq gouttes.

Tartre stibié, 10 centigrammes.

Plusieurs vomissements; pas de garde-robe.

6 mai. Même état.

Même prescription.

L'enrouement de la toux et de la voix ont cessé: pas de fièvre.

9 mai. L'enfant est complétement guérie et sort de l'hôpital.

(*Sera continué.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 17 novembre 1868. — Présidence de M. Blache.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'intérieur annonce à l'Académie qu'il lui transmettra prochainement les résultats de l'enquête sur la mortalité des nouveau-nés. (Commission des nourrissons.)

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Un rapport de M. le docteur Bona sur le service médical des eaux minérales d'Évaux (Creuse).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Brochin, qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section des académiciens libres.

2° Une lettre de M. le docteur Dechaux, qui sollicite le titre de membre correspondant;

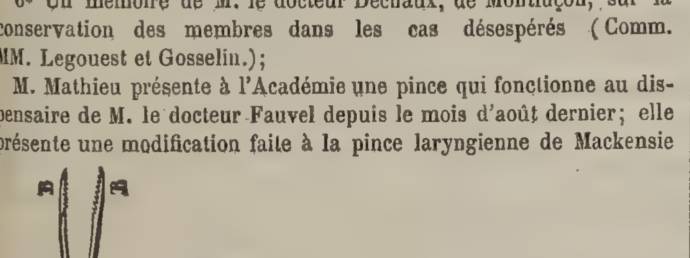
3° Un mémoire sur la sulphydrométrie, présenté en séance le 12 octobre dernier, par M. le docteur Félix Garrigou, de Tarascon (Ariége). (Comm. MM. Gobley et Chatin.);

4° Une note en faveur du traitement des aliénés au sein de leur famille, par M. le docteur Mignot de Chantelle;

5° Une note relative à l'influence du climat de Langles sur les décès et leurs principales causes, par M. le docteur Cersoy;

6° Un mémoire de M. le docteur Dechaux, de Montluçon, sur la conservation des membres dans les cas désespérés (Comm. MM. Legouest et Gosselin.);

M. Mathieu présente à l'Académie une pince qui fonctionne au dispensaire de M. le docteur Fauvel depuis le mois d'août dernier; elle présente une modification faite à la pince laryngienne de Mackensie



de Londres; elle est destinée à saisir les polypes du larynx d'avant en arrière. Une branche est immobile, la deuxième est brisée et fait le mouvement; elle est destinée à saisir les polypes qui se trouvent placés latéralement sur les cordes vocales. C'est ainsi qu'au mois d'août dernier, un polype de cette nature a été saisi et enlevé par M. Fauvel, en présence de plusieurs médecins et élèves qui se trouvaient à sa clinique.

— Sur la demande de l'auteur, M. le secrétaire annuel donne lecture d'un pli cacheté déposé par M. le docteur Tavignot, le 21 avril 1868, qui est relatif au traitement et à la guérison de la cataracte par le phosphore. (Comm. : MM. Reynal, Cloquet et Gosselin.)

— M. Larrey présente :

1° Le rapport du service médical de l'armée anglaise pour l'année 1866;

2° De la part de M. le docteur Coindet, un volume intitulé : *Le Mexique au point de vue médico-chirurgical;*

3° Le résumé des cas médico-chirurgicaux qui se sont présentés de janvier à avril 1868 dans le service de M. Sarasin, à Strasbourg.

M. Guéneau de Mussy présente, au nom de M. Achille Foville, un article sur les convulsions, extrait du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

M. Depaul présente, de la part de M. Fano, le premier fascicule du premier volume intitulé : *Traité élémentaire de chirurgie.*

LECTURE.

Contagion de la phthisie pulmonaire.

M. Chauveau lit un travail intitulé :

Application de la connaissance des conditions de l'infection à l'étude de la contagion de la phthisie pulmonaire. Démonstration de la virulence de la tuberculose par les effets de l'ingestion de la matière tuberculeuse dans les voies digestives. Corrollaires relatifs à l'hygiène publique et à l'hygiène privée.

Pénétré de cette idée que si la tuberculose est une affection virulente, elle doit pouvoir être communiquée par le tube digestif presque infailliblement, en raison des facilités exceptionnelles que l'on a pour administrer en énorme quantité les véhicules des virus, M. Chauveau a entrepris des expériences destinées à décider ce point important, et d'abord il a voulu que l'expérimentation portât sur une espèce animale chez laquelle la tuberculose fût une maladie naturelle très-commune, douée de tous les caractères et de la gravité qu'elle présente dans l'espèce humaine. Son choix s'est trouvé ainsi fixé sur l'espèce bovine. Afin de ne point agir sur des sujets déjà infectés, il a choisi des bêtes jeunes : trois génisses de 6 à 12 mois, nées et élevées en dehors de toutes les conditions propres au développement naturel de la phthisie, et une quatrième génisse saine aussi et destinée à servir de point de repère, ne devant pas être soumise à l'expérimentation. On administra, à l'aide d'une bouteille et par petites gorgées, 30 grammes environ de matière tuberculeuse délayée dans l'eau et extraite des poumons d'une vieille vache phthisique. Au bout d'un temps variable, mais qui ne dépassa pas trois septenaires, ces animaux tombèrent dans un état de dépérissement, après avoir présenté tous les signes évidents d'affection tuberculeuse. On les sacrifia cinquante-deux jours après le début des expériences, et à l'autopsie, on trouva les plus belles lésions de tuberculose généralisée, avec prédominance extrêmement marquée du côté du mesentère et de l'intestin.

Les poumons étaient parsemés de masses tuberculeuses à l'état cru, dont le volume variait entre celui d'un pois et celui d'une grosse aveline. Quant à la génisse servant de contrôle, bien que vivant dans les mêmes conditions hygiéniques, elle est restée indemne. La principale conclusion que M. Chauveau tire de ces faits, c'est que: « les animaux de l'espèce bovine contractent la tuberculose par infection digestive, comme ils prennent le charbon et la vaccine, comme le mouton prend la clavelée, comme les solipèdes prennent la morve, comme l'homme prend la variole, etc., etc. »

L'auteur termine en signalant dans les termes suivants les importantes conséquences qui découlent de ses expériences:

1° Elles mettent hors de doute la virulence et la propriété contagieuse de la tuberculose, démontrent que les travaux de M. Villemin sur ce sujet n'ont pas été récompensés comme ils le méritent;

2° Le tube digestif constitue chez l'homme, comme dans l'espèce bovine, une voie de contagion qui est des mieux disposées pour la propagation de la tuberculose, et qui peut être bien plus souvent en jeu que la voie pulmonaire;

3° Si la tuberculose bovine appartient à la même espèce que la tuberculose humaine, il y a dans l'alimentation par la viande de boucherie provenant des animaux phthisiques un danger permanent pour la santé publique, danger auquel sont souvent exposées l'armée et les classes pauvres, et contre lequel il importera de prendre des mesures de police sanitaire.

M. Colin. Je demande à l'Académie la permission de dire un mot relativement à la communication de M. Chauveau. C'est sur la transmission du charbon par les voies digestives que je veux faire des observations.

Il y a trois ans, j'ai expérimenté sur plusieurs chiens. Je leur ai fait avaler en grande quantité des matières charbonneuses; aucun de ces animaux n'est devenu charbonneux. J'ai eu occasion de recommencer ces expériences plusieurs fois et je suis toujours arrivé au même résultat négatif.

Je ne crois donc pas à l'inoculation du charbon par les voies digestives. Ce qui peut arriver quelquefois, c'est que l'inoculation se fasse par des plaies, mais les matières virulentes arrivées dans les intestins ne sont jamais absorbées.

Quant à l'inoculation du tubercule, j'ai assisté à toutes les expériences de M. Renault, j'ai fait avaler moi-même un poumon entier tuberculeux à un chien qui n'est pas devenu phthisique. Je ne puis donc admettre que M. Chauveau ait rendu, comme il le dit, ses vaches tuberculeuses. Il est un fait bien connu, c'est que les trois quarts des animaux herbivores sont tuberculeux.

M. Chauveau est donc tombé sur une vache phthisique. En résumé, je ne crois pas qu'il soit possible d'inoculer par les voies digestives le charbon ni le tubercule.

M. Chauveau. Je ne comprends absolument rien aux objections que vient de me faire M. Colin. Il ne s'agit pas d'une vache, mais bien de trois vaches que j'ai prises, brillantes de santé, et de trois génisses, et non pas d'une vieille vache. Quant aux expériences de M. Renault, M. Colin me permettra de lui dire qu'il ne les connaît pas. On retrouvera du reste la communication de M. Renault à ce sujet, faite à l'Académie des sciences, et l'on jugera.

M. Colin demande de nouveau la parole.

M. J. Guérin. La question de la tuberculose, doit évidemment revenir un jour ou l'autre; j'ai moi-même à répondre à la communication de M. Chauveau. Je crois prématuré d'entamer une nouvelle discussion aujourd'hui; je demande donc que l'Académie attende et renvoie la discussion à un autre jour.

M. le Secrétaire perpétuel. J'appuie la proposition de M. J. Guérin. Nous avons aujourd'hui à entendre des rapports officiels, entre autres un rapport sur les eaux minérales; il nous faut donc remettre la discussion sur la tuberculose à une autre séance.

M. Depaul. Ce n'est pas là précisément une discussion. Personne n'a l'intention de rentrer aujourd'hui dans la discussion de la tuberculose, ce sont de simples explications qu'il est impossible de ne pas accepter. Je crois donc que nous n'avons pas le droit de ne pas donner à M. Colin la parole quand il la demande pour répondre aux observations de M. Chauveau.

M. Bouillaud : Je suis de l'avis de M. Depaul, du moment que vous avez accordé la parole à M. Chauveau pour vous donner le résultat de ses expériences, vous ne pouvez pas la refuser à M. Colin pour faire des observations. Je ne comprends pas que devant une question aussi importante, on fasse des difficultés pour laisser donner des explications. Avant d'admettre des conclusions comme celles que vous soumet M. Chauveau, je crois que nous devons nous tenir sur la plus grande réserve,

M. le président met la continuation de la discussion aux voix.

La continuation de la discussion étant adoptée par la majorité, la parole est à M. Colin.

M. Colin. J'aurais fini depuis longtemps si M. le président m'avait accordé la parole au moment où je la lui ai demandée. Il y a deux choses que je ne puis accepter dans la réponse de M. Chauveau. La première est relative aux expériences de M Renault; j'ai été présent à toutes ces expériences, j'ai même assisté M. Renault dans beaucoup d'entre elles. Eh bien! jamais dans ces expériences le charbon n'a été transmis par les voies digestives. Il n'a jamais obtenu que des résultats négatifs. Le second point que je ne puis admettre, c'est l'étonnement de M. Chauveau au sujet de ces coïncidences. Ces coïncidences sont très-fréquentes, puisque tous les animaux présentent des tubercules, il est au contraire très-rare d'en voir qui n'en aient pas.

M. Reynal. Je puis confirmer ce que vient de dire M. Colin relativement aux expériences de M. Renault; jamais M. Renault n'a produit l'inoculation. J'invoquerai à ce sujet le témoignage de M. Bouley. Je compte, du reste, dans une des prochaines séances, rappeler moi-même les expériences de M. Renault, et j'apporterai des pièces à l'appui de ma communication. Comme le dit M. Bouillaud, les conclusions de M. Chauveau ont la plus grande gravité; et M. Colin a raison quand il dit qu'on trouve aujourd'hui presque tous les animaux phthisiques, et j'invoquerai encore ici le témoignage de M. Bouley. Les deux tiers des vaches consommées sont phthisiques.

M. Davaine. J'ai fait des expériences qui m'ont prouvé que le charbon pouvait s'inoculer par les voies digestives. J'ai fait avaler des matières charbonneuses à des animaux auxquels j'ai ainsi communiqué le charbon. Il s'est trouvé un animal dont la mort était pour moi très-douteuse, je ne savais pas s'il était mort du charbon, j'ai fait avaler son foie à un animal parfaitement sain, qui, lui, est mort du charbon. Il n'y a donc pas de doute pour moi que le charbon s'inocule par les voies digestives.

M. Guérin. Je m'associe à M. Bouillaud pour protester contre les conclusions de M. Chauveau; quelques concluantes qu'elles paraissent être, je fais les plus grandes réserves, j'aurai à répondre à M. Chauveau, c'est pourquoi il me paraîtrait beaucoup plus juste de renvoyer la discussion à un autre jour.

M. Dubois (d'Amiens) appuie la proposition de M. Guérin, en disant qu'il y a des rapports officiels à lire, et qu'on fera une séance extraordinaire pour la continuation de la discussion.

N. Béhier demande qu'on renvoie la lecture des rapports administratifs à la séance extraordinaire et que l'on continue aujourd'hui la discussion.

M. Chauveau. Pour les objections que me fait M. Colin au sujet des expériences de M. Renault, on retrouvera le texte de la communication de M. Renault à l'Académie des sciences; ce n'est donc là qu'une affaire de peu d'importance. Quant aux objections relatives au grand nombre d'animaux phthisiques que l'on trouve, je fais aussi de nombreuses autopsies, et je n'ai pas eu les mêmes chances que M. Colin : tous les animaux dont je fais l'autopsie ne sont pas phthisiques. Et puis est-il possible d'admettre un concours de circonstances telles que trois génisses, prises dans des conditions magnifiques de santé, tombent toutes trois malades, alors que justement celle à qui je n'ai rien donné et qui est restée absolument dans les mêmes conditions que les autres, n'a rien eu? Quant à la gravié de la question, je l'admets tout aussi bien que M. Bouillaud. Je fais des expériences, je vous en apporte le résultat : le tout à mes risques et périls; si je me trompe, tant mieux si vous me le prouvez: vous me le direz, et alors, je serai très-heureux de reconnaître que je me suis trompé.

M. Tardieu. Il y a une phrase qui m'a frappé dans la communication de M. Chauveau. M. Chauveau avoue lui-même qu'il a pris des animaux dont l'aptitude à devenir tuberculeux est bien connue; j'aurais mieux aimé qu'il prît des animaux moins disposés à contracter la phthisie.

M. Chauveau. Mes expériences n'ont pas porté seulement sur l'espèce bovine; j'ai aussi opéré sur le lapin.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures trois quarts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 24 octobre 1868, ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine, pour les destinations suivantes : Brest (B.), Cherbourg (C.), Cochinchine (Cn.), Guadeloupe (G.), Guyane (Gn.), Inde (I.), Martinique (M.), Nouvelle-Calédonie (N.), Nossi-bé (Nb.), Réunion (Rn.), Rochefort (R.), Sénégal (S.), Terre-Neuve (Tn.), Toulon (T.).

Au grade de médecin professeur : M. le médecin de 1re classe : Merlin (R.).

Au grade de médecin de 1re classe : MM. les médecins de 2e classe : Ely (B.), Bohy (B.), Delmas (T.), Cassien (T.), Giraud (T.), Sérez (S.), Le Grand (B.), Quétan (T.), Reynaud (T.), Lartigue (R.), Layet (T.), Dudon (B.), Cheval (B.), Friocourt (B.), Bernard (Cn.), Matis (C.), Pichon (Cn.), Dupont (Gn.), Léonard dit Champagne (N.), Jébanne (S.), et Barnier (Nb.).

Au grade de médecin de 2e classe : MM. les chirurgiens de 3e classe: Bourgeois (B.), Rivet (B.), Deschamps (T.), Le Borgne (Rn.), Jousset (Gn.), Esquive (T.), Obet (B.), Martinenq (T.), Offret (B.), Billaud (T.), Vallon (B.), Breton (T.), Dorvau (Gn.), Chamousset (T.), Orhond (B.), Liégeard (B.), Roullet (R.), Raybaud (T.), Lenoir (T.), Maréchal (B.), Nédellec (B.), Simon (C.), Lelièvre (S.), Fouque (R.), Bœuf (B.), Olmeta (B.), Nave (R.), Cousyn (B.), Jeaugeon (B.), Oui (R.), Vezin (B.), de Lostalot-Bachoué (B.), Moulard (B.), Carassan (B.), Morani (N.), Le Nourichel (S.), Delas (N.), Cartron (S.), Jennevin (S.), Defaut (S.) et Dub is (S.).

Au grade d'aide-médecin : MM. les étudiants : Dollieule (T.), Latty (T.), Abblard (B.), Gloaguen (B.), Caniot (R.), Thèze (R.), Aillaud (T.), Didier (B.), Manceaux (B.), Durand (T.), Destrais (B.), Féris (T.), Quéré (B.), Hesnard (B.), Pascalis (T.), Guérin (B.), Rigaud (B.), Joubin (B.), Le Bourdelles (B.), Sérez (T.), Villemus (T.), Régi (T.), Guyader (B.), Pineau (T.), Guérin (T.), Bernard (T.), Abelin (R.), Duval (B.), Barre (T.), Clémenceau (R.), Arnaud (T.), Lécuyer (R.), Rio (B.), Augier (T.), Nicolas (T.), Rolland (B.), Créveaux (B.), Soulages (T.), Bernard (T.) et Bordenave (R.).

Au grade de pharmaciens de 1re classe : MM. les pharmaciens de 2e classe : Cavalier (C.), Delteil (R.) et Doué (N.).

Au grade de pharmacien de 2e classe : MM. Schmidt (C.), Léonard (J.), Étienne (Gn.), Jacques (M.), Monnet (Tn.) et Reynaud (G.).

— Le congrès scientifique de France tiendra sa trente-cinquième session à Montpellier le 1er décembre 1868.

Voici le programme de la troisième section (sciences médicales) que nous communiquent les secrétaires généraux :

1. Des institutions municipales qui peuvent assurer la salubrité d'une ville.
2. De l'assainissement du littoral français de la Méditerranée.
3. Climatologie médicale de Montpellier et statistique de la mortalité de cette ville.
4. Des accidents produits par les atmosphères irrespirables des cuves vinaires, et des moyens de les prévenir et de les combattre.
5. Étude historique et pathologique de la suette dans le midi de la France.
6. Effets physiologiques et thérapeutiques de l'air comprimé ou raréfié.
7. De la cachexie aqueuse du mouton dans les rapports avec l'hygiène publique.
8. Nécessité d'un enseignement public de l'hygiène. Moyens de la constituer et de la rendre efficace.
9. De l'importance du midi de la France au point de vue des eaux minérales.
10. Étude comparative des effets physiologiques et thérapeutiques des bains de mer sur les côtes de l'Océan et de la Méditerranée.
11. Histoire de la diphthérie dans le midi de la France. Déterminer le rôle des influences climatériques dans son développement et ses localisations.
12. De la cicatrisation et des cicatrices.
13. Apprécier l'impulsion que les idées de Delpech ont donnée à la chirurgie contemporaine.
14. Des conditions qui assurent la réussite de l'opération de la fistule vésico-vaginale et des dangers qui peuvent l'accompagner.
15. Enquête statistique sur le développement de la rage dans le midi de la France et des conditions de la prophylaxie qui en découle.
16. Contrôler, par de nouvelles expériences, l'inoculation de la tuberculose, et rechercher les agents antagonistes ou destructeurs du principe tuberculeux.
17. Est-ce un devoir pour le médecin de révéler à la Justice un crime dont il surprend l'accomplissement sur la personne de son malade?
18. Du phagédénisme.
19. Les eaux minérales envisagées au point de vue archéologique.
20. De l'influence constatée de Leibnitz sur la médecine, et de la médecine sur Leibnitz.
21. De l'importance du rôle de la médecine dans la philosophie en général et dans ses diverses branches en particulier.
22. Du rôle du parasitisme et des fermentations en médecine.
23. Théories des effets physiologiques et thérapeutiques de l'alcool.
24. Du rôle du vin dans l'alimentation et de la nécessité de favoriser la diffusion de son usage.
25. Des cures de raisins dans le traitement des maladies chroniques et des avantages que présente le midi de la France pour y établir cette médication.
26. Déterminer exactement l'influence que peut exercer sur les ouvrières la manœuvre des machines à coudre.
27. Hygiène des ouvriers dans les filatures de soie.
28. Des moyens de concilier les exigences du développement corporel des enfants avec les nécessités croissantes de l'instruction.
29. Du choléra infantile dans le midi de la France, de sa prophylaxie et de son traitement.
30. Comparer, dans l'intérêt du respect des morts et de l'hygiène, la crémation et l'inhumation des cadavres.
31. Formuler les indications respectives des divers procédés opératoires mis en usage dans le traitement de la cataracte.
32. De l'influence des maladies diathésiques ou constitutionnelles sur la production des lésions oculaires.
33. Apprécier les œuvres médicales de Bordeu, et l'influence exercée par lui sur la médecine.
34. De l'influence qu'ont exercée l'anatomie pathologique et les méthodes physiques de diagnostic sur le traitement de la phthisie pulmonaire.
35. Des progrès réalisés récemment dans l'étude des maladies du larynx.

Les Secrétaires généraux : — FONSSAGRIVES, J.-E. PLANCHON.
Les Secrétaires généraux adjoints : — H. MARÈS, PETITON, CH. REVILLOUT, A. RICARD.

— M. le docteur Voillemier commencera son cours de clinique chirurgicale, le lundi 23 novembre, à l'Hôtel-Dieu.

— M. le docteur Ferdut commencera un cours public et complet d'accouchement, demain vendredi 20 novembre, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera tous les jours à la même heure (le jeudi excepté).

Ce cours comprendra 65 leçons et sera terminé en février.

— M. Edmond Alix commencera son cours d'anatomie comparée, dans le bâtiment annexe de la Sorbonne, rue Gerson, le lundi 23 novembre, à trois heures et demie, et le continuera les lundis et vendredis suivants.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes.

Le rapport sur les maladies régnantes du mois d'octobre, qui a été lu à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 13 novembre par le rapporteur de la Commission, M. E. Besnier, ne constate aucun fait nouveau de quelque importance. Les caractères généraux de la constitution médicale ont été en rapport avec les caractères principaux de l'état atmosphérique et notamment de la température, dont l'abaissement a été graduel et en quelque sorte ménagé, avec des oscillations en général peu considérables et un chiffre moyen qui représente, à peu de chose près, la température moyenne de Paris.

La mortalité générale, dans les hôpitaux et hospices, a été un peu plus élevée que dans le mois précédent. Les maladies qui ont causé les décès sont, d'après leur ordre de fréquence, les suivantes : phthisie pulmonaire, 232; fièvre typhoïde, 42; pneumonies, 38; varioles, 23; entérites, 13; bronchites, 12; pleurésies, 11; diarrhées, 9; dyssenteries, 5; rhumatisme articulaire, 2.

Nous trouvons dans ces chiffres une augmentation, par rapport au mois de septembre, pour la phthisie, pour la variole, les bronchites, les pleurésies, la dyssenterie; une diminution pour la fièvre typhoïde, pour les pneumonies, les entérites, les diarrhées et le rhumatisme articulaire. Le mois d'octobre de 1868, comparé à celui de 1867, donne à très-peu de chose près les mêmes chiffres pour la phthisie, les pneumonies, la fièvre typhoïde, les bronchites, les pleurésies, les entérites, les diarrhées et le rhumatisme articulaire. Il n'y a de différences sensibles entre eux que pour les varioles, rares en octobre 1867, fréquentes en octobre 1868, et la dyssenterie qui a été nulle en 1867.

Entrant dans le détail des différents groupes d'affections, voici les particularités principales signalées dans le rapport.

Les affections des voies respiratoires ont présenté à peu près les mêmes caractères que pour le mois précédent et le mois correspondant de l'année dernière. Nous reviendrons tout à l'heure sur les réflexions très-justes que ce rapprochement a inspirées au rapporteur.

Les affections pseudo-membraneuses ont présenté une fréquence et une gravité moyennes.

Il y a eu, pour l'ensemble des hôpitaux, 12 décès sur un mouvement de 29 malades atteints de croup. 12 opérations de trachéotomie ont donné un chiffre égal de guérisons et d'insuccès : 6 guérisons, 6 décès.

Les affections rhumatismales ont continué à être fréquentes, mais moins graves; le chiffre de la mortalité, relativement élevé dans le mois précédent, a repris ses proportions habituelles. Il n'y a eu que 2 décès sur un total de 190 sujets atteints de rhumatisme articulaire aigu.

Les caractères généraux de ces affections sont restés les mêmes. Le rapport n'a eu à signaler que quelques particularités intéressantes à divers points de vue de l'histoire de la maladie et sur lesquelles nous pourrons avoir l'occasion de revenir.

La fièvre typhoïde a continué à constituer dans le mois d'octobre une des affections prédominantes. Le nombre des malades atteints de cette affection s'est élevé, dans cette période mensuelle, à 262, sur lesquels il y a eu 222 sorties et 42 décès. La maladie n'a pas présenté partout la même fréquence et la même intensité. Elle paraît avoir été particulièrement fréquente dans certains quartiers, notamment dans ceux qui alimentent l'hôpital Saint-Antoine et l'hôpital Sainte-Eugénie. Dans ce dernier surtout, le nombre des petits malades atteints de fièvre typhoïde a été assez considérable, mais l'affection a été généralement assez bénigne. Ainsi dans un seul des services de Sainte-Eugénie, celui de M. Barthez, il y a eu 12 cas, tous suivis de guérison, bien que dans plusieurs d'entre eux on ait observé des symptômes cérébraux et adynamiques.

Les affections des voies digestives ont décru en octobre, mais avec lenteur. On a observé encore dans cette période un très-grand nombre d'embarras gastriques; et il y a eu 13 décès par entérite et 9 par diarrhées.

Parmi les affections éruptives, la variole a continué à régner épidémiquement, et sa marche paraît avoir été toujours ascendante. La statistique des hôpitaux indique, pour le mois d'octobre, un mouvement de 156 varioleux ayant fourni 23 décès, tandis qu'on ne comptait, pour le mois précédent, qu'un mouvement de 112 varioleux et 15 décès.

Les caractères généraux de l'épidémie sont d'ailleurs restés les mêmes.

Il n'y aurait, en somme, dans cet exposé de la constitution médicale pour le mois d'octobre, rien de bien saillant en soi et qui méritât d'arrêter un moment notre attention, si ce n'était la prédominance persistante de la variole. Ce retour périodique d'épidémies varioliques doit être un sujet constant de préoccupation pour le patricien et pour l'hygiéniste. Aussi saisironsnous cette occasion pour revenir sur quelques mots échangés à l'Académie de médecine, dans l'une des dernières séances, au sujet du rapport annuel de M. Briquet sur les épidémies et sur le rapport précédent du même rapporteur relatif au même sujet.

Sur les épidémies de variole qui ont régné en France en 1866 et en 1867.

Les épidémies de variole augmentent-elles ou diminuentelles depuis quelques années? Existe-t-il, indépendamment de l'influence de la vaccination, des conditions locales, climatériques ou topographiques qui puissent rendre compte des oscillations que présente la marche générale de la variole en France? Voilà autant de questions que les rapports annuels sur les épidémies sembleraient devoir éclairer, sinon résoudre. Il est triste de dire — sans qu'on puisse accuser le zèle des commissions et des rapporteurs — que l'on n'est que très-imparfaitement fixé à cet égard. A quoi cela tient-il? A l'insuffisance des documents transmis à l'Académie. Lors de la lecture du dernier rapport sur les épidémies de la France en 1867 (il y a eu mardi dernier huit jours), M. Briquet constatait qu'à la connaissance de la commission, la variole n'avait sévi que dans 130 communes en France en 1867, tandis qu'en 1866, elle s'était montrée dans 450 communes. Mais l'honorable rapporteur a eu garde d'en conclure qu'il y ait eu une diminution réelle dans le nombre et la fréquence des épidémies pour l'année dernière, les documents ayant fait défaut pour cette année dans le quart de la France environ. A quoi M. Depaul a répondu que les documents transmis à l'Académie par les médecins vaccinateurs tendaient à établir, malgré leur insuffisance, qu'il y avait une diminution réelle en 1867 sur l'année précédente.

Réservant ce point, qui ne pourra être que très-difficilement éclairci, à moins de nouveaux renseignements plus complets et plus précis, voyons à cette occasion, et en attendant que le rapport pour 1867 nous soit connu, les particularités les plus intéressantes que renferme sur ce même sujet le rapport pour l'année 1866. (Voir *Mém. de l'Acad. de médecine*, t. XXVIII, 2e partie.)

Nous venons de dire que les épidémies de variole ont envahi, dans le cours de l'année 1866, de 450 à 500 communes comprenant une population d'environ 400,000 habitants; il y a eu environ de 25 à 26,000 malades et de 3,707 à 4,000 décès. Ces épidémies se sont réparties d'une manière très-irrégulière sur le sol de la France. M. Briquet a cherché jusqu'à quel point la différence des climats des diverses contrées de la France pourrait rendre compte de cette répartition. Adoptant la division que M. le professeur Martins (de Montpellier) a faite de la France en cinq climats, séquanien, girondin, vosgien, méditerranéen et rhodanien, il a vu que c'était dans les départements du climat séquanien, le plus doux, le plus tempéré, le plus égal et le moins pluvieux de tous, que les épidémies de variole s'étaient montrées les plus nombreuses; que le climat girondin, un peu plus chaud que le précédent, mais dans lequel il y a plus de pluie, des vents plus intenses et qui est plus variable, en avait eu un peu moins; que le climat vosgien, le plus froid et l'un des plus exposés aux vents, et le climat méditerranéen, le plus chaud, mais le plus humide (1), celui qui tiendrait le milieu entre les climats constants et les climats tempérés, se trouvaient placés tous deux, sous le rapport du nombre des épidémies, sur le même plan que le climat girondin; enfin, que le climat rhodanien, très-chaud en été, assez froid en hiver, sujet à des pluies abondantes et à de très-grands vents et qui peut être considéré comme un climat excessif, est celui des cinq qui a eu le moins à souffrir des épidémies de variole.

D'où M. Briquet conclut « que l'influence qu'exercent les climats sur l'apparition des épidémies de variole est peu considérable, et que ce n'est pas de ce côté que l'hygiéniste doit tourner ses vues pour trouver les conditions qui prédisposent ou qui s'opposent à la variole. — Mais, ajoute-t-il, si l'on ne découvre pas dans les circonstances météorologiques la raison de la fréquence des épidémies de variole, on la trouve avec la dernière évidence dans la réunion, malheureusement commune, de la pauvreté, de la malpropreté et de l'ignorance. C'est dans les campagnes et au sein des populations ouvrières que se perpétue la variole, et c'est principalement dans les pays où les lois de l'hygiène sont le plus négligées, où les préjugés ont le plus de force et où l'insouciance sur ce qui concerne la santé est la plus grande, que se généralisent les épidémies de variole. »

En effet, les médecins des épidémies sont unanimes sur ce point : ils accusent tous la malpropreté, l'habitation de maisons non aérées, la réunion pendant la nuit, dans une même pièce, d'un nombre de personnes dont plusieurs couchent dans le même lit, la présence des bestiaux dans les mêmes pièces que les gens; enfin l'insouciance, ou même la répugnance envers la vaccine.

« Dans des conditions semblables, dit M. Briquet, où d'une part il n'y a pas d'immunité contre la variole par défaut de vaccination, et où, d'autre part, la propagation des maladies contagieuses est si facile en raison de l'encombrement, il est inévitable que la variole ne soit toujours imminente. »

L'étude de ces épidémies, au point de vue de l'époque de leur apparition, n'a présenté rien de particulier. Elles ont fait explosion à peu près indifféremment à toutes les époques de l'année.

Elles n'ont jamais été précédées par une constitution médicale particulière. Les constitutions saisonnières, sur lesquelles Sydenham avait tant insisté, n'ont pas même paru jouer, aux yeux des médecins des localités atteintes, un rôle appréciable sur la forme et sur la gravité des épidémies.

Relativement au mode de développement de la variole et de sa propagation, il n'est pas un seul des historiens de ces épidémies, qui ne rapporte que le premier malade avait été une personne venue de lieux où régnait la maladie, et atteinte ellemême à un degré plus ou moins avancé.

Les faits consignés dans ces relations confirment l'immunité plus ou moins absolue et plus ou moins complète des sujets qui ont eu antérieurement, soit la variole confluente, soit la variole discrète, et des enfants vaccinés depuis peu de temps. La majorité des médecins qui ont observé ces épidémies s'accorde pour regarder le terme de dix ans comme représentant le maximum de certitude de préservation par le vaccin. Ils sont également unanimes pour reconnaître que la puissance préservatrice de la vaccine va s'affaiblissant avec l'âge. On a vu, en effet, dans toutes ces épidémies des sujets vaccinés pris en même temps que des non vaccinés. Il est bon d'ajouter néanmoins que les variolés vaccinés ont partout été en moins grand nombre que les variolés non vaccinés; que les premiers atteints dans les épidémies sont ordinairement les non vaccinés; et que le plus grand nombre des vaccinés contaminés n'a eu que des varioles discrètes, des varioloïdes ou des varicelles, tandis que c'est presque exclusivement chez les non vaccinés qu'ont eu lieu les varioles confluentes et les varioleuses suivies de mort.

Le développement des épidémies varioleuses s'est toujours fait graduellement. Le plus grand nombre d'entre elles s'est composé en majorité de cas légers; elles se sont montrées meurtrières dans les localités où y il avait peu de vaccinés, ainsi que dans celles où le régime de vie était mauvais, et particulièrement dans celles où les habitants étaient encombrés dans des maisons étroites, couchant plusieurs dans la même pièce et dans le même lieu que les bestiaux.

La durée des épidémies a été très-variable. Presque tous les observateurs ont fait la remarque qu'on pouvait en quelque sorte abréger à volonté cette durée, en multipliant les vaccinations et les revaccinations. Quelques-uns d'entre eux ont pu constater que dans une même épidémie, des villages où l'on avait pu pratiquer les vaccinations et revaccinations par cen-

---

(1) Il y a ici une cause de confusion dont le rapport ne nous paraît pas avoir tenu suffisamment compte et qui conduit à une fausse appréciation des qualités des climats. Cette cause de confusion consiste à prendre comme mesure de l'humidité ou de la sécheresse d'un pays la quantité absolue d'eau tombée dans une période donnée, une année par exemple, au lieu de prendre le nombre de jours pendant lesquels il a plu, ce qui est bien différent. En prenant ce dernier terme, les rapports se trouveront changés et la qualification d'humide ne conviendra plus au climat méditerranéen, mais bien au climat séquanien.

taines, l'épidémie avait eu peu de durée, tandis qu'elle s'était, au contraire, prolongée pendant des cinq ou six mois dans ceux où l'on n'avait pu faire que peu de vaccinations.

Enfin, ils sont tous unanimes pour proclamer l'influence qu'à cette pratique sur la durée des épidémies.

Nous pensons qu'il pourra y avoir un très-grand intérêt à résumer ici, à l'avenir, les faits principaux qui ressortent de l'analyse des rapports généraux sur les épidémies, comme nous venons de le faire en particulier pour les épidémies de variole, et surtout à comparer entre elles les épidémies de même nature durant une série d'années. C'est ce que nous ne perdrons pas l'occasion de faire.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Liégeois.

OPÉRATION D'OVARIOTOMIE SUIVIE DE GUÉRISON.

Madame T..., âgée de 54 ans, est une femme maigre, de constitution moyenne, d'un tempérament nerveux, parlant beaucoup et avec volubilité; elle n'a point eu dans sa jeunesse d'affections sérieuses. Ses règles ont apparu à 13 ans, toujours elles se sont faites régulièrement, presque sans douleur, jusqu'à l'âge de 42 ans, époque qui correspond à leur disparition. A 27 ans, elle a eu une grossesse; ses couches, quoique ayant été un peu longues, se sont terminées sans accidents. En 1847, à la suite de douleurs très-vives dans les reins, elle rendit, lors d'une miction, une petite pierre du volume d'un haricot. Depuis lors, à des intervalles variables, cinq fois des douleurs semblables aux premières reparurent, et chaque fois ces douleurs se terminèrent après l'expulsion de un ou deux petits calculs. Ces calculs, qui m'ont été remis par la malade, étaient composés de phosphate de magnésie et d'acide urique.

Il y 7 ans environ que je vis madame T... pour la première fois, appelé par elle pour la soulager dans une de ses crises. Explorant alors la partie inférieure de l'abdomen, je trouvai dans l'excavation pelvienne une petite tumeur grosse environ comme un œuf de poule, mobile, indolente, peu dure à la pression. Mais je n'arrêtai pas davantage mon attention sur cette tumeur, la concentrant sur l'état des organes urinaires. Le cathétérisme ne me fit découvrir aucun calcul. Je constatai seulement que l'urine était trouble, et que ce trouble reconnaissait pour cause la présence du pus. A quelques jours de là, j'étais appelé de nouveau; une petite pierre s'était échappée de l'urètre; mais l'urine restait purulente, de plus la malade accusait une douleur assez vive du côté du col de la vessie et de fréquentes envies d'uriner. Elle avait, en un mot, une cystite.

Dans les six années qui suivirent cette dernière visite, je revis cette malade dans mon cabinet six ou sept fois environ : elle venait me consulter pour cette dernière affection. Chaque fois, je pus constater que la tumeur que j'avais découverte dans le petit bassin prenait de plus en plus de développement. J'avais été un an environ sans revoir cette femme, quand le 1er août de cette année, elle se présenta chez moi, me disant, dès son entrée, qu'elle venait me prier de la débarrasser de la tumeur qu'elle portait dans le ventre, en lui pratiquant l'opération de l'ovariotomie (*sic*).

J'examinai alors avec le plus grand soin cette malade, et je constatai les symptômes suivants : l'abdomen est notablement distendu; l'intervalle qui sépare l'appendice xyphoïde de l'ombilic est de 22 centimètres; celui qui sépare l'ombilic du pubis, de 22 centimètres; la circonférence du ventre, au niveau de l'ombilic, mesure 93 centimètres; la pression exercée avec la main sur tous les points de la paroi abdominale ne provoque aucune douleur, elle détermine une sorte de crépitation fixe, analogue à celle que l'on perçoit quand on froisse de la fécule. Cette crépitation est surtout bien accusée sur le milieu et sur les côtés de la paroi antérieure. Quand on cherche à délimiter la tumeur, il est facile de reconnaître qu'elle occupe la plus grande partie de la cavité abdominale; qu'en bas, elle plonge dans l'excavation pelvienne; qu'en haut, elle s'étend jusqu'à la portion moyenne de la région épigastrique. A la percussion, cette tumeur est molle dans toute son étendue; supérieurement et à droite, la matité se confond avec celle du foie. En arrière et sur les côtés de la colonne lombaire, la sonorité est des plus manifestes, ainsi qu'à la partie supérieure de l'épigastre et de l'hypocondre gauche. A la palpation, on reconnaît que la tumeur se compose de deux parties, l'une, qui comprend sa presque totalité, est fluctuante dans toute son étendue; l'autre, qui surmonte cette première partie en haut et à droite, a le volume d'une tête de fœtus environ, paraît plus longue que large, est bosselée, non fluctuante. Par le toucher vaginal, on constate que l'utérus est élevé et difficile à déplacer; il est impossible d'atteindre avec le doigt l'extrémité inférieure de la tumeur. Par le toucher rectal, on n'arrive pas non plus sur celle-ci. Enfin, le cathétérisme de la vessie fait reconnaître une sensibilité assez vive du col; l'urine qui s'échappe de la sonde est légèrement opaque.

Interrogée sur les troubles fonctionnels qu'elle éprouvait, madame T... nous affirme d'abord qu'elle n'a jamais ressenti de douleurs spontanées ou provoquées au pourtour de sa tumeur. Elle accuse seulement une certaine gêne de la respiration, la perte de l'appétit, une lenteur assez grande des digestions, une disposition extrême à la fatigue, des douleurs du côté de la vessie, des envies fréquentes d'uriner.

Après cet examen, il était de toute évidence que la tumeur que portait cette femme était un kyste ovarique. Mais à quel parti devions-nous nous arrêter? Fallait-il céder à la prière de la malade et pratiquer l'opération de l'ovariotomie ou seulement lui proposer la ponction? Il me paraissait bien certain que le kyste se trouvait dans les conditions les meilleures pour être enlevé. L'absence absolue de douleurs depuis son apparition, permettait en effet de supposer qu'il était exempt d'adhérences. Ajoutons que le frottement péritonéal nous semblait un indice à peu près certain qu'il y avait un glissement facile entre la paroi abdominale antérieure et la tumeur. Mais, d'autre part, cette femme était âgée, condition toujours défavorable pour la réussite de l'ovariotomie; les troubles fonctionnels provoqués par la tumeur n'étaient point arrivés à un degré tel qu'on dût recourir à un moyen extrême; la ponction, qui pouvait encore être reculée, nous paraissait, du reste, un moyen capable de prolonger l'existence de cette femme un certain nombre d'années; enfin, la malade était atteinte d'une cystite chronique, et je devais penser que c'était là une complication d'une certaine gravité pour le succès de l'ovariotomie. Mon premier sentiment fut donc que je devais refuser à madame T... l'opération qu'elle réclamait de moi. Mais, après que je lui eus expliqué les motifs de cette détermination, celle-ci m'adressa les supplications les plus vives pour ne pas la laisser dans l'état où elle se trouvait; elle savait bien, disait-elle, qu'elle ne pouvait pas vivre longtemps dans cette position, elle savait que la ponction ne la guérirait pas de ses souffrances, elle ne voulait point supporter plus longtemps une existence qui lui était à charge, etc. En vain, je cherchais à la convaincre que ses souffrances étaient moins dues à la présence de sa tumeur qu'à l'état de ses voies urinaires. Mes paroles furent vaines : ses instances ne devinrent que plus pressantes.

J'avoue alors qu'une telle ténacité et un tel courage ébranlèrent ma dététermination. Toutefois, je ne voulus rien promettre sans avoir l'assentiment d'un confrère.

A quelques jours de là, M. le professeur Gosselin avait la bonté de vouloir bien examiner cette malade. Comme moi, il éloigna d'abord toute idée d'opération; mais cédant aussi au vif désir que cette femme avait d'être débarrassée de sa tumeur, il décida la question affirmativement.

Nous convînmes alors avec la malade que l'opération serait faite non à Paris, mais à Étain (Meuse), et qu'elle passerait dans cette localité une quinzaine de jours avant d'être opérée.

A son arrivée le 5 août, madame T... est prise de maux de reins violents qui lui font soupçonner la présence de nouveaux calculs; mais dans la crainte que ce ne soit là pour moi une contre-indication à l'opération, elle m'en parle à peine.

L'opération fut pratiquée le 22 août, en présence des docteurs Parisot, Japin et Bachelier (d'Étain), Douan (de Dompierre), Lecouvreux (de Saint-Hilaire), Decroc (de Chatillon), Michaux et Marchal (de Metz). La malade fut profondément endormie, après quoi, j'incisai, couche par couche, la paroi abdominale au niveau de la ligne blanche, depuis l'ombilic jusqu'à 10 centimètres au-dessus.

Cette incision ne donna lieu à aucune hémorragie. Dès que le péritoine fut ouvert, une petite quantité de sérosité transparente s'échappa par la plaie et le kyste apparut immédiatement avec un aspect lisse et gris-bleuâtre. La section de la paroi abdominale étant complète, j'introduisis ma main entre cette paroi et le kyste, dans le but de m'assurer s'il existait des adhérences. Ma main parcourut facilement toute la surface de la tumeur, sans être arrêtée par aucun obstacle. Je constatai en même temps que le kyste était uniformément mou dans toute son étendue, excepté à la partie supérieure et droite, où il me sembla plus dur et bouclé. La main retirée, deux aides, placés l'un à droite, l'autre à gauche de la malade, comprimèrent exactement la paroi abdominale, sur tout le pourtour de l'incision, en ayant soin d'entrebailler celle-ci autant que possible et de favoriser ainsi, en quelque sorte, la hernie d'une portion du kyste. Le trois-quart fut alors plongé dans la tumeur. Celui dont nous nous servîmes est celui de MM. Robert et Colin. On sait que le perfectionnement principal apporté par ces messieurs à cet instrument consiste dans la présence en dehors de la canule de lames tranchantes disposées en spirale et que l'on fait pénétrer par un mouvement de rotation dans l'intérieur du kyste, et dans la présence d'un disque mobile à bord mousse placé au-dessus de la spirale, disque que l'on peut rapprocher à volonté des dernières lames de celle-ci, de telle façon que la paroi du kyste se trouve ainsi tout autour de la plaie faite par le trois-quart, serrée exactement entre deux rondelles métalliques. Le liquide dès lors ne peut plus s'écouler au dehors, en passant entre la canule et les bords de la plaie. Le trois-quart étant fixé et la malade étant placée dans le décubitus latéral, la pointe est retirée de la canule et il s'échappe de celle-ci un liquide légèrement visqueux, opaque, brun-jaunâtre et peu odorant. Au fur et à mesure que le liquide s'écoule, une légère traction est exercée sur le kyste par l'intermédiaire du trois-quart, en même temps que deux aides compriment uniformément et progressivement la paroi abdominale, si bien que la tumeur vient à moi insensiblement, jusqu'à l'instant où le pédicule lui-même se présente à l'extérieur.

Le clamp de M. Mathieu (chaîne d'un écraseur linéaire) est aussitôt placé sur le pédicule, qui possède une épaisseur notable, et celui-ci est coupé au delà du lien constricteur. Je m'assurai alors, après avoir eu soin de laver ma main dans l'eau chaude et préalablement distillée, si les organes génitaux internes ne présentaient pas quelque altération à laquelle on dût s'adresser. L'ovaire gauche, la trompe du même côté, l'utérus, me parurent complétement sains. Le cul-de-sac utéro-rectal contenait à peine deux cuillerées de sérosité, que deux coups d'éponge enlevèrent facilement. Pendant cette exploration, j'avais eu soin de faire retenir exactement l'intestin dans la partie supérieure de l'abdomen, par une pression antéro-postérieure exercée sur la partie moyenne de la paroi, au niveau de l'extrémité supérieure de l'incision.

Je me hâtai alors de fermer la plaie. Je fixai d'abord le pédicule à la partie inférieure de celle-ci, à l'aide d'une longue aiguille terminée en fer de lance à une de ses extrémités; cette aiguille traversait en même temps que le pédicule la paroi abdominale des deux côtés de l'incision, et à 1 centimètre environ des bords. Quelques anses de fils furent jetées autour de l'aiguille et sous le clamp, comme dans la suture entortillée. Puis, je plaçai cinq sutures métalliques profondes, qui traversaient le péritoine à 1 centimètre des bords. Les deux sutures les plus inférieures furent disposées de telle façon qu'elles entouraient à elles deux presque toute la circonférence du pédicule; trois sutures métalliques superficielles, n'embrassant que les lèvres de l'incision, furent placées entre les sutures profondes, aucun pansement n'est fait à la plaie.

La malade, que l'on avait laissé se réveiller lors de l'application des dernières sutures, est alors enveloppée de flanelle, puis elle est transportée dans son lit et entourée de cruchons d'eau chaude, quoique cependant sa température ne paraisse pas avoir subi grande modification.

Douze minutes s'étaient écoulées à partir de l'instant où l'incision de la paroi abdominale avait été faite jusqu'à celui où le pédicule avait été sectionné. Le temps de mettre les ligatures demanda treize minutes. L'opération avait duré en tout vingt-cinq minutes.

Deux pilules d'extrait thébaïque de 1 centigramme chacune lui sont prescrites, à prendre à six heures d'intervalle, et comme boisson une infusion de tilleuil et de fleurs d'oranger. Le soir, la malade ne se plaint d'aucun malaise, le pouls est à 90, la température est bonne. Dans la journée, l'urine a été évacuée quatre fois avec la sonde.

23 août, la malade a dormi une partie de la nuit. Vers cinq heures du matin, elle a été prise d'envies d'uriner, qui se sont renouvelées une dizaine de fois, à une heure d'intervalle. Elle a satisfait cette envie cinq ou six fois sans l'aide du cathétérisme, en faisant placer sous elle une assiette creuse. Chaque fois, elle rendait seulement une petite quantité d'urine. Dans la suite, du reste, le besoin d'uriner revenant fréquemment, la cathétérisme n'a plus été pratiqué.

Le matin, elle s'étonne beaucoup de ne ressentir dans le ventre aucune douleur; le pouls est resté à 90. L'état général est des meilleurs.

Prescription : Quelques cuillerées de bouillon; pour la nuit, deux pilules d'extrait thébaïque de 1 centigramme chaque.

24 août, la malade a peu dormi; ses envies d'uriner la réveillant à chaque instant; elle a souffert, de plus, assez fortement du côté de la vessie. Elle a uriné, tant dans la nuit que dans le jour, quinze fois, ne pouvant se retenir. Le pouls est à 80; le ventre n'est point douloureux; le faciès est excellent. La malade est très-gaie.

La portion du pédicule compris dans le clamp est gangrénée; celui-ci est enlevé. La surface gangrénée est touchée avec du perchlorure de fer. Une compresse d'eau est mise sur la plaie et renouvelée chaque deux heures. Dans le jour, bouillon, eau rougie; pour la nuit, deux pilules d'opium de 1 centigramme.

25 août, la nuit s'est bien passée; les douleurs de la vessie ont été moins fortes que celles de la nuit précédente. L'urine de la veille recueillie dans un verre laisse déposer une couche épaisse de pus. Pendant le jour, des douleurs de reins très-violentes se font ressentir; ces douleurs sont presque continues, avec exacerbation de temps à autre. La malade ne s'en effraye nullement; elle m'avertit qu'elles ressemblent exactement à celles qu'elle a eues autrefois, quand une pierre était prête à s'échapper. La pression faite avec la main, sur la paroi abdominale, ne détermine, du reste, aucune souffrance. Les trois sutures superficielles sont enlevées. L'opérée ne prend que quelques cuillerées de vin sucré; le soir, je lui prescris une pilule de 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

26 août, les douleurs de reins ont persisté pendant la nuit, moins vives cependant, mais assez pour causer une insomnie à peu près complète. Le ventre reste souple, non balloné, indolore. Le faciès est un peu altéré, résultat de la perte de sommeil et des douleurs qu'elle a éprouvées.

Dans la journée, potage au vermicelle, vin. Le soir, deux pilules d'opium de 5 centigrammes.

Le 27 août, la nuit a été bonne; les douleurs rénales ont cessé. Les cinq sutures profondes sont coupées, mais non enlevées. Les fils qui fixent la longue aiguille sont détachés et grand est notre étonnement de trouver alors cette aiguille à nu, au-devant de la surface interne du pédicule, enfoncée d'un centimètre au moins.

La réunion immédiate s'est effectuée dans toute l'étendue de la plaie. L'extrémité interne du pédicule présente seule une surface à vif, que l'on recouvre d'une compresse d'eau froide.

29 et 30 août, journées et nuits bonnes. La malade est alimentée de plus en plus. Le pédicule est enfoncé plus profondément que la veille; les fils métalliques des sutures profondes, coupés et laissés en place le 27 sont retirés de la paroi abdominale le 30.

Le 30 août, douleurs de reins bien vives pendant la nuit. L'urine est fortement chargée de pus. La veille, la malade, qui n'avait point eu encore, depuis l'opération, aucune garde-robe, avait pris deux verres de limonade de Rogé.

Elle a, dans la journée, trois selles assez abondantes.

Le pédicule est enfoncé d'un centimètre et demi. Un petit morceau d'éponge sèche est placé dans l'espèce d'infundibulum qui résulte de la rétraction de celui-ci et est changée toutes les deux heures.

1er septembre, douleurs vives en urinant, cuisson dans toute l'étendue de l'urètre. La surface extérieure du pédicule n'est plus visible; elle est masquée par la peau qui entoure les bords de l'excavation et qui s'est rapprochée du centre.

Le malade se lève deux heures et se promène dans sa chambre quelques minutes, malgré ma défense.

A partir de cette époque, chaque jour madame T... est restée levée et a marché un temps de plus en plus long.

Le 10 septembre, elle faisait une promenade assez grande sans qu'il en résultat le moindre inconvénient. La surface extérieure du pédicule se cicatrisa bientôt. Enfin, les forces de la malade qui avaient un peu diminué sous l'influence du repos au lit et de la diète, n'ont pas tardé à revenir. Seulement ses douleurs de reins ne l'ont presque pas quittée jusqu'au 6 octobre, époque où elle rendit trois calculs, moins gros qu'une lentille et composés d'acide urique. Mais sa cystite a persisté, et actuellement Madame T..., de retour à Paris depuis trois semaines environ est en traitement pour cette affection.

Examen anatomique du kyste. — Après l'opération, la tumeur vidée de la plus grande partie de son contenu, se présentait avec un aspect gris-bleuâtre. De nombreuses veines rampaient à la surface, les plus volumineuses avaient le volume d'une forte plume d'oie. La tumeur se compose de deux parties principales : l'une celle qui a été ponctionnée est formée par une poche très-spacieuse, à parois épaisses, assez résistantes. Sa surface externe est longée à droite et sur le côté (en supposant la tumeur en place dans l'abdomen), par un long cordon qui n'est autre que la trompe droite de la matrice, laquelle ayant suivi le kyste dans son développement a acquis une longueur considérable. La trompe est reliée au kyste par un repli séreux, et le pavillon dont les franges sont encore très-manifestes, est maintenu en rapport avec lui par une sorte de ligament qui représente évidemment le ligament tubo-ovarien.

L'extrémité externe de la trompe qui a été coupée par le clamp, correspond à une portion du kyste, moins lisse que les autres, bordée de lambeaux membraniformes, lesquels sont les vestiges des liens séreux qui reliaient la tumeur aux ligaments larges. En dedans du point où le pavillon est fixé à la poche, on aperçoit une sorte de plaque de l'étendue d'une pièce de cinq francs environ, se confondant insensiblement avec les parties voisines et composée de mamelons aplatis séparés les uns des autres par des dépressions assez distinctes, disposition qui reproduit jusqu'à un certain point la surface extérieure de l'ovaire chez une femme d'un certain âge.

Sur la face antérieure du kyste, on remarque une série de petites

saillies, dures, manifestement fibreuses, ayant un volume qui varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un grain de chénevis.

C'est à la présence de ces saillies qu'était évidemment due la sensation de crépitation observée chez notre malade avant l'opération, dans la partie extérieure de l'abdomen, car elles seules rendaient irrégulière la face extérieure du kyste; on ne trouvait nulle part trait de fausse membrane.

La face interne du kyste, est complètement lisse dans certains endroits; dans d'autres, elle présente un aspect papilliforme, de plus, elle est surmontée çà et là de petits kystes multiloculaires du volume d'une noisette à celui d'une noix. Ces kystes sont au nombre d'une dizaine.

L'autre partie de la tumeur se présente sous forme d'une poche liquide qui surmonte la première. Sa paroi est relativement mince par rapport à la paroi de celle-ci; elle est divisée à l'intérieur par des cloisons incomplètes, et contient dans l'épaisseur de son enveloppe périphérique, d'autres kystes au nombre de dix à quinze, qui font saillie autant au dehors qu'en dedans, ce qui lui donne un aspect bouclé dans toute son étendue.

La cloison qui sépare cette seconde poche de la première, contient dans son intérieur, une masse fibreuse du volume d'une amande, et creusée d'un nombre considérable de vuenoles.

Le liquide de la grande poche était, comme nous l'avons vu, brun-jaunâtre, d'une viscosité moyenne. Ce liquide contenu dans la partie centrale de la petite poche, était transparent, avait la viscosité de l'albumine; enfin, le liquide contenu dans les petits kystes des parois était transparent et avait la consistance d'une solution de gomme concentrée.

Le poids total du kyste et de son contenu était de vingt livres.

Réflexions. — Dans cette observation, deux points me paraissent tout d'abord dignes d'attention : l'un relatif à la cause du bruit de frottement perçu sur toute l'étendue de la paroi abdominale, quand on palpait celle-ci; l'autre relatif à la fixation du pédicule.

Un certain nombre d'auteurs pensent que cette sorte de crépitation obtenue par la main qui comprime l'abdomen est un signe d'adhérences existant entre le kyste et la paroi du ventre. J'ai dit dans le courant de l'observation qu'au contraire elle me paraissait un signe d'absence d'adhérences; et, en effet, si celles-ci existaient, la paroi ne pourrait point glisser sur le kyste, quand on cherche à la mouvoir : dès lors, tout bruit de frottement deviendrait impossible. Comme je l'avais prévu, la tumeur était libre; mais elle était hérissée dans toute sa partie antérieure de sailllies dures, fibreuses. Il est bien évident que c'était le glissement de la paroi abdominale contre ces saillies qui était la cause du bruit en question.

Pour ce qui concerne la fixation du pédicule, j'ai pris, comme on a pu le voir, les plus grandes précautions. Le clamp étant placé, j'ai transpercé la paroi et le pédicule par une longue aiguille, qui fut maintenue en place par des anses de fils disposées en huit de chiffres, après quoi, j'ai disposé mes sutures profondes de façon à ce qu'elles comprimassent circulairement le pédicule avec une certaine force.

Toutes ces précautions, dont quelques-unes peuvent paraître superflues, ne sont cependant pas à regretter; car, malgré ces moyens, le pédicule s'est rétracté avec une telle force, qu'il s'est coupé sur la tige de l'aiguille, en s'enfonçant à plus d'un centimètre. Or, mon clamp, ayant dû être enlevé au commencement du troisième jour, parce qu'il avait gangréné les parties qu'il étreignait, je me demande ce qui serait advenu si je n'avais pas cherché à contrebalancer par des moyens multiples les effets de cette rétraction. La disposition de mes sutures profondes a sans doute eu sous ce rapport une certaine influence, car formant chacune un demi-cercle tout au tour du pédicule, elles devaient tendre à devenir rectilignes quand on tordait leur bout libre, et devaient, par conséquent, embrasser étroitement la circonférence du pédicule.

Mais l'observation que je viens de rapporter me paraît surtout intéressante, en ce qu'elle montre jusqu'à quel point l'ovariotomie peut être innocente, malgré certaines conditions, en apparence des plus défavorables. Madame T... avait 54 ans; or, d'après la statistique de M. Kœberlé, au-dessus de 50 ans, la mortalité est très-considérable : cinq morts sur sept opérés. Ce résultat avait donc tout lieu de m'effrayer, aussi était-il une des raisons principales pour refuser à ma malade l'opération qu'elle demandait si ardemment. Outre cette circonstance défavorable, il en existait une autre qui n'était pas plus rassurante. Depuis six ans, elle rendait par l'urètre une certaine quantité de pus, avait de fréquentes envies d'uriner, éprouvait des douleurs plus ou moins vives du côté du col de la vessie; ces symptômes qui, bien certainement, devaient être rapportés à une cystite chronique, ne firent que croître après l'opération. De plus, le hasard voulut que cette femme fût prise pour la sixième fois de coliques néphrétiques peu de temps avant l'opération, coliques qui durèrent pendant tout le temps de sa guérison, et au delà, jusqu'à ce qu'elle eût rendu les calculs qui les provoquaient.

Assurément ces accidents du côté des voies urinaires étaient une complication fâcheuse, bien propre à m'inspirer de vives craintes, surtout quand je vis cette femme se trouver dans la nécessité de contracter vingt fois par jour sa paroi abdominale, avec effort même, pour essayer de rendre quelques gouttes d'urine.

Malgré ces conditions défavorables, les suites de l'opération ont été des plus heureuses; cette femme n'a pas éprouvé la moindre modification dans sa température, dans l'état de sa circulation; son pouls, exploré plusieurs fois par jour, n'a jamais oscillé au delà ni en deçà de 80 à 90 pulsations; fait remarquable, elle n'a pas éprouvé la plus petite douleur qui fût imputable à l'opération. Je me suis quelquefois piqué, disait-elle sept à huit jours après l'opération, je ressentais alors la piqûre, on m'a ouvert le ventre et je n'en ai pas conscience. La plaie s'est réunie par première intention, sans qu'aucun pansement ait été fait au début : une compresse d'eau froide ayant été mise sur la plaie seulement au troisième jour. Enfin cette femme a pu se lever et se promener dans sa chambre, dix jours seulement après l'opération.

Sans aucun doute, cet heureux et rare résultat doit être attribué en premier lieu à l'absence de complications inhérentes à l'opération. Nous avions à faire, en effet, à un kyste dont le volume en réalité n'était pas très-considérable, et qui n'avait encore, par sa présence, compromis d'une façon notable aucune fonction; à un kyste exempt de toute adhérence. L'ouverture faite à la paroi abdominale ne fut que peu étendue (10 centimètres). La malade ne perdit pas certes 10 grammes de sang; pas un atome du liquide visqueux du kyste ne pénétra dans la cavité péritonéale; la tumeur put être retirée hors de l'abdomen par une simple traction exercée avec le trois-quart, sans qu'il fût nécessaire d'introduire dans son intérieur ni la main, ni aucun instrument; il n'y a eu aucune toilette du péritoine à faire. L'intestin n'a pas subi un seul instant le contact de l'air. Enfin, l'opération n'a duré que vingt-deux minutes. L'on ne peut évidemment se trouver dans de meilleures conditions pour la réussite de l'ovariotomie.

Il est une autre condition dont nous devons tenir aussi grand compte, c'est celle du milieu dans lequel la malade a été opérée. Malgré quelques succès obtenus à Paris, je n'ai pas cru devoir tenter cette opération là où les revers sont si nombreux. Aussi, j'ai engagé ma malade à se rendre dans une petite ville de Lorraine, où chaque année, à l'époque des vacances, je pratique un certain nombre d'opérations. Les résultats que j'ai obtenus dans cette localité depuis dix ans, pendant un mois environ que j'y passe, ont été pour moi, je dois le dire, un puissant encouragement pour oser entreprendre cette opération.

Si j'en parle ici, c'est uniquement afin qu'ils me servent d'excuse aux yeux de ceux qui m'accuseraient de hardiesse ou de témérité dans la circonstance présente. J'estime à une centaine le nombre des opérations pratiquées dans ma petite ville. Parmi ces opérations, je compte l'ablation d'un kyste prolifère de la face, deux staphyloraphies, deux cataractes, trois ablations de lipômes énormes, quatre amputations du sein : pour une tumeur adénoïde et pour trois cancers, une urétrotomie, une castration pour un sarcocèle cancéreux, une amputation de cuisse pour une tumeur blanche fongueuse du genou, une amputation d'avant-bras pour un cas de traumatisme, l'extirpation d'une tumeur fibreuse de la main, d'une tumeur épithéliale du mollet, d'une tumeur épithéliale des lèvres avec cheiloplastie, deux tumeurs érectiles sur un même enfant de trois mois : l'une traitée par le perchlorure de fer et l'autre par la vaccination, une opération de fistule à l'anus avec vastes décollements.

En tout, sur une centaine d'opérations, vingt-quatre au moins qui, dans les hôpitaux de Paris, peuvent être suivis de mort ou d'accidents sérieux. Or, dans ces vingt-quatre cas, à plus forte raison dans les autres, tels que opérations d'hydrocèle, ablations de loupes, réductions de luxation récentes et anciennes, etc., presque toujours innocentes en tout lieu, non-seulement, je n'ai pas eu une seule mort à déplorer, mais à peine si je compte deux accidents légers, une pharyngite à la suite d'une staphylorafie, un érysipèle peu intense à la suite d'une résection de la mâchoire inférieure.

On comprendra donc qu'en face de ces résultats, il m'était permis d'espérer que l'influence du milieu salubre dans lequel ma malade devait être opérée, contrebalancerait avantageusement les conditions organiques, défavorables, que celle-ci présentait.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 21 octobre 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le Président annonce que M. de Graëfe, de Berlin, membre associé, assiste à la séance.

— Le professeur Ciniselli (de Crémone) adresse à la Société l'importante observation qui suit :

Anévrisme de l'aorte ascendante traité par la galvano-puncture.

(*Voir le numéro du 17 novembre 1868*)

Tumeurs multiples de la face.

A propos du procès-verbal :

M. Dolbeau. J'ai examiné pendant la dernière séance la malade qui a été présentée par M. Panas. Je crois qu'il s'agit là d'un cas d'adénie.

En 1865, à l'hôpital des Cliniques, j'ai observé un homme de 65 ans qui venait réclamer les soins du chirurgien pour une petite tumeur siégeant au niveau de la paupière inférieure gauche et produisant de l'épiphora. Il existait en outre plusieurs masses sous-maxillaires et jugales, dures, recouvertes par la peau saine et mobile et qui ne causaient aucune gêne.

Il y avait en outre trois petites tumeurs dans la paupière supérieure gauche, plus deux tumeurs dans les paupières du côté droit. On constait l'engorgement d'un ganglion sous-maxillaire médian et de plusieurs ganglions des régions inguinales.

Il existait une gêne très-grande de la respiration, et l'examen de la cavité buccale permettait de constater l'hypertrophie des glandes de la voûte palatine, du voile du palais et de la région de l'isthme du gosier. L'isthme était tellement obturé que quelques mois avant un médecin avait enlevé la partie la plus saillante des tumeurs siégeant dans ce point, pour permettre au malade de respirer.

Je pensai qu'il s'agissait là d'un cas d'adénie, compliqué d'une hypertrophie glandulaire multiple (glandes sudoripares des paupières, glandes palatines, buccales, etc.).

Ni la rate ni le foie n'étaient engorgés.

L'examen du sang avait été fait par M. Robin, et celui-ci avait trouvé une quantité anormale de leucocythes.

Le malade eut le choléra; il atteignit un degré extrême d'amaigrissement. Trois semaines après le début du choléra, pendant la période de convalescence, on constata que toutes les tumeurs avaient disparu.

M. Chassaignac. Je désire citer un fait qui a la plus grande analogie avec celui que vient de nous faire connaître M. Dolbeau.

Chez un malade présentant tous les symptômes de la leucocythémie, il existait des engorgements ganglionnaires multiples. On en constatait même dans des endroits où on ne soupçonne pas habituellement leur présence, notamment dans les régions des omoplates.

M. Verneuil. J'ai aussi examiné le malade de M. Panas et je serais très-embarassé de rattacher son affection à une maladie quelconque actuellement dénommée. Je ne crois pas qu'on puisse admettre qu'il s'agit là d'une adénie. Il m'est impossible d'admettre l'existence de ganglions lymphatiques dans la cavité de l'orbite, au milieu des joues. Il manque des signes importants de l'adénie, l'engorgement des aines et des aisselles.

M. Dolbeau a rapproché du fait de M. Panas un fait qui est très-analogue, mais qui, selon moi, ne peut pas non plus être rapporté à l'adénie. Il nous a dit, en effet, que l'on observait non-seulement l'engorgement des ganglions, mais aussi celui des glandes sudoripares. Je ne sache pas que l'on ait jamais noté dans l'adénie l'engorgement des glandes à conduit excréteur.

Dans les trois cas d'adénie que j'ai eu occasion d'observer, les ganglions lymphatiques étaient pris partout symétriquement, mais dans aucun d'eux la peau n'était intéressée comme chez le malade de M. Panas.

M. Després. M. Verneuil a développé une partie des arguments sur lesquels j'avais voulu moi-même insister. Comme lui, je ne crois pas qu'il s'agisse d'adénie.

On parle de l'adénie, sous la foi de M. Trousseau, comme d'une maladie spéciale. Mais je ne vois pas que cette opinion soit justifiée. Pour mon compte, je connais les engorgements ganglionnaires multiples et voilà tout, et je ne pense pas qu'il faille admettre le mot vague d'adénie.

Dans les tumeurs de la malade de M. Panas, j'observe plusieurs caractères des tumeurs malignes : d'abord, l'adhérence de la peau aux tumeurs, et l'adhérence de celles-là aux parties profondes. Je serais porté à penser qu'il s'agit là de tumeurs fibro-plastiques multiples.

Autrefois M. Broca a présenté un vieillard atteint de tumeurs fibreuses multiples, dont le cas offrait quelque analogie avec celui-ci. Je rapprocherais encore de ce fait celui communiqué dernièrement à la Société médicale des hôpitaux sous le titre de *Tumeurs cancéreuses de la peau.*

M. Marc Sée. Je veux répondre aux objections de M. Verneuil. J'ai observé deux faits d'adénie, et, dans ces cas, il n'y avait d'engorgement que dans les régions où se trouvent normalement des ganglions lymphatiques. Je ne crois pas cependant pour cela qu'il ne faille pas rapporter le cas cité par M. Dolbeau à l'adénie. Il existe en effet, dans toutes les régions indiquées par M. Dolbeau comme étant le siége de tumeurs, un tissu dit cytogène, composé de cellules analogues aux cellules des ganglions lymphatiques.

Ce tissu a le même rôle que les ganglions lymphatiques, et l'on a constaté qu'il pouvait être le siége des mêmes altérations que les ganglions lymphatiques.

M. Dolbeau. Je ferai remarquer que chez mon malade l'analyse du sang a été faite par M. Robin. Il y avait prédominance de globules blancs; on avait donc affaire à un leucémique. En outre, on observait des ganglions inguinaux très-développés et un ganglion sous-mentonnier.

M. Verneuil. Pour moi, l'adénie est une affection définie et qui n'a aucune analogie avec la scrofule.

J'accepterais volontiers l'argument conciliateur de M. Sée, qui nous fait connaître l'engorgement d'un tissu, analogue à celui des ganglions lymphathiques. Mais je ferai remarquer que chez les jeunes enfants on trouve des milliers de ganglions, et cependant on n'en observe pas sous les muqueuses.

M. Dolbeau a dit que son malade était leucémique; mais il pouvait être leucémique au même titre qu'un autre serait albuminurique. L'excès des globules blancs du sang se rencontre dans un grand nombre de maladies et ne peut servir à caractériser une maladie particulière; cet excès ne constitue qu'un symptôme. Ce malade était leucémique, comme le sont beaucoup de malades chez lesquels se développent des néoplasmes multiples.

M. Demarquay. J'ai eu occasion de voir des malades atteints d'adénie. Tous ces malades avaient un certain âge et l'on ne pouvait rapporter leur affection à la scrofule. L'une de ces malades était très-débilitée; elle mourut bientôt. Son sang fut examiné : il ne renfermait pas de globules blancs en excès. Il faut en conclure que dans ces cas la présence des globules blancs en excès n'a qu'une importance secondaire.

M. Després. Je suis tout à fait l'adversaire de la théorie de l'adénie. De deux choses l'une, ou c'est une maladie générale, ou c'est une maladie locale. Si c'est une maladie générale, pourquoi tous les ganglions ne deviennent-ils pas malades en même temps? Ou c'est une maladie locale, et alors ce n'est plus qu'une simple hypertrophie des ganglions.

J'ai souvenir d'une malade de M. Richard qui présentait une hypertrophie ganglionnaire multiple; celle-ci avait succedé à une ancienne adénite, qui elle-même était la conséquence d'une affection de la peau.

M. Liégeois. Si M. Després avait été à même d'observer certains cas de leucocythémie, il ne serait pas aussi opposé à la théorie de l'adénie. Chez ces malades, on trouve des engorgements ganglionnaires extrêmement nombreux, et, dans le sang, on trouve les globules blancs dans la proportion de 10 à 15 p. 100, au lieu de 1 p. 100.

M. Léon Labbé. Malgré l'opinion de M. Després, il est impossible de ne pas admettre l'existence de l'adénie. On en observe certains cas tellement caractérisés que les nier serait nier l'évidence. J'ai eu, il y quelques années, l'occasion de voir, avec M. Tardieu, l'un de mes anciens professeurs du lycée, qui était atteint de cette affection. Chez lui, toutes les glandes lymphatiques du corps étaient augmentées de volume, on pouvait les compter par centaines. Dans aucun point la peau n'était adhérente à ces glandes. La malade s'éteignit peu à peu; il était pâle et amaigri. L'analyse du sang n'avait pas été faite.

M. Marc Sée. Les tumeurs du malade de M. Dolbeau se sont développées toutes en même temps et ont disparu toutes en même temps; donc, il est probable qu'elles s'étaient développées dans un tissu analogue et sous l'influence de la même cause. On doit remarquer que c'est une affection grave de l'intestin qui a déterminé la disparition de toutes ces tumeurs; à ce point de vue, il est intéressant de faire remarquer que l'intestin renferme en assez grande abondance un tissu analogue à celui qui constitue les ganglions lymphatiques.

M. Després. J'accepterai la théorie de l'adénie lorsqu'on me dira que chez un malade tous les ganglions étaient affectés.

Léon Labbé. J'ai précisément dit que dans le cas que j'avais observé tous les ganglions étaient augmentés de volume.

M. Panas. Chez ma malade, le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. L'analyse du sang sera faite.

La glande mammaire semble ressentir l'influence de la même cause morbide, ce qui serait difficile à expliquer s'il s'agissait de tumeurs fibro-plastiques. Il existe un écoulement muqueux par le sein.

Sauf pour ce qui est des tumeurs de l'orbite et du nez, on peut tout expliquer par l'engorgement ganglionnaire.

Ce cas assurément s'éloigne des cas d'adénie type, parce que tous les ganglions ne sont pas pris et parce que d'autres tissus glandulaires sont affectés.

Je dois dire que la malade est soumise au traitement par l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue mélangés et qu'il m'a paru que le volume des tumeurs était moindre depuis trois jours.

M. BROCA. Il me semble difficile, lorsque nous voyons des tumeurs multiples dans une région comme celle-ci, de ne pas reconnaître la marche d'une maladie maligne. Je pense qu'il s'agit, dans ce cas, de tumeurs fibro-plastiques. Mais la marche de la maladie semble renversée; les ganglions lymphatiques se seraient engorgés d'abord, puis la tumeur de l'orbite se serait montrée.

M. Panas nous dit qu'il existe en outre une tumeur de la mamelle; mais c'est là une raison à invoquer contre l'existence de l'adénie.

Voici, je pense, comment on peut interpréter l'histoire de cette malade.

On nous a dit qu'elle avait eu au niveau de la région maxillaire supérieure, près de la ligne médiane, une tumeur qui a été enlevée et à laquelle on a donné le nom d'*épulis*. Eh bien! la tumeur primitive a été enlevée et des tumeurs secondaires ont apparu au niveau des ganglions. Quoi de plus normal que cette marche? S'il n'existait pas une tumeur dans l'orbite, cette discussion n'aurait pas eu de raison d'être.

Je crois que la tumeur qui fait saillie dans l'orbite vient du sinus maxillaire et qu'elle n'est pas la continuation de la tumeur qui a été enlevée.

En réponse à une allusion que M. Després a faite à l'un de mes malades, je dirai que celui-ci avait 1082 tumeurs qui n'étaient pas des fibrômes mais des lipômes avec interposition d'une certaine quantité de tissu fibreux. Il est vrai qu'au moment de la mort du malade, le tissu fibreux dominait dans les tumeurs, mais toute la partie graisseuse de celle-ci avait disparu. Ce malade était mort de faim, et il y avait eu une véritable autophagie. Mais l'on retrouvait encore des vésicules graisseuses dans toutes ces tumeurs; elles existaient aussi en plus grande abondance qu'à l'état normal dans la gaîne de la carotide, etc., etc.

M. PANAS. Au point de vue de la simplicité du diagnostic, je serais très-heureux que les choses se soint passées comme vient de l'indiquer M. Broca. Il y a bien eu, il est vrai, une tumeur du maxillaire enlevée il y a vingt ans; mais depuis deux ans seulement, après dix-huit ans d'intervalle, l'affection actuelle s'est montrée.

Quant à la mamelle, elle ne présente pas d'engorgement, elle est seulement le siége d'une sécrétion anormale.

Ce ne sont pas seulement des ganglions en rapport avec le siége de la tumeur primitive, qui sont malades, mais aussi les ganglions du côté opposé, ce qui fait penser que les glanglions sont pris primitivement.

M. CHASSAIGNAC. J'avoue n'avoir jamais vu de cancer bilatéral; mais chez la malade de M. Panas, il me semble qu'il n'y a pas d'interruption entre les ganglions engorgés à droite et à gauche.

COMMUNICATION.

Ovariotomie.

M. LIÉGEOIS. (*Voir plus haut.*)

(*La fin au prochai nnuméro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance le 23 novembre.

Ordre du jour : M. Rigal, rhumatisme aigu à manifestations multiples; M. Bottentuit, observation da coqueluche avec hémorragie sous la conjonctive oculaire; M. Rathery, observation d'un cas d'érythème des mains à répétitions chez un alcoolique; M. Thierry, rapport sur une lecture de M. Rousseau.

— M. Bouchut commencera un cours de pathologie interne le mardi 24 novembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique.

— M. le docteur Félix Rochard commencera son cours sur les maladies de la peau le jeudi 26 novembre, à quatre heures, à l'École pratique, amphithéâtre n° 1, et le continuera tous les jeudis à la même heure.

— M. le docteur Liebreich a commencé ses conférences cliniques sur les maladies des yeux samedi 14 novembre, et les continue les jeudi et samedi suivants, à une heure précise, à son dispensaire, rue Git-le-Cœur, n° 11.

— M. le docteur G. Miot continuera, tous les dimanches, à dix heures du matin, son cours clinique sur les maladies de l'oreille, à son dispensaire, rue Larrey, 8.

— M. le docteur Wecker reprendra ses conférences cliniques, lundi 23 courant, à une heure, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, rue Visconti 18.

— Un étudiant en médecine de quatrième année désirerait trouver une place d'interne dans un asile d'aliénés. S'adresser à M. Maurel, étudiant en médecine, Hôtel-Dieu de Marseille. (B. D. R.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de chirurgie, par le docteur FANO, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Tome 1er : pathologie générale chirurgicale; maladies des diverses tissus et des divers organes; fractures. 1 vol. in-8, avec 83 fig. dans le texte. Prix : 6 francs. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Déontologie médicale (Devoirs et droits des médecins vis-à-vis de l'autorité, de leurs confrères et du public), par le docteur DELFAU. Ouvrage couronné. 1 vol. in-12. Prix : 4 francs. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 137. — MARDI 24 NOVEMBRE 1868. 41e ANNÉE. MARDI 24 NOVEMBRE 1868. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : A propos de l'empoisonnement par l'atropine. — HOSPICE DE BICÊTRE (M. Legrand du Saulle). Pronostic et traitement de l'épilepsie. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Correspondance. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 23 novembre 1868.

Nous recevons une communication des plus intéressantes sur l'empoisonnement par l'atropine.

Laissons d'abord la parole à M. Pétavel, interne de l'hôpital cantonal de Genève.

Le 23 novembre, les tribunaux de Genève seront appelés à s'occuper de l'affaire J..., garde-malade, accusée d'avoir empoisonné plusieurs personnes. Voici en peu de mots ce qui s'est passé.

Mademoiselle J..., garde-malade, depuis assez longtemps faisait disparaître nombre des malades confiés à ses soins, en leur faisant prendre de l'atropine, qu'elle se procurait sous forme de collyre, en allant consulter différents médecins pour une maladie des yeux. Ses pupilles étaient habituellement dilatées; elle portait des lunettes vertes.

Mademoiselle J... avait déjà parcouru plusieurs cantons, offrant ses services aux docteurs et à tous ceux qui pouvaient se faire soigner par une garde-malade. Pour être bien renseignée, plusieurs pages de son carnet de poche étaient couvertes d'adresses et de noms les plus influents de la Suisse. Mademoiselle J... était très-assidue auprès des malades confiés à ses soins; ses discours, ses connaissances et sa longue expérience rassuraient les personnes les plus expérimentées.

A Genève, cependant, après avoir fait plusieurs victimes, elle commença à être soupçonnée, et plusieurs personnes n'attendaient que le moment favorable pour la prendre sur le fait. Le docteur Rapin, ami d'un des parents d'une des victimes, fut averti et suivit de près les faits et gestes de la demoiselle J..., qui était parvenue à s'introduire et à prodiguer ses soins dans une pension aux environs de la ville.

Dès son entrée dans cette maison, plusieurs personnes moururent; si bien qu'un beau matin, chacun put en passant lire sur la porte de l'établissement ces mots écrits par une main inconnue :

Ceux qui entrent ici, n'en sortent pas.

Le public, inquiété, commençait à parler assez librement de la chose et les soupçons de se fixer, de plus en plus, sur la garde-malade, qui avait le talent d'écarter les docteurs et d'empêcher les malades de se rendre à l'hôpital.

Le moment de mettre fin aux crimes de cette empoisonneuse arriva. La demoiselle J... venait de faire prendre de l'atropine à une jeune institutrice allemande, qui fut tellement agitée, que cette fois là, on ne put se passer de médecin. M. le docteur Goudet fut mandé en toute hâte. Il ordonna le transport immédiat de la malade à l'hôpital.

Voici ce que je retrouve dans les notes que j'ai conservées sur le sujet qui nous occupe.

Le 27 juin, à trois heures après midi, arriva à l'hôpital une demoiselle C. F..., institutrice, de Darmstadt, âgée de 25 ans, accompagnée de plusieurs personnes, parmi lesquelles se trouvait la demoiselle J... portant le billet d'entrée de la malade.

Diagnostic : Manie aiguë.

Mademoiselle C. F... avait la face fortement congestionnée, les pupilles fortement dilatées, répondant furtivement aux questions et faisant tous ses efforts pour s'enfuir et se soustraire à la surveillance. Elle fut conduite immédiatement dans le service de M. le docteur Ducellier, où je fus appelé à lui donner les premiers soins. Son pouls est accéléré, de la céphalalgie, 128 pulsations à la minute, température 40. La face est si congestionnée, que je n'hésitai pas à faire application de la ventouse Junod. Le mollet droit, avant l'application, mesurait 32 centimètres; après une demi-heure d'application, nous obtenons 37 centimètres.

La malade semble un peu calmée; je prescris pour la nuit une potion laudanisée.

Vers sept heures du soir, nous recevons la visite du docteur Rapin, qui vient demander si nous avons reçu une demoiselle allemande, C. F..., institutrice. Sur ma réponse affirmative, il me fait part de ses soupçons. Nous allons voir ensemble la malade, et nous constatons que mademoiselle C. F... est sous l'influence stupéfiante de l'atropine. Nous prescrivons des infusions de café à prendre dans la nuit; une veilleuse spéciale est chargée de garder la malade.

Les urines sont conservées et remises au docteur Rapin. L'ordre d'arrestation fut donné le 27 au soir, jour d'entrée de la malade à l'hôpital, et le 28 au matin, mademoiselle J... était conduite en prison. — Une perquisition faite dans son domicile fit découvrir, parmi beaucoup d'autres choses, une douzaine de flacons ayant contenu de l'atropine.

Dans la nuit du 27 au 28, la malade fut assez agitée; elle veut absolument coudre, demande des aiguilles, elle fait de ses draps des plis et replis. Elle détourne la tête lorsqu'on s'approche avec une lumière.

Le 28 au matin, la lumière lui fait mal, les pupilles sont dilatées, la fièvre est moins grande (100 pul.), elle a l'air fort étonnée, elle tâche de se soustraire aux questions, elle se plaint de constriction à la gorge. Lorsqu'on lui demande depuis quand elle est malade, elle dit que depuis quelques jours elle avait de la peine à avaler, qu'elle avait vomi et avait des nausées avant son entrée à l'hôpital.

Le 29, la malade est beaucoup mieux; les pupilles sont moins dilatées, elle est plus calme et répond mieux aux questions. Elle dit que mademoiselle J..., qui lui donnait des leçons de français, lui faisait prendre de temps en temps un petit verre, en lui disant que c'était du *Kirschenwasser*.

Depuis le 29, la malade a toujours été de mieux en mieux, et si elle est restée quelques jours de plus à l'hôpital, c'est sur la demande de la police qui désirait l'interroger.

Après le séjour à l'hôpital de mademoiselle C. F..., plusieurs nouvelles dépositions furent faites à la charge de mademoiselle J...

Sur la réquisition de M. le procureur général, MM. les docteurs Piachaud, Rapin, Porte, interne, M. Suskind, pharmacien, et M. Michaud, chimiste, procédèrent à l'exhumation de sept cadavres. L'atropine a été retrouvée. Les pupilles des chats et des lapins soumis aux expériences, ont été parfaitement dilatées. De la morphine, du tartre stibié, ont été aussi retrouvés.

Dans sa prison, mademoiselle J... ne nie absolument rien, elle dit qu'elle se livrait à des recherches, et que, sur elle, elle faisait de fréquentes expériences. On remarque chez elle une grande tendance au mysticisme; rien jusqu'à présent ne peut faire comprendre le mobile de ses actions. Les docteurs chargés de l'examen de l'état mental de mademoiselle J... sont : MM. Olivet, Duval et Badan.

Les débats, qui vont s'ouvrir fourniront bien des renseignements sur cette mystérieuse affaire.

En attendant que nous puissions profiter de la discussion médico-légale que fera probablement naître cette grave affaire, nous croyons devoir saisir cette occasion pour appeler l'attention de nos confrères sur l'emploi de l'atropine.

Il est du devoir de la presse de prévenir le praticien contre le danger que présente le maniement de l'atropine, et surtout du sulfate d'atropine. On ne doit pas ignorer qu'une simple injection d'atropine, faite dans des conditions jusqu'ici considérées comme normales, peut donner lieu aux plus graves accidents et même à la mort.

Que les règles ordinaires de l'administration ne soient pas seules présentes à l'esprit du médecin; mais qu'il ne perde jamais de vue les dispositions individuelles du malade et sans doute l'infidélité du médicament ou de ses préparations. Que toujours — et surtout chez les sujets nerveux — le praticien commence par des doses excessivement faibles.

A ce prix seulement, les accidents peuvent être conjurés; et encore pensons-nous plus sage de renoncer à l'injection sous-cutanée du sulfate d'atropine.

Il y a là un sujet des plus graves et digne des méditations du médecin praticien.

Dr E. Le Sourd.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE

Succès remarquables obtenus par l'emploi du bromure de potassium à haute dose.

> Le remède n'est rien, la médication est tout; et le mode d'administration principalement a quelque chose de sacramentel.
>
> (TROUSSEAU.)

I

Depuis quelques années seulement, un fait thérapeutique d'une importance considérable frappe quelques observateurs : l'épilepsie aurait cessé d'être une maladie absolument incurable. Dans des circonstances données, et qui vont être décrites dans ce travail, il est souvent possible, en effet, d'obtenir de longues rémissions, c'est-à-dire la suspension très-prolongée des accidents épileptiques. Or, n'est-ce pas déjà beaucoup que d'avoir rompu l'habitude convulsive? Lorsqu'un joug morbide est de date ancienne et qu'il pèse presque périodiquement sur l'économie, l'invasion d'un accès n'a souvent pas d'autre raison d'être que la préexistence d'accès antérieurs. Eloigner très-sensiblement le retour des attaques d'épilepsie, c'est donc attaquer non-seulement le principe de l'affection, mais encore la fâcheuse disposition fonctionnelle qui lui survit.

Il est temps, à mon avis, de réagir contre l'abandon inhumain dans lequel on a jusqu'à présent laissé les épileptiques vivre et mourir. Les ressources thérapeutiques les plus ingénieuses, les plus hardies et les plus persévérantes ont été mises au service des scrofuleux, des phthisiques et des cancéreux; aucun effort n'a coûté, aucune tentative n'a répugné, aucune patience n'a été lassée, dès qu'il a fallu soulager, améliorer et consoler ces malades. Les épileptiques, au contraire, n'ont inspiré que la désaffection, le dégoût, la honte ou la terreur, et ils n'ont su que se faire haïr et craindre. On s'est éloigné d'eux sous le prétexte qu'ils étaient incurables et parfois dangereux, et, il faut bien le dire, les épileptiques ont été, en somme, les parias de l'humanité. Le dévouement médical ne leur est même pas resté!

Sans faire naître d'imprudentes illusions et sans autoriser de trop hâtives espérances, je vais démontrer que tout médecin peut arriver aujourd'hui à déterminer — dans la proportion d'*au moins* 33 p. 100 — *des phases suspensives très-prolongées* chez ses malades. Je crois même qu'il peut en guérir radicalement un petit nombre. Il y a donc lieu de renoncer aux errements anciens, de raffermir un peu les consciences émues et de stimuler avec insistance le zèle des médecins découragés.

En jetant un coup d'œil rétrospectif sur l'histoire de l'épilepsie, on se trouve en présence d'opinions contradictoires. Hippocrate, Galien, Morgagni, Boerhaave et Tissot ont cru à la curabilité possible de la maladie, dans quelques cas, et ces auteurs ont cité des exemples à l'appui de leur opinion. Pinel, Maisonneuve, Esquirol, Hufeland, Valleix, Monneret, Beau, MM. Lélut et Moreau (de Tours) ont, au contraire, désespéré du mal comitial, et ils ont fait partager à leurs très-nombreux élèves cette fâcheuse doctrine, à savoir qu'en matière d'épilepsie, moins on fait et mieux on fait. Portal, Debreyne, Trousseau et Herpin (de Genève) se sont mis à réagir contre l'ostracisme thérapeutique dont on frappait si injustement les épileptiques, et, dans l'une de ses plus remarquables leçons cliniques, Trousseau a pu dire à l'Hôtel-Dieu « que, dans l'espace de douze ans, il avait guéri 20 épileptiques sur 150 (1). » Ces tentatives heureuses ne compensent pas sans doute les défaillances du passé, mais elles servent d'assises aux expérimentations actuelles de quelques praticiens convaincus.

Si l'épilepsie a été considérée jusqu'à ces dernières années comme une affection incurable, c'est qu'on l'a méconnue la plupart du temps à son début, et que l'on n'a rien fait pour enrayer la marche progressive des accidents. *Principiis obsta.*

On ne méconnaît pas sans doute l'attaque franche d'épilepsie, qui est caractérisée par le cri initial, la projection à terre, la convulsion unilatérale et le coma, mais on passe tous les jours à côté de tics partiels, de crampes d'un membre, de secousses, de douleurs cardialgiques subites avec pâleur livide, de mouvements choréiformes périodiques, d'éblouissements, de spasmes viscéraux, d'étourdissements, d'incontinences nocturnes d'urine, d'absences, de vertiges et de poussées congestives, sans qu'il vienne à l'esprit du médecin que ces accidents peuvent signaler le début insidieux et lent de l'épilepsie, ou exprimer l'une des manifestations protéiques de cette névrose. Cela n'est cependant que trop vrai! Une ou plusieurs années s'écoulent, et la grande attaque d'épilepsie apparaît. C'est de ce jour-là que va dater pour la famille l'invasion de l'affection convulsive, et cependant le malade est épileptique déjà depuis longtemps.

Oui, les accidents que je viens d'énumérer sommairement, et qui se reproduisent à des époques fixes ou irrégulières, ne sont rien autre chose que des manifestations initiales ou que des accès incomplets d'épilepsie. C'est le *petit mal* des auteurs. Ces « fausses crises », comme les appellent certains malades, sont toujours invariablement les mêmes; elles sont calquées les unes sur les autres, identiques en tous points, stéréotypées. Une fois que l'accès incomplet s'est produit chez un individu de telle ou telle façon, l'empreinte est prise et le cliché reste. A chaque accès subséquent, une nouvelle épreuve est tirée.

L'attaque d'épilepsie — *le grand mal* — n'amène pas le plus souvent la cessation des accès incomplets; elle en traverse capricieusement le cours ou elle alterne avec eux. Herpin (de Genève) a dit qu'il n'existait aucune différence entre la crise incomplète et le début de la grande attaque. Il a eu raison, car l'accès incomplet représente fidèlement l'attaque réduite à ses symptômes initiaux. L'un est le diminutif de l'autre.

Ce qui prouve bien encore que le petit mal n'est en somme que le grand mal avorté, c'est que l'épilepsie se termine comme elle a commencé. Qu'un traitement perspicace, méthodique et persévérant intervienne, et, dans les cas heureux, la rétrocession pathologique ne porte d'abord que sur la fréquence, la

(1) De l'Épilepsie. *Gazette des hôpitaux*, avril 1855.

durée et la gravité de l'attaque. Les accès incomplets ne sont influencés que beaucoup plus tard.

Ce qui a contribué encore à multiplier les revers thérapeutiques, c'est que l'on a considéré à tort l'épilepsie comme ayant une essence unitaire, que l'on n'a point catégorisé les nuances diverses de la maladie, et que, suivant les idées de l'époque, on a dirigé contre tous les cas de mal comitial un traitement invariable. Mais c'est entreprendre une tâche absolument impossible que de distribuer les mêmes remèdes à tous ses malades, et le bromure de potassium qui, administré d'une certaine façon, conduit souvent à des résultats si surprenants, est loin d'agir sur tous les épileptiques avec un égal bonheur.

Lorsqu'on se trouve pour la première fois en face d'un épileptique, il faut non-seulement individualiser le diagnostic, mais individualiser encore le pronostic. Les circonstances particulières du fait peuvent faire varier beaucoup les présomptions. Il existe cependant des points de repère auxquels il est tout d'abord assez facile de se rattacher. C'est ainsi que l'on est à peu près convenu de classer parmi les chances *favorables* le sexe féminin, la complexion robuste, la stature élevée, l'intelligence très-développée, l'âge avancé, le début récent, la rareté, la bénignité et la ressemblance parfaite des crises, tandis que l'on considère comme chances *indifférentes* l'hérédité, le tempérament, l'état civil, le degré d'aisance des malades et l'heure des attaques. Quant aux chances *défavorables*, elles consistent, comme chacun a pu le remarquer, dans le sexe masculin, la naissance avant terme, l'atrophie des membres, l'imbécillité, l'idiotie, les accès de délire maniaque et impulsif, l'âge viril, la période de fécondité chez la femme, la fréquence des crises et la coexistence chez le même malade de vertiges, d'accès incomplets et de grandes attaques.

A l'aide de ces principaux fils conducteurs, on peut déjà se faire une opinion sommaire sur l'issue éventuelle du cas particulier qui se présente, mais il faut interroger ensuite avec un soin minutieux chaque fonction, chaque appareil, s'assurer autant que possible de l'existence de la cause, remonter à l'origine des accidents, en suivre les phases, en saisir le caractère et en pressentir les conséquences. Tous les malades, jeunes ou vieux, petits ou grands, garçons ou filles, ne tombent pas en vertu des mêmes motifs, ne sont pas soumis aux mêmes influences et ne s'ébattent pas de la même manière. Les aptitudes sont individuelles. Il faut donc diversifier l'affection et catégoriser les conditions très-particulières dans lesquelles elle se présente : en un mot, il faut spécialiser.

Les innombrables échecs thérapeutiques tiennent enfin au défaut de persévérance de la part des médecins et des familles. Je rencontre chaque jour des épileptiques au Dépôt des prévenus, à la préfecture de police, et je m'informe minutieusement du traitement qui leur a été prescrit; eh bien, la plupart n'en ont suivi aucun! La science en est tombée là. Aussi, M. Delasiauve a-t-il été fondé à s'écrier : « Qu'a fait le découragement? Il a éloigné les médecins de l'étude de l'épilepsie, il a rendu incurables des maladies curables et il a abandonné ces malheureux aux empiriques (1). »

Un grand nombre de cas réputés incurables n'ont donc jamais été traités. Ce manque de sollicitude n'est plus de notre siècle ; il consacre une injustice suprême et il introduit dans nos mœurs une coutume barbare. L'heure de la réhabilitation des épileptiques a sonné.

Je sais bien que cette réhabilitation ne sera que partielle, car des échecs flagrants nous atteignent lorsque nous nous trouvons face à face avec une épilepsie symptomatique. Que l'altération porte directement sur le cerveau et ses enveloppes, ou que l'encéphale soit secondairement atteint par une disposition générale de l'économie, et le bromure de potassium lui-même ne nous conduit qu'à des résultats très-incomplets; mais vienne, au contraire, l'épilepsie idiopathique, et comme il n'y a plus là d'altération organique préexistante, soit locale, soit éloignée, et que la névrose seule est en scène, nous pouvons intervenir avec une utilité dont la mesure sera précisée tout à l'heure. Rien que dans ce fait il y a tout un événement.

J'ai à m'accuser sans doute d'avoir longtemps partagé l'incrédulité et le découragement de tous. Le cas si extraordinaire de guérison que je communiquai, en 1853, à la société médico-psychologique, et sur lequel M. Loiseau fit un rapport si remarquable, commença déjà à me faire un peu douter de l'incurabilité de certaines affections convulsives; mais je publiai depuis cette époque un grand nombre de notes, d'articles et de mémoires sur les névroses, et je ne m'occupai que rarement de leur traitement. Je n'avais pas vu alors ce que j'ai vu aujourd'hui.

Oui, je crois à la possiblilité d'obtenir des phases suspensives très-prolongées dans le cours de l'épilepsie, et je crois que le fait seul de conjurer la fréquence des crises convulsives est d'un immense intérêt. « De même, a dit Van Swieten, que les traces des idées qui ne sont point rappelées de temps en temps, s'effacent d'une manière complète, de même, si les mouvements épileptiques ne sont pas renouvelés, leur tendance à la reproduction se détruira. » L'économie contracte très-vite une habitude morbide. Aussi, lorsqu'un phénomène pathologique s'est produit une ou plusieurs fois, doit-on redouter qu'il n'apparaisse ensuite spontanément, sans nouvelle excitation. Chez certains malades qui tombent à heure fixe, et dont les attaques sont mathématiquement périodiques, peut-on voir là autre chose qu'une *habitude convulsive?*

(1) *De l'épilepsie.* Paris, 1854.

Arrivons maintenant aux démonstrations pratiques et voyons le rôle que peut jouer le bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie.

Le bromure de potassium a été administré comme anti-syphilitique, en 1850, par M. Puche, à l'hôpital du Midi, à la dose de 10, 15 et 20 grammes par jour. M. Huette rapporte, dans sa dissertation inaugurale (1), qu'un malade de ce service prit 150 grammes de bromure en quinze jours, et qu'un autre en prit 420 grammes dans l'espace de cinquante jours. Appliqué au traitement des vénériens, le médicament échoua complétement.

Ce fut en Angleterre, en 1851, que l'on constata pour la première fois l'utilité du bromure de potassium dans l'épilepsie. Sur 15 cas, sir Ch. Locock obtint 14 succès. Radcliffe et Brown-Séquard imitèrent à l'envi leur devancier et publièrent un peu plus tard des observations extrêmement significatives. A l'asile de Northampton, le docteur Williams soumit trente-sept épileptiques à la médication bromurée, et trente malades virent leurs attaques s'éloigner considérablement. Robert M' Donnel fit connaître ensuite les résultats très-encourageants de sa pratique, et il fit observer avec justesse que *les médecins n'osaient pas prescrire le bromure de potassium ou en prescrivaient des doses beaucoup trop faibles* (1).

En France, en 1864, M. Blache guérit, à l'hôpital des Enfants-Malades, un jeune garçon de 10 ans qui avait toutes les nuits des accès d'épilepsie. Le sel de brome fut employé à la dose de 1, 2 et 3 grammes. Presque à ce même moment, MM. Bazin et J. Besnier publièrent trois observations suivies de guérison (3). L'opinion publique commença alors à s'émouvoir. Le bromure de potassium entra dans la pratique courante, mais les expérimentateurs firent généralement preuve de timidité et ils n'administrèrent le médicament qu'à des doses inertes! Aussi, ne réussirent-ils point. J'en prends plutôt à témoin M. Peulevé, interne à la Salpétrière, qui a rapporté (4) que son maître, M. Moreau (de Tours) avait fait suivre, à des malades de son service un traitement par le bromure de potassium, *pendant trois mois*, et qu'il avait commencé par la dose de 0,50 centigrammes pour finir par celle de 3 grammes. Malgré toute son habileté, M. Moreau devait fatalement échouer. On n'obtient rien, en effet, chez les adultes, en aussi peu de temps et avec des doses aussi minimes.

M. A. Voisin s'est chargé de démontrer toute la justesse de cette proposition dans l'intéressante relation clinique qu'il a publiée en 1866 (5), et qui renferme les observations très-concluantes qu'il a recueillies à l'hospice de Bicêtre et en ville. Ce recommandable praticien a eu l'heureux courage de prescrire le bromure de potassium à haute dose (de 4 à 12 grammes par jour). Tout naturellement, ce médicament ne lui a paru être d'aucune utilité dans l'épilepsie liée à des lésions cérébrales, congéniales ou accidentelles, tandis qu'il lui a rendu des services signalés dans l'épilepsie qui est due à une grande impressionnabilité, à l'exaltation de la sensibilité, « au tempérament nerveux », aux émotions vives, à la peur, aux excitations génitales et aux influences héréditaires. « Sur 24 malades, dit M. A. Voisin, qui ont été traités par le bromure de potassium, 4 ont cessé d'avoir des accès, 6 ont été très-améliorés, 10 ont été un peu améliorés, 4 n'ont ressenti aucun bon effet du médicament. »

Que sont devenus ces malades depuis que M. A. Voisin a quitté Bicêtre, et comment le bromure de potassium réussit-il aujourd'hui dans son ancien service? C'est à M. J. Falret à nous l'apprendre. Voici, à cette occasion, la note que m'a remise mon savant collègue :

« Le 1er avril 1867, j'ai pris le service de la troisième section. A ce moment-là, une vingtaine de malades au moins étaient en traitement par le bromure de potassium. Sur 15 épileptiques déjà traités avec succès par M. A. Voisin et chez lesquels on a continué l'usage du bromure jusqu'à leur sortie ou jusqu'à ce jour (20 octobre 1868), 10 malades ont éprouvé une amélioration tellement notable qu'elle équivaut presque à une guérison pour plusieurs d'entre eux, dont les attaques sont devenues extrêmement rares. Chez ces 15 malades, la dose du bromure a été — par jour — de 7 à 11 grammes 50 centigrammes, mais cette dernière dose n'a été prescrite qu'à un seul malade.

« Cette amélioration se maintient au même degré depuis le 1er avril 1867, et elle existait déjà auparavant. Sur ces 15 malades, 7 sont encore dans le service (B., F., O., P., P., R. et G.), et, sur ce nombre, 4 continuent à être très-notablement améliorés, tandis que les 3 autres ne paraissent pas éprouver d'influence favorable, par le fait de la continuation du médicament.

« En ce moment, 21 épileptiques sont encore en traitement par le bromure. Sur ce nombre, se trouvent : 1° les 7 malades ci-dessus mentionnés, déjà traités par M. A. Voisin, et sur lesquels il y a 4 améliorations très-considérables et 3 insuccès; 2° 8 malades ayant pris du bromure depuis plus d'un an, et sur lesquels 4 ont éprouvé une amélioration très-notable dans leur état, tandis que 4 n'en ont ressenti qu'une influence douteuse; 3° 6 malades, qui prennent du bromure depuis trop peu de temps (un ou deux mois) pour que l'on puisse noter déjà des effets quelconques.

(1) *Recherches sur le bromure de potassium.* Paris, 1850.
(2) Dublin. *Quaterly Journal of medical science.* 1864.
(3) *Gazette des hôpitaux*, 1865.
(4) *Union médicale*, 1865.
(5) *Bulletin général de thérapeutique.*

« J'ai fait, ajoute M. J. Falret, sur l'emploi du bromure les observations générales suivantes : 1° l'action favorable du médicament ne commence à être sensible qu'à partir de la dose de 4 grammes; 2° la dose a pu être portée progressivement jusqu'à 11 grammes 50 centigrammes (dose maximum), sans déterminer jamais aucun accident; 3° la dose la plus habituelle à laquelle je m'arrête est de 7 à 9 grammes par jour; 4° on ne commence, d'ordinaire, à constater des résultats favorables que lorsque l'éruption de boutons se montre à la peau, et surtout au front et à la face, et, en général, les malades qui n'ont pas d'éruption à la peau n'éprouvent pas de bons effets par suite de l'action du bromure; 5° très-peu de malades se plaignent de l'usage de ce médicament et en demandent la cessation. La plupart d'entre eux, au contraire, constatent leur amélioration progressive et demandent à continuer l'usage du bromure, même lorsqu'ils sortent de l'hôpital; 6° je n'ai pas vu, à Bicêtre, d'accident, ou même d'inconvénient fâcheux, par suite de l'emploi du bromure de potassium. »

Je dois maintenant faire intervenir les faits de ma pratique personnelle. Et d'abord, comme j'ai jusqu'à présent passé, à propos du traitement de l'épilepsie, par trois alternatives très-distinctes, je me crois obligé de déposer un bilan complet et d'exposer les résultats si différents auxquels je suis arrivé.

1° *Epoque antérieure au bromure.* — De 1856 à 1864, j'ai traité en ville 17 épileptiques. J'ai obtenu 1 guérison chez un jeune homme de 20 ans, à l'aide de la teinture de cantharides, 4 améliorations très-appréciables (belladone, lactate de zinc, valérianate de quinine, etc., etc.), et j'ai compté 12 insuccès.

2° *Usage infructueux du bromure.* — De 1864 à 1867, j'ai donné des soins, en ville, à 9 épileptiques. Par l'atropine, le nitrate d'argent, l'hydrothérapie et le jardinage, j'ai amélioré notablement 3 malades et j'ai échoué chez les 6 autres. C'est alors qu'en désespoir de cause, je prescrivis du bromure de potassium à ces derniers. Je venais de lire, en effet, des extraits de la clinique spéciale de Brown-Séquard, à Londres, et j'avais été étonné des résultats heureux de cet éminent praticien. Je commençai par administrer le médicament à la dose de 0,05 centigrammes par jour, à prendre en trois fois, et après beaucoup de tâtonnements et d'hésitations, je l'élevai progressivement jusqu'à 1 gramme 10 centigrammes. Dans ces six cas, le bromure de potassium n'amena aucun résultat appréciable.

3° *Succès par le bromure* (1867 et 1868). — En réunissant, comme l'a fait M. A. Voisin, les faits que j'ai observés à Bicêtre et ceux que j'ai recueillis en ville, j'arrive à un total de 41 épileptiques qui ont été soumis par moi à la médication bromurée. Je commence par défalquer de ce chiffre un malade à épilepsie saturnine et deux alcoolisés, dont les accidents convulsifs avaient été parfaitement bien observés et notés. Ils ont guéri tous trois, mais le bromure de potassium y a-t-il été pour quelque chose? N'auraient-ils pas pu sortir également guéris sans l'action du médicament? Je le crois.

Reste donc à 38. Le dépouillement de mes notes et observations me fournit les chiffres suivants : guérison très-probable (pas d'accès depuis onze mois), 1; suspensions très-prolongées de tout accident épileptique (de trois à sept mois), 5; améliorations sérieuses (rémissions de 25 à 72 jours), 6; insuccès, 9; total, 21. Dix-sept autres malades, dont 10 à Bicêtre (D., B., W., P., D., G., P., M., V. et L.) et 7 en ville ou dans les départements, sont en traitement depuis un temps variable. Je réserve pour plus tard le relevé des documents cliniques qui les concernent, mais je peux déjà certifier que quelques cas s'annoncent bien. Je tiens toutefois à déclarer que — pour ce qui me concerne, du moins — la proportion des succès est plus forte dans ma clientèle privée qu'à Bicêtre, ce qui s'explique tout naturellement par les complications cérébrales que présentent, à leur entrée dans nos salles, la plupart des épileptiques. L'intelligence des malades de la ville étant presque toujours saine, les conditions d'expérimentation sont nécessairement plus favorables.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance (1) du 21 octobre 1868. — Présidence de M. LEGOUEST.

PRÉSENTATION D'APPAREILS PROTHÉTIQUES.

M. TILLAUX présente à la Société les appareils prothétiques pour le membre supérieur au nom de M. Gripouillot, médecin à Montlouis (Indre-et-Loire), et fait à ce sujet la communication suivante :

Les appareils prothétiques du membre supérieur sont destinés à remplir deux buts bien différents. Il s'agit tantôt, en effet, de permettre à l'amputé de saisir des objets ne pesant pas plus de 1 à 2 kilogrammes au maximum; on peut appeler ces appareils *appareils de préhension.* Un immense progrès a été, suivant moi, réalisé sous ce rapport par M. de Beaufort dont vous connaissez tous l'ingénieux bras artificiel. Le système d'opposition du pouce avec les autres doigts est de nature à permettre la préhension des objets les plus délicats. Mais s'il s'agit de soulever un lourd fardeau, de manœuvrer un instrument aratoire, d'autres appareils sont nécessaires, ce sont les *appareils de force.* Ce sont des appareils de ce genre que je vous présente au nom de M. Gripouillot. — Est-ce à dire que l'idée soit neuve, que le principe appliqué soit nouveau ? Non, messieurs; depuis bien long temps on emploie le crochet et la douille adaptés au bout du brassard, et vous pouvez vérifier sur des appareils que j'ai pris au hasard dans la maison Robert et Colin la vérité de cette assertion. Toutefois les appareils de M. Gripouillot diffèrent sur certains points de ceux qu'on

(1) Fin. — Voir notre dernier numéro.

a fabriqués avant lui. Ils ont d'abord le mérite de coûter un prix moins élevé.

Un autre avantage, et c'est le principal à mon avis, consiste dans le mode d'adaptation du crochet au brassard. Dans les appareils ordinaires, ce crochet se visse, et par conséquent reste immobile dans sa position, là au contraire, par un mécanisme des plus simples, le crochet peut être mobilisé et fixé dans quelque position que désire le travailleur.

De plus, M. Gripouillot a eu l'heureuse idée de réunir en une seule pièce le crochet double et la douille.

M. Gripouillot a essayé nombre de fois ses appareils sur des amputés du bras ou de l'avant-bras et n'a eu qu'à s'en louer. Vous voyez sur une série de photographies que l'auteur a jointes à son envoi les différentes positions du travailleur.

En résumé, messieurs, je considère que M. Gripouillot a accompli un progrès important dans les appareils prothétiques, dits *de force*, du membre supérieur.

PRÉSENTATIONS DE PIÈCES.

Hydatides rendus par l'urèthre, venant du rein gauche.

M. Demarquay présente une grande quantité d'hydatides rendus par un homme de 29 ans. Cet homme raconte qu'il y a deux ans, à la suite de douleurs assez vives dans la région rénale gauche, il a rendu un certain nombre d'hydatides. L'année dernière, il dit qu'après avoir souffert pendant un mois dans la même région, il rendit encore un certain nombre d'hydatides. Cette année, ici encore à la même époque, il devint très-souffrant, sa santé s'est profondément altérée, et, après trois mois de souffrance, il a encore rendu, à plusieurs reprises, une grande quantité d'hydatides. La vessie s'est enflammée et les urines actuellement contiennent une certaine quantité de pus. Maintenant cet homme, dit M. Demarquay, est aussi bien que possible, quoique amaigri; il conserve encore dans la région du rein gauche un point douloureux. Il est important de suivre ce malade. Les hydatides, dit M. Demarquay, ont été observés par plusieurs chirurgiens; on en trouve des observations dans Chopart, dans Roger. M. Davaine a résumé ces observations dans son ouvrage sur les entozoaires.

Tumeur adénoïde du sein.

M. Léon Lefort montre à la Société une tumeur du sein enlevée par lui il y aquelques jours à une femme de 39 ans. La tumeur avait débuté quatre années auparavant et avait pris surtout du développement depuis deux ans. Son ablation ne présenta pas de notables difficultés. Son poids est de 2 kilogrammes 870 grammes. La tumeur ouverte par le centre se montre divisée en plusieurs lobes, au milieu desquels se remarquent des kystes de volume divers. L'examen microscopique vérifie le diagnostic porté; on découvre des culs-de-sac glandulaires notablement hypertrophiés, mais aucun des éléments que l'on rencontre dans les tumeurs de mauvaise nature.

M. Demarquay. J'ai enlevé autrefois une tumeur à peu près aussi volumineuse que celle-là. L'observation a été publiée dans la *Gazette médicale*.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

Séance du 28 octobre 1868. — Présidence de M. Legouest.

—

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATION.

M. Von Graefe, membre associé étranger, soumet à la Société :

1° Un dessin qui représente une irrégularité congéniale du cristallin, si l'on veut une espèce de coloboma. Il n'y a pas de luxation du cristallin, qui d'ailleurs est parfaitement transparent, mais il s'agit exclusivement d'une échancrure au bord inférieur, laquelle donne à la lentille une forme semblable à un rein.

2° Un dessin qui représente le cas fort exceptionnel, où, après une blessure de la cornée, un cil dégagé du bord palpébral s'est enfoncé dans le parenchyme de la cornée et a été retenu dans la profondeur de la membrane, tout couvert d'un épithélium et d'une couche cornéenne de nouvelle formation.

3° Un dessin qui se rapporte à une blessure de l'œil par un grain de plomb. Le grain de plomb était entré près du bord extérieur de la cornée, avait traversé l'œil dans la direction de l'axe du nerf optique, s'était justement enfoncé dans la papille optique et avait pris son chemin le long du nerf, dans l'épaisseur duquel il s'était enfin arrêté à une distance de huit millimètres environ derrière la sclérotique. On apercoit au niveau de ce point un gonflement variqueux du nerf causé par le corps étranger. La gaîne extérieure du nerf avait été distendue naturellement, mais ne montrait aucune rupture. Le malade avait présenté une espèce très-particulière de phénomènes optiques subjectifs.

4° Un dessin qui montre un kyste séreux dans la chambre antérieure. Ce kyste s'était formé quatre années après une blessure perforante, qui, d'ailleurs, n'avait déterminé aucun accident spécial. Toutefois, le kyste avait pris naissance exactement à la place de la cicatrice. Le cas est surtout curieux par la circonstance que le kyste s'était développé progressivement pendant trois mois et avait déjà motivé la proposition d'une opération, lorsqu'il commença à diminuer en volume et disparut par une rétrogradation continue dans le courant d'à peu près six mois.

5° Un cas de « *melanosis præcornealis pendula* » ou « polype mélaneux de l'œil. » Il s'agit d'une forme de la mélanose extérieure de l'œil très-curieuse par sa physionomie. Tout en couvrant la cornée, elle n'offre aucune adhérence avec la surface de celle-ci; elle prend ses racines exclusivement au niveau d'une petite tache pigmentée préexistante sur le blanc de l'œil. Le pigment dans ces taches réside dans la conjonctive, et existe seulement dans les couches profondes de l'épithélium; la stroma conjonctival était libre. Les polypes mélaneux ont la texture alvéolaire des vrais cancers et en partagent la marche clinique. Ils sont fort intéressants pour la doctrine des tumeurs, parcequ'on trouve disséminés dans leur voisinage de petits points brunâtres, qui représentent les premières phases de la maladie, et dont l'analyse prête beaucoup aux études pathogénétiques.

6° Une forme de glaucôme chronique ayant son point de départ *sur la cornée*. M. Von Graefe expose en peu de mots sa manière de voir sur le glaucôme chronique; la maladie, tout en étant généralement due à une pression trop forte des liquides intra-oculaires, qui amène l'excavation de la papille, peut avoir des points de départ très-différents. Il n'y a presque pas de partie de l'œil qui ne puisse devenir la cause d'une irritation des nerfs secréteurs et amener ainsi l'exagération de la pression intra-oculaire.

La forme dont il s'agit ici a une marche excessivement lente. Il se forme sur la cornée des opacités transversales d'un mat tout à fait particulier. Ce dessin les démontre dans la période de début et de développement, et l'on a, pendant un temps assez étendu, uniquement devant soi une maladie de la cornée, qui explique aussi tous les désordres fonctionnels, etc.

Plus tard, cependant, avec une régularité qui paraît sans exception, les yeux deviennent durs et les symptômes d'un glaucôme consécutif se développent lentement.

M. Chassaignac. Le kyste de la chambre antérieure était-il entre la membrane de Descemet et la cornée elle-même? Lorsque la résolution du kyste a eu lieu, il y a-t-il eu effusion du contenu du kyste dans le liquide de la chambre antérieure?

M. Von Graefe. Le kyste était situé entre la membrane de Descemet et la cornée.

Le liquide du kyste ne s'est pas mélangé dans celui de la chambre antérieure.

M. Demarquay. A propos de la mélanose de l'œil, je demanderai à M. Von Graefe s'il a eu occasion d'observer des cas analogues à celui que je vais faire connaître.

Un jeune homme se présente à moi, il y a quelques années, avec une petite tumeur mélanique occupant un point de la circonférence de la cornée et grosse comme une lentille. La tumeur fut enlevée; quelques mois après, une tumeur analogue s'est reproduite, à plusieurs reprises, et fut toujours enlevée avec soin. Mais bientôt les ganglions parotidiens se prirent, des tumeurs mélaniques apparurent. J'enlevai encore ces tumeurs. Mon malade fut bien encore pendant quelque temps, mais bientôt il survint des accidents cérébraux et le malade est mort.

M. Von Graefe. Il est assez rare d'observer des rechutes dans les ganglions lorsqu'il s'agit de tumeur mélaniques de l'œil.

M. Marjolin. J'ai observé en 1846 un exemple bien net de généralisation chez un malade qui avait été opéré plusieurs fois par un oculiste pour une tumeur mélanique de la conjonctive.

DISCUSSION.

Coxalgie. Résection de la hanche.

A propos du procès-verbal, M. Verneuil demande la parole sur ce sujet.

M. Verneuil. Je vais laisser de côté les luxations complètes qui arrivent après des hydarthroses aiguës ou après des désordres très-considérables de l'articulation. Je ne veux parler ici que de ces subluxations que l'on peut observer dans toutes les articulations.

J'avais dit ceci : « Je croyais, pendant un certain temps, que lorsqu'on plaçait les membres dans la rectitude et le parallélisme, on était à l'abri de la luxation. »

Les pièces des musées sur lesquelles on constate un véritable éculement de la cavité cotyloïde ont presque toujours été recueillies sur des sujets dont le membre était dans une attitude vicieuse.

Lorsque l'on place une articulation dans l'extension complète, on pourrait croire, *à priori*, que la tête est dans l'impossibilité de se subluxer.

Mais j'ai vu des enfants qui, au moment de l'application de la gouttière, après le redressement, paraissaient guéris. Les membres étaient alors parallèles, et cependant, au bout de quelque temps, on constatait un raccourcissement considérable, qui n'était dû ni à la déviation du bassin, ni à l'attitude vicieuse du bassin, ni à l'atrophie du membre, mais bien évidemment à l'ascension de celui-ci, ce que démontrait très-nettement l'ascension du grand trochanter.

J'ai vu aussi un grand nombre d'enfants qui sont guéris et qui ont du raccourcissement sans avoir jamais eu d'abcès. Il y a eu évidemment destruction d'une partie de la cavité.

Si, malgré que l'on ait obéi aux indications posées par Bonnet, la subluxation peut encore se produire, il faut en conclure que l'on n'a pas encore fait tout ce que l'on pouvait faire. Il doit exister un agent actif contre lequel on n'a pas suffisamment agi; cet agent réside dans les muscles fessiers qui sont plus ou moins enflammés dans toutes les coxalgies. Ces muscles agissent lentement, attirent le fémur en haut et déterminent l'éculement de la cavité cotyloïde. De tout ceci, il faut conclure que l'on doit non-seulement redresser le membre, mais de plus avoir recours à l'extension continue, ainsi qu'on peut la faire avec les appareils américains présentés par M. Le Fort.

Je pense qu'il faudrait revenir à la pratique de Bonnet, qui recouvrait le pied en entier. Dans les cas récents, on devra prendre le pied dans l'appareil; l'ascension du fémur, sous l'influence des muscles fessiers, est empêchée, le dos du pied venant arc-bouter contre l'appareil dextriné.

Les guérisons complètes sont rares, cependant elles peuvent être observées. J'ai gardé le souvenir d'une malade que j'avais traitée à l'Hôtel-Dieu, avec M. Panas. Elle revint me voir à Lariboisière; elle était complétement guérie; tous les mouvements étaient rétablis.

On voit un certain nombre de guérisons accompagnées de raccourcissement. Les causes de raccourcissement sont multiples : 1° le membre est redressé, mais le bassin est toujours plus élevé, sans que l'on puisse se rendre bien compte de la raison à laquelle est due cette situation; 2° le raccourcissement est dû à la persistance d'une attitude vicieuse; 3° à l'atrophie du membre; 4° à la subluxation.

On a peine à remédier au raccourcissement par l'atrophie.

Quant au raccourcissement par ascension du bassin, je ne connais pas de moyens qui permettent de lutter contre lui. On a bien proposé des appareils destinés à faire basculer le bassin d'une façon permanente, mais ils sont tous mauvais.

Quant au raccourcissement dû aux attitudes vicieuses, il est quelquefois possible d'y remédier à l'aide du redressement, quand les phénomènes aigus sont calmés.

Enfin, je tenais à signaler le raccourcissement portant seulement sur la longueur du pied. On peut, en effet, observer une espèce d'arrêt de développement du pied et un raccourcissement de celui-ci.

M. Broca. J'ai eu occasion de constater le raccourcissement du pied, le jour même où les premiers phénomènes notables de la coxalgie s'étaient montrés. De ce fait, comme de plusieurs autres, il est résulté pour moi la conviction que la coxalgie se montre souvent sur des membres mal développés, déjà malades, atrophiés, et par conséquent disposés à subir l'influence de la maladie.

J'ai vu hier une jeune fille de dix-huit ans que je soigne depuis deux ans. Il y a deux ans, il existait un affaiblissement du membre, mais l'on ne pouvait rien constater au niveau de l'articulation. Le membre droit était plus froid, un peu bouffi, beaucoup plus faible. Il n'y avait pas de raccourcissement par déformation des os en longueur, donc pas de claudication.

Ces phénomènes ont duré deux ans, et c'est seulement il y a quelques semaines qu'un médecin qui examinait la malade crut développer de la douleur au niveau de la tête du fémur. Hier, j'ai vu cette jeune fille et j'ai constaté qu'il existait de la douleur dans l'articulation coxo-fémorale, un certain degré de relâchement de la capsule qui permettait de faire saillir la tête un peu plus facilement. J'assiste évidemment à un début de coxalgie.

En résumé, je pense que la coxalgie a plus de prise sur les membres mal constitués que sur ceux qui se trouvent dans les conditions opposées.

M. Larrey. L'observation générale que vient de faire M. Broca a été vérifiée plusieurs fois par moi, à un autre point de vue. La coxalgie est assez fréquente dans l'armée, et j'ai pu constater qu'elle se développait de préférence chez les sujets un peu faibles, lymphatiques ou exposés aux fatigues des marches forcées, etc., et particulièrement chez ceux qui, n'éprouvant que les douleurs initiales de la coxalgie, n'ont pas réclamé à temps les soins nécessaires ou auraient paru simuler cette affection.

Un raccourcissement très-considérable peut être dû à la perforation du fond de la cavité cotyloïde. Mon père avait appelé l'attention sur ce point, ainsi que sur l'évasion de la cavité.

M. Verneuil. J'admets ces faits, bien entendu; mais, dans la discussion, j'ai laissé de côté les désorganisations complètes de l'articulation.

M. Marjolin. Le fait de la prédisposition à la coxalgie des sujets qui ont un membre dans des conditions mauvaises de développement n'est pas démontré.

Je n'ai rien vu, jusqu'à présent, qui prouve que la coxalgie se manifeste avec une certaine prédisposition sur des membres qui ont souffert depuis longtemps ou qui sont mal conformés.

Le fait qui vient d'être raconté par M. Broca est très-intéressant au point de vue de l'arrêt de développement du pied. Sous ce rapport, il mérite toute notre attention.

M. Blot. M. Verneuil nous a dit qu'autrefois il n'accordait pas une grande valeur à l'extension continue, mais qu'aujourd'hui il serait disposé à lui en accorder davantage. Je ne crois pas, pour mon compte, que la pression de la tête du fémur sur la cavité cotyloïde soit aussi considérable et aussi importante que paraît le croire notre collègue.

J'arrive à la question de la prédisposition à la coxalgie par suite de l'atrophie, du manque de développement des membres. Eh bien! à ce point de vue, je dirai que j'ai eu occasion d'examiner un très-grand nombre de femmes qui avaient eu des convulsions pendant leur enfance et qui avaient un des membres plus court et atrophié; chez elles, je n'ai jamais observé de coxalgie.

M. Giraldès. La question du raccourcissement ou de la différence de longueur des membres chez les femmes n'est pas nouvelle. Camper l'a traitée dans une thèse soutenue à Gronningen. Il a été constaté que chez les femmes il y a des différences de longueur qui peuvent aller jusqu'à deux et trois pouces.

Relativement à l'influence de la paralysie atrophique sur le développement de la coxalgie, j'y crois peu. Je ne veux pas dire que le fait annoncé par M. Broca ne puisse être observé, mais je n'ai jamais rien vu de semblable pour mon compte. Pour soutenir que la coxalgie se développe plus facilement sur les membres atrophiés, il faudrait avoir à sa disposition un grand nombre d'observations probantes.

Les appareils américains dont on nous a parlé n'ont aucune valeur, et aujourd'hui les chirurgiens américains eux-mêmes les abandonnent et ont recours à la gouttière de Bonnet.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Léon Le Fort présente un malade qui offre une affection assez rare. Au pli du bras existe une tumeur pulsatile, douée de mouvements d'expansion très-marqués, placée sur le trajet de l'artère humérale et présentant tous les caractères d'un anévrisme artériel, sauf toutefois le bruit de souffle dont on constate l'absence. Cependant, en poussant plus loin l'examen, on voit qu'il s'agit d'une dilatation de l'artère humérale débutant au haut du bras et se prolongeant jusqu'au pli du coude et atteignant son *summum* au pli du coude.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, *directeur de la* Gazette des Hôpitaux.

Mon cher confrère,

Une absence de Paris m'a seule empêché de répondre de suite à la lettre de M. Abeille.

M. Abeille se défend d'avoir préconisé un nouveau spécifique. J'en prends bonne note. Mais que reste-t-il alors de son nouveau traitement du croup?

Je lui accorde même que le sulfure de mercure puisse se volatiser, ce qui est le point en litige; mais cela ne diminue en rien la valeur des expériences faites par M. Adrian et moi, qui prouvent d'une façon certaine que les vapeurs de sulfure de mercure n'ont aucune action dissolvante sur les fausses membranes. Il reste donc à M. Abeille d'invoquer l'absorption de ces vapeurs comme pouvant modifier la diphthérie; mais n'est-il pas reconnu que les mercuriaux, vu leurs propriétés altérantes, sont nuisibles dans la diphthérie.

Je prétends de nouveau que les inhalations de vapeurs de sulfure de mercure n'ont aucune action sur les fausses membranes diphthériques, et si elles provoquent la salivation, comme semble le prouver l'observation de notre confrère de Calais, il faut les proscrire absolument.

Les succès de M. Abeille s'expliquent parfaitement par la médication employée (vomitifs et alimentation tonique); le sulfure de mercure n'y est pour rien, et les vapeurs d'eau ont seules agi pour provoquer l'expulsion des fausses membranes (méthode usitée depuis longtemps à l'hôpital des Enfants). Du reste, comme M. Abeille, je m'en rapporte pleinement à l'expérience, qui seule décidera. Que les neuf mille lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, auxquels notre confrère s'adresse, se mettent à l'œuvre, et ils verront bientôt de quel côté est la vérité ou l'erreur.

Veuillez agréer, etc.

F. BRICHETEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Lutz (Henri-Charles), agrégé près la Faculté de médecine de Paris (2e section), est maintenu en exercice jusqu'au 1er novembre 1871, en remplacement de M. Naquet (Joseph-Alfred).

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les cours de la Faculté des sciences de Paris, pour le premier semestre de l'année scolaire 1868-1869, s'ouvriront le lundi 30 novembre à la Sorbonne.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — M. Personne, préparateur à l'École supérieure de pharmacie de Paris, est nommé chef des travaux chimiques et pharmaceutiques à ladite École.

M. Bouis, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Paris, continuera à être chargée provisoirement, pendant l'année classique 1868-1869, du cours de toxicologie à ladite École.

— *École supérieure de pharmacie de Montpellier.* — Il y a lieu de pourvoir, d'une manière définitive, à la chaire de chimie (chaire d'adjoint), vacante à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

— *École supérieure de pharmacie de Strasbourg.* — M. Schmitt (Charles-Ernest), pharmacien de 1re classe, est chargé provisoirement des fonctions d'agrégé à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, en remplacement de M. Cauvet, appelé à d'autres fonctions.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse.* — M. Magne (Louis), pharmacien de 1re classe, est nommé professeur adjoint de pharmacie et toxicologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, en remplacement de M. Magne-Lahens, dont la démission est acceptée.

— Les concours ouverts devant l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, viennent de se terminer par les nominations suivantes :

Premier interne : M. Lande.

Internes : MM. Poinsot, Verdalle, Rousseau-Saint-Philippe, Pourteyron, Bezian.

Internes-adjoints : MM. Delagarde, Dussutour, Guyon, Moure, Dupin, Branla, Dubreuilh, Piéchaud et Sabourin.

— L'École de médecine de Bordeaux a fait sa rentrée le 16 novembre.

La distribution des prix a eu lieu dans l'ordre suivant :

Élèves en médecine, troisième année. 1er prix : M Pitre; 2e prix : M. Pourteyron. Accessit : M. Lareigné.

Deuxième année. 1er prix : M. Poinsot; 2e prix : M. Dulac. 1er accessit : M. Guillon; 2e accessit : M. Pintaud-Desallées.

Première année. 1er prix : M. Piéchaud; 2e prix : M. Bernard. 1re accessit : M. Dussutour; 2e accessit : M. Moure.

Élèves en pharmacie. Prix : M. Baillard. Accessit : M. Mesnier.

— M. le docteur Peter, agrégé de la Faculté, suppléant de M. le professeur Grisolle dans sa chaire de clinique médicale, commencera ses leçons à l'amphithéâtre de l'hôpital de la Pitié, le samedi 28 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera, à la même heure, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

— Tous les mercredis, de trois heures à quatre heures, une génisse, chargée de vaccin, sera mise à la disposition des médecins qui voudront en faire usage, 20, rue Chaptal (Moréno).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de l'érysipèle épidémique, par le docteur DAUDÉ. Ouvrage récompensé par l'Académie impériale de médecine. 1 vol. in-8. Prix : 4 fr. 50 c. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Traité d'anatomie descriptive, avec figures dans le texte, par le professeur SAPPEY. 2e édition, refondue. Tome 1er : OSTÉOLOGIE, ARTHROLOGIE. 1 vol. in-8. Prix : 12 francs. Tome 2e : MYOLOGIE. Prix : 6 francs, Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, par le docteur BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 2e édition, très-augmentée. 1 vol. in-8. Prix : 7 francs.

Du même auteur : **Leçons sur les affections génériques de la peau.** 2 vol. in-8. Prix : 11 francs. — Adrien Delahaye.

Anatomie descriptive et dissection, avec un précis d'embryologie, la structure des organes et des tissus, par le docteur FORT, ancien interne des hopîtaux, professeur libre d'anatomie.

Deuxième édition, corrigée et considérablement augmentée. 3 vol. in-12, contenant 662 figures. Prix : 25 francs. — Paris, 1869, Adrien Delahaye.

De la migraine, sa nature et son traitement, par le docteur DE FAJOLE, médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Geniez. In-8, de 80 pages. Prix : 2 francs. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Topographie médicale, recherches hydrologiques sur l'arrondissement de Château-Gontier (Mayenne), par le docteur Em. MAHIER, médecin en chef des hospices. 1 vol. in-8, de 142 pages suivies d'une carte géologique et hydrométrique de cet arrondissement, coloriée. Prix : 4 francs. — Paris, 1868, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Nº 138. — JEUDI 26 NOVEMBRE 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 26 NOVEMBRE 1868. — Nº 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT Pour Paris et les Départements	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 25 novembre 1868.

SÉANCES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie, depuis mardi dernier, a tenu deux séances, une séance extraordinaire samedi et sa séance d'hier. Ces deux séances ont été consacrées à la lecture des rapports généraux annuels et des rapports de prix. Samedi, l'Académie a entendu le rapport général annuel sur les Eaux minérales, par M. Devergie, et le rapport sur la vaccine, par M. Depaul. Hier, deux rapports ont été lus, l'un sur la question posée l'année dernière pour le prix Orfila, sur la digitaline et la digitale considérées au point de vue toxicologique et médico-légal, par M. Gobley; le second, par M. Pidoux, sur la question de l'anesthésie artificielle, proposée pour le prix Civrieux.

On s'attendait à une certaine émotion que devait produire, disait-on, la lecture du rapport de M. Pidoux. De l'émotion, non, mais de l'intérêt, un intérêt soutenu, voilà ce qu'a provoqué la lecture de ce rapport. La question y prêtait déjà par elle-même : « Des phénomènes psychologiques avant, pendant et après l'anesthésie provoquée. » Le rapporteur y a ajouté beaucoup, soit par l'analyse savante qu'il a faite des éléments de la question et de la manière dont l'un des concurrents l'a envisagée (le seul dont le travail lui ait paru digne d'être rapporté), soit par les considérations philosophiques dont cette analyse lui a fourni le texte, et qui, à leur tour, lui ont donné une nouvelle occasion d'affirmer sa doctrine organo-vitaliste et de l'opposer au flot montant de la doctrine positiviste...

Nous regretterions vivement de ne pouvoir placer quelques extraits de ce rapport sous les yeux de nos lecteurs, si nous n'avions d'avance la perspective de le voir résumer très-prochainement, dans le rapport général de M. le Secrétaire perpétuel, en séance publique annuelle.

L'ébauche de discussion qui a été soulevée mardi dernier par la communication de M. Chauveau, a eu une petite suite hier. M. Chauveau a adressé à l'Académie une lettre dont M. le Secrétaire annuel a donné lecture, et dans laquelle est citée l'une des conclusions du mémoire communiqué par Renault à l'Académie des sciences, en 1851, sur les effets des matières virulentes ingérées dans les voies digestives de l'homme et des animaux. Il ressort clairement de cette citation que la matière virulente du sang de rate, ingérée dans les voies digestives d'animaux herbivores, a développé chez ces animaux des accidents charbonneux. MM. Reynal et Colin, dont les témoignages se trouvaient ainsi contredits, ont demandé la parole pour répondre à cette citation; mais l'ordre du jour n'ayant pas permis qu'une discussion s'engageât à ce moment sur ce sujet, MM. Reynal et Colin ont dû se borner à faire leurs réserves en s'engageant à répondre plus tard.

Voilà un sujet de discussion tout trouvé pour l'époque où l'Académie, engagée dans ses occupations officielles de fin d'année, pourra reprendre ses travaux ordinaires.

Dr Brochin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE

Succès remarquables obtenus par l'emploi du bromure de potassium à haute dose (1).

II

Je dois placer ici un fait d'observation pratique qui dépose éloquemment en faveur du bromure de potassium. Ainsi, avec les préparations de belladone, de quinine, de digitale, de valériane ou de zinc; avec le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre ammoniacal ou la teinture de cantharides, on arrive à déterminer les rémissions parfois les plus inespérées, mais il n'est pas très-rare de voir ces amendements aboutir à des recrudescences graves. Il semble même que l'intensité de la rechute soit en raison directe de la durée de l'armistice. Grâce à une propriété vraiment exceptionnelle, le bromure de potassium éloigne les accès et n'influence pas en mal le caractère des manifestations convulsives ultérieures. L'attaque qui va venir sera identique à l'attaque qui a précédé, ou alors elle sera plus faible. Que l'on médite plutôt ce rapide résumé d'une très-curieuse observation clinique que MM. A. Dufour et Baudouin, médecins du Bureau de bienfaisance du IXe arrondissement, veulent bien me communiquer.

Il s'agit d'un sieur B..., âgé de 38 ans, dont la mère est morte d'une hémorrhagie cérébrale, et qui, sur onze frères ou sœurs, en a perdu dix. De ces dix, un seul était parvenu à l'âge de 7 ans, lorsqu'il a succombé à la suite de convulsions. B... habitait une localité très-marécageuse, et il avait la rate très-développée. Il y a cinq ans, après des contrariétés très-vives et des privations sans nombre, il fut pris pour la première fois d'une perte subite de connaissance et de convulsions épileptiques, puis il resta assez bien portant pendant un an. Au bout de ce temps, il commença à tomber tous les quinze ou vingt jours, puis il en arriva à avoir chaque fois une série de trois ou quatre attaques très-violentes, avec morsures profondes de la langue, écume à la bouche, trismus, etc., etc. Le grincement des dents était tel que presque toutes ses dents furent brisées. Au sortir de ces crises, B... était irritable, querelleur, emporté, « et il restait presque idiot pendant trois ou quatre jours ».

MM. A. Dufour et Baudouin lui prescrivirent, en 1866, 6 grammes de bromure de potassium par jour, et une seule attaque d'épilepsie survint après vingt-neuf jours d'intervalle. « En ce moment (23 octobre 1868), l'avant-dernière attaque remonte au 7 février 1868 et la dernière au 16 septembre 1868. » La dose de 6 grammes a été continuée pendant la première année, et le malade ne prend plus aujourd'hui que 6 grammes tous les trois jours, mais en une seule journée. Le sommeil, de très-agité qu'il était, est devenu extrêmement paisible; l'irritabilité acariâtre a disparu et la physionomie a repris une expression « beaucoup moins abrutie et stupide ».

Si, en pareille occasion, j'osais me permettre un conseil, je dirais à MM. A. Dufour et Baudouin : « Vous *tenez* la maladie, donnez le bromure tous les jours, élevez-en la dose à 7, 8 ou 9 grammes, et il est bien probable que B... ne tombera plus du tout d'ici à huit ou dix mois. »

En 1866 également, MM. Martin-Damourette et Pelvet ont eu l'occasion de traiter un jeune homme de 24 ans, épileptique depuis neuf ans, qui avait cinq ou six grandes attaques par mois. Ils lui prescrivirent « le bromure de potassium à la dose de 2 grammes par jour pendant la première semaine, avec recommandation d'augmenter de 2 grammes par semaine jusqu'à production d'amélioration dans les attaques ou de signes d'ivresse bromique. L'amélioration n'eut lieu qu'au bout d'un mois (avec les doses de 8 grammes), et elle se manifesta immédiatement par la cessation des grandes attaques. » MM. Martin-Damourette et Pelvet ont entrepris tout un système de recherches expérimentales dont la relation scientifique est extrêmement curieuse (1), et ils ont formulé entre autres l'opinion fort nette que voici : « C'est parce que le bromure de potassium possède la double action hyposthénisante nerveuse et vasculaire, qu'il se montre si remarquablement utile contre les grandes névroses à processus congestif des centres nerveux, telles que l'épilepsie et l'éclampsie, l'hystérie et le nervosisme, etc., etc. » Tel serait, d'après ces observateurs distingués, « le mécanisme curatif du bromure de potassium dans l'épilepsie, » et, il faut bien le dire, cette manière de voir est aujourd'hui partagée par la très-grande majorité des médecins.

M. Thomas, de Sédan, a communiqué, le 5 novembre 1867, à la Société médicale de Reims, vingt-quatre observations cliniques à l'appui d'un mémoire sur l'action thérapeutique du bromure de potassium dans l'épilepsie. Les résultats obtenus par lui ont été les suivants : succès, 8; améliorations, 8; insuccès, 8. « Le bromure de potassium, a-t-il dit, a une action incontestable et puissante contre l'épilepsie. Pour que cette action s'exerce, il faut que les doses soient élevées *au minimum* à 6 grammes (2). » A mon avis, M. Thomas est complétement dans le vrai. Je ferai seulement remarquer que, selon toute apparence, cet honorable confrère n'est arrivé à des chiffres aussi heureux que parce qu'il a expérimenté sur des malades de la ville et non point sur des épileptiques d'un établissement d'aliénés.

J'ai commencé par assigner aux médecins anglais la part si importante qui leur revient dans une initiative thérapeutique si pleine d'avenir et dans la détermination des effets précis du bromure de potassium dans l'épilepsie; eh bien, c'est encore par le résumé clinique d'un praticien très-distingué de la Grande-Bretagne que je dois clore ce long exposé de faits. Ainsi, M. Clouston, médecin en chef de l'asile de Cumberland et de Westmoreland, vient de publier un mémoire dans lequel il expose très-nettement les résultats de sa pratique. Voici comment il a procédé : il a réuni 29 épileptiques « de date ancienne »; il a noté la situation respective de ces malades et s'est surtout occupé du nombre des attaques, du poids et de la température du corps, des conditions physiques et de l'état mental, puis il les a tous soumis au même régime, leur a administré des doses progressivement croissantes de bromure de potassium, a continué le traitement « pendant trente-huit semaines » et a pris la précaution de signaler tous les huit jours, sur un bulletin individuel, les particularités morbides de chacun.

« Le nombre total des attaques de ces malades, dit M. Clouston, tomba graduellement au sixième de ce qu'il était auparavant. Les attaques de jour furent réduites approximativement à un douzième, et les attaques de nuit à un tiers environ. La réduction du nombre des attaques ne fut pas uniforme dans tous les cas. Dans un cas, elle s'éleva à 24 p. 100; dans la moitié des cas, elle fut de 100 p. 100, et dans cinq cas il n'y eut pas du tout de diminution, quoique les crises fussent beaucoup moins fortes.

« Dans un quart des cas, l'état mental des malades fut grandement amélioré. L'irritabilité du caractère et la tendance aux violences subites furent remarquablement diminuées dans ces cas, et j'avais cependant choisi les malades les plus difficiles et les plus emportés.

« Les épileptiques qui ont retiré les meilleurs effets du bromure de potassium étaient dans des conditions très-différentes les uns des autres (causes, âge, nombre et nature des attaques), mais, en thèse générale, ceux qui tombaient le plus souvent ont été les plus améliorés (1). »

M. Clouston, on le voit, s'est placé dans les conditions les moins favorables, et cependant, grâce à la sévérité scrupuleuse de son mode d'observation et grâce aussi à son zèle persévérant, il a pu produire des effets sensibles et vraiment enviables. Quelle leçon pour ceux qui ne croient pas à l'amélioration possible du sort des épileptiques!

Et maintenant, après l'énumération de tous ces faits, n'est-il pas permis de dire que l'insuffisance et l'omission du traitement de l'épilepsie constitueraient à l'avenir plus qu'une lourde faute? M. Dumesnil, médecin en chef de l'asile de Quatre-Mares, me faisait part naguère des succès thérapeutiques qu'il obtient, dans son quartier d'épileptiques, à l'aide de la teinture de digitale, et il s'étonnait avec moi que toute une catégorie de malades fût en quelque sorte mise au ban de la société. Cette iniquité doit cesser, et l'épilepsie, tout en conduisant encore souvent à des résultats décevants, ne doit plus passer comme étant « opprobrium artis ».

La lutte exige une longue et patiente expérimentation, — car tout essai temporaire ne conduit à rien. — Mais qu'est-ce que l'obligation d'un traitement d'un an de durée, en face des calamiteuses péripéties que le mal comitial fait traverser aux malades? Il faut encore tâtonner beaucoup, car si l'on ne doit pas se décourager trop tôt, il va sans dire que la persistance dans une médication opiniâtrément stérile constituerait un non-sens. Or, après un premier échec bien constaté par l'emploi du bromure de potassium, je me surprends tous les jours prescrivant du valérianate de quinine, du sulfate neutre d'atropine, du lactate de zinc, de la teinture de cantharides, du nitrate d'argent, de la limaille de cuivre, des perles de chloroforme, de la teinture de digitale ou de l'hydrothérapie. Si je viens encore à échouer, ne me reste-t-il pas la gymnastique, l'escrime, le jardinage, la menuiserie, la vie au grand air, le régime diététique, etc., etc.? Ne m'arrive-t-il pas enfin de recommencer quelquefois un nouveau traitement bromuré, en ayant soin de modifier les conditions premières d'expérimentation, d'aller faire essayer devant moi le sel bromique chez tel ou tel pharmacien et d'en surveiller minutieusement l'emploi? L'un de mes cinq cas d'amélioration n'a pas été obtenu autrement.

En fait d'épilepsie, pour gagner un peu de terrain, il n'y a qu'à le vouloir bien. Pour n'avoir rien obtenu, il faut n'avoir jamais cherché. La tenacité est une arme de la thérapeutique.

Beaucoup de médecins ont déjà administré le bromure de

(1) Suite. — Voir notre dernier numéro.

(1) *Étude expérimentale sur l'action physiologique du bromure de potassium.* — Paris, 1867.

(2) *Bulletin* nº 5 de la Société médicale de Reims. 1867-1868.

(1) *Experiments to determine the precise effect of bromide of potassium in epilepsy.* — (*The Journal of mental science*). October 1868.

potassium contre l'épilepsie, et je sais par eux qu'ils ont échoué. Leurs tentatives devaient être fatalement frappées de stérilité. En effet, suivant les indications de M. Bouchardat (1), ils ont prescrit le médicament à la dose de 1 à 2 décigrammes par jour! S'en sont-ils rapportés à M. Cazenave (2), la dose a pu varier de 1 décigramme à 1 gramme. Ont-ils suivi les conseils de M. Bossu (3), la dose a pu osciller entre 5 décigrammes et 2 grammes. Si, au contraire, dans le but de prévenir toute erreur, ils ont consulté la plus récente et la plus autorisée de toutes les publications (4), ils auront vu que M. Buignet recommande une excessive réserve et qu'il reproduit une formule d'après laquelle les malades ingéreraient environ 17 centigrammes de bromure! Or, ces doses sont absolument inertes, et l'on ne commence à obtenir quelques effets qu'à partir de 4, 5 et 6 grammes. Quant à la dose maximum, elle serait pour moi de 8, 9 ou 10 grammes, selon les cas, et sans que cette dose maximum doive toujours être atteinte. Je traite, par exemple, depuis le 15 décembre 1867, le fils d'un de mes confrères : il avait alors une attaque par semaine, et il n'en a eu que deux depuis quatre mois; eh bien, je n'ai jamais cru devoir dépasser chez lui la dose de 7 grammes.

Je manie le bromure de potassium sans témérité aucune, et je n'élève progressivement les doses du médicament qu'après avoir contrôlé les effets déjà obtenus. Le système des doses progressives se justifie pleinement. L'habitude émousse tout! Il y a toutefois une limite rationnelle de saturation que je ne franchis pas. Dans des cas exceptionnels, lorsque les organes se fatiguent, que les fonctions languissent et que les traits s'altèrent un peu, je ne pense pas qu'il faille descendre l'échelle et diminuer méthodiquement la médication. Je me suis beaucoup mieux trouvé de suspendre brusquement le traitement, de laisser reposer le malade un certain temps et de reprendre le bromure à doses progressives. C'est une minutie que j'indique là, mais je tiens à justifier l'épigraphe de ce travail et à rendre hommage à la parole d'un maître illustre : « Le remède n'est rien, la médication est tout; et le mode d'administration principalement a quelque chose de sacramentel (5). »

Toutes les conditions sont réunies pour que le bromure de potassium soit facilement administré par les médecins. C'est un médicament qui n'a aucune saveur désagréable et qui n'a pas d'effets physiologiques aussi fâcheux qu'on l'a dit et qu'on le croit généralement : sous ce rapport, il vaut mieux que sa réputation. Je sais que les auteurs ont noté la céphalalgie frontale, l'enchifrènement, le larmoiement, l'excitation gastrique, l'abattement des forces, l'engourdissement des mouvements, l'acné, l'abolition partielle de la sensibilité générale, l'amortissement du sens génital, l'indifférence, l'apathie, la somnolence, l'obtusion intellectuelle, la stupeur, l'augmentation très-sensible de l'appétit, la constipation et surtout l'amaigrissement! Si tout cela était vrai, dans quel état seraient les bromurés de Bicêtre, ceux de M. J. Falret et les miens! Dans quel état se seraient trouvés aussi les malades de M. Clouston! Et cependant, ce dernier auteur a dit : « En général, le poids des épileptiques était plus grand à la fin des trente-huit semaines qu'au commencement du traitement. »

La cause de l'erreur est certainement celle-ci : on s'est servi de bromure ioduré et l'on a eu de l'iodisme. La plupart des effets que je viens de relater ne sont-ils pas ceux de l'iodisme? L'acné lui-même — auquel je suis très-loin d'attacher une aussi grande importance que M. J. Falret, comme indice pronostique, — est souvent plutôt iodique que bromique.

Avec un bromure exempt d'iodure, la virilité est temporairement glacée, cela est vrai, mais les épileptiques sont si affligés et si honteux de leur état, qu'ils n'hésitent jamais à renoncer pendant quelque temps à leur puissance génitale. L'augmentation de l'appétit, la suractivité de la fonction rénale, la diminution de la sécrétion sudoripare, un léger ralentissement de la circulation, la fétidité de l'haleine, l'insensibilité du voile du palais, de la base de la langue et de l'épiglotte, des démangeaisons au cuir chevelu et de la constipation, tels sont en général les seuls effets physiologiques que l'on observe avec 6, 7 et 8 grammes de bromure. J'ai noté une seule fois un peu d'ivresse bromique chez un malade de 37 ans auquel j'étais *rapidement* arrivé à prescrire 9 grammes 50 centigrammes; mais autrement, je n'ai jamais constaté le plus petit inconvénient.

Plus le bromure employé est pur, et moins les malades s'aperçoivent des effets du médicament, à l'exception, toutefois, de l'anaphrosie qui survient dans tous les cas. Le médecin doit donc toujours prescrire du *bromure exempt d'iodure*, et il doit, en outre, essayer le médicament qui a été livré à son malade. Rien n'est plus facile : le papier amidonné ne trahit-il pas la présence de l'iodure de potassium par une coloration bleue? Ne reconnaît-on pas encore qu'il existe de l'iodure en traitant la solution suspecte par le bichlorure de mercure, qui ne donne rien avec le bromure pur, et qui forme avec l'iodure de potassium un très-beau précipité rouge de biodure de mercure?

Je n'ai jamais retiré de bons effets du bromure de potassium ferrugineux. En y réfléchissant un peu, l'association de deux agents, dont l'un calme et dont l'autre excite, ne doit-elle pas aboutir à la nullité d'action? J'ai prescrit cette préparation à une chlorotique atteinte d'hystéro-épilepsie, à un épileptique anémié et à un jeune choréique, mais absolument en pure perte. Du reste, le bromure de potassium ferrugineux est actuellement livré aux malades sous la forme pilulaire, et chaque pilule renfermant 0,15 de sel bromique et 0,05 de sel ferrique, il s'ensuit que, pour administrer 6 grammes de bromure de potassium à un malade, on serait obligé de lui faire prendre quarante pilules par jour! En admettant encore que cela puisse se faire, comment l'économie se trouverait-elle des 2 grammes de fer? Cela n'est pas sérieux. Passons.

(1) *Nouveau Formulaire magistral*, 9e édition.
(2) *Agenda médical* pour 1868 (Asselin, éditeur).
(3) *Agenda-formulaire des médecins praticiens*.
(4) *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (J.-B. Baillière, éditeur).
(5) De l'Épilepsie. *Gazette des hôpitaux*, 1855.

Ainsi que vient de le rappeler M. A. Saison (1), il n'est pas de question thérapeutique qui soit plus à l'ordre du jour en ce moment que celle du bromure de potassium. J'ajouterai qu'il n'est pas de question clinique plus émouvante et plus digne de l'intérêt et de l'attention de tous que celle de l'application de ce médicament à l'atténuation et à la curabilité de la plus redoutable de toutes les névroses. La Société impériale de médecine de Lyon semble partager cette manière de voir, car M. Teissier, professeur de clinique médicale, a cité, dans la dernière séance qu'a tenue cette savante compagnie, des exemples d'hystérie et d'épilepsie notablement améliorés par le bromure de potassium. « J'ai donné des soins, a-t-il dit, à un jeune homme de Montbrison qui, depuis plusieurs années, était atteint deux fois par mois de crises d'épilepsie. Depuis qu'il a été soumis à cette médication, il n'a plus eu que trois crises en cinq ans, et la dernière date déjà de neuf mois. Si les crises n'ont pas été complétement supprimées, elles ont été du moins notablement retardées.

« Je peux citer aussi, a ajouté M. le professeur Teissier, le cas d'une demoiselle des environs de Tarare qui, deux fois par semaine, avait des crises d'épilepsie. Depuis un an environ qu'elle prend du bromure de potassium, elle ne souffre plus que toutes les six semaines. Je me souviens enfin de deux dames mélancoliques et névropathiques qui ont dû un grand soulagement à la médication par le bromure de potassium. Je ne crains donc pas de déclarer que ce médicament peut être employé avec avantage dans les douleurs nerveuses, l'ataxie locomotrice et dans toutes les maladies des centres nerveux (2). »

Si j'avais été seul à obtenir des succès relatifs dans le traitement de l'épilepsie, je douterais encore de moi, et, dans la crainte d'avoir été la dupe d'une illusion, je garderais le silence. Mais il est évident que, dans l'espèce, je ne suis pas un courtisan du malheur. D'autres ont vu et voient tous les jours. Fort de leur expérience, je n'ai que plus de foi dans la mienne.

Le moment est donc venu d'en appeler hautement à l'observation de tous. En face des fructueuses tentatives qui se font jour de tous les côtés, chacun doit se faire un cas de conscience de traiter désormais les épileptiques et d'apporter ainsi, plus tard, sa part contributive au but si éminemment secourable que la science s'efforce d'atteindre. Chacun est compétent, chacun peut réussir. Que la pureté du médicament, que la surveillance fréquente de la médication et que la tenacité du médecin soient seulement les conditions fondamentales de l'expérimentation. Le succès est à ce prix. A l'œuvre donc.

De toutes les considérations qui précèdent, je crois pouvoir faire ressortir principalement les propositions suivantes :

1° L'épilepsie se traduit très-souvent, à son début, par des malaises insidieux (étourdissements, vertiges, absences, crampes, spasmes, incontinence d'urine) dont la signification pathologique véritable est méconnue. On n'oppose par conséquent, à ces malaises, aucun traitement rationnel.

2° Ces phénomènes initiaux se manifestent toujours d'une manière identique. Ils constituent à eux seuls l'accès incomplet, ou *petit mal*, et ils reproduisent en raccourci l'image exacte du commencement de l'attaque, ou *grand mal*.

3° Une fois que l'habitude convulsive est contractée, les crises se renouvellent sans cause appréciable et en vertu d'une sorte de routine. Dans les cas où la rétrocession morbide s'opère, les attaques disparaissent d'abord, tandis que les accès incomplets ne sont influencés qu'en dernier lieu. L'épilepsie, on le voit, finit comme elle a commencé.

4° Non-seulement l'épilepsie idiopathique est une affection plus souvent curable qu'on ne l'a cru jusqu'ici, mais encore il est possible, dans beaucoup de cas, d'obtenir des suspensions très-prolongées de tous les accidents épileptiques. Ces rémissions équivalent presque à des guérisons.

5° De tous les médicaments préconisés contre l'épilepsie, le bromure de potassium (*exempt d'iodure*) est certainement le plus efficace. Lorsqu'il n'atténue pas considérablement la maladie, il abat du moins les secousses, les soubresauts, l'état nerveux, l'irritabilité et les impulsions des épileptiques. Il calme sans jamais exciter.

6° Le bromure de potassium ne commence à produire des résultats appréciables, chez l'adulte, qu'à partir de 4, 5 et 6 grammes, et il peut être élevé progressivement, selon les indications, jusqu'à 9 ou 10 grammes par jour.

7° Les effets physiologiques du médicament ne produisent aucun trouble sérieux dans la santé. L'anaphrodisie temporaire doit seule être préalablement annoncée aux malades.

8° Tout médecin peut obtenir des succès en matière d'épilepsie, mais aux conditions suivantes : faire preuve d'une persévérance exceptionnelle; administrer un sel bromique d'une irréprochable pureté; en surveiller les effets tous les huit jours; prolonger la médication pendant un an, et, dans le cours de la seconde année, la reprendre tous les trois mois pendant trente jours consécutifs.

(1) *Du bromure de potassium.* — Paris, 1868.
(2) *Gazette médicale de Lyon*, 15 novembre 1868.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance extraordinaire du 21 novembre 1868.

Présidence de M. Ricord.

Cette séance est exclusivement consacrée à la lecture des rapports généraux annuels. On y entend successivement :

1° Le rapport général annuel sur les eaux minérales, par M. Devergie.

2° Le rapport général annuel sur la vaccine, par M. Depaul.

Séance du 24 novembre 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce adresse un rapport de M. le docteur Amable Dubois, sur le service médical des eaux minérales de Vichy pour l'année 1867. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le professeur Jeannel (de Bordeaux), sur les enveloppes de lettres opaques, dont l'intérieur est coloré en vert clair par l'arsénite de cuivre;

2° La relation d'une épidémie de fièvres intermittentes qui a sévi en 1867 sur le dépôt du 4e escadron du train des équipages, présentée par M. Larrey (Comm. des épidémies);

3° Quatre mémoires de M. le docteur Verdier (de Cauvallat) : 1° sur l'usage des eaux minérales en général et sur l'établissement thermal de Cauvallat; 2° sur les kystes du genou; 3° sur les hernies; 4° sur les tumeurs fungiformes diffuses.

M. Béclard donne lecture de la lettre suivante de M. Chauveau, de Lyon.

« Monsieur le président,

« Dans la dernière séance, deux de nos honorables collègues ont nié formellement, à diverses reprises, et, malgré mon insistance à maintenir mon dire, que Renault ait jamais donné le charbon aux herbivores, en leur faisant avaler le virus du sang de rate.

« Cette dénégation empruntait un caractère tout particulier d'importance à cette circonstance, que tous deux prétendaient avoir suivi toutes les expériences de Renault et y avoir collaboré.

« Peu préparé à me voir si catégoriquement contredit sur ce point, je n'ai pu, séance tenante, indiquer la date précise de la publication dans laquelle Renault avait consigné ces observations. Aujourd'hui, je viens faire savoir à l'Académie que le travail de Renault a été présenté à l'Académie des sciences dans la séance du 17 novembre 1851. Je me borne à reproduire la quatrième conclusion de ce travail, dont un résumé considérable a été inséré dans le *Recueil du médecin-vétérinaire* de 1851, et dans tous les journaux scientifiques et médicaux du temps. De ces expériences, il résulte : « 4° que la matière virulente du sang de rate que peuvent manger sans inconvénient le *chien*, le *porc* et la *poule*, donne souvent lieu à des accidents charbonneux, quand elle est avalée par des herbivores tels que « le *mouton*, la *chèvre* et le *cheval* »

« Renault dit à la page 881 de son travail : « Sur six herbivores « (*moutons ou chèvres*) qui ont été soumis à des expériences semblables « (ingurgitation de sang et de chair d'animaux charbonneux), trois « ont contracté le charbon, deux ont éprouvé des atteintes graves, « bien que momentanées dans leur santé, un seul a paru n'en rien « éprouver ».

« Un autre expérimentateur, Barthélemy aîné avait déjà constaté à Alfort que le *cheval* succombait au charbon après avoir avalé des liquides charbonneux que le chien pouvait boire impunément.

« Agréez, etc.

« Chauveau. »

M. Béclard donne ensuite lecture d'une lettre de M. Decroix, vétérinaire à la garde de Paris, qui déclare que depuis huit ans il a mangé de la chair de tous les chevaux morts dans son service de n'importe quelle maladie (affections typhoïdes, charbon, farcin, morve, etc.), sans en éprouver aucune indisposition. Il ajoute qu'il est convaincu que la chair des bœufs et des vaches phthisiques peut-être livrée à la consommation sans danger.

MM. Reynal et Colin déclarent qu'ils font leurs réserves au sujet de la lettre de M. Chauveau et qu'ils se proposent de répondre plus tard, lorsque l'ordre du jour de l'Académie le leur permettra.

M. Michel Lévy offre en hommage, au nom du traducteur M. Paul Aronsshon, le tome deuxième de la *Pathologie des tumeurs*, par M. Wirchow.

M. Larrey, en plaçant sous les yeux de l'Académie la photographie d'un malade opéré à l'Hôtel-Dieu, au mois de juillet dernier, d'un éléphantiasis du scrotum, par M. Woillemier, ajoute quelques détails sur le résultat de cette opération. « Le malade, dit-il, est guéri et sa verge ne diffère pas beaucoup d'une verge normale; l'affection dont on pouvait craindre la récidive ne s'est pas reproduite; loin de là, la peau indurée, épaisse, avec laquelle on avait fait des lambeaux pour envelopper le pénil et les testicules, s'est notablement amincie; elle devient chaque jour plus souple; les facultés génitales semblent devenir possibles, l'on peut avoir de grandes présomptions pour la guérison complète.

M. le Président annonce à l'Académie que M. Bardinet, membre correspondant, assiste à la séance.

L'ordre du jour appelle la lecture des rapports sur les prix.

RAPPORTS.

M. Gobley, rapporteur de la commission du prix Orfila, donne lecture du rapport sur les mémoires envoyés au concours pour ce prix, dont le sujet était : « De la digitaline et de la digitale au point de vue toxicologique ou médico-légal. »

M. Pidoux, rapporteur de la commission du prix Civrieux, donne

lecture du rapport sur les mémoires envoyés au concours pour ce prix, dont le sujet est : « Des phénomènes psychologiques, avant, pendant et après l'anesthésie. »

La lecture de ce rapport, dans lequel M. Pidoux a saisi l'occasion d'exposer sa doctrine médicale organo-vitaliste, a été accueillie par des applaudissements.

M. Jules Guérin déclare que c'est lui qui a proposé la question du prix Civrieux. A son avis, l'auteur du mémoire n° 1, que vient d'analyser et de discuter M. Pidoux, n'a pas traité la question comme M. Guérin l'avait entendue lui-même. Au lieu d'une dissertation philosophique, il aurait préféré voir mettre en relief le côté clinique expérimental, objectif des effets des agents anesthésiques, dans le but de combler une lacune en psychologie et de fournir aux philosophes de nouveaux matériaux pour l'étude des phénomènes de l'entendement.

M. Pidoux répond que la question a été traitée ainsi.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre et discuter les propositions des rapports de MM. Gobley et Pidoux et d'autres rapports sur les prix.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 4 novembre 1868. — Présidence de M. Legouest.

M. le président annonce que M. Coste, membre correspondant à Marseille, assiste à la séance.

— M. Larrey fait don à la Société des *Œuvres de maître François Thévenin, chirurgien ordinaire du Roy*. In-folio. Paris, 1658.

— M. le docteur Rouge, chirurgien cantonal de Lausanne, adresse une demande de candidature au titre de membre correspondant étranger, un travail sur un cas d'*anévrysme de la carotide primitive droite guéri par la compression* et un exposé de ses titres. Renvoyé à une commission composée de MM. Després, Saint-Germain, Poulet.

— *De la division complète des os longs par les instruments tranchants*, par M. le docteur Louis Thomas (de Tours). Comm. MM. Guyon, Poulet, Després.

— *Ostéite et nécrose consécutive du calcanéum. Extirpation sous-périostée de l'os. Guérison*. Par le docteur Lejeal (de Valenciennes). Comm. MM. Tillaux, Saint-Germain, Lefort.

— *Fracture et luxation de la septième vertèbre dorsale, avec fracture de son apophyse épineuse. Mort au bout de cinquante-quatre jours*. Par M. Castex, médecin major à l'hôpital de Tlemcen. Comm. MM. Panas, Sée, Guéniot.

— M. Verneuil présente, de la part de M. le docteur Fredet, de Clermont-Ferrand, un travail intitulé : *Quelques considérations sur les fractures traumatiques du larynx et leur traitement*.

M. Fredet, dit M. Verneuil, ayant observé un cas de triple fracture du cartilage cricoïde, produite par la pression des doigts et terminée par la mort subite à l'occasion d'un mouvement brusque, a réuni un certain nombre de faits de fractures du larynx et a composé un mémoire fort intéressant sur ce sujet peu connu.

La pièce recueillie par M. Fredet est montrée à la Société par M. Verneuil.

M. Demarquay. Il y a quelques années, j'ai eu l'occasion d'observer un homme qui avait été étranglé avec une corde. Le larynx avait été brisé, et le malade guérit; mais il avait conservé une grande gêne dans la respiration. Plus tard, il fut pris de suffocations, et il vint à Paris. Je lui pratiquai la trachéotomie; il dut conserver la canule, et il ne tarda pas à succomber par suite du développement d'une laryngite chronique.

DISCUSSION.

Coxalgie. Résection de la hanche.

M. Marjolin. Bien qu'à plusieurs reprises la Société de chirurgie se soit occupée de la coxalgie, nous devons être très-heureux de voir aujourd'hui M. Verneuil aborder de nouveau un des points les plus difficiles de la question, celui de l'opportunité de la résection coxo-fémorale; et pour ma part, je lui serai très-reconnaissant, si dans le cours de cette discussion on arrive à préciser nettement les indications et contre-indications d'une opération véritablement utile dans un certain nombre de cas.

Pourquoi est-elle si rarement pratiquée en France, alors qu'elle est si répandue à l'étranger? Telle est la première question posée par M. Gosselin dans son rapport sur l'intéressant mémoire de M. Lefort, et c'est aussi la réflexion que ne manqueront pas de faire toutes les personnes appelées à lire les divers travaux publiés sur ce sujet. Certes, ce n'est pas la crainte d'aborder une opération d'une exécution peu difficile qui a pu arrêter les chirurgiens français, il a fallu des raisons plus sérieuses, des raisons tirées de la pratique, et bien que M. Gosselin les ait en partie parfaitement exposées, je demande à revenir un peu sur ce point de la question.

Quelque fréquente que soit la coxalgie dans l'enfance, on la rencontre bien moins souvent dans la classe aisée que dans la classe pauvre, et à moins qu'elle ne dépende d'un principe héréditaire essentiellement scrofuleux, il est bien rare que dans le premier cas, elle se termine d'une manière fâcheuse, parce que, dès le début, l'affection est combattue par un traitement préventif. Aussi peut-on dire d'une manière générale que presque toujours ces malades échappent aux accidents qui nécessiteraient une opération.

Dans la pratique hospitalière, les faits ne se présentent plus de la même manière; trop souvent lorsque les malades nous arrivent, il y a fort longtemps que l'affection s'est déclarée, trop souvent encore elle n'a pas été régulièrement soignée; de plus, comme entre la date d'inscription et la date d'entrée, le plus habituellement il s'écoule une période de plusieurs mois, pendant ce temps, le mal a fait de tels progrès que nous devons nous regarder comme très-heureux lorsqu'ils ne sont pas voués à une mort certaine.

A ce moment, l'opération nous offrirait-elle encore quelques chances de succès, eh bien, je n'hésite pas à le dire, dans un certain nombre de cas, il serait déjà trop tard, parce que les malades sont dans un état tel d'épuisement qu'ils ne pourraient s'en relever, restant surtout exposés à tous les dangers d'une suppuration prolongée dans des salles qui ne présentent pas toutes les conditions d'hygiène désirables; sur ce point, je crois que nous sommes tous d'accord et qu'il est inutile d'insister.

Ce fait est tellement vrai, que si l'on veut comparer entre eux les résultats définitifs des arthrites suppurées des membres supérieurs avec celles des membres inférieurs, on verra qu'à égalité de lésion, il est bien rare que l'on soit obligé de recourir aux amputations pour les tumeurs blanches des premiers, tandis que trop souvent on y est contraint pour les arthrites des membres pelviens.

D'où vient cette différence, c'est que, dans le dernier cas, les malades sont obligés de rester toujours dans les salles, tandis que, dans le second, tout en suivant un traitement général et local, ils jouissent de la possibilité d'aller au grand air, ils peuvent faire de l'exercice et de cette façon leur santé s'altère moins.

Il y a deux ans, j'en ai eu un exemple frappant sur une jeune fille entrée dans mon service pour une arthrite suppurée d'un poignet et d'un coude. Cette enfant était dans un état désespéré et dans l'impossibilité la plus absolue de se servir de ses deux bras. Ne pouvant réellement penser à une double amputation, j'insistai sur tous les moyens thérapeutiques usités en pareil cas; et sitôt que je vis l'amélioration en bonne voie, je fis partir l'enfant pour Berck; elle y est restée dix-huit mois; au bout de ce temps, elle est revenue parfaitement guérie, se servant très-adroitement de ses deux mains. Si des lésions bien moins graves avaient eu lieu à la hanche, il est bien douteux que nous eussions eu un résultat aussi satisfaisant; parce qu'il nous eût été impossible de placer la malade dans des conditions hygiéniques aussi favorables.

Ce n'est pas que dans quelques coxalgies suppurées les malades ne puissent prendre de l'exercice; mais c'est une exception, et le plus habituellement comme le repos est indispensable, on tourne forcément dans un cercle vicieux.

Maintenant, si nous envisageons la question à un autre point de vue, nous voyons que les contre-indications à la résection coxo-fémorale sont bien plus nombreuses et surtout bien plus précises que les indications, qui dans l'état actuel de la science sont loin d'être nettement posées. Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de toute autre articulation, dont l'examen plus facile permet de mieux apprécier l'état.

Les contre-indications tiennent tantôt à la cause, tantôt à l'état de simplicité ou de complication de l'affection, et en dernier lieu à la difficulté ou pour mieux dire à l'impossibilité de connaître toute l'étendue de la lésion.

Ainsi il est évident qu'il existe au point de vue du pronostic une grande différence entre une coxite aiguë traumatique, survenue chez un sujet fort et pouvant se terminer d'une manière favorable par la séparation spontanée ou provoquée d'un sequestre, et une carie scrofuleuse compliquée d'abcès ossifluents et de suppuration des parties molles environnantes.

Malgré toute la gravité d'une ostéo-périostite, il me semble qu'il y a encore plus de chances de réussite pour le chirurgien que lorsqu'il a affaire à un individu constamment menacé d'une nouvelle manifestation scrofuleuse, et dont tous ses frères et sœurs ont succombé à des affections analogues.

C'est très-probablement parce que j'ai rencontré un cas de véritable ostéite épiphysaire que j'ai eu un succès complet en pratiquant l'extraction de la tête du fémur. Chez cette enfant, il y avait eu des accidents très-graves : la suppuration avait été très-abondante, et pendant longtemps j'avais craint une triste terminaison, lorsque sous l'influence de soins continués avec persévérance l'état général et local s'améliora. Un jour, en examinant un trajet fistuleux qui persistait, je sentis nettement que la tête du fémur était mobile; je débridai sur ce point, et l'extraction de la tête s'opéra sans difficulté. La plaie se cicatrisa rapidement et l'enfant guérit, à la vérité avec un raccourcissement assez grand, mais conservant presque toute l'intégrité de ses mouvements.

Chez un autre enfant, au contraire, que quelques-uns de vous ont pu examiner à Berck, si la résection de la tête et du col n'a pas eu un résultat aussi satisfaisant, c'est que la constitution du malade laissait beaucoup à désirer, et que du côté de ses parents les antécédents étaient mauvais.

Il y a maintenant peut-être trois ans qu'il a été opéré, et non-seulement il existe encore plusieurs trajets fistuleux, mais une communication s'est établie entre le foyer principal et très-probablement avec l'uretère.

Cette considération de l'hérédité de la scrofule dans les familles sera toujours pour nous une cause d'hésitation pour opérer, et vous comprendrez encore mieux notre conduite en pareil cas lorsque vous saurez que très-souvent nous avons en même temps dans nos salles le frère et la sœur atteints d'affections scrofuleuses du tissu osseux. En pareil cas, je crois qu'il est d'autant plus sage de s'en tenir à une thérapeutique médicale, aidée de tous les moyens locaux que la chirurgie possède, que de recourir à une opération grave qui ne met pas à l'abris de la récidive sur un autre point. Malheureusement, nous avons vu depuis notre pratique à Sainte-Eugénie trop de faits de ce genre pour ne pas les signaler.

Je viens de vous parler des contre-indications dépendant de causes médicales, il en est d'une autre espèce que je ne puis passer sous silence : c'est l'état simple ou complexe de la lésion. Par état simple, je crois qu'il faut comprendre toute altération des os, bornée à la tête du fémur ou à la cavité cotyloïde sans pénétration dans le bassin. Au premier abord, on est tenté de croire que toutes les fois qu'il y a eu une coxalgie suppurée, la tête du fémur et la cavité cotyloïde sont toutes deux altérées, cela est le plus habituel, sans être constant. Il serait pourtant bien intéressant de savoir à l'avance où siége l'altération de l'os et si la cavité cotyloïde est intacte; car cela importe pour le pronostic et peut-être aussi pour la décision à prendre. Si l'absence de trajets fistuleux au pli de l'aine est comme le pensent MM. Ericksen et Lefort un indice de l'intégrité de la cavité cotyloïde, ce serait un signe précieux; malheureusement tous ces faits ne confirment pas cette opinion et à l'appui de ce que j'avance, je citerai deux cas observés tout récemment dans mon service, dans lesquels il n'existait aucune ouverture fistuleuse au pli de l'aine et cependant les deux cavités cotyloïdes étaient non-seulement détruites par la carie, mais perforées.

Deux mois environ avant la mort de l'un de ces enfants, âgé de 4 ans et demi, j'avais demandé à la famille, qui me l'avait refusée, l'autorisation de pratiquer la résection. A cette époque, je pensais qu'il y avait d'autant plus de chances de succès, qu'au début l'affection avait eu une marche rapide. A l'autopsie, outre les lésions mentionnées plus haut, je trouvai un seul tubercule à la partie moyenne du lobe inférieur du poumon droit, et une hypertrophie graisseuse du foie.

Peut-être m'objectera-t-on que si j'avais pu pratiquer la résection au moment où j'en avais demandé l'autorisation, l'enfant eût été sauvé, c'est possible; mais qui pourrait aussi m'assurer qu'à ce moment même la cavité cotyloïde n'était pas perforée.

Jusqu'à présent, je n'ai parlé que des cas simples; mais il me reste à dire quelques mots des cas compliqués, c'est-à-dire de ceux dans lesquels la carie a envahi des surfaces osseuses voisines, comme les vertèbres sacrées et l'articulation sacro-iliaque. Malheureusement ces cas se présentent assez souvent, et il est bien difficile de les pressentir. Enfin, il est une autre complication, qui peut survenir au moment le plus imprévu, et c'est par ce fait que je termine.

Il y a quelques mois, on amena dans mon service un jeune garçon présentant tous les signes d'une coxalgie du côté droit; il y avait très-peu de temps que l'affection s'était manifestée à la suite d'une chute.

Sous l'influence du repos et des bains, l'amélioration se manifesta promptement, et lors de son départ en convalescence pour Laroche-Guyon, toute trace de claudication avait disparu.

Ramené au bout de quelques mois, la claudication existait de nouveau, avec un abcès en voie de formation au niveau du grand trochanter droit. Plus tard, la collection purulente ayant été largement ouverte, je pratiquai l'extraction de plusieurs sequestres provenant du col; à dater de ce jour, la santé devint meilleure, et je croyais que ce petit malade allait guérir, lorsqu'un nouvel abcès, très-volumineux, symptômatique d'une coxalgie, se manifesta du côté opposé. Cette nouvelle complication acheva d'épuiser l'enfant, qui succomba au bout d'un temps assez long. Cette fois encore, bien qu'il n'y eût aucune ouverture fistuleuse au pli de l'aine, les deux têtes du fémur et les deux cavités cotyloïdes étaient en grande partie détruites par la carie et la surface interne du bassin également altérée; les poumons étaient parfaitement sains, et le foie avait subi la dégénérescence graisseuse.

En présence de faits semblables, bien que très-porté à accepter la résection coxo-fémorale comme une précieuse ressource, je crois qu'elle n'est applicable que dans un nombre de cas très-limités et que, dans l'état actuel de la science, nous sommes bien loin de posséder tous les signes qui indiquent son application.

M. Demarquay. Je veux parler dans le même sens que M. Marjolin. Depuis dix ans, je cherche l'occasion de pratiquer la résection de la tête du fémur, et je ne l'ai pas encore rencontrée. J'ai toujours reculé devant cette opération, parce que les enfants que j'observais étaient scrofuleux ou n'appartenaient pas à des familles bien saines.

Je crois que le traumatisme de la résection, sur un enfant scrofuleux, épuisé, doit amener sûrement la mort.

Dernièrement, je voulais, chez un enfant, pratiquer la résection de la hanche; j'ai temporisé, et dans l'intervalle, il est survenu une méningite tuberculeuse, qui a emporté le malade.

J'ai vu ce que les Anglais font en fait de résection de la hanche, et je ne suis pas revenu convaincu par leurs résultats. Avec la gouttière Bonnet on obtient des améliorations très-grandes.

Relativement à la remarque de M. Broca sur l'arrêt de développement du pirol, je dirai que j'ai observé des faits analogues, mais je les ai interprétés d'une manière différente. Je crois que la coxalgie est une maladie essentiellement chronique, et que au moment où le raccourcissement est observé, l'affection remonte déjà à un temps très-éloigné.

M. Verneuil nous a dit qu'il avait eu occasion de voir des individus complétement guéris de la coxalgie; je dois déclarer ici que je n'ai pas été aussi heureux que notre collègue. A la suite d'une coxalgie, je n'ai jamais vu reparaître l'intégrité fonctionnelle complète du membre, et je n'ai jamais vu celui-ci présenter son volume normal.

Dans la coxalgie, il est tellement difficile ou même impossible de rétablir les mouvements, que j'ai complétement abandonné toute tentative faite dans cette direction, craignant, ce qui arrive souvent, les rechutes les plus graves.

M. Lefort. Je veux seulement répondre un mot à M. Marjolin. Il attribue à M. Ericksen et à moi une idée que nous n'avons pas émise. J'ai simplement dit qu'il y avait de grandes chances que l'acétabulum soit malade, lorsqu'il y avait des fistules au périnée.

M. Giraldès. Je ne ne veux pas entrer dans la discussion relative à la résection de la hanche. Je veux dire seulement que c'est là une opération à conserver.

M. Verneuil a été frappé de ce fait que des enfants coxalgiques traités avec soin, placés dans la rectitude parfaite, pouvaient présenter un raccourcissement assez grand, lorsqu'ils étaient guéris, et il indique comme cause principale de ce raccourcissement, la déformation, l'éculement de la cavité cotyloïde, qui est due elle-même à la rétraction, suite d'inflammation des fessiers.

Le fait de raccourcissement après un bon traitement, un bon redressement, après que les membres ont été mis dans le parallélisme, est tout à fait bien établi; on l'observe même dans le plus grand nombre de cas.

M. Verneuil attribue ce raccourcissement à l'élargissement très-grand de la cavité cotyloïde; ceci est encore vrai; mais je me sépare de mon collègue lorsque je lui vois rattacher ce raccourcissement à la rétraction des muscles fessiers.

Les muscles fessiers dans ces cas sont atrophiés; mais les muscles fléchisseurs et adducteurs (psoas-iliaque, pectiné, adducteurs) sont ceux qui agissent pour agrandir la cavité cotyloïde.

Ce raccourcissement a lieu, quelques précautions que l'on prenne, même lorsqu'on emploie notre meilleur appareil, l'appareil Bonnet. Si l'on vient de réduire un membre, siége d'une coxalgie, et que l'on ait obtenu le résultat le plus satisfaisant possible, l'on peut être certain qu'au bout de huit jours la position sera déjà notablement modifiée.

Cela s'observe surtout lorsqu'on emploie les appareils inamovibles avec la dextrine. Ces appareils inamovibles sont détestables.

M. Verneuil s'est demandé si l'on ne devait pas revenir à la pratique des chirurgiens américains, à l'extension continue. Examinons ce point de la question.

M. Sayre avait constaté que la pression sur le membre, siége d'une coxalgie, donnait naissance à une douleur vive, tandis que la traction causait du soulagement, et il en avait conclu qu'il fallait traiter la coxalgie à l'aide de l'extension continue.

Je ferai d'abord remarquer que l'extension continue, comme moyen

de traitement de la coxalgie, avait été indiquée par Bradie et Bonnet, avant de l'être par les chirurgiens américains.

La traction du membre produit-elle quelque chose de réel? Oui, si l'on en croit plusieurs chirurgiens américains très-autorisés, MM. Cosme, Sayre, Davis, qui ont tous fait construire des appareils pour répondre à cette indication.

Eh bien, si l'on vient à examiner attentivement tous leurs appareils, l'on voit que ceux-ci agissent en immobilisant la cuisse à sa partie supérieure, et non en produisant une traction qui éloignerait l'une de l'autre les surfaces articulaires malades.

Le meilleur appareil de tous est la gouttière de Bonnet; mais il faut que chaque malade ait une gouttière faite exprès pour lui.

(La fin au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, *directeur de la* Gazette des Hôpitaux.

Paris, 24 novembre 1868.

Monsieur et très-cher confrère,

Dans sa courte réponse, M. Bricheteau, qui n'avait que faire dans une question de clinique qu'il ne pouvait pas juger, jusque-là, par des faits cliniques contraires, se livre pieds et poings liés. — Acceptons-le tel pour le moment.

Après avoir proclamé bien haut, pour combattre une erreur et servir la science, que le sulfure de mercure ne se volatilise qu'à une température excessive, qu'on ne peut obtenir à l'eau bouillante; partant que les inhalations de vapeurs humides de ce métal ne laissent respirer que des vapeurs d'eau, fait irrévocablement démontré par ses expériences avec M. Adrian, M. Bricheteau accorde aujourd'hui, après mes démonstration dernières, que le cinabre se volatilise à l'eau bouillante.

M. Bricheteau n'est plus pour moi un adversaire, ce n'est plus qu'un compétiteur qui veut guérir le croup par des inhalations de vapeurs d'eau. Je lui laisse toute latitude à cet égard, sans même le contredire, quoique je puisse lui rappeler que ses expériences de laboratoire sont radicalement mauvaises, anti-scientifiques, de nulle valeur, mais absolument nulles dans la question de la diphthérie. Je lui laisse toute latitude, quoiqu'une expérience d'un demi-siècle ait prouvé cliniquement que les vapeurs d'eau ne sont avantageuses que dans la laryngite striduleuse et non dans la diphthérie, comme les médecins qui traitent actuellement dans les hôpitaux l'ont reconnu par l'organe de leur maître Trousseau.

Il se rallie sagement, quoique un peu tard, à l'idée de laisser juger cliniquement la question de mon traitement par les neuf mille lecteurs de la *Gazette*, en se réservant, cependant, une fiche de consolation, que personne ne songera à lui ravir, de protester contre l'action du mercure, dont j'ai fait moi-même justice dans mon mémoire.

Maintenant que la question de science reste bien et dûment close entre M. Bricheteau et moi, je m'abstiendrai d'une manière absolue de toucher aux arguties qui s'attaquent à la part qui me revient dans le nouveau traitement; car on ne doit pas abuser de la patience et du bon sens des lecteurs pour parler de soi quand il s'agit d'intérêt de malades.

Je donne acte à nouveau à M. Bricheteau que je ne suis ni assez jeune, ni assez ignorant pour prétendre à un traitement spécifique, la science ayant détrôné la spécificité, même pour les médicaments reconnus tels pendant des siècles, le sulfate de quinine, le mercure, etc. Il connaît mieux que personne mes bien modestes prétentions qui se basent sur vingt-deux cas de guérison jusqu'à présent et qui sont suffisants pour enhardir quelques praticiens à essayer le traitement; s'il ne les connaît pas, je le renvoie à mes mémoires sur la matière. Si M. Bricheteau, qui dirige un journal de médecine, ne craint pas trop d'ennuyer ses lecteurs et qu'il veuille des arguments plus étendus et plus complets pour combattre les nombreux errements qu'il est venu lancer dans la *Gazette*, qu'il me convie dans les colonnes dont il dispose, et je lui promets de le satisfaire pleinement.

Agréez, etc.

Abeille.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 12 novembre 1868, ont été nommés présidents :

De la Société de secours mutuels des sapeurs-pompiers de Saint-Amand (Nièvre), M. le docteur Paultre, maire;

De la Société de secours mutuels de la commune de Beaufort, M. Frojer, pharmacien, maire.

— M. le professeur Sée commencera le cours de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, le lundi 30 novembre, à neuf heures, et le continuera les lundis suivants à la même heure.

Tous les jours, à huit heures et un quart, conférences cliniques et visite des malades.

— M. Constantin Paul, agrégé, suppléant M. le professeur Bouillaud, commencera le cours de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, le samedi 5 décembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Tous les jours, à huit heures et un quart, conférences cliniques et visite des malades.

M. J. Falret, médecin de Bicêtre, commencera un cours public sur les maladies mentales, le mardi 1er décembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et il continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de l'érysipèle épidémique, par le docteur Daudé. Ouvrage récompensé par l'Académie impériale de médecine. 1 vol. in-8. Prix : 4 fr. 50 c. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 139. — SAMEDI 28 NOVEMBRE 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 28 NOVEMBRE 1868. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour com[illegible] le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE : Des anévrysmes du cerveau et en particulier des anévrysmes miliaires; leurs rapports avec l'hémorrhagie cérébrale et l'apoplexie. Croup d'emblée. — HOPITAL DES ENFANTS-MALADES (M. Bouchut). Du mode d'administration de l'émétique dans le croup. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des anévrysmes du cerveau et en particulier des anévrysmes miliaires. — Leurs rapports avec l'hémorrhagie cérébrale et l'apoplexie.

Dans la Revue clinique du 7 novembre, sous le titre de : « Diathèse anévrysmatique généralisée ou coïncidence d'anévrysmes miliaires du cerveau avec des anévrysmes de différentes parties », nous avons exposé quelques faits nouveaux venant à l'appui de la doctrine de MM. Charcot et Bouchard sur la pathogénie de l'hémorrhagie cérébrale, et nous avons cité, à cette occasion, un travail récent de M. le docteur C. Durand, sur les anévrysmes du cerveau, que nous n'avions pas encore à cette époque sous les yeux. Grâce à l'obligeance de son éditeur, nous avons pu le parcourir depuis, et nous avons pensé que nos lecteurs nous sauraient gré de mettre sous leurs yeux les principaux résultats et les conclusions les plus importantes qui ressortent des recherches de M. Durand sur cet intéressant sujet (1).

Le travail de M. Durand est à la fois clinique et bibliographique; il est fondé sur les observations qu'il a recueillies et les faits dont il a été témoin à l'hospice de la Salpêtrière, et sur les divers travaux qui ont été publiés depuis quelques années sur le même sujet. D'où il résulte un exposé complet de l'état actuel de la science sur cette question. Les faits observés par M. Durand, outre qu'ils confirment les idées émises récemment par MM. Charcot, Vulpian, Bouchard et autres, présentent des particularités remarquables à plusieurs égards : c'est ainsi qu'il a vu des anévrysmes miliaires causer des hémorrhagies cérébrales, des anévrysmes des grosses artères rompus occasionner ce que Serres a désigné sous le nom d'*hémato-encéphalie*, et concomitamment aux anévrysmes des grosses artères, exister des anévrysmes miliaires; qu'il a constaté, enfin, les modifications curieuses de la température qui ont lieu dans les cas d'hémorrhagie cérébrale à marche rapide. Ce sont les résultats de ces observations que nous nous proposons plus particulièrement d'exposer.

Après l'histoire des anévrysmes des grosses artères du cerveau et la description des phénomènes qu'ils produisent, M. Durand expose quelques faits, en très-petit nombre, qui tendraient à faire admettre, entre ces anévrysmes et les anévrysmes miliaires dont nous allons parler tout à l'heure, une troisième catégorie intermédiaire et qui serait comme la transition des uns aux autres, celle des anévrysmes des petites artérioles de la pie-mère, décrits par Virchow sous le nom d'ectasie ampullaire. Deux observations, l'une recueillie par M. Lépine, la seconde par M. Bourneville, toutes deux dans le service de M. Charcot, montrent, en effet, des exemples d'attaques d'apoplexie foudroyante, produits : la première, par une hémorrhagie sous-méningée circonscrite au niveau de la scissure de Sylvius et du lobe sphénoïdal gauche, résultant de la rupture de petites artérioles de la pie-mère anévrysmatiques; la deuxième, par une hémorrhagie intra-méningée, résultant également de la rupture d'un petit anévrysme ayant un millimètre et demi de diamètre sur deux de longueur.

Le chapitre consacré aux anévrysmes miliaires comprend deux observations. Dans l'une d'elles, recueillie par M. Bouchard, on trouve, en même temps que des anévrysmes miliaires dont la rupture a produit une hémorrhagie cérébrale, un anévrysme de l'artère basilaire et une dilatation de l'artère sylvienne gauche. Dans l'autre, due à M. Lépine, il y a également coïncidence d'un anévrysme d'une branche de l'artère sylvienne et des anévrysmes miliaires.

Les considérations générales exposées dans ce travail sur l'ensemble de ces trois catégories d'anévrysmes cérébraux, les anévrysmes des artères de gros calibre, ceux des petites artérioles de la pie-mère et les anévrysmes miliaires intra-cérébraux, renferment quelques déductions intéressantes, particulièrement sur les anévrysmes multiples, que nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs.

La coexistence d'anévrysmes, soit sur la même artère, soit sur plusieurs artères du cerveau, soit sur des artères du cerveau et du tronc, a été constatée plusieurs fois.

Deux fois la cérébrale antérieure portait deux anévrysmes l'un auprès de l'autre; une fois la cérébrale moyenne offrait deux anévrysmes, dont un était rompu; une autre fois, on a rencontré deux anévrysmes sur la basilaire.

On a trouvé plusieurs fois des anévrysmes de l'artère carotide interne coexistant avec d'autres anévrysmes du cerveau; une fois avec un anévrysme de la cérébrale moyenne; trois fois avec une dilatation de l'artère ophthalmique; une fois avec celle de la sylvienne.

Enfin, on a cité des cas dans lesquels il y avait en même temps un anévrysme de la vertébrale et des anévrysmes multiples de l'aorte; un anévrysme de la cérébrale antérieure et de la splénique; de la basilaire et de la portion cervicale de la carotide interne.

Les anévrysmes du cerveau passent le plus ordinairement inaperçus, et on les rencontre à l'autopsie sans qu'ils aient été pour rien dans la cause de la mort. Ou bien, après s'être développés plus ou moins lentement, on voit survenir tout d'un coup une attaque apoplectique, due à la rupture de l'anévrysme. Ou bien encore, les anévrysmes du cerveau produisent des phénomènes de compression, d'irritation, puis, au bout d'un certain temps, une attaque apoplectique mortelle.

Ce qui domine dans la symptomatologie des anévrysmes, ce sont les phénomènes de compression et la rupture.

M. Durand a fait un relevé des cas connus de rupture, il a trouvé le chiffre de 64 cas de rupture sur 114 malades atteints d'anévrysmes cérébraux, ce qui donne la proportion des 3/5 des cas environ. Pour certains groupes, cette proportion est plus fréquente; elle varie de un tiers à un peu plus de la moitié des cas; et pour la cérébrale moyenne, la proportion est des deux tiers. L'épanchement se fait entre les méninges, ou isolément, ou en même temps à l'intérieur de la substance cérébrale. Pour les anévrysmes miliaires des artères intra-cérébrales, évidemment c'est toujours dans la substance cérébrale elle-même que se fait l'épanchement. L'hémorrhagie intra-cérébrale, suivant parfois une marche inverse de celle qui a pour cause la rupture d'un anévrysme de gros ou moyen calibre, détermine dans quelques cas une perforation de la substance cérébrale et par suite une hémorrhagie sous-arachnoïdienne. Pour tous les systèmes, l'écoulement de sang dans les ventricules latéraux et dans le troisième et le quatrième ventricules a été souvent observé.

La guérison spontanée s'observe parfois. Tantôt l'organisation de caillots dans l'anévrysme permet au sang de suivre un cours régulier et presque normal; tantôt l'anévrysme est entièrement obstrué, et la circulation se fait par les artères collatérales qui augmentent de volume.

Quelques mots maintenant sur la compression. — Nous ne parlerons ici, bien entendu, que des symptômes de compression sur les diverses parties de l'encéphale et sur les origines des nerfs.

La compression exercée par les anévrysmes varie naturellement. Pour la carotide interne, elle porte surtout sur le nerf optique; pour la communicante postérieure, sur le moteur oculaire; pour la cérébrale postérieure, sur le nerf optique; pour la communicante antérieure, sur le chiasma; pour la cérébrale moyenne, la compression porte moins sur les nerfs que sur toute la région de la fosse sylvienne; pour la basilaire sur le pont de Varole, la moelle allongée, les paires postérieures de la septième à la dixième paire, les pédoncules cérébraux et le cervelet.

Dans la symptomatologie, outre les signes généraux, comme la céphalalgie et les vertiges fréquents, les phénomènes de compression sur les différents nerfs cérébraux, les particularités du trouble de l'intelligence et de la motilité ont une importance considérable, en ce qu'ils offrent des particularités importantes selon les groupes d'anévrysmes.

Pour le système carotidien, ce sont surtout les troubles de la vue et des mouvements de l'œil qui ont de la valeur. L'amaurose progressive d'un ou des deux côtés, atteint son maximum de fréquence dans l'anévrysme de la carotide interne, tandis que pour la communicante postérieure, c'est la paralysie du moteur oculaire commun qui est la plus prononcée et la plus ordinaire. Les lésions des quatrième et sixième paires sont rares et de moins d'importance. Celles du nerf olfactif accompagnent assez souvent celles des deuxième et troisième paires, mais elles sont légères. Les phénomènes de compression de la cinquième paire, dans le système carotidien, portent principalement sur la branche ophthalmique; plus rarement elle occasionne une paralysie faciale.

Les troubles de l'ouïe ont une grande importance; ils appartiennent surtout aux anévrysmes de la basilaire, et alors ils sont liés à des troubles du côté du glosso-pharyngien (dysphagie), et du côté du nerf vague et de l'hypoglosse (gêne de la parole, surtout de l'articulation des mots, respiration pénible).

Les troubles de l'intelligence sont surtout prononcés dans les anévrysmes qui correspondent à la partie inférieure de la moitié antérieure du cerveau, c'est-à-dire dans ceux du système carotidien. Les anévrysmes basilaires les occasionnent aussi, quoique plus rarement.

Les convulsions partielles ou épileptiformes et généralisées, rares dans le cours de la maladie, sont fréquentes au moment de la terminaison. Les accès les plus intenses se font remarquer dans l'hémorrhagie de la cérébrale moyenne et de la basilaire.

Tandis que dans les autres anévrysmes du système carotidien, à part la paralysie des paires nerveuses antérieures, celle des membres est rare et incomplète, l'hémiplégie se développe fréquemment et complétement dans les anévrysmes de la cérébrale moyenne.

Les anévrysmes des artérioles de la pie-mère déterminent par leur présence des accidents de deux sortes : une irritation de l'arachnoïde et un épanchement de sang intra-arachnoïdien occasionné par la rupture.

Les anévrysmes miliaires, à leur tour, sont, ainsi que l'ont établi MM. Charcot et Bouchard, la source la plus ordinaire des hémorrhagies intra-encéphaliques.

La coïncidence, assez fréquente, des anévrysmes des artères de calibre avec les anévrysmes miliaires, semblerait indiquer que le même processus pathogénique préside à leur formation. Parfois même il y aurait une vraie diathèse anévrysmatique. (Cette proposition, énoncée ici sous une forme encore un peu dubitative, peut être formulée aujourd'hui plus affirmativement. Les observations de M. Liouville, que nous avons rapportées dans une Revue précédente, sont des exemples très-concluants de cette sorte de diathèse.)

En résumé, toutes ces recherches montrent que les anévrysmes du cerveau, qu'ils appartiennent aux grosses artères, aux artérioles des méninges ou aux capillaires intra-cérébraux, aboutissent finalement, lorsqu'ils se rompent, à déterminer une hémorrhagie dont les symptômes cliniques ne diffèrent qu'à raison de son siége et de son étendue.

Il nous reste à signaler un dernier point du travail de M. Durand, celui qui est relatif à l'étude des modifications de la température centrale chez les apoplectiques.

On sait, depuis les recherches de M. Charcot et de ses élèves sur ce sujet, que : dans l'état apoplectique se terminant par la mort, dépendant soit de l'hémorrhagie cérébrale, soit du ramollissement, et en l'absence des complications inflammatoires viscérales, la température obtenue par l'exploration thermométrique des cavités centrales, présente trois périodes. Dans la première, qui correspond aux premières heures qui suivent l'attaque, elle est en général abaissée : au lieu de 37° 5, qui est la température normale, elle atteint à peine 37° et peut même fréquemment être inférieure à ce dernier chiffre. Dans la deuxième période, qui dure un nombre variable de jours, elle oscille entre 37° 5 et 38. Enfin la dernière période, qui annonce une mort prochaine, est caractérisée par une élévation très-rapide.

Ces faits ont été confirmés depuis par plusieurs observateurs et notamment par M. R. Lépine, qui, dans un travail très-intéressant sur deux cas d'hémorrhagie sous-méningée, a consigné les résultats de ses recherches sur ce point et les a reproduits par un procédé graphique qui montre très-clairement les trois périodes en question.

Cette vérification a été faite également par M. Durand, dans les cas suivants : chez une malade qui fut prise subitement d'une attaque d'apoplexie et conduite sur-le-champ à l'infirmerie de la Salpêtrière, il a constaté des phénomènes indiquant que l'hémorrhagie s'étendait, et on a suivi, heure par heure, la marche de la température. Dans ce cas, en effet, où la maladie a eu une marche très-rapide, la mort a eu lieu 14 heures à peine après l'attaque, l'épanchement sanguin s'est fait en plusieurs temps en l'espace de 3 heures (de 9 h. à 12). La température prise à 10 heures était de 36°,3/5, à 11 heures, 36°,3/10,

(1) *Des anévrysmes du cerveau considérés principalement dans leurs rapports avec l'hémorrhagie cérébrale*, par le docteur C. Durand. — Brochure in-8° de 129 pages. Paris, 1868. Chez Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine. Prix : 2 fr. 50 c.

et à midi, 35°,4/5. Elle était donc inférieure de près de 2 degrés à la température normale. La seconde période a complétement fait défaut ici; quant à la troisième, elle est rentrée dans la règle commune : de midi à 9 heures du soir, la température est montée de 35°,4/5 à 40°,2/5. On a constaté, en résumé, pendant l'attaque un abaissement considérable de la température, puis une élévation prompte et rapide.

Dans un autre cas, où il s'agit d'une malade qui a survécu près de deux jours aux accidents hémorrhagiques, la température, bien que prise une heure environ après l'attaque, était un peu inférieure à la température normale; la température terminale, au contraire, a été plus élevée.

Les faits observés par M. Durand viennent donc confirmer les observations déjà faites à cet égard, et légitimer, au moins jusqu'à nouvel ordre, cette dernière conclusion de son travail :

Que l'hémorrhagie soit due à la rupture d'un anévrysme miliaire, à celle d'un anévrysme d'une petite artériole des méninges, ou d'une des grosses artères encéphaliques, la température présente les mêmes modifications ; abaissement pendant l'attaque ou immédiatement après, période stationnaire durant quelques jours dans les cas à évolution relativement lente, enfin une élévation progressive jusqu'à la mort, sans que les eschares ou toute autre complication puissent être invoquées.

Croup d'emblée.

M. le docteur Blanchet, médecin au Montet (Allier), nous transmet la relation suivante de deux cas de croup d'emblée développés simultanément chez deux sœurs jumelles, l'un d'eux traité médicalement et suivi de mort, le deuxième traité par la trachéotomie et suivi de guérison.

Voici ces deux faits dont le rapprochement est instructif, les conditions dans lesquelles se sont trouvées les deux malades étant aussi identiques que possible.

Premier cas. — *Traitement par insufflations de nitrate d'argent cristallisé ; le chlorate de potasse et le perchlorure de fer. — Mort.*

« Le 15 février 1868, je fus appelé à Voussac (Allier), par un nommé G..., pour donner des soins à ses deux petites filles jumelles, âgées de 6 ans, Annette et Henriette, qui, disait-il, avaient le *mal de cou*.

« La respiration et la voix étaient naturelles; point de couennes dans la gorge; le cas me parut peu grave; cependant, dans la crainte d'une aggravation ultérieure, j'ordonnai un vomitif avec ipéca et 3 grammes de chlorate de potasse à prendre à l'intérieur par cuillerée.

« Je ne songeais plus à ces enfants, lorsque le 27, par conséquent douze jours après ma première visite, on me fait appeler de nouveau; j'arrive à la hâte et je trouve la petite Annette dans l'état suivant : figure blême, respiration sifflante, voix et toux croupales, point d'accès de suffocation, point de couennes dans la gorge. Je fais de suite une insufflation de nitrate d'argent cristallisé avec l'insufflateur de M. Guillon; il y a aussitôt vomissements d'aliments mélangés à quelques minces membranes diphthériques. L'enfant est soulagée, mais il n'y a plus de doute sur la nature de la maladie. Chlorate de potasse, 3 grammes, solution de perchlorure de fer à 30, par cuillerée à l'intérieur.

« Le 28, respiration encore sifflante, toux et voix toujours croupales, quelques points diphthériques au fond de la gorge. Insufflation de nitrate d'argent, vomissements immédiats de plusieurs fausses membranes; soulagement. Chlorate, perchlorure comme la veille à l'intérieur. Bonne nourriture.

« Le 29, plus de sifflements, plus de toux croupale; les parents croient l'enfant guérie.

« J'étais loin d'avoir le même espoir que l'entourage, l'expérience me faisait craindre la formation de nouvelles fausses membranes dans les voies respiratoires un instant débarrassées. Je n'avais que trop raison.

« Le 1er mars, le sifflement est revenu non-seulement à l'inspiration mais encore à l'expiration; la voix est presque entièrement voilée, la figure anxieuse, un cercle bleuâtre cerne les yeux. Insufflation, chlorate, perchlorure, comme précédemment. L'insufflation ne produit pas de vomissements, l'ipéca non plus.

« Le 2 et le 3, tout va s'aggravant, sifflement laryngo-trachéal, voix éteinte, lèvres bleues, accès de suffocation très-violents, dépression épigastrique considérable, pouls à 140, point de signes d'intoxication diphthérique, sonorité incomplète dans la poitrine. Je propose la trachéotomie comme suprême ressource pour combattre l'asphyxie ; on s'y oppose fortement. Mort le 4.

Deuxième cas. — *Trachéotomie à la troisième période. — Difficultés pour l'extraction de la canule. — Ablation définitive un mois après. — Guérison.*

« Pendant que la petite Annette se tordait dans un lit, luttant, mais en vain, avec une énergie surhumaine contre l'obstacle qui obstruait son larynx et ne permettait plus à l'air de pénétrer dans sa poitrine, Henriette, sa sœur, née le même jour qu'elle, sifflait dans un autre lit en face, et sa toux rauque, sa voix déchirée, ses yeux hagards disaient assez que si la même matinée les avait vu naître, la même matinée pourrait bien les voir s'éteindre dans les mêmes tourments.

« Le 15 février, les deux enfants étaient indisposés en même temps, mais tandis qu'Annette donnait, dès le 27, des signes non douteux du croup, on ne les remarquait chez Henriette que le 29. Aussi, dès le premier jour, je l'avais éloignée, espérant qu'elle échapperait à la contagion; malheureusement elle avait déjà le germe du terrible fléau, et, le 1er mars, il me fallut commencer le traitement. Henriette, espiègle, volontaire, nerveuse au suprême degré, n'était point de cet avis; dès la première insufflation, elle brisa mon insufflateur avec ses dents, et pendant tout le cours de la maladie, il fut impossible de lui faire avaler le moindre médicament. Les parents, retrouvant dans leur seconde enfant les mêmes symptômes de la maladie qui venait de tuer la première, se décidèrent à laisser pratiquer la trachéotomie.

« Aidé de mon excellent ami le docteur Viple, de Montmarault, je fais l'opération le 8 mars, à neuf heures du soir, une veine assez volumineuse est piquée et liée aussitôt pour ne point fatiguer l'enfant. Tout se termine bien ; je place une canule ordinaire et Henriette, éprouvant un soulagement immédiat, sourit au bout de quelques instants et s'endort d'un sommeil paisible.

« Le 9, le 10, le 11 point de réaction fébrile, physionomie excellente, respiration facile, point de toux ; la petite malade prend des potages et joue tout le temps sur son lit.

« Le 12, ablation de la canule pendant quinze minutes ; la plaie est superbe ; l'enfant parle à haute voix en riant, cependant elle demande sa canule ; je la prie d'attendre un peu, mais elle se met en colère et elle est prise de suffocation ; la canule est alors remise sans difficulté et la gaieté revient.

« Du 12 au 21, cinq fois j'enlève la canule et cinq fois l'enfant met fin à la séance, criant, frappant du pied, suffoquant; du reste, bon appétit; vin pur, viandes rôties ou grillées.

« Craignant, à cause de la distance de ne pouvoir donner assez de soins à ma petite opérée, je la fais conduire près de moi, dans un hôtel; là, pendant huit jours, je cours à elle à tous mes instants de répit et j'essaie de lui donner le change par une foule de petites ruses : tantôt je n'introduis pas la canule et la cache dans ses vêtements, tantôt je ne la tiens qu'à l'ouverture de la plaie, tantôt je place dans l'ouverture de cette canule tant désirée un obturateur en bois. Tout va bien pendant quelques instants, mais aussitôt le stratagème découvert, les pleurs, les grincements de dents recommencent, et partant la suffocation.

« Le 30, je la lui retire de nouveau, et de bonne humeur ce jour là, elle reste cinq heures à danser et à rire dans la chambre ; je respirais enfin lorsque tout à coup elle s'écrie : Ma canule ! ma canule ! je veux ma canule ! Je résiste, je me fâche ; alors de crier plus haut, de se jeter à la renverse, de mordre ses vêtements, puis accès de suffocation. Je veux replacer la canule, mais les parties situées entre la peau et la trachée, réunies par la lymphe plastique, se disjoignent sous la contraction des muscles du cou et s'opposent à son entrée; je prends mon dilatateur, et je réussis sans peine; déjà l'enfant était cyanosée, froide, humide : quelques frictions la raniment vite. Le lendemain, faiblesse extrême, tristesse, pâleur, emphysème et inflammation autour de la plaie; je la renvoie chez elle pour reprendre un peu de force.

« C'est alors que j'eus l'heureuse idée d'employer des canules d'un calibre de plus en plus petit, et j'arrivai ainsi, en quatre jours, à obtenir le résultat qu'un mois d'efforts incessants m'avait opiniâtrement refusé. Chaque matin, je remplaçais l'ancienne canule par une plus petite, et le 7 mars Henriette parlait très-fort, et éteignait d'un seul coup les bougies. Elle ne s'aperçut point de la disparition de sa dernière canule, qui, du reste, ne lui servait plus.

— Ce fait montre d'une manière évidente l'utilité de la trachéotomie, ce qui n'était d'ailleurs pas difficile à démontrer ; mais il fait voir en outre que lorsque l'enfant refuse, comme dans ce cas ci, de laisser enlever la canule, il faut essayer de suite les canules d'un calibre de plus en plus faible. M. Blanchet a fait construire, à cet effet, une canule-mère qui, une fois placée, permet sans être sortie, d'adapter des tubes de plus en plus petits au fur et à mesure que l'on veut diminuer le calibre interne. La légèreté du métal choisi corrige la pesanteur. La plaie est moins exposée à être irritée par les entrées, les sorties et les tâtonnements; alors, enfin, on n'a pas à contrarier l'enfant et à le faire souffrir. Les parents peuvent eux-mêmes, si le médecin est trop loin, ajouter ou retrancher un tube interne pour donner, suivant le besoin, une plus grande quantité d'air à la poitrine ou le forcer de passer par les voies respiratoires naturelles ; ce qui est à prendre en grande considération dans la pratique rurale.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut (1).

Du mode d'administration de l'émétique dans le croup.

Obs. III. — *Croup. Anesthésie. Émétique. Guérison.*

Valentine P..., 3 ans, entrée le 31 décembre 1867, au n° 3 de la salle Sainte-Catherine, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Cette enfant, malade, depuis le 26 décembre, par de la fièvre et un peu de toux, fut prise, le 30, de toux rauque, avec aphonie incomplète; la respiration devint sifflante, embarrassée, mais sans produire d'accès de suffocation, et on lui donne deux vomitifs.

État actuel : Respiration assez gênée, sifflante, diaphragmatique; bonne résonnance du thorax; pas de murmure vésiculaire : il est remplacé par un peu de sifflement bronchique; la toux et rauque, et sa voix demi-éteinte. Pas de cyanose ; un peu d'insensibilité de la peau. Des fausses membranes, minces, opalines, existent sur les deux amygdales et sur le sommet de l'épiglotte. Peau chaude. Pouls 120.

Prescription : *Tartre stibié*, 10 centigrammes.

2 janvier. L'enfant a vomi une fois; elle a eu une garde-robe moulée; la toux est un peu plus grasse, toujours rauque; la voix toujours éteinte; bonne résonnance de la poitrine; le murmure vésiculaire s'entend bien. Les amygdales et l'épiglotte sont recouverts des mêmes fausses membranes. Peau modérément chaude. Pouls 116.

Tartre stibié, 10 centigrammes.

3 janvier. L'enfant n'a pas vomi et n'a pas eu de garde-robe ; toux plus grasse; elle respire aisément; on entend le murmure vésiculaire. Langue naturelle; un peu d'appétit. 104 pulsations.

Les urines, troublées par l'acide nitrique, s'éclaircissent par la chaleur; dans le fond de la gorge, les fausses membranes des amygdales et de l'épiglotte sont moins épaisses.

Tartre stibié, 10 centigrammes.

4 janvier. L'enfant n'a pas vomi et n'a pas été à la garde-robe; elle mange assez bien. La toux, grasse, a perdu sa raucité; mais la voix est toujours très-faible. Les fausses membranes n'ont pas entièrement disparu. Peau modérément chaude. Pouls à 96.

Tartre stibié, 10 centigrammes.

5 janvier. Pas de vomissements; une garde-robe naturelle ; la voix est presque entièrement revenue.

Tartre stibié, 10 centigrammes.

Les fausses membranes ont à peu près disparu.

9 janvier. L'enfant est très-bien. On cesse la potion stibiée.

11 janvier. Exeat.

Obs. IV. — *Croup. Accès de suffocation. Guérison par l'émétique.*

Marie F..., âgée de 3 ans, entrée le 10 décembre 1867.

Cette enfant a commencé à tousser le 7 décembre, et le 9, au matin, sa toux est devenue rauque et sa voix gravement altérée. Il y a eu des fausses membranes dans le fond du gosier, et hier, 10 décembre, trois petits accès de suffocation. La nuit a été assez bonne; le matin, la respiration est assez gênée, sans cyanose; la résonnance de la poitrine est bonne, mais il y a absence de murmure vésiculaire. Peau chaude. Pouls 140.

Potion stibiée, 10 centigrammes.

12 décembre. L'enfant a un peu vomi et n'a pas rejeté de fausses membranes, Toux rauque, sèche; la voix est éteinte ; pas d'accès de suffocation; pas de diarrhée; fièvre vive.

Potion stibiée, 10 centigrammes.

15 décembre. Depuis trois jours, l'enfant a continué la même dose de tartre stibié; pas de diarrhée. La toux est plus grasse ; la respiration gênée, sifflante, sous-cyanose, avec un peu d'anesthésie.

Bonne résonnance de la poitrine ; absence de murmure vésiculaire. Peau chaude ; fièvre vive. Urines précipitant par l'acide azotique et la chaleur ; mais le précipite se redissout.

Même prescription.

29 décembre. La gêne de la respiration a diminué peu à peu. La toux est devenue plus grasse, en même temps que reparaissait le murmure vésiculaire. La voix reprenait sa force. L'appétit était normal. On a gardé l'enfant pendant quelques jours pour voir s'il n'y aurait pas de rechute, et elle sort de l'hôpital entièrement guérie.

Obs. V. — *Croup. Accès de suffocation. Guérison par l'émétique.*

Élisa P..., 4 ans, entrée, le 24 septembre 1868, à la salle Sainte-Catherine de l'hôpital des Enfants-Malades.

Cette enfant, malade depuis huit jours, toussait assez fréquemment, avait de la fièvre, elle était couchée; puis sa voix est devenue rauque et s'est éteinte, en même temps que la respiration devenait sifflante et très-embarrassée. Il y eut même deux accès de suffocation, et on amena l'enfant à l'hôpital.

Son visage est naturel; il n'y a pas d'anesthésie; la respiration est très-sifflante et les contractions du diaphragme très-énergiques. Pas d'albuminurie ni de leucémie. Les amygdales sont couvertes de fausses membranes grisâtres, épaisses, assez larges; la toux est fréquente, éteinte; la voix très-affaiblie et la fièvre assez forte.

Potion stibiée, 10 centigrammes, produisant un vomissement ; pas de garde-robe et pas de rejet de fausses membranes.

26 septembre. La respiration est moins gênée; mais la toux et la voix sont toujours rauques, très-faibles.

Potion stibiée, 0,10, ne produisant ni vomissement ni diarrhée.

27 septembre. Amélioration notable.

Potion stibiée, 0,10, prise sans résultat d'évacuation.

28 septembre. L'enfant n'a plus aucune gêne de respiration; la toux est plus grasse; la voix plus forte, mais éraillée; les fausses membranes ont disparu. Cessation du tartre stibié et alimentation substantielle.

4 octobre. Guérison. Exeat.

Obs. VI. — *Accès de suffocation. Émétique. Guérison.*

Le 3 octobre 1868, je fus demandé dans la nuit, rue Vaugirard, impasse Talma, par le docteur Vasseur, pour voir un garçon de trois ans atteint du croup. On me prévenait qu'il fallait l'opérer.

L'enfant était malade depuis trois jours; il avait eu des fausses membranes sur les tonsilles, mais il n'en avait plus. — Sa respiration était bien gênée, sifflante et bruyante à distance et le bruit respiratoire ne s'entendait plus dans la poitrine. — La voix était rauque et presque éteinte comme la toux. — Il n'y avait pas encore d'insensibilité, et malgré l'agitation et un accès de suffocation, il n'y avait point d'asphyxie.

Depuis deux jours l'enfant prenait une potion avec émétique 40 centigrammes, sans boissons accessoires, ce qui fait qu'il n'avait pas de diarrhée et qu'il n'eut que des vomissements.

Je me bornai à réduire la dose de tartre stibié à 10 centigrammes, et je voulus attendre le lendemain pour opérer.

Le lundi matin, l'enfant était mieux, il avait vomi, rejeté des lambeaux membraneux et il respirait plus facilement.

Le mardi, l'amélioration était plus accusée et la guérison ne tarda pas à se montrer.

Si l'on veut réunir à ces six observations récentes vingt-deux autres cas semblables, observés à l'hôpital des Enfants-Malades

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 novembre.

et à Sainte-Eugénie, dont les observations dictées publiquement à l'instant de ma visite sont à la disposition de ceux qui voudraient les consulter, on a un chiffre de vingt-huit cas de guérison de croup par l'émétique. J'en ajouterais bien d'autres si j'avais pu tout écrire ce que j'ai vu dans mes consultations de la ville, mais ne voulant pas tenir compte ici des souvenirs souvent infidèles de la mémoire, je n'ai voulu mettre en ligne de compte que mes observations écrites. — On vient de lire les plus récentes et on pourra, en quelques lignes, voir l'énumération des plus anciennes.

Nº 7. X..., âgée de 3 ans, entrée le 2 septembre 1854 à Sainte-Eugénie avec un croup très-caractérisé, sort guérie le 21 septembre.

Nº 8. X..., âgée de 5 ans et demi, entrée le 23 septembre 1858 à Sainte-Eugénie pour un croup bien caractérisé, sort guérie le 10 octobre.

Nº 9. Maria L..., âgée de 13 ans, entre le 29 janvier 1859 à Sainte-Eugénie pour un croup intense, sort guérie le 12 février.

Nº 10. Amélie D..., âgée de 7 ans, entrée à Sainte-Eugénie le 4 février 1859, sortie le 20 février.

Nº 11. Louise Q..., âgée de 3 ans, entrée à Sainte-Eugénie le 18 janvier 1859, sortie le 10 février.

Nº 12. Clémence R..., âgée de 6 ans, entrée à Sainte-Eugénie le 19 novembre 1859, sortie le 20 février. — Cette observation a été publiée par la *Gazette des Hôpitaux* en 1860.

Nº 13. Louise B..., âgée de 5 ans, entrée à Sainte-Eugénie le 26 mars 1860, sort le 2 avril.

Nº 14. Élizabeth R..., âgée de 4 ans, entrée le 16 juin 1861 à Sainte-Eugénie, sortie le 26 juin.

Nº 15. Ernestine B..., âgée de 2 ans et demi, entrée le 25 mars 1862 à Sainte-Eugénie, sortie le 30 mars.

Nº 16. Marie G..., âgée de 5 ans et demi, entre à Sainte-Eugénie le 12 avril 1862, sort guérie le 12 avril.

Nº 17. Louise L..., âgée de 4 ans, entrée à l'hôpital des Enfants malades le 16 juin 1865, sortie guérie.

Nº 18. Berthe P..., âgée de 4 ans, entre aux Enfants malades le 17 octobre 1865 pour la teigne, prise de croup le 4 février 1866, sort guérie le 17 mars de la salle Sainte-Catherine.

Nº 19. Élisabeth R..., âgée de 7 ans, entre aux Enfants malades le 14 janvier 1866, sort guérie le 23 janvier.

Nº 20. Pauline B..., âgée de 2 ans, entrée aux Enfants malades le 23 mars 1866, sortie le 11 avril.

Nº 21. Joséphine G..., âgée de 3 ans, entrée le 27 mars 1866 pour un croup consécutif à la rougeole; elle guérit de ce croup, mais il se produit une pneumonie qui entraîne la mort quelques jours plus tard.

Nº 22. Louise M..., âgée de 4 ans, entrée aux Enfants malades le 20 avril 1866 pour un croup dont elle sort guérie le 27 avril.

Nº 23. Laure P..., âgée de 5 ans, entrée aux Enfants malades le 25 mai 1866, sortie guérie le 2 juin.

Nº 24. Maria G..., âgée de 5 ans, entrée aux Enfants malades le 31 octobre 1866, sortie guérie.

Nº 25. Jeanne L..., âgée de 2 ans, entrée aux Enfants malades le 6 juillet 1866, sortie guérie.

Nº 26. Pauline L..., âgée de 4 ans, entrée le 2 juin 1866 à l'hôpital des Enfants malades pour un croup, suite de varioloïde; elle guérit, et, pendant son séjour à l'hôpital, elle est prise de scarlatine, puis de pneumonie, et elle sort pour aller mourir chez elle.

Nº 27. Marie P..., âgée de 6 ans, entrée aux Enfants malades le 10 août 1867 pour un croup avec fausses membranes du pharynx, et elle sort guérie le 19 août suivant.

Nº 28. *Croup. Accès de suffocation. Anesthésie commençante. Émétique. Guérison.*

En 1865, G..., âgé de cinq ans, fils d'un lampiste, demeurant chaussée du Maine, 24. Cet enfant, malade depuis cinq jours, avait d'abord eu une angine couenneuse, et il était arrivé à avoir de l'enrouement avec toux rauque et la respiration gênée comme dans le croup.

Mandé par le docteur Vasseur au moment où venaient d'avoir lieu des accès de suffocation, je le trouvai avec une respiration sifflante et très-bruyante, avec la voix et la toux éteinte, et enfin avec un commencement d'anesthésie.

L'émétique fut administré à la dose de 30 centigrammes, il y eut des vomissements sans diarrhée, avec rejet de quelques fausses membranes, et l'enfant fut très-soulagé. On continua pendant quelques jours la potion émétisée, et cet enfant est encore vivant aujourd'hui.

Les faits qu'on vient de lire portent avec eux leur enseignement. Ils prouvent de la façon la plus nette qu'on peut guérir le croup avec de l'émétique, qu'on peut le guérir même à la période ultime, alors même que la trachéotomie semble indispensable (obs. III et VI), et que ce remède, convenablement employé, n'entraîne aucun accident.

Cela est d'autant plus utile à connaître, que le croup met souvent plusieurs jours à arriver à la période ultime d'asphyxie et d'anesthésie; que, jusqu'à ce moment, il est bon de savoir qu'on a dans les agents thérapeutiques une substance capable d'arrêter le mal si on sait l'employer. Pour moi, qui n'admets la nécessité d'une opération chirurgicale dans le croup que si l'émétique a échoué, la vulgarisation de ces faits a une extrême importance. Ou il faut, en cas de croup, ne rien faire et attendre la troisième période pour opérer, ce que font ceux qui ne croient pas à un traitement médical du croup, ou il faut faire quelque chose qui ait chance de réussir. De toutes les médications internes proposées contre cette maladie, il n'en est qu'une à laquelle mon expérience me permette de croire, c'est celle dont je parle en ce moment. Mais comme elle a pour adversaires ceux qui, ne l'ayant pas employé selon ma formule, lui ont trouvé plus d'inconvénients que d'avantage, j'ai voulu donner des preuves cliniques et publiques de son utilité en résumant les succès qu'elle m'a fournis.

Vingt-sept cas de croup guéris par l'émétique à dose contro-stimulante, voilà ce que j'ai trouvé dans mes cahiers d'observation, et j'en pourrais mentionner bien d'autres dans la clientèle de médecins avec lesquels je me suis trouvé en consultation. Mais comme ce ne sont là que des souvenirs, et que, malgré leur précision, je n'ai pas de note écrite à leur sujet, je m'abstiendrai d'en parler. Le nombre des faits écrits qui sert de base à ces réflexions est d'ailleurs très-suffisant pour donner les preuves de l'action efficace de l'émétique dans le croup.

Dans mes observations, l'émétique a été donné à la dose de 10 à 30 centigrammes dans une potion gommeuse, à prendre par cuillerées à soupe toutes les heures, selon la méthode Rasorienne, absolument comme on emploie la potion stibiée de la pneumonie franche.

Seulement, pour éviter que la potion ne produise d'effet purgatif dangereux, j'ordonne qu'on ne donne que fort peu de chose à boire aux enfants et qu'on les nourrisse de potages au bouillon ou au vin.

De cette manière, l'émétique a une action vomitive et contro-stimulante, et alors les fausses membranes sont rejetées par le vomissement (obs. II et XXVIII) ou dissociées, détruites et rejetées par l'expectoration.

Si l'enfant vomit trop abondamment, ou si, malgré ces précautions, il a une diarrhée abondante, je supprime l'émétique, et, le considérant comme nuisible, j'ai recours à une autre médication, soit le sulfate de cuivre, soit le cubèbe et le copahu associés qui donnent parfois de bons résultats.

Maintenant, si l'émétique ne réussit pas et que l'asphyxie commence à paraître, ce dont on juge par l'anesthésie d'abord incomplète et puis ensuite complète un peu plus tard, il faut opérer.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 4 novembre 1868. — Présidence de M. LEGOUEST (1).

—

DISCUSSION.

Coxalgie. Résection de la hanche (Suite).

M. VERNEUIL. Je ne suis pas de l'avis de M. Demarquay relativement à la résection. Dans certaines circonstances, parce que sur dix tentatives on a échoué neuf fois, ce n'est pas une raison pour ne pas tenter de nouveau la même opération. Pour mon compte, je suis encore tout disposé à pratiquer la résection de la hanche.

Assurément la guérison radicale de la coxalgie est rare, mais elle est possible. J'ai cité le cas d'une malade que j'avais traitée avec M. Panas; chez elle la guérison a été bien complète; mais assurément on ne peut espérer guérir radicalement des coxalgies déjà très-avancées.

M. Giraldès pense que l'ascension de la tête fémorale se produit sous l'influence des muscles adducteurs de la cuisse. J'avais pensé que ce déploiement était dû à la rétraction des muscles fessiers, et je me fondais sur ce fait que lorsque après un redressement du membre on met le doigt sur les muscles adducteurs, on ne les trouve pas tendus. Il est bien vrai, comme l'a dit M. Giraldès, que les muscles fessiers sont atrophiés, mais en même temps ils sont indurés et rétractés.

Ce point de physiologie pathologique ne pourrait être tranché que par les autopsies.

Je n'ai pas voulu faire l'historique de l'extension; mais ce que je veux voir appliquer au traitement de la coxalgie, ce n'est pas l'extension à l'aide des poids placés à l'extrémité du membre, comme on l'employait autrefois, mais l'extension à l'aide d'un appareil qui permette aux enfants de marcher, et il faut bien le dire, cet appareil est encore à trouver.

M. MARJOLIN. Je suis un peu étonné de voir que M. Verneuil, qui nous a donné des observations si intéressantes sur quelques complications médicales, si fâcheuses en chirurgie, ne partage pas plus complétement notre réserve lorsqu'il s'agit de pratiquer de graves opérations sur des individus tellement entachés du vice scrofuleux, qu'ils sont en quelque sorte, malgré tous les soins possibles, fatalement voués à des récidives du même genre. Sans condamner d'une manière trop exclusive la locomotion dans la coxalgie, je crois qu'il ne faut l'employer qu'avec une extrême réserve et avec la plus grande surveillance, crainte de provoquer des exacerbations chez des individus qui semblaient guéris. J'ai exposé tout à l'heure à quelles causes il fallait attribuer la différence des guérisons dans les arthrites des membres supérieurs et des membres inférieurs; aussi je n'y reviendrai pas. Je dirai seulement que ce repos absolu, soit dans la gouttière de Bonnet ou tout autre appareil établi sur ces mêmes principes, ne prédispose pas, comme on l'a dit, aux méningites tuberculeuses. Cette affection, si commune chez les enfants scrofuleux, peut aussi se manifester chez des adultes atteints d'arthrites suppurées. Si j'ai bonne mémoire, je crois que des faits analogues ont été observés par M. Legouest. Enfin, je terminerai, et j'insiste sur ce point, il est des cas où, malgré l'appareil de Bonnet employé de bonne heure, on ne peut remédier au raccourcissement du membre; mais comme dans ces cas il y a eu destruction ou déformation du bord supérieur de la cavité cotyloïde ou de la tête du fémur, il faut bien se garder de gêner le travail de cicatrisation de la nature par des tractions intempestives; il faut se contenter de laisser le membre en repos dans la gouttière; de cette manière, on a au moins la chance de remédier à des déplacements par trop difformes, et on prévient la flexion de la cuisse sur le bassin. Quant à dire qu'il n'y a pas de guérison réelle dans une coxalgie grave confirmée, je crois que c'est se montrer par trop difficile. Quelques-uns d'entre vous se souviennent peut-être d'avoir vu ici une jeune fille dont l'observation est, je crois, dans la thèse de M. Gibert; elle avait eu à la suite d'une fièvre typhoïde une véritable luxation de la hanche; la luxation fut réduite, et lorsque au bout de quelques mois, l'enfant vous fut présentée, ses mouvements étaient si réguliers, que personne ne put dire de quel côté la coxalgie avait eu lieu. Qu'il soit resté peut-être un peu d'atrophie du membre, c'est possible; mais je crois que c'est bien là une véritable guérison.

(1) Suite. — Voir notre dernier numéro.

M. DEMARQUAY. J'ai été très-heureux d'entendre M. Giraldès faire l'historique de l'extension. Je crois comme lui que la saillie du grand trochanter et la tendance à la luxation sont dues à la rétraction des muscles adducteurs. Il y avait un appareil qui avait été fait pour remédier à cette tendance, c'était l'appareil de Martin.

M. GIRALDÈS. Je n'ai pas cité l'appareil de Martin, parce que à mon avis c'est le plus détestable des appareils.

M. GUERSANT. Je n'ai jamais vu dans ma vie que deux cas de guérison complète de la coxalgie; les deux guérisons ont été obtenues à l'aide de l'appareil de Martin.

M. GIRALDÈS. Il y a deux appareils Martin. Le premier est un appareil de contention; l'autre est un appareil à double flexion, que je considère comme très-mauvais.

RAPPORT VERBAL.

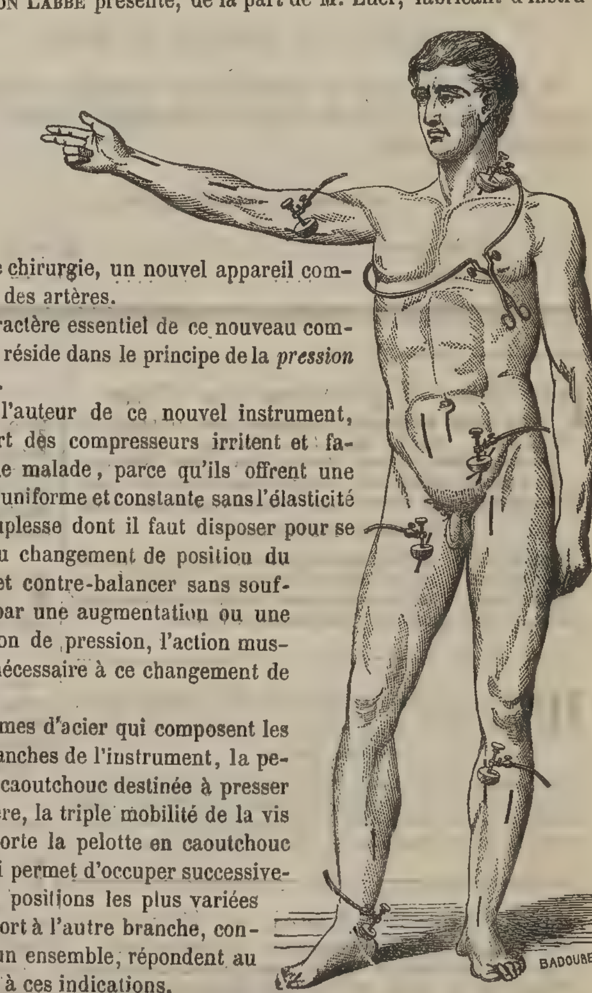
M. LÉON LABBÉ fait un rapport verbal sur un travail de M. Ladureau, médecin de l'hôpital militaire de Cambrai.

Ce travail était relatif à trois cas d'hygroma prérotulien, à un cas d'hématocèle prérotulienne, et à un fait de fracture compliquée de la rotule, avec large plaie pénétrante de l'articulation.

La conclusion du rapporteur est la suivante : Déposer le travail de M. Ladureau aux archives.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. LÉON LABBÉ présente, de la part de M. Lüer, fabricant d'instruments de chirurgie, un nouvel appareil compresseur des artères.



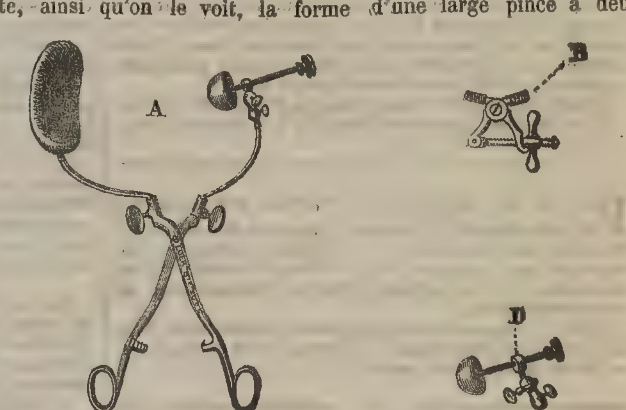
Le caractère essentiel de ce nouveau compresseur réside dans le principe de la *pression élastique*.

Selon l'auteur de ce nouvel instrument, la plupart des compresseurs irritent et fatiguent le malade, parce qu'ils offrent une pression uniforme et constante sans l'élasticité et la souplesse dont il faut disposer pour se prêter au changement de position du malade et contre-balancer sans souffrance, par une augmentation ou une diminution de pression, l'action musculaire nécessaire à ce changement de position.

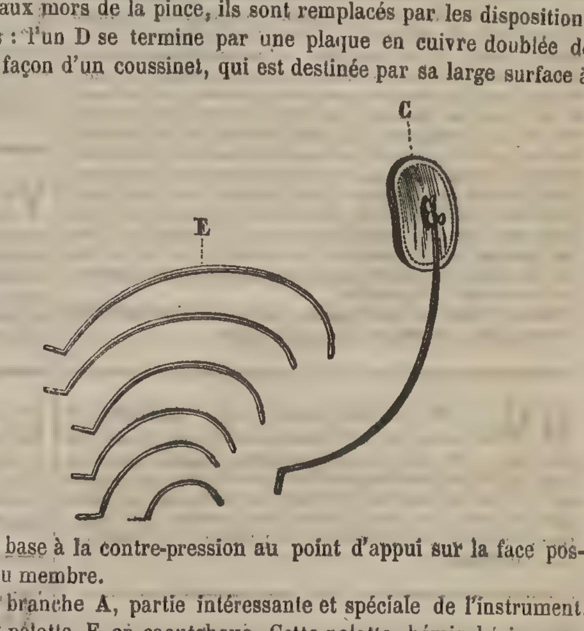
Les lames d'acier qui composent les deux branches de l'instrument, la pelotte en caoutchouc destinée à presser sur l'artère, la triple mobilité de la vis qui supporte la pelotte en caoutchouc et qui lui permet d'occuper successivement les positions les plus variées par rapport à l'autre branche, constituent un ensemble, répondent au contraire à ces indications.

Selon que le compresseur nouveau devra s'appliquer à l'artère du bras, de la jambe, du bas-ventre ou du cou, etc., les branches seront plus ou moins grandes, plus ou moins écartées.

L'instrument compresseur, représenté dans la planche ci-contre, affecte, ainsi qu'on le voit, la forme d'une large pince à deux branches, dont le degré d'écartement ou de pression peut-être rendu fixe au moyen d'une agrafe à crémaillère C.



Quant aux mors de la pince, ils sont remplacés par les dispositions suivantes : l'un D se termine par une plaque en cuivre doublée de cuir à la façon d'un coussinet, qui est destinée par sa large surface à offrir une base à la contre-pression au point d'appui sur la face postérieure du membre.



L'autre branche A, partie intéressante et spéciale de l'instrument, porte une pelotte E en caoutchouc. Cette pelotte, hémisphérique par sa face interne, est aplatie en dehors; ses dimensions varient suivant le volume des parties sur lesquelles elle doit reposer

Cette pelotte, souple et élastique, est fixée à l'extrémit d'une vis,

portée elle-même sur la branche correspondante de la pince. La vis est ajustée sur la branche par une articulation à volute, de manière à pouvoir se mouvoir dans tous les sens et être ensuite assujettie dans une position donnée.

Toutes les pièces de l'appareil peuvent se démonter, de manière à offrir un très-faible volume.

M. Labbé a eu l'occasion d'expérimenter cet appareil, et les résultats qu'il a obtenus lui ont paru satisfaisants.

M. Giraldès. Je me suis servi du compresseur de M. Lüer pour comprimer l'artère fémorale, dans un cas d'amputation de la cuisse. La compression exercée à l'aide de cet instrument n'a rien laissé à désirer.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. Tillaux présente une pièce d'*hyperthrophie générale de l'utérus*, coïncidant avec la présence d'un petit corps fibreux dans le col.

Des détails relatifs à cette pièce intéressante seront donnés dans une des prochaines séances.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

La présentation pour le classement des candidats à la chaire de pathologie externe a eu lieu jeudi 25 novembre. L'élection a donné les résultats suivants :

PREMIÈRE PLACE (29 votants).

M. Dolbeau	15 voix.
M. Trélat	14 —

DEUXIÈME PLACE (29 votants).

M. Trélat	17 voix.
M. Léon Lefort	8 —
M. Guyon	2 —
M. Léon Labbé	2 —

TROISIÈME PLACE (28 votante).

M. Guyon	15 voix.
M. Léon Labbé	6 —
M. Léon Lefort	6 —
M. Panas	1 —

En conséquence, la liste de présentation sera formée de la manière suivante :

En 1re ligne : M. Dolbeau.
En 2e ligne : M. Trélat.
En 3e ligne : M. Guyon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La séance de rentrée de l'École de médecine de Nantes a eu lieu le 5 novembre.

Les concours pour les prix, qui avaient eu lieu le 17 août dernier, ont donné lieu aux récompenses suivantes, proclamées dans cette séance de rentrée :

Étudiants en médecine. — Première année. 1er prix : M. Porson; 2e prix : M. Courtade. 1er accessit : M. Dianoux; 2e accessit : M. Courtois.

Deuxième année. Mention honorable : M. Lamy.

Troisième année. 1er prix : M. Mainguy; 2e prix : M. Gruget. Accessit : M. Cado.

Étudiants en pharmacie. — Accessit : M. Herviaux.

Concours pour les prix de clinique. — 1er prix : M. Mainguy. Accessit : M. Franco.

A la suite du concours ont été nommés :

Internes : MM. Moreau, Tartenson, Cado, Cormier, Audouy et Delibès;

Externes : MM. Kirmisson, Dianoux, Courtois, Thébaud, Génuit, Porson, Courtade, Gouraud, Buchoux et Hervouet.

— M. Legrand du Saulle, médecin de Bicêtre, commencera un cours public sur les maladies mentales et la médecine légale des aliénés, le lundi 30 novembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre nº 2 de l'École pratique, et il le continuera les mercredis et les vendredis suivants, à la même heure. — Des conférences spéciales sur l'épilepsie seront annoncées ultérieurement.

— M. le docteur Ed. Meyer commencera un cours d'ophthalmologie, le lundi 30 novembre, à sept heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre nº 3 de l'École pratique.

Il continuera ses conférences cliniques sur les maladies des yeux tous les lundis et vendredis, à une heure précise, à son dispensaire, rue de l'École-de-Médecine, 41.

— M. le docteur Fort commencera un cours public et gratuit de chirurgie, le lundi 30 novembre 1868, à quatre heures, dans l'amphithéâtre nº 1 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis de chaque semaine, à la même heure.

— M. le docteur Berrut commencera un cours de chirurgie pratique à la Libre-École, 26, rue des Fossés-Saint Jacques, le 1er décembre 1868, à onze heures du matin, et le continuera les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, à la même heure.

Le cours sera complet à la fin de l'année scolaire.

Pendant le semestre d'hiver, après la description anatomique de chaque appareil, des séances auront lieu à l'École pratique par la démonstration sur des préparations anatomiques.

Le professeur groupera, autour de la description de chaque appareil, les faits actuellement acquis à la chirurgie prattique.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 140. — MARDI 1er DÉCEMBRE 1868. 41e ANNÉE. MARDI 1er DÉCEMBRE 1868. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 30 novembre 1868.

En offrant au public médical une nouvelle édition d'un livre devenu promptement classique, M. Bouchut ne s'est pas contenté d'une reproduction plus ou moins déguisée. Le plan de l'ouvrage est resté le même; mais des additions nombreuses ont été faites; certains chapitres complétement remaniés. On se trouve en présence d'un livre nouveau, veritable encyclopédie pathologique, devant lequel s'incline tout médecin sachant apprécier à leur valeur les efforts soutenus qu'exige un pareil travail.

La simple analyse d'une œuvre aussi considérable dépasserait, et de beaucoup, les limites qui nous sont assignées. Nous devons nous contenter de donner un rapide aperçu en cherchant à mettre en relief les parties sur lesquelles nous croyons utile d'appeler plus particulièrement l'attention, et surtout celles où s'accuse plus franchement la personnalité scientifique de l'auteur.

Le médecin qui s'engage dans la lecture d'une œuvre d'aussi longue haleine aime à savoir dès les premières pages sur quel terrain il va se trouver et quelles sont les doctrines médicales qui vont régner dans l'ouvrage. Sous ce rapport, la profession de foi de M. Bouchut ne se fait pas attendre. Le livre débute par un chapitre ayant pour titre : « De la nature de l'homme. » On y trouve résumées les doctrines que l'auteur a développées il y a déjà plusieurs années dans son livre « De la vie et ses attributs dans leurs rapports avec la philosophie, l'histoire naturelle et la médecine. » Nous sommes en présence d'un vitalisme *de transition* défendu par son auteur avec toute l'énergie que comporte une conviction profonde.

Jusqu'ici, en effet, la question s'était nettement posée entre les deux camps. La vie est-elle simplement le résultat de l'organisation? La vie est-elle, au contraire, un principe qui précède l'organisation, préside à l'évolution de la matière qui n'est qu'un support, un instrument?

M. Bouchut trouve un moyen terme. Nous ne pouvons mieux faire que lui laisser la parole.

« Je suis de ceux qui croient que la vie est une cause plus qu'un effet, et qu'elle résulte de l'action d'un principe associé à l'organisation... A côté du principe de la vie morale de l'homme que je n'ai pas à étudier ici, il y a chez lui un principe de la vie physique dont je prétends établir l'existence... Ce principe est une substance matérielle qui, par son mélange au germe, devient l'essence et le principe de conservation des êtres vivants; c'est au service de l'âme un élément qui renferme tous les autres en puissance; mais au moins, dans cet agent physique une fois démontré, nous trouvons la raison d'être de toutes les maladies innées, du plus grand nombre des maladies accidentelles et de tous les phénomènes physiologiques connus..... Il est indispensable d'admettre l'existence d'un *agent vital* indépendant des organes et de leurs propriétés organiques, force vitale que je considère comme l'effet d'un *ferment* physiologique propre à chaque espèce en particulier, à chaque individu même, et dont le rôle serait de mouvoir la matière dans un certain ordre commandé par la nature des espèces, des races et des personnes. C'est à côté de la doctrine de l'âme immatérielle et libre, une théorie nouvelle dont la base serait l'existence d'un principe de vie matériel, susceptible de modification, et par cela même tombant sous l'analyse... Il n'y a de vraie doctrine médicale que celle qui tient compte des trois éléments constitutifs de l'homme : *l'âme, l'agent vital* et *l'organisation avec ses propriétés de tissu.* »

Nous avons tenu à reproduire exactement les principaux passages dans lesquels M. Bouchut présente sa formule vitaliste.

L'agent vital de notre auteur diffère donc essentiellement du principe vital de Fizes, de Barthez, de Lordat, sorte de seconde âme immatérielle présidant à la direction des actes vitaux. Ledit agent est *matériel* comme le corps auquel il est associé. Or, un agent matériel n'est que le produit même de la matière qui en révèle l'existence et sans laquelle il ne saurait se concevoir. L'électricité se comprend-elle en dehors des conflits moléculaires qui lui donnent naissance?

C'est principalement dans l'étude de l'embryogénie que notre auteur va chercher les principales preuves qu'il juge propres à appuyer sa doctrine. C'est là que la vitalité trouve une position en quelque sorte inexpugnable et dans laquelle il peut défier facilement les arguments de l'organisme.

On peut, en effet, soutenir que la vie n'est que l'ensemble des propriétés de la matière arrivée à l'état de perfection où nous l'observons chez les êtres organisés. Mais comment comprendre et expliquer l'évolution d'un germe suivant un type donné sans faire intervenir une force particulière présidant à cette évolution et la dirigeant. De deux germes semblables et composés d'éléments identiques vont sortir deux êtres complétement différents. Les attributs de la vie existent donc, sinon en dehors de toute organisation, comme le veut M. Bouchut, au moins en dehors de toute variété d'organisation pouvant rendre compte de la variété des résultats.

C'est là, je crois, qu'il faut aller chercher le grand argument du vitalisme. Je fais meilleur marché des arguments que l'auteur tire de l'*impressibilité* (sensibilité organique de Bichat) et de l'*autocinésie* (faculté de se mouvoir par soi-même). L'exercice de ces facultés suppose, il est vrai, dans les organismes supérieurs des organes appropriés; mais il serait facile de citer une foule de mouvements qui s'accomplissent dans les organismes élémentaires sans aucun organe de locomotion, en vertu des lois toutes physiques de l'endosmose ou de l'affinité. Les mouvements des globules sanguins, la segmentation du vitellus peuvent parfaitement se comprendre et s'expliquer sans l'intervention de cette force d'*autocinésie* que je laisserais sans remords au philosophe Thalès qui l'a inventée.

C'est donc dans l'évolution du germe, dans la *promorphose*, dans cette direction prévue, voulue, que suivra l'embryon, que se révèle avec le plus d'évidence la vie supérieure à l'organisation qu'elle complète, antérieure à des actes qu'elle dirige, distincte de la matière et présidant à sa formation et à ses modifications ultérieures.

Sans vouloir insister plus longtemps sur un pareil sujet où tout médecin apporte naturellement son contingent d'idées personnelles, contentons-nous de donner la formule vitaliste que M. Bouchut résume dans les propositions suivantes :

« Il y a dans l'homme un principe qui maintient la matière brute en dehors de ses lois habituelles pour l'assujétir aux besoins de son existence, pour favoriser son développement, pour entretenir la forme et la perpétuité de l'être, pour lutter contre les causes nuisibles et pour empêcher la décomposition du corps.

« Ce principe, susceptible d'analyse, est incorporé aux germes et donne à la matière vivante des attributs spéciaux d'impressibilité d'autocinésie et de promorphose, antérieurs à toute organisation et indépendants de la structure des organes.

« Ce principe, susceptible d'altération, peut être malade et engendrer des affections de nature spéciale.

« C'est enfin le moteur de la matière organique, et par son analogie avec les ferments, il mérite le nom de ferment vital. »

La notion de la maladie découle naturellement de ces prémisses. M. Bouchut la définit : Une altération du principe de la vie avec ou sans lésion des organes ou de leurs fonctions. Toutes les maladies ne sont que des impressions transformées.

Le livre se divise en deux parties bien distinctes : une pathologie générale et une séméiologie. C'est le cadre adopté par les auteurs français. On a l'habitude d'associer ainsi deux parties de la science pathologique complétement distinctes et traitant de matières fort differentes; la pathologie générale cherchant à établir les grands principes qui dominent la médecine; la séméiotique, science de détails, d'observation, ressortissant à la clinique proprement dite.

Un vaste chapitre est consacré à l'étiologie. Toutes les causes des maladies y figurent successivement. Le chapitre se termine par des considérations générales sur l'action des causes morbifiques. Impression et réaction, tout s'explique par ces deux mots. Les influences extérieures ne deviennent causes morbifiques que par l'impression qu'elles produisent sur l'organisme. De même qu'il y a des mouvements réflexes, il y a des actes morbides réflexes, résultat d'impressions inconscientes agissant profondément sur l'état dynamique et sur les tissus, et modifiant l'individu suivant son impressibilité propre.

Les causes des maladies étant ainsi appréciées, nous arrivons à la constitution même de la maladie. Ici se place la discussion des éléments morbides, cet éternel *casus belli* de tous les pathologistes. Fidèle à ses principes, M. Bouchut admet des éléments dynamiques : fièvre, douleur, spasme, élément catarrhal, inflammatoire, fluxionnaire, adynamique, malin, etc...., et des éléments organiques : anémie, pléthore, état putride ou septique, état muqueux, bilieux, etc....

Remarquons en passant combien cette classification des éléments présente de difficultés pour les meilleurs esprits. Nous voyons ici figurer d'un côté l'élément catarrhal, de l'autre l'élément muqueux (?); dans les éléments dynamiques se rangeraient le fluxionnaire, l'adynamique, le malin, et dans les organiques le putride, le septique, le bilieux; sans compter que plusieurs de ces éléments, tels que l'inflammatoire, le catarrhal, le putride, le bilieux pourraient facilement être dissociés et ramenés eux-mêmes à des éléments moins composés.

Le siége, la marche, la durée des maladies, leurs terminaisons, les indications thérapeutiques qu'elles présentent, telles sont les principales matières contenues dans cette première partie de l'ouvrage, consacrée à l'étude de la *maladie en général.* Elle se termine par un chapitre critique consacré à la classification des maladies. Celle que M. Bouchut propose et qui est construite, comme l'auteur l'indique lui-même, sur les bases de la classification qui figure dans la nosographie de M. Bouillaud, a l'avantage de comprendre, comme son aînée, les maladies médicales et chirurgicales. Une pareille classification nous paraît devoir être exclusivement réservée pour la pathologie générale. Elle est donc ici parfaitement à sa place. Il importe, en effet, d'exposer dans une vue d'ensemble les caractères généraux des phlegmasies, des congestions, des hémorrhagies, etc., et de montrer l'identité de ces grands faits pathologiques observés dans les différents tissus ou appareils. Mais une pareille classification, portée dans un cours de pathologie interne, me paraît perdre ses principaux avantages. En la suivant, on se trouve obligé de décrire dans un même chapitre des maladies fort dissemblables par leurs symptômes. On évite, au contraire, cet inconvénient en étudiant successivement les maladies des différents appareils organiques. Il est évident qu'une métrite et une métrorrhagie auront bien plus d'affinités, de symptômes communs, qu'une métrorrhagie et une hémorrhagie cérébrale, par exemple. Dans la classification de M. Bouchut, nous verrions figurer la congestion pulmonaire dans la deuxième classe (fluxions et congestions) et l'apoplexie pulmonaire dans la dixième (hémorrhagies). Il y a là un inconvénient sur lequel il me paraît inutile d'insister.

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude des maladies en général.

Ce qu'il nous faut louer sans réserve dans le livre de M. Bouchut, c'est le soin avec lequel l'auteur suit et expose tous les progrès de la science. Nous en trouvons une preuve dans le chapitre des fièvres, où les modifications de la température sont l'objet d'une étude particulière; dans le chapitre de l'inflammation complétement remanié; dans celui des nosohémies, où nous trouvons l'analyse des travaux qui ont eu pour objet l'examen du sang dans les maladies infectieuses.

Un exposé complet, une critique solide des théories allemandes figure au chapitre des nosorganies.

Celui des tubercules nous offre une analyse savante des belles recherches de M. Villemin, qui viennent de remuer si profondément les idées généralement acceptées sur les maladies tuberculeuses.

L'étude du parasitisme forme un chapitre des plus intéressants. Des figures nombreuses, habilement choisies et d'une exécution soignée lui donnent un attrait tout spécial.

Le deuxième livre se termine par une étude un peu courte des névroses. Nul, plus que l'auteur, n'avait qualité en pareille matière.

La troisième partie de l'ouvrage traite, comme nous l'avons dit, de la séméiologie.

Tous les procédés d'exploration : procédés nouveaux ou procédés anciens modifiés, cystométrie, spirométrie, laryngoscopie, dynamoscopie, sont longuement étudiés et appréciés, et clairement expliqués à l'aide de figures spéciales.

Un chapitre de prédilection devait naturellement être consacré par M. Bouchut à la *cérébroscopie* dont il fait depuis six ans une étude constante. Ainsi que l'auteur l'indique, la cérébroscopie a pour but de diagnostiquer par l'ophthalmoscope les maladies du système nerveux. Il est aujourd'hui avéré que, dans beaucoup de cas, l'examen du fond de l'œil peut confirmer et souvent fixer le diagnostic d'une maladie cérébrale. Dans la pensée de l'auteur, la cérébroscopie doit être, pour la pathologie du cerveau, ce que sont la percussion et l'auscultation pour les maladies du poumon et du cœur. Ces espérances ont conduit M. Bouchut à des recherches souvent heureuses, pleines d'un vif intérêt et dont il paraît impossible aujourd'hui de contester les résultats, mis en évidence par des planches fort soignées. Malheureusement, ce procédé d'investigation demande

une grande habitude qui ne peut s'acquérir que par des recherches multipliées, et dont les difficultés sont singulièrement augmentées par les conditions mêmes des malades que l'on est appelé à observer.

Les travaux récents qui ont eu pour objet l'étude de la température sont très-complétement exposés. On sait combien l'importance de ce nouveau procédé d'exploration, inauguré par M. Bouillaud, s'est révélée dans ces derniers temps par les résultats inattendus auxquels ont conduit les travaux de Traube, de Wunderlich, Hirtz et autres. On trouvera tous ces résultats condensés et contrôlés par des expériences nouvelles.

Les belles recherches de M. Marey sur la circulation, les usages du cardiographe, du sphygmographe sont exposées avec tous les développements que méritent ces ingénieuses applications des recherches de laboratoire à la pathologie. Mais ce sont précisément ces applications que M. Bouchut critique tout en reconnaissant les mérites singuliers de l'expérimentation physique.

L'ouvrage se termine par un chapitre sur l'examen des urines, dans lequel sont passés en revue les différents procédés d'analyse physico-chimique et les services qu'ils peuvent rendre à la séméiologie.

En terminant cette rapide analyse d'un livre où toute la médecine est passée en revue, après avoir donné un aperçu de la disposition des matières, et exposé de notre mieux les doctrines qui dominent en quelque sorte l'ouvrage, nous restons sous une impression que beaucoup de lecteurs partageront, celle d'un véritable étonnement en face d'une œuvre dont les développements sont inusités de nos jours. C'est une véritable encyclopédie médicale dont la lecture enrichit l'esprit d'une foule de connaissances indispensables en même temps qu'elle le force à reconnaître, dans l'auteur qui nous conduit dans ce dédale, une puissance de travail, une activité féconde auxquelles il serait souverainement injuste de ne pas rendre hommage.

D[r] Blachez,
Médecin des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE. — M. Charcot.

Histologie de la sclérose en plaques.

(Leçon recueillie par M. Bourneville, interne des hôpitaux.)

Nous ne connaissons jusqu'ici les lésions de la sclérose en plaques que par leur côté extérieur, visible à l'œil nu. Cela n'est pas suffisant. Aussi, pour compléter ce que nous savons à cet égard, voulons-nous aujourd'hui entreprendre une tâche difficile : c'est-à-dire que, pénétrant plus avant dans l'étude des lésions, nous rechercherons quelles modifications subissent les éléments anatomiques, non pas seulement à telle ou telle époque du processus morbide, mais successivement à toutes ses phases.

Pour mener à bonne fin cette entreprise, qui se rapporte à des faits minutieux d'une exposition laborieuse, je réclamerai à la fois et toute votre attention et toute votre indulgence.

La méthode à suivre est simple. Nous devons partir des conditions normales; celles-ci une fois connues, il sera plus aisé d'en faire dériver les conditions morbides. La connaissance préalable des caractères de l'état normal, en ce qui concerne les organes et les éléments dont nous voulons étudier les altérations, vous est sans doute familière, et nous pourrions, à la rigueur, entrer de plain-pied dans l'examen des lésions intimes. Toutefois, vous le savez, l'anatomie histologique des centres nerveux est, sous quelques rapports, toute nouvelle; bon nombre des questions qu'elle soulève sont encore en litige; et cependant, pour l'intelligence des lésions pathologiques, il n'est pas indifférent d'avoir sur ces questions une opinion plus ou moins motivée. Ces considérations nous engagent à vous remettre en mémoire, au moins sommairement, certains faits fondamentaux d'anatomie normale. Nous nous occuperons, d'ailleurs, surtout de la moelle épinière, organe moins complexe et d'un abord plus facile que ne l'est le cerveau. Mais, afin de limiter le champ de nos études, nous ne nous arrêterons pas à décrire les éléments nerveux proprement dits, tubes ou cellules, non plus qu'à vous rappeler les rapports réciproques et le mode de groupement qu'ils affectent pour constituer ce que l'on nomme la substance blanche et la substance grise. Nous nous proposons de concentrer votre attention sur la gangue conjonctive qui de toutes parts enveloppe ces éléments. Un grand intérêt s'attache à l'histoire de cette gangue conjonctive, principalement pour le pathologiste; car c'est à elle qu'il faut attribuer le rôle capital dans certaines altérations des centres nerveux et en particulier dans les cas qui nous occupent (1).

I

A. — Il sera, je crois, avantageux d'inaugurer cette étude par l'examen de tranches minces, transparentes, pratiquées transversalement sur des tronçons de moelle convenablement durcis dans une solution d'acide chromique, et colorés par le carmin. Le carmin est ici un réactif précieux. Grâce à lui, certains éléments qui ont la propriété de se colorer sous son influence d'une teinte plus ou moins vive, sont par là mis en relief, alors que les autres conservent leur aspect ordinaire. Ainsi les cellules ganglionnaires, leur noyau, leur nucléole et aussi les prolongements de ces cellules, se colorent fortement sous l'influence de ce réactif. La gangue conjonctive se colore également dans tous les points de son étendue, à la vérité d'une manière bien moins prononcée; et, pour ce qui a trait aux tubes nerveux, seul le cylindre d'axe prend la couleur du carmin, tandis que l'enveloppe de myéline résiste complétement à son action.

Tous les détails que ce mode préparatoire met en relief, vous pourrez les suivre sur la planche d'après Deiters (1), que je vous présente; vous les retrouverez ensuite facilement sur les très-belles coupes que je vais faire passer sous vos yeux et que je dois à l'obligeance de notre confrère M. Lockhart Clarke; il conviendra d'examiner ces pièces d'abord à l'aide d'un faible grossissement.

Sur les préparations comme sur la planche, les parties qui appartiennent à la substance blanche de la moelle vous paraissent sans doute, au premier abord, presque entièrement composées de petits corps régulièrement arrondis, sortes de disques placés côte à côte et à peu près de même diamètre. Ce sont les tronçons cylindriques très-minces, résultant de la section des tubes nerveux, lesquels tubes sont là, dans cette partie de la moelle, disposés pour la plupart suivant le grand axe de l'organe, et, comme sont les prismes d'une chaussée basaltique, parallèlement les uns aux autres. Au centre des disques qui, dans le reste de leur étendue, sont constitués par la myéline non colorée, d'aspect brillant, translucide, figure comme un point, ou mieux comme un petit globule, le cylindre d'axe coloré en rouge.

Un examen un peu plus attentif fait constater bientôt que les disques en question ne sont pas exactement contigus, et qu'ils sont, au contraire, plus ou moins nettement séparés les uns des autres, par une substance d'apparence homogène, que le carmin colore légèrement et qui semble combler, à la manière d'un ciment, tous les vides que les éléments nerveux laissent entre eux. Cette substance n'est autre que la gangue conjonctive, comme nous l'appelions tout à l'heure, ou, autrement dit, la névroglie (Virchow), le réticulum (Kolliker). En étudiant son mode de répartition et d'agencement sur les diverses parties de la coupe, vous reconnaîtrez aisément qu'elle entre pour une part très-importante dans la masse de l'organe. Remarquez en premier lieu qu'elle forme à la partie périphérique de la coupe, un anneau ou mieux une zone, d'une certaine épaisseur et où les tubes nerveux font absolument défaut. Cette zone est recouverte à l'extérieur et enveloppée, pour ainsi dire, par la pie-mère avec laquelle elle ne contracte que de faibles adhérences; elle est d'ailleurs parfaitement distincte, quant à sa structure, de cette dernière membrane, qui est composée de tissu conjonctif fibrillaire et par conséquent tout autrement que la névroglie. Elle a été décrite avec soin par Bidder et par Frommann, qui la désignent sous le nom de *couche corticale* du réticulum (Riudeuschicht); nous verrons plus tard qu'elle présente parfois, au point de vue pathologique, un intérêt incontestable (2).

Du bord interne de cette zone ou couche corticale, on voit naître et se détacher, de distance en distance, des cloisons qui se dirigent vers le centre de la moelle, qu'ils partagent en compartiments triangulaires à peu près égaux, dont la base est à la périphérie et dont le sommet se perd dans la substance grise. Ces cloisons donnent elles-mêmes naissance, chemin faisant, à des tractus secondaires, puis tertiaires, qui se subdivisent aussi à leur tour et dont les ramifications s'enchevêtrent, se croisent et s'anastomosent de manière à produire un réseau à mailles d'inégale dimension. De ces mailles, les plus larges réunissent, sous forme de faisceau, huit, dix tubes nerveux, ou même un plus grand nombre, tandis que les plus étroites n'en renferment, le plus souvent, qu'un seul. La disposition réticulée dont il s'agit devient surtout évidente dans les points de la préparation, où, par suite de la disparition des tubes nerveux, le squelette conjonctif persiste seul.

Plus encore peut-être que dans la substance blanche, la névroglie joue dans la substance grise un rôle important; il est, en effet, des régions de celle-ci qu'elle constitue d'une manière presque exclusive; tels sont, par exemple, les bords du canal central, le cordon de l'épendyme. Elle est prédominante aussi dans cette partie des cornes postérieures connue sous le nom de substance gélatineuse de Rolando; dans la commissure postérieure qui, en conséquence, prend dans sa presque totalité une teinte rosée sur les préparations traitées par le carmin, tandis que la commissure antérieure, au contraire, en raison des nombreux tubes nerveux à direction transversale qu'elle contient, est beaucoup moins affectée par le réactif. Dans la substance grise, d'ailleurs, de même que dans la substance blanche, la névroglie présente la structure réticulée; seulement, dans le premier cas, les intrications beaucoup plus multipliées des trabécules forment des mailles notablement plus serrées et font voir l'apparence d'un tissu spongieux. Dans ces deux conditions, du reste, elle sert de support aux vaisseaux sanguins.

B. — Il convient actuellement de rechercher, à l'aide de grossissements plus puissants, quelle est la constitution histologique de cette gangue conjonctive dont nous ne connaissons encore que les apparences les plus extérieures. S'agit-il là du tissu conjonctif ordinaire (tissu lamineux, fibrillaire)? Non, assurément; tout le monde s'entend sur ce point. Mais en dehors de cette notion purement négative, presque tout reste litigieux dans l'histoire histologique de la névroglie. Toutefois, une opinion tend ici à prévaloir, et cette opinion, si j'en juge d'après des impressions fondées sur des observations personnelles, se rapprocherait beaucoup de la réalité. D'après cette manière de voir, la névroglie serait faite, comme le stroma des glandes lymphatiques, par exemple, suivant le type du *tissu conjonctif simple réticulé* (Kœlliker); c'est-à-dire qu'elle serait essentiellement composée de cellules étoilées, en général pauvres en protoplasma, portant des prolongements grêles, plusieurs fois ramifiés et dont les branches communiquent les unes avec les autres, de manière à relier en un seul système les diverses cellules et à les rendre pour ainsi dire solidaires (Kœlliker (1), Max, Schultze, Frommann (2). Dans cette forme du tissu connectif, il n'existe que fort peu de substance amorphe dans les mailles du réticulum, et la substance intermédiaire fibrillaire qui est l'un des caractères fondamentaux du tissu lamineux, fait ici complétement défaut.

Voyons maintenant ce que l'observation directe permet de reconnaître sur des coupes minces de la moelle, durcies par l'acide chromique et colorées par le carmin; comme dans le cas du stroma des glandes lymphatiques que nous prenions il y a un instant pour exemple, il faut ici distinguer en premier lieu des cellules et en second lieu un réseau de trabécules fibroïdes qui relient ces cellules entre elles. Il s'agira d'abord de ce que l'on voit dans la substance blanche.

Les points du réticulum où plusieurs trabécules se rencontrent, forment çà et là des renflements ou *nœuds* plus ou moins épais, situés à peu près à égale distance les uns des autres. Or, chacun de ces nœuds, ceux surtout qui se font remarquer par leur grande dimension, présentent vers leur partie centrale un corps figuré, arrondi ou légèrement ovalaire, plus vivement coloré par le carmin que ne le sont les parties avoisinantes. Ces corps sont des noyaux à contour net, finement grenus, dépourvus de nucléoles et mesurant en moyenne de 0 m. 004 à 0,007. Ils se montrent solubles dans l'acide acétique qui les fait se contracter dans tous les sens et diminue leur diamètre quelquefois de moitié; on les connaît sous le nom de *myélocytes* (Ch. Robin) (3) ou de *noyaux de la névroglie* (Virchow) (4). Une mince couche de protoplasma, sans apparence cellulaire distincte, entoure le plus souvent ces noyaux (myélocytes variété noyau) qui d'autres fois, au contraire, sont renfermés dans une véritable cellule arrondie ou étoilée (myélocytes variété cellule), et munis de prolongements plus ou moins nombreux (de 3 à 10 d'après Frommann), plus ou moins allongés (5). Les prolongements paraissent faire corps avec les trabécules du réticulum qui les continuent, pour ainsi dire, sans ligne de démarcation appréciable; dans le cas où la forme cellulaire n'est pas distincte, les noyaux nus ou recouverts seulement d'une mince couche de protoplasma, apparaissent comme des centres d'où naissent les trabécules du réticulum et d'où elles irradient pour se porter dans diverses directions.

Les trabécules doivent être étudiées à leur tour et considérées indépendamment des connexions qu'elles peuvent avoir soit avec les noyaux, soit avec les cellules qui occupent les nœuds du réticulum; leur texture varie quelque peu selon que l'on examine des coupes transversales ou des coupes longitudinales. Dans le premier cas, elles simulent de minces cloisons homogènes, brillantes, d'aspect fibroïde. En s'anastomosant, elles forment des mailles dont les plus étroites sont assez larges encore pour contenir un tube nerveux. S'agit-il de coupes longitudinales? On voit les trabécules se ramifier presque à l'infini et produire un réseau à mailles beaucoup plus fines. Ce réseau est d'ailleurs disposé sous forme de cloisons qui séparent les uns des autres les tubes nerveux et les entourent à la manière d'une gaîne. Les vides qui existent çà et là, entre les gaînes et les tubes nerveux, semblent comblés par une petite quantité d'une matière amorphe, finement grenue. Nulle part on ne rencontre, dans l'état normal, au milieu de ces trabécules les minces fibrilles qui font partie intégrante du tissu lamineux.

Dans la substance grise, la névroglie est faite sur le même plan général; seulement, les mailles du réseau fibroïde, surtout dans les points où les éléments nerveux font défaut, y sont plus serrées que dans la substance; et de là résulte l'aspect spongieux que nous avons déjà mentionné. Ajoutons que les cellules étoilées se montrent plus nombreuses que partout ailleurs dans certaines régions de la substance grise et qu'elles sont parfois tellement développées qu'il devient fort difficile de les distinguer des cellules nerveuses; mais nous aurons l'occasion d'insister sur ce dernier point.

Un réseau fibroïde dense, à mailles étroites, des cellules nombreuses se retrouvent aussi dans les parties des faisceaux blancs où manquent les tubes nerveux, dans la couche corticale (Riudeuschicht), par exemple, et dans les grandes cloisons qui y prennent leur origine.

---

(1) On sait que les premières études sur la gangue conjonctive de la moelle épinière remontent à 1810 et sont dues à Keuffel; mais ce que l'on sait moins, c'est que Cruveilhier, dans son article Apoplexie, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, publié en 1820, a mentionné « le tissu cellulaire séreux extrêmement délié qui unit et sépare les fibres cérébrales et qui forme « une trame excessivement tenue ». (*Loco cit.*, p. 209.)

(1) O. Deiters. *Untersuch. über Gehern und Rukenmark*. Braunschweig, 1865. Planche III, fig. 12.

(2) C. Frommann. *Untersuch. über die Normale und patholog. anatom. des Ruckeumarkes*. Iéna, 1864.

(1) Kœlliker. *Geweblehre*, 5e édit. Leipzig, 1867, § 108.

(2) *Loco cit.*

(3) Robin. *Programme du cours d'histologie*, 1864, p. 46. — *Dictionn. encyclopédique*, 2e sér., t. I, 1re part., art. *Lamineux*, p. 284.

(4) Virchow. *Die Kraekhaft. Geschwülste*, 1864-65, t. II, p. 127.

(5) Voir sur ce sujet : Hayem et Magnan. *Journal de la Physiologie*, etc., n° 1, 1867. — Hayem. *Études sur les diverses formes d'encéphalite*, 1868.

Si l'on s'en rapporte à la description qui précède, la névroglie mérite incontestablement d'être rattachée au type du tissu conjonctif réticulé, dont nous rappelions tout à l'heure les caractères essentiels.

Mais cette description a été tracée principalement, — vous ne l'avez pas oublié, — d'après des observations faites sur des fragments de moelle qui ont subi, pendant un temps plus ou moins long, l'action de l'acide chromique. Or, les résultats obtenus à l'aide de ce mode de préparation sont-ils à l'abri de la critique? Telle n'est pas l'opinion de quelques auteurs, parmi lesquels il faut citer, au premier rang, des maîtres tels que Henle et Ch. Robin (1). Suivant eux, le réticulum fibroïde décrit plus haut n'aurait pas d'existence réelle; ce serait un produit de l'art. A l'état frais, avant l'intervention des réactifs, les espaces intermédiaire aux tubes nerveux seraient remplis, non par des trabécules solides formant par leur agencement, les mailles d'un réseau, mais tout simplement par une matière amorphe, molle, grisâtre, finement grenue, au sein de laquelle les myélocytes seraient comme suspendus.

Cette matière ayant la propriété de se durcir, sans perdre de son volume, sous l'influence de l'alcool et de divers acides, de l'acide chromique en particulier, c'est à cette circonstance qu'elle devrait de se présenter, sur les préparations traitées par ce dernier agent, sous la forme d'un appareil réticulé. A ces objections ont été opposés des arguments, ou pour mieux dire des faits, dont quelques-uns ont, croyons-nous, une valeur à peu près absolue. On reconnaît qu'il existe à l'état normal, interposée aux éléments nerveux, — à la vérité en faible proportion, — de la matière amorphe possédant les caractères qui viennent d'être indiquées (Kœlliker); on reconnaît également que sur les pièces fraîches, le réticulum est moins nettement dessiné que sur les pièces durcies par les acides. Mais il n'en est pas moins vrai que, même à l'état frais, les coupes fines de la substance blanche de la moelle, placées dans le sérum iodé et dilacérées sous le microscope, laissent voir nettement sur leurs bords les tractus fibroïdes du tissu conjonctif (Kœlliker, Frommann, Schultze). Ce résultat, facile à obtenir dans les conditions normales, s'accuse encore mieux dans certaines circonstances pathologiques ou les dispositions normales se montrent exagérées, sans être encore foncièrement modifiées (Virchow). C'est ce qui a lieu, entre autres, ainsi que nous le dirons, dans la myélite interstitielle subaiguë, et dans la sclérose proprement dite, lorsque l'altération n'a pas encore dépassé les premières phases de son évolution.

De tout cela on a conclu, — et nous croyons la conclusion légitime, — que, dans l'espèce, l'acide chromique n'a pas d'autre effet que de mettre mieux en relief la texture réticulée de la gangue conjonctive de la moelle épinière. Cette disposition préexiste; elle ne se produit pas de toutes pièces sous l'action du réactif.

Pour en finir avec les remarques que j'ai cru devoir vous présenter relativement à l'histologie normale du centre nerveux spinal, je n'ai plus qu'un mot à ajouter touchant une particularité anatomique qu'offrent les plus petits vaisseaux, principalement les capillaires artériels, dans l'épaisseur de cet organe. Ils possèdent, comme les artérioles intra-encéphaliques, cette tunique surnuméraire que l'on désigne communément sous les noms de gaîne lymphatique ou encore de gaîne de Robin. Un espace libre, rempli par un liquide transparent et où flottent quelques éléments figurés, sépare, vous le savez, cette gaîne de la tunique adventice. Vous reconnaîtrez bientôt l'intérêt qui s'attache à cette disposition anatomique lorsqu'il s'agira d'interpréter certaines lésions.

(La suite prochainement.)

OVARIOTOMIE

Obs. LXIII. — Ovariotomie pratiquée le 27 avril 1868. Guérison.

Par E. Kœberlé.

Madame B..., de Liancourt (Oise), âgée de 42 ans, d'une bonne constitution et d'un embonpoint prononcé, n'a eu qu'une seule grossesse en 1853. Les couches ont été normales et la santé a été très-bonne jusqu'en 1867. Madame B... avait remarqué depuis plusieurs années le développement de son ventre, lorsqu'elle fut obligée de s'aliter pendant tout le mois d'octobre 1867. Il s'était déclaré dans la partie latérale du côté gauche de l'abdomen une douleur très-vive qui irradiait jusque dans la cuisse. Le ventre grossit rapidement et il survint un amaigrissement considérable. M. le docteur Tixier, de Liancourt, avait alors reconnu l'existence d'un kyste de l'ovaire. M. Cazalis confirma ce diagnostic à Paris, et M. Nélaton détermina un kyste bilobé à gauche. Depuis le commencement de 1868, la malade a été très-souffrante et l'ovariotomie a été décidée. L'état général est très-satisfaisant d'ailleurs, et le tissu adipeux est encore assez abondant. Menstruation normale. La tumeur est peu volumineuse; elle est adhérente à la paroi abdominale et est formée d'un grand nombre de loges dont l'une est prédominante. L'utérus est central. Le col utérin est un peu dévié à droite. L'excavation pelvienne est libre. La malade a été ponctionnée le 23 avril, afin d'obtenir un retrait partiel du kyste et de la paroi abdominale, dans le but de diminuer la congestion des tissus et d'avoir ainsi une hémorragie moins considérable lors de l'opération, en divisant les adhérences. La ponction a fourni 8 litres de liquide clair, légèrement visqueux.

L'ovariotomie eut lieu le 27 avril 1868, en présence de MM. Ceccarelli (de Rome), Morpain et V. Revillout (de Paris), Cochu, Kien, Grollemund et F. Tixier.

Incision de 20 centimètres. Ponction et déchirure de diverses poches dont il s'écoula 4 litres de liquide clair, citrin et brunâtre. Les adhérences à la paroi abdominale purent être facilement séparées avec les doigts. Il n'existait pas d'autre adhérence. Le pédicule se rapportait au côté droit; il était court et les vaisseaux lymphatiques en étaient très-variqueux. Il fut lié en deux portions, et la tumeur, qui pesait encore 2 kilogrammes et demi, fut excisée. L'ovaire gauche était sain. La plaie fut réunie par cinq points de suture profonde et par une suture superficielle. La perte de sang a été de 250 grammes environ. L'opération a duré une heure et un quart. Le poids total du kyste était de 15 kilogrammes.

Après l'opération, il y eut des crampes utérines peu prononcées et des vomissements chloroformiques à deux reprises. Le pouls était très-développé à 75. Une sonde introduite dans le bassin, le long du pédicule, six heures après l'opération, ne ramena aucun liquide. Le pouls s'éleva à 84 pulsations le deuxième jour; le troisième, il descendit à 81. Quelques points de suture suppurèrent. La cicatrisation a été complète le 5 juin. La santé est devenue parfaite.

(1) *Dict. encyclopédique, loco cit.*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 6 novembre 1868. — Présidence de M. Chausit.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants.

M. Giraldès. J'ai l'honneur de présenter à la Société de médecine de Paris le quatrième fascicule de mes leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants; dans ce fascicule j'ai décrit :

1° Les polypes de l'urèthre;

2° Les calculs urinaires, et j'ai dû rechercher quelle était la meilleure méthode pour débarrasser mes jeunes malades de leur infirmité. Pour moi, la meilleure méthode est la lithothomie latéralisée. J'ai fait 45 opérations, et c'est selon moi, incontestablement la meilleure méthode, la plus sûre, et la plus féconde en bons résultats;

3° La périostite phlegmoneuse, affection mal connue, souvent méconnue, et qui est prise pour un rhumatisme;

4° La coxalgie; là s'est présentée une question du plus haut intérêt : dans le cas de coxalgie suppurée quelle voie doit suivre le chirurgien, et quelle est la méthode à employer? La résection de la hanche est-elle une opération à faire? Proposée par Charles Witt et par Vermandois au commencement de ce siècle, puis abandonnée, elle fut reprise par Antony Witt en 1821, puis abandonnée encore. Enfin, elle fut préconisée de nouveau en 1845, par Fergusson, en Angleterre, puis en Amérique et en Allemagne. Aujourd'hui la science possède 150 opérations.

J'ai compulsé les statistiques, et j'ai voulu savoir ce que les auteurs entendaient par membres utiles et servant à la marche, et j'ai vu que beaucoup de malades marchaient sans canne et sans appui.

J'ai voulu voir aussi ce que devenait l'opération, après la mort, et j'ai vu qu'il se formait de toutes pièces une pseudarthrose avec des ligaments fibreux très-solides et très-résistants. L'âge était aussi un point intéressant à connaître, et voici ce que nous apprend la statistique : sur 86 malades opérés, 56 avaient moins de 15 ans, et il y a eu 16 morts; dans une autre statistique, sur 78, 45 avaient moins de 15 ans, et il en est résulté 10 morts.

Enfin, la dernière statistique qui est faite en Allemagne par Eulenberg, en 1867, donne les chiffres suivants : sur 56 opérations, 10 morts.

J'ai recherché aussi quelle était la vraie cause de la mortalité. Le traumatisme n'est pas aussi effrayant qu'on veut bien le dire et qu'on voudrait le faire croire. La cause de la grande mortalité est que l'on opère *in extremis* sur des individus cachectiques dont l'état constitutionnel est déplorable, et chez qui l'opération n'est qu'une ressource ultime.

Maintenant, quand doit-on faire cette opération? et quelles en sont les indications? Là un nouveau problème se dresse devant l'opérateur, les indications sont très-difficiles à saisir; tout dépend de l'aptitude du chirurgien, de son coup d'œil, et de son sens chirurgical.

M. Forget. Je ne comprends pas du tout ce que veut dire M. Giraldès. Qu'est-ce que l'aptitude, le coup d'œil du chirurgien? Cela me paraît être de la fantaisie, et il n'en faut pas en chirurgie. Puis M. Giraldès ne dit pas ce que sont devenus les 9 malades qu'il a opérés. Ce serait pourtant intéressant à savoir. Pour moi, il y a dans cette question *un fait principe*, un fait capital qui la domine et duquel découlent toutes les indications, c'est la connaissance exacte, complète, de la constitution du malade. Est-il oui ou non atteint d'une diathèse? Cette diathèse est-elle héréditaire? Voilà le véritable problème à résoudre et à connaître. Si le malade est en proie à une diathèse, l'indication est formelle, il ne faut pas opérer. Je remercie M. Giraldès d'avoir soulevé cette question qui a une valeur très-grande, et qui pourra être reprise plus tard.

M. Giraldès. Je regarde le chapitre des indications comme très-facile à faire au lit des malades; mais pas dans un livre. J'ajoute que c'est une chose dangereuse que de faire un chapitre des indications dans un ouvrage. Les erreurs se perpétuent avec une rare ténacité, et pour ne citer qu'un exemple de ce que j'avance, je parlerai de ce qui était écrit dans tous les livres sur les fractures du fémur par les projectiles de guerre. On avait écrit qu'il fallait amputer, et on amputait, et on a amputé jusqu'au jour où Lugol vint prouver, par des faits cliniques, que l'on pouvait et devait faire autrement dans les tumeurs blanches. Que d'hommes mutilés qui auraient dû ne pas l'être!

M. Forget m'a demandé le nombre des insuccès sur les 9 opérations que j'ai faites pour des coxalgies; le résultat est consigné dans mon livre, il est de 7 sur 9. Maintenant il faut dire aussi que la guérison est longue, et je termine en soutenant que rien n'est plus difficile ni plus dangereux que d'écrire les indications d'une opération.

RAPPORT

M. Forget lit un rapport sur la candidature du docteur Mercier à une place de membre titulaire.

M. Boinet. M. Forget vient de nous dire que M. Mercier avait employé, il y a longtemps, le perchlorure de fer en badigeonnage pour préserver la plaie du contact de l'urine dans les opérations de taille, Je vois, je l'avoue, avec grand plaisir, que les chirurgiens se préoccupent surtout de préserver leur malade de l'infection purulente, de la phlébite; depuis quelque temps on emploie le chlorure de potassium et on a aussi employé la teinture d'iode pour prévenir les mêmes accidents. Mais les principes sont vieux, et cette idée là remonte très-loin dans les Annales de la science, et on n'a pas l'honneur de la découverte quand on a employé un moyen nouveau pour arriver au même résultat.

M. Giraldès. Le rapport de M. Forget sur la candidature de M. Mercier est justement la réponse que j'aurais à faire pour défendre mes opinions sur les indications d'une opération. M. Mercier a cru devoir faire une taille par le haut appareil. Je ne suis pas de cet avis, et, en présence du fait que rapporte M. Mercier, j'aurais fait la lithotomie latéralisée.

Maintenant j'ai à répondre quelques mots sur le perchlorure de fer. J'étais au congrès international quand M. Bourgade a lu son mémoire sur ses pansements au moyen du perchlorure de fer après ses grandes amputations; et je n'ai pas été édifié surtout sur la valeur de ce moyen.

J'ai étudié autrefois l'action du perchlorure à la Charité, à une époque où personne ne l'étudiait; j'ai fait ce qu'a fait M. Mercier sur son opéré de la taille, et pour la même opération. J'ai fait ce que M. Bourgade a fait, et j'y ai renoncé. L'infection purulente, la phlébite sont choses rares, c'est la fièvre nosocomiale, le traumatisme qui tuent nos malades, et je ne vois pas que le perchlorure de fer ait jamais empêché ce qu'on est convenu d'appeler l'infection purulente.

M. Forget. On se fait une très-fausse idée de la manière de faire de M. Bourgade. Ces vacances, je l'ai vu à Clermont-Ferrand dans son hôpital, et ce n'est pas un badigeonnage qu'il fait avec le perchlorure de fer, ce sont des pansements et des pansements complets. Il couvre la plaie de gâteaux de charpie trempée dans du perchlorure de fer, il laisse le pansement en place, il momifie pour ainsi dire le moignon, et au bout de 9 à 10 jours, apparaît le travail éliminatoire. L'hôpital de Clermont est admirablement situé sur une vallée superbe, dans des conditions tout exceptionnelles de salubrité et d'aération, c'est un monument splendide. Eh bien! au milieu de toutes ces conditions hygiéniques qui paraissaient si parfaites, M. Bourgade ne pouvait pas donner un coup de bistouri sans voir survenir à la suite une infection purulente; depuis bientôt dix ans, il n'a plus de ces accidents-là dans ses salles, c'est-à-dire depuis qu'il emploie le perchlorure de fer. Pour lui, c'est maintenant un article de foi, un *Credo* religieux. J'avoue que je n'attache pas une grande importance à la question de priorité; dans les hôpitaux de Paris, il y a toujours la même mortalité, et si j'avais l'honneur d'être à la tête d'un de ces grands services, je ne couperais pas, comme on le faisait et comme on le fait encore, suivant les anciennes méthodes, et je tenterais ces moyens nouveaux qui ont pour but la guérison des malades.

M. Ad. Richard. Je ne peux pas laisser passer, sans m'élever contre elle, l'assertion de notre collègue M. Forget, car s'il est une chose qui doive aujourd'hui frapper l'attention, ce sont les efforts de la chirurgie contemporaine pour sauver les opérés des dangers qui accompagnent les opérations. Voyez la pratique de M. Maisonneuve, de M. Gosselin. Velpeau, lui, ne s'occupait pas des pansements, et nous sommes maintenant dans la réaction inverse; et quoiqu'en dise notre honorable confrère M. Forget, la mortalité est moindre.

M. Giraldès. J'ai encore quelques mots à dire sur le perchlorure de fer, car c'est à lui que je dois d'avoir perdu une résection du genou. Le perchlorure de fer appliqué sur une plaie rend la plaie noire, sanieuse; les extrémités des os se nécrosent, les vaisseaux du périoste s'oblitèrent, et il met ainsi toutes les parties, tous les tissus qui ont été en contact avec lui dans de très-mauvaises conditions pour guérir; c'est pour cela que je dis que le perchlorure peut causer des accidents très-graves. Puis il faudrait savoir quel est le degré de la solution ferrique que l'on emploie; est-ce à 30 degrés ou à 40 degrés de Baumé? car les effets et les résultats sont différents. Les Anglais emploient aujourd'hui l'acide phénique, l'acide carbonique, le chlorure de zinc, et ne se servent pas du perchlorure auquel ils ont renoncé.

M. Labbé. Je tiens, Messieurs, à protester et à protester de toutes mes forces contre les paroles de M. Richard. Il n'y a pas très-longtemps encore que j'étais interne de M. Velpeau, et je tiens à déclarer qu'il n'y avait pas de services où les pansements fussent mieux faits, avec plus de soin, et plus de minutie. De plus, j'ai vu essayer dans son service tous les modes de pansements nouveaux.

M. Gros. Depuis que je suis médecin principal du chemin de fer du Nord, j'ai eu occasion de soigner beaucoup de plaies contuses par broiement, par tamponnement, par écrasement, et je me sers toujours du perchlorure de fer coupé par moitié d'eau, je laisse le pansement quatre à cinq jours en place, et quand je le retire, je trouve des plaies très-belles et qui guérissent très-rapidement.

M. Antonin Martin. En Crimée, dans les ambulances de tranchées, nous nous servions très-fréquemment de perchlorure de fer, et je n'ai jamais vu que son usage entraînât après lui les dangers signalés par M. Giraldès; les résultats au contraire étaient très-satisfaisants.

RAPPORT.

M. Blondeau lit un rapport sur la candidature de M. Delpech au titre de membre titulaire.

Le mémoire et le rapport sont renvoyés à la Commission des candidatures et au Comité de publication.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire annuel, Dr A. Charrier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance le mercredi 2 décembre.

Ordre du jour : 1° Compte-rendu des travaux de la Société pendant l'année, par le secrétaire général; 2° renouvellement du bureau; 3° des analogies du fluide nerveux et du fluide électrique, par le docteur Sandras.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 4 décembre.

Ordre du jour. — Renouvellement des membres du bureau ; élection d'un membre titulaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de l'érysipèle épidémique, par le docteur DAUDÉ. Ouvrage récompensé par l'Académie impériale de médecine. 1 vol. in-8. Prix : 5 fr. 50 c. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Notice sur les mesures de préservation prises à Batna (Algérie), pendant le choléra de 1867, et sur leurs résultats, par le Dr DUKERLEY, médecin-major de 1re classe, avec une carte gravée indicative du territoire préservé. In-8, de 70 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1868. Adrien Delahaye.

Etude théorique et clinique sur l'eau de la saline de Saltzbroun, près Sarrable (Moselle), par le docteur Ph. SCHMITT. In-8, de 116 pages. Prix ; 1 franc. — Paris, 1868, F. Savy.

Des maladies puerpérales observées à l'hôpital Saint-Louis, en 1867 ; considérations sur leur étiologie, par le docteur Émile THIERRY. In-8, 146 pages. Prix ; 2 fr. 50. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Etude sur les kystes congénitaux du cou, par le docteur Paul BOUCHER. 1 vol. in-8, 112 pages. Prix : 2 francs. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Des maladies des yeux et de leur traitement par la méthode du docteur Henry Philippe, de Londres. Traduit de l'anglais. In-8. Prix : 1 franc. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Philosophie scientifique (la philosophie physiologique et médicale à l'Académie de médecine), par M. J.-P. DURAND (de Gros). Brochure in-8, de 99 pages. Prix : 2 francs. — Paris, 1868, Germer Baillière.

Traité d'anatomie descriptive, avec figures intercalées dans le texte, par le docteur SAPPEY, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie, etc. Tome 2e. 1re partie : MYOLOGIE. 1 vol. in-8. Prix : 6 francs. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

De l'hérédité dans l'épilepsie, par M. J.-P. DURAND (de Gros). Brochure in-8, de 15 pages. Prix : 0 fr. 50 c. — Paris, 1868, Germer Baillière.

Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants, par le docteur GIRALDÈS, chirurgien de l'hôpital des Enfants, recueillies et publiées par MM. Bourneville, Bourgeois et Bouteillier. 4e fascicule : hydrocèle de la tunique vaginale, cancer du testicule, polypes de l'urèthre, calculs vésicaux, lithotritie, taille, coxalgie, résection de la hanche. In-8o de 160 pages avec 10 figures. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Nouvelle iconographie fourragère, comprenant un atlas avec un texte explicatif des plantes fourragères et des plantes nuisibles qui se rencontrent dans les prairies et les pâturages, accompagnée d'un Traité de l'alimentation du cheval et des autres animaux domestiques, par MM. J. GOURDON, docteur en médecine, professeur à l'Ecole impériale vétérinaire de Toulouse, et P. NAUDIN, vétérinaire en 1er au 19e régiment d'artillerie, chevalier de la Légion d'honneur. 4e fascicule, 25 planches et 128 pages de texte explicatif. Prix : 20 fr. Paris, 1868, P. Asselin. — AVIS AUX SOUSCRIPTEURS. — L'*Iconographie fourragère* a été annoncée pour paraître en 4 fascicules. Mais les auteurs, tout en restant dans les limites qu'ils se sont imposées, ne voulant point tronquer les parties essentielles du texte, se trouvent dans l'obligation d'y joindre, pour le terminer, un 5e fascicule, dont le prix sera fixé, pour les souscripteurs, selon l'étendue, au prorata des précédents fascicules.

Bulletins et Mémoires de la Société de thérapeutique 1re série du 25 novembre 1867 au 1er mai 1868. 1 vol. in-8o. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1868, P. Asselin.

Traité des angines, par le professeur Ch. LASÈGUE. 1 vol. in-8o. Cartonné à l'anglaise. Prix : 8 fr. — Paris, 1868, P. Asselin.

Traité élémentaire de chirurgie, par le docteur FANO, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Tome 1er : pathologie générale chirurgicale ; maladies des diverses tissus et des divers organes ; fractures. 1 vol. in-8, avec 83 fig. dans le texte. Prix : 6 francs. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Déontologie médicale (Devoirs et droits des médecins vis-à-vis de l'autorité, de leurs confrères et du public), par le docteur DELFAU. Ouvrage couronné. 1 vol in-12. Prix : 4 francs. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Traité d'anatomie descriptive, avec figures dans le texte, par le professeur SAPPEY. 2e édition, refondue. Tome 1er : OSTÉOLOGIE, ARTHROLOGIE. 1 vol. in-8. Prix : 12 francs. Tome 2e : MYOLOGIE. Prix : 6 francs, Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, par le docteur BAZIN, médecin de l'hôpital Saint Louis. 2e édition, très-augmentée. 1 vol. in-8. Prix : 7 francs.

Du même auteur : **Leçons sur les affections génériques de la peau.** 2 vol. in-8. Prix : 11 francs. — Adrien Delahaye.

Topographie médicale, recherches hydrologiques sur l'arrondissement de Château-Gontier (Mayenne), par le docteur Em. MAHIER, médecin en chef des hospices. 1 vol. in-8, de 142 pages suivies d'une carte géologique et hydrométrique de cet arrondissement, coloriée. Prix : 4 francs. — Paris, 1868, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° — JEUDI 3 DÉCEMBRE 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 3 DÉCEMBRE 1868. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 2 décembre 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le bromure de potassium est certainement l'un des médicaments qui sollicitent le plus vivement, dans ce moment-ci, l'attention des praticiens et des expérimentateurs. Disons le mot, le bromure de potassium est à la mode. Mais hâtons-nous d'ajouter que la vogue qu'il est en voie d'acquérir se justifie par des succès réels, et que tout nous porte à espérer qu'elle ne sera pas éphémère comme celle de tant d'autres médicaments et de tant de méthodes qui n'ont même pas vécu la vie de leurs prôneurs. Nos lecteurs ont, en ce moment même encore, entre leurs mains le travail tout récent de notre collaborateur M. le docteur Legrand du Saulle; nous avons successivement fait passer sous leurs yeux les études cliniques ou expérimentales de MM. Eulenburg et Guttmann, Namias, Laborde, Gubler, et les recherches si intéressantes de MM. Martin Damourette et Pelvet. Ils ont pu voir déjà par ces divers travaux, et notamment par le mémoire de MM. Martin Damourette et Pelvet, quel vaste champ ouvraient à l'expérimentation thérapeutique les propriétés multiples attribuées à ce nouvel agent et son action sédative générale portant à la fois sur presque tous les grands systèmes, sur le système nerveux, sur le système musculaire, sur la circulation, la chaleur et les sécrétions. Loin donc d'être surpris de voir se multiplier de jour en jour les essais et les applications nouvelles du bromure de potassium, notre étonnement serait beaucoup plus grand s'il en était autrement, et nous serions tenté de reprocher aux praticiens leur indifférence et de gourmander leur paresse. Nous n'avons pas, Dieu merci, ce reproche à faire, et nous avons vu avec plaisir, hier, M. Moutard-Martin apporter à la tribune le résultat de ses tentatives heureuses dans l'emploi du bromure de potassium pour combattre l'insomnie des petits enfants. Se fondant tout à la fois sur les propriétés hyposthénisantes si bien reconnues aujourd'hui de cet agent et sur son innocuité, même à d'assez hautes doses, il a eu l'idée de l'appliquer à cet état particulier d'excitation et d'éréthisme nerveux des jeunes enfants, qui se traduit par une insomnie persistante, ainsi qu'aux accidents de même nature qui accompagnent d'ordinaire la première dentition; et il a eu la satisfaction de réussir.

Si les résultats obtenus par M. Moutard-Martin se confirment, ce qu'on ne peut pas tarder beaucoup à apprendre, tant sont faciles et fréquentes les occasions de renouveler ces essais, ce sera un véritable service rendu à la pratique.

La communication de M. Moutard-Martin a été suivie d'une lecture de M. le docteur de Pietra-Santa sur la climatologie des Eaux-Bonnes. La climatologie est encore une question dont on s'occupe beaucoup aussi. Nous aurons prochainement l'occasion d'entretenir nos lecteurs du mouvement qui s'opère dans cette direction.

Dr Brochin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT (1).

Histologie de la sclérose en plaques.

(Leçon recueillie par M. BOURNEVILLE, interne des hôpitaux.)

II

Après ces préliminaires, il nous devient facile, Messieurs, d'aborder l'étude des altérations histologiques de la moelle dans la *sclérose en plaques*. La description de ces altérations que nous allons vous présenter sera fondée surtout sur les résultats des investigations auxquelles nous nous sommes livrés depuis longtemps M. Vulpian et moi. Nous aurons en outre plusieurs fois l'occasion de mettre à profit, après contrôle, les recherches faites antérieurement, ou depuis lors, sur le même sujet, par Valentiner (2), Rindfleisch (3), Zenker (4) et surtout

(1) Suite. — Voir notre dernier numéro.
(2) Valentiner. *Deutsch. Klinik.* 1856, p. 149.
(3) Rindfleisch. *Virchow's Archiv.*, 1863, t. XXVI, p. 474.
(4) Zenker. *Zeitsch. der Rationn. medix.*, 1865. Bd XXIII 3. Reih., p. 226.

par Frommann qui, à propos de l'examen d'un petit fragment de moelle, a écrit un gros livre accompagné de planches remarquables et riche en documents précieux (1).

Nous décrirons en premier lieu ce que l'on peut observer 1° sur des coupes transversales; 2° sur des coupes longitudinales provenant de fragments de moelle durcie par l'acide chromique; nous décrirons ensuite, d'après l'examen de pièces fraîches, quelques particularités non reconnaissables sur les coupes durcies. Dans les deux cas, la coloration des parties produites à l'aide de la solution ammoniacale de carmin sera, comme pour les recherches relatives à l'état normal, un auxiliaire d'une grande utilité, et qu'il sera bon de mettre en œuvre.

A. — Lorsque l'on examine à l'œil nu un tronçon de moelle portant une plaque de sclérose, il semble que les parties malades se séparent des parties saines d'une manière heurtée, sans transition, par une ligne de démarcation nettement tranchée. Or, c'est là une illusion. L'étude microscopique, en effet, permet de constater, même à de faibles grossissements, que les parties, saines en apparence, qui confinent au noyau scléreux, présentent, dans un rayon d'une certaine étendue, des traces d'altération déjà fort évidentes. Si l'on franchit la limite apparente du tissu sain, les lésions se montrent plus accentuées et elles se prononcent progressivement, de plus en plus, à mesure que l'on approche de la région centrale de la plaque, région où elles acquièrent leur plus haut degré de développement. En procédant ainsi des parties périphériques vers les parties centrales, on est conduit à reconnaître l'existence de plusieurs zones concentriques, répondant aux phases principales de l'altération (2).

a. Dans la *zone périphérique*, on observe ce qui suit : les trabécules du réticulum se sont notablement épaissies; quelquefois elles ont acquis un diamètre double de ce qu'il est dans l'état normal. En même temps, les noyaux qui occupent les nœuds du réticulum sont devenus plus volumineux; parfois ils se sont multipliés, et l'on en peut compter deux, trois, rarement plus, dans chaque nœud (3); la forme cellulaire se montre la plus distincte par suite de l'épaississement des trabécules; les tubes nerveux paraissent plus distants les uns des autres; en réalité, ils ont surtout diminué de volume, et cette sorte d'atrophie s'est faite aux dépens du cylindre de myéline, car le cylindre d'axe a conservé son diamètre normal où même il s'est hypertrophié. La matière amorphe qui recouvre de toutes parts les fibres du réticulum, paraît plus abondante que dans l'état sain (4).

b. Les tubes nerveux, dans la *deuxième zone*, que l'on pourrait appeler *zone de transition*, sont devenus encore plus grêles. Beaucoup d'entre eux semblent avoir disparu; en réalité, ils se sont seulement dépouillés de leur cylindre de myéline et ne sont plus représentés que par le cylindre d'axe qui, à la vérité, a parfois acquis des dimensions relativement colossales (5). Quant aux trabécules du réticulum, elles offrent des altérations non moins remarquables. En effet, elles ont plus de transparence, leurs contours sont moins accusés; enfin, en certains endroits — et c'est là un fait vraiment fondamental — elles sont remplacées par des faisceaux de longues et minces *fibrilles*, fort analogues à celles qui caractérisent le tissu conjonctif ordinaire (tissu lamineux). Ces fibrilles sont disposées parallèlement au grand axe des tubes nerveux : c'est pourquoi on n'en aperçoit guère, sur les coupes transversales, que les extrémités qui, par leur réunion, figurent un pointillé très-fin. Elles tendent, nous l'avons dit, à se substituer aux fibres ou trabécules du réticulum; mais, en outre, elles envahissent les mailles qui contiennent les tubes nerveux, à mesure que ceux-ci s'amoindrissent en se dépouillant de leur myéline, et, en conséquence, l'aspect réticulé ou alvéolaire si distinct que présente à l'état normal la gaugue conjonctive, tend à s'effacer de plus en plus (6).

c. C'est — vous le savez — dans la région centrale de la plaque scléreuse que l'on observe les altérations le plus prononcées. Ici, toute trace du réticulum fibroïde a disparu; on ne rencontre plus ni trabécules ni formes cellulaires distinctes; les

(1) Frommann. 2. theil. Iena, 1867. — Voir aussi : Rokitanski. *Sitzungsber.* K. M. Klasse, t. XIII, 1854, p. 136. — Charcot. *Soc. de Biologie*, 1868. — Bouchard. *Soc. anat.* 1868. — Hayem. *Études*, etc., *loco cit.*, p. 121.
(2) Charcot. *Soc. de Biolog.*, 1868.
(3) Parfois quelques-uns de ces noyaux présentent vers leur partie moyenne un étranglement qui semble indiquer un commencement de scission.
(4) Frommann. 2 *theil*, pl. II, fig. 1 et *passim*.
(5) Frommann, Charcot.
(6) Frommann, 2 *theil.*, *loc. cit.*, pl. IV, fig. 1, 2, 3.

noyaux sont moins nombreux, moins volumineux qu'ils ne l'étaient dans les zones périphériques; ils se sont rétrécis dans tous les sens, paraissent comme ratatinés et ne prennent plus sous l'influence du carmin une coloration aussi foncée (1); on les retrouve, çà et là, formant parfois de petits groupes dans les intervalles que laissent entre eux les faisceaux de fibrilles. Celles-ci, d'ailleurs, ont tout envahi; elles comblent maintenant les espaces alvéolaires d'où la myéline a totalement disparu. Cependant les cylindres d'axe, derniers vestiges des tubes nerveux, persistent encore en certain nombre, entremêlés aux fibrilles; mais ils n'ont plus, en général, ce volume relativement énorme qu'ils avaient quelquefois dans les premières phases de l'altération; la plupart même se sont amoindris à tel point qu'ils ressemblent, à s'y méprendre, aux filaments fibrillaires de formation nouvelle dont nous apprendrons cependant tout à l'heure à les distinguer.

Tel est, Messieurs, le dernier terme du processus morbide, dans la forme de sclérose qui nous occupe; et cette persistance, pour ainsi dire indéfinie, d'un certain nombre de cylindres axiles au milieu des parties qui ont subi, au plus haut degré, la métamorphose fibrillaire, est, — remarquez-le bien, — un caractère qui paraît appartenir en propre à la sclérose en plaques; elle ne s'observe certainement pas, du moins au même degré, dans les autres variétés de l'induration grise, soit qu'il s'agisse de la sclérose spinale descendante, consécutive aux lésions du cerveau, ou de celle qui, occupant primitivement les cordons postérieurs, est considérée à juste titre comme le *substratum* anatomique de l'ataxie locomotrice progressive.

B. — Les résultats de l'examen des coupes longitudinales confirment dans leur ensemble les données qui viennent de vous être exposées; je puis donc vous épargner de plus longs détails, et me borner aux remarques suivantes qui nous feront mieux connaître, sous quelques rapports, le tissu fibrillaire de formation nouvelle. C'est sur les coupes de ce genre que l'on saisit bien les caractères de ce tissu, que l'on peut le mieux apprécier la direction longitudinale des fibrilles, leur aspect brillant qui les fait ressembler aux fibres élastiques, leur agencement sous forme de faisceaux légèrement ondulés et toujours parallèles. En dilacérant ces faisceaux, on reconnaît que les fibrilles qui les composent sont extrêmement ténues, qu'elles sont opaques, lisses, qu'elles se divisent et s'anastomosent rarement, tandis qu'elles s'entrelacent, au contraire, et s'intriquent fréquemment de manière à figurer une espèce de feutrage, qu'enfin elles se colorent à peine sous l'influence du carmin

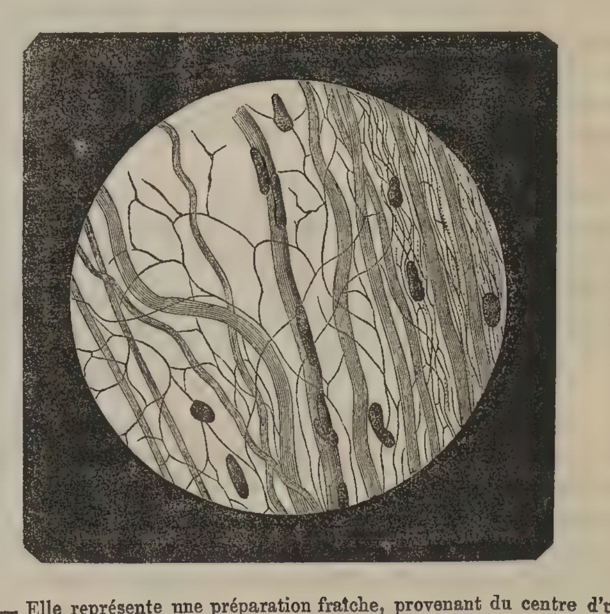


FIG. — Elle représente une préparation fraîche, provenant du centre d'une plaque scléreuse, coloriée par le carmin et traitée par dilacération. Au centre, *vaisseau capillaire* portant plusieurs *noyaux*. A droite et à gauche, *cylindres d'axe*, les uns volumineux, les autres d'un très-petit diamètre, tous dépouillés de leur myéline. Le vaisseau capillaire et les cylindres d'axe étaient fortement colorés par le carmin. Les cylindres d'axe ont des bords parfaitement lisses, ne présentant aucune ramification. Dans l'intervalle des cylindres d'axe, membranes fibrilles de formation récente, à peu près parallèles les unes aux autres dans la partie droite de la préparation, formant à gauche et au centre, une sorte de réseau résultant, soit de l'enchevêtrement, soit de l'anastomose des fibrilles. Celles-ci se distinguent des cylindres d'axe, 1° par leur diamètre qui est beaucoup moindre; 2° par les ramifications qu'elles offrent dans leur trajet; 3° parce qu'elles ne se colorent pas par le carmin. — Çà et là, *noyaux* disséminés. Quelques-uns paraissant en connexion avec les fibrilles conjonctives; d'autres ayant pris une forme irrégulière, due à l'action de la solution ammoniacale du carmin.

(fig. 1.) Ces derniers caractères les différencie suffisamment des cylindres d'axe qui, d'ailleurs, sont en général plus volumineux,

(1) Frommann, Charcot.

translucides, et ne se ramifient jamais. Elles peuvent aussi se distinguer aisément des fibres du réticulum avec lesquelles elles se trouvent quelquefois entremêlées, en ce que ces dernières sont plus épaisses, plus courtes et constamment hérissées sur leurs bords de prolongements rameux; elles diffèrent enfin des fibres élastiques que l'on trouve si souvent mêlées au tissu conjonctif ordinaire par un caractère important: elles se gonflent sous l'influence de l'acide acétique et forment une masse hyaline, transparente, ce qui n'a pas lieu pour les fibres élastiques (1).

Peut-on entrer plus avant dans l'étude de ces fibrilles et chercher à saisir leur mode de formation; se produisent-elles, par exemple, comme le veut M. Frommann, en partie dans l'épaisseur même des fibres du réticulum qu'elles doivent remplacer bientôt, en partie aux dépens des cellules et des noyaux de la névroglie; naissent-elles, au contraire, comme d'autres le pensent, soit de la matière amorphe préexistante, soit d'un blastème nouvellement formé? Y a-t-il là, en d'autres termes, métamorphose ou substitution? La question, croyons-nous, doit rester encore indécise; tout ce que nous pouvons dire à cet égard, c'est que les fibrilles nous ont semblé parfois prendre racine dans la substance des noyaux ou des cellules, et que ce fait, s'il était confirmé, pourrait être invoqué à l'appui de la thèse soutenue par M. Frommann.

Je ne puis passer sous silence les altérations diverses que subissent les vaisseaux sanguins qui traversent les plaques de sclérose, altérations qui peuvent être bien étudiées sur les coupes longitudinales après durcissement par l'acide chromique. A l'origine, c'est-à-dire dans les zones périphériques, les parois de ces vaisseaux, même celles des plus fins capillaires, se montrent plus épaisses et renferment un plus grand nombre de noyaux qu'à l'état normal. Plus près du centre de la plaque, les noyaux se sont multipliés encore et, de plus, la tunique adventice se trouve remplacée par plusieurs couches de fibrilles en tout semblables à celles qui se sont développées simultanément dans l'épaisseur du réticulum (2). Enfin, au dernier terme, les parois sont devenues tellement épaisses que le calibre du vaisseau s'en trouve notablement rétréci (3).

Je dois signaler aussi, en passant, la présence habituelle d'un certain nombre de corps amyloïdes au milieu du tissu fibrillaire. Mais je dois faire remarquer, en même temps, comme un fait singulier, que ces corps sont toujours moins abondants dans la sclérose en plaques que dans les autres variétés de l'induration grise.

C. — Ce n'est pas surtout sans difficultés que l'on parvient à retrouver, sur les pièces qui n'ont pas été préparées par l'acide chromique, tous les détails que je viens de vous faire connaître. Par contre, les pièces fraîches offrent cet avantage qu'elles permettent de constater certaines altérations, qui passeraient certainement inaperçues si l'on s'en tenait exclusivement à l'examen des pièces durcies. Je fais allusion, ici, à l'existence de globules et granulations d'apparence graisseuse ou médullaire que l'on rencontre à peu près toujours (4) en nombre plus ou moins considérable, dans l'épaisseur des parties sclérosées, à l'état frais, et qui ne tardent pas à disparaître sans laisser de traces, lorsque la préparation a séjourné quelque peu dans l'acide chromique. Or, messieurs, la présence de ces granulations graisseuses se rattache à une phase importante du processus morbide; je veux parler de la destruction des tubes nerveux. C'est du moins là une vue que je chercherai à faire prévaloir. Mais, avant d'entrer dans les développements relatifs à ce point, je crois utile de prendre les choses d'un peu plus loin et de vous remettre en mémoire par une description sommaire, où je veux chercher surtout des termes de comparaison, les modifications de structure que subissent les nerfs périphériques alors que, par une section complète, ils ont été séparés des centres nerveux.

Au préalable, je vous rappellerai que dans les nerfs périphériques, les tubes nerveux sont essentiellement constitués, comme dans la moelle épinière, par un cylindre de matière médullaire ou myéline et par un cylindre d'axe; mais qu'ils possèdent, en outre, une gaîne conjonctive, la gaîne de Schwann qui, d'après les recherches les plus récentes (5), paraît ne pas exister sur les tubes plus grêles des centres nerveux, ou ne s'y montrer tout au moins qu'à l'état rudimentaire (6). Vous reconnaîtrez dans un instant que cette particularité anatomique, insignifiante en apparence, n'est pas dénuée d'intérêt au point de vue qui nous occupe.

Voici maintenant l'indication des phénomènes sur lesquels j'ai voulu appeler particulièrement votre attention : huit ou dix jours après la section du nerf, il se produit une sorte de coagulation de la substance médullaire du tube nerveux, en petites masses plus ou moins irrégulièrement globuleuses, à bords ondulés, sombres, présentant un double contour et ayant conservé, par conséquent, tous les caractères optiques de la myéline. Les jours suivants, la segmentation faisant de nouveaux progrès, la gaîne de Schwann de chaque tube nerveux renferme bientôt, non plus des masses irrégulières de myéline, mais bien des gouttes présentant l'aspect et les caractères micro-chimiques de la graisse. Ces gouttes, d'abord assez grosses, deviennent progressivement, par suite de la division qui continue à s'opérer, de plus en plus petites, et finalement elles sont remplacées par des granulations très-fines ressemblant à une poussière qui remplirait la gaîne conjonctive. Des granulations plus pâles, de nature protéique, se trouvent en certaine proportion mêlées aux précédentes; enfin, globules et granulations disparaissent, et la gaîne de Schwann, revenue sur elle-même, se plisse si bien que, lorsqu'on examine un certain nombre de fibres nerveuses juxtaposées, ainsi altérées, on croirait voir, sur le champ du microscope, un faisceau de tissu conjonctif filamenteux. Que devient pendant ce temps le cylindre d'axe? Composé surtout de matière protéique, il résiste longtemps à l'action des causes qui ont détruit la myéline, car on les retrouve encore parfois, dans la gaîne, plusieurs semaines ou même plusieurs mois après la section du tronc nerveux (1).

En résumé, dans les conditions de nutrition nouvelle où se trouvent placés les tubes nerveux par suite de la section du nerf, la matière médullaire se coagule, puis se désagrège et donne naissance, d'un côté, à des molécules protéiques, de l'autre, à des corpuscules qui conservent d'abord les apparences de la myéline, mais qui, en conséquence d'une modification ultérieure, présentent bientôt tous les caractères des gouttelettes ou granulations graisseuses (2).

(*La fin prochainement.*)

(1) Valentiner, Zenker, *loc. cit.* — Vulpian, *Cours de la Faculté*, 1868.
(2) Vulpian, *Cours de la Faculté*.
(3) Frommann, *loc. cit.*
(4) Le fait est du moins signalé par tous les auteurs qui ont examiné des pièces fraîches (Valentinier Rindfleisch). Il n'a manqué dans aucun des cas que j'ai examinés dans les mêmes circonstances. — Voyez aussi Rokytansky, *Bericht der Akad der Wissench. zu wien.*, t. XXIV, 1857.
(5) Frey, *Handbuch der histologie*, etc., 2ᵉ édit., p. 354. Leipsig. — Schultze, *De retinæ structura*, 1867, p. 22. — Kœlliker, *Geweblehre*, 5ᵉ édit., 1867, t. IV, p. 257.
(6) Vulpian, *Leçons sur la physiologie*, etc., p. 316.

(1) Voyez Vulpian, *Leçons de physiologie*, p. 237, 239. — Rindfleisch, *Lehrbuch der pathologisch. Gewebelehre*, p. 10 et 20, 1866.
(2) Suivant Robin, la myéline est une substance particulièrement riche en principes gras, et sous ce rapport elle peut être rapprochée du contenu des vésicules adipeuses (*Journal de l'anatomie*, 1868, nº 3, p. 309). — Walter (*Virchow's Archiv.*, 20, 426) a émis l'opinion qu'elle est constituée par un amalgame ou mélange de corps gras et de corps albuminoïdes qui ne feraient que se dissocier dans le cas de la dégénération des tubes nerveux. — Sur ce sujet, voyez encore Rindfleisch, *loc. cit.*, p. 20, § 52.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 1ᵉʳ décembre 1868. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une copie du registre d'inscription des malades traités en 1867 à l'hôpital thermal de Baréges;

2° Un rapport de M. le docteur Masse sur le service des eaux minérales du Vernet, pour l'année 1868 (Comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

1° Une note sur la crampe des écrivains, par M. Rehfeldt, professeur d'écriture à Berlin;

2° Une note sur la clef de Garengeot modifiée, et sur le rizaphore, par M. Descamps, dentiste à Constantinople;

3° Un pli cacheté, déposé par M. le docteur Robert-Latour.

4° Une lettre de M. le docteur F. Garrigou, médecin consultant aux eaux d'Ax, sur la sulfhydrométrie.

M. Garrigou demande que l'Académie veuille bien nommer une commission chargée de juger ses travaux et ceux de M. Filhol.

M. Larrey présente : 1° au nom de M. le docteur Cazalas, le complément à l'examen de la contagion et de la non-contagion du choléra; 2° au nom de M. le docteur Armieux, deux brochures : l'une intitulée : *Statistique médicale de l'hôpital militaire de Toulouse*; l'autre : *Contagion de la phthisie pulmonaire.*

M. Broca présente, 1° de la part de M. le docteur Armand Desprès, un volume intitulé : *Traité du diagnostic des tumeurs*; 2° de la part de M. Prosper Despine, un ouvrage en trois volumes intitulé : *Psychologie naturelle* (études sur les facultés intellectuelles et morales).

M. le président annonce à l'Académie que M. Mirault, d'Angers, assiste à la séance.

LECTURES.

Action thérapeutique du bromure de potassium. — M. Moutard-Martin, candidat pour la section de thérapeutique, lit un mémoire sur les applications du bromure de potassium à la médecine des petits enfants.

Les propriétés sédatives du bromure de potassium, dit M. Moutard-Martin, sont aujourd'hui admises par tout le monde. C'est un des médicaments les plus utiles de la matière médicale. Se fondant sur les propriétés hyposténisantes de ce médicament et sur son innocuité, même à une assez haute dose, il a pensé qu'il serait possible d'en tirer un bon parti dans quelques états pathologiques chez les très-jeunes enfants. A chaque instant, dit-il, le médecin est appelé à voir des enfants qui, dans les premiers mois de leur existence, ne dorment pas, et qui, du reste, ne sont pas malades. D'autres qui dorment dans le jour et jamais la nuit. Dans ces cas, où échouent les bains tièdes, l'infusion de tilleul, l'eau de fleurs d'oranger, etc., le bromure de potassium réussit d'une manière remarquable. M. Moutard-Martin cite plusieurs observations à l'appui de ce qu'il vient d'énoncer, et il termine et résume son travail par les conclusions suivantes :

1° Le bromure de potassium, administré à doses modérées, est parfaitement toléré par les enfants en bas-âge;

2° Par son action sédative, il guérit l'insomnie des petits enfants, que cette insomnie soit calme ou agitée et mêlée de cris;

3° Administré chez les enfants qui présentent quelques-uns des accidents de la période de dentition, caractérisés par l'agitation, par l'insomnie, par la toux, il réussit fréquemment à calmer ces accidents, et probablement, par son usage prudemment réglé, on pourrait quelquefois prévenir des convulsions;

4° On ne doit pas administrer le bromure de potassium aux petits enfants qui ont la diarrhée;

5° Dans certains cas exceptionnels, où l'éréthisme nerveux est prédominant, le bromure de potassium peut avoir une action prompte et décisive. (Renvoyé à la section de thérapeutique constituée en commission d'élection.)

Climatologie. — M. de Pietra-Santa lit un travail sur la climatologie des Eaux-Bonnes. Ce travail renferme en particulier une série de tableaux d'observations météorologiques, recueillies aux Eaux-Bonnes, de 1860 à 1867. (Renvoyé à la commission des eaux minérales.)

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture de rapports de prix.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 11 novembre 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

DISCUSSION.

Coxalgie. — Résection de la hanche.

M. Lefort. M. Marjolin a bien voulu citer mon travail sur la résection de la hanche, et je l'en remercie. Je dois dire ici que je suis beaucoup moins partisan de la résection de la hanche que de celle du genou.

La résection de la hanche dans la coxalgie est un moyen extrême, auquel on ne doit avoir recours que lorsque tous les autres moyens ont été employés.

J'ai été très-satisfait de voir M. Verneuil soutenir l'utilité de l'extension du membre dans le cas d'éculement de la cavité cotyloïde, et je suis persuadé que les faits justifieront cette manière de voir.

La discussion a porté aussi sur l'utilité de l'extension dans la coxalgie, à la période de début ou peu avancée. M. Giraldès a attaqué cette méthode et critiqué les appareils que l'on a proposé pour agir dans cette direction. Mais, comme l'a très bien établi M. Verneuil, il s'agit de faire l'extension, tout en permettant au malade de marcher.

Pour mon compte, je suis tout à fait opposé à l'emploi systématique de la gouttière Bonnet, et je considère que dans beaucoup de cas son emploi peut être la source de complications qui entraînent la mort du malade.

Je concède à M. Giraldès que les appareils américains sont tout à fait insuffisants. Lorsque je les présentai à la Société de chirurgie, je le fis parce que je considérais que l'extension, dans le traitement de la coxalgie, était véritablement indiquée. J'ai ensuite expérimenté ces appareils et je leur ai trouvé tous les désavantages signalés par M. Giraldès. Voici pourquoi j'ai imaginé un appareil dans lequel j'ai essayé de prendre un point d'appui plus favorable, en rendant mobile la plaque sur laquelle repose l'ischion. En procédant ainsi, on peut porter la pression beaucoup plus loin.

J'ai eu l'occasion d'appliquer plusieurs fois cet appareil, et j'ai obtenu des résultats réellement satisfaisants; aussi je persiste à croire que la méthode d'extension est bonne.

M. Chassaignac. Dans la dernière séance, il a été question de l'appareil de Martin, qui avait été présenté à la Société de chirurgie, avant de l'être à l'Académie des sciences.

Cet appareil paraissait répondre idéalement à toutes les indications (mobilité, large surface d'appui). J'avais vu Martin l'employer avec succès chez un homme de mon service, qui avait un violent traumatisme de la cuisse, et lorsque la Société de chirurgie désigna une commission chargée de suivre les expériences de Martin, je fus adjoint à mes collègues Robert et M. Larrey. Martin appliqua son appareil sur un de mes malades atteint de coxalgie ; et sans qu'aucun de nous ait pu s'en douter, nous arrivâmes un jour à constater une eschare au niveau du mollet. Les expériences ne furent pas poursuivies, et il n'y eût pas de rapport présenté à la Société.

Ce que désirent aujourd'hui tous les chirurgiens, c'est de posséder un appareil qui, tout en assurant l'immobilité de la jointure, permette un certain déplacement de l'individu, déplacement utile au point de vue de la santé générale.

Cette considération m'a toujours fait repousser l'usage de la gouttière Bonnet, et j'ai eu recours à un moyen d'immobilisation qui m'a rendu de grands services, c'est l'extension et l'immobilisation à l'aide des moules brisés. Je pense que les appareils construits d'après ces principes sont supérieurs à tous les autres.

Dans quelques cas, il est vrai, l'appareil de Martin a paru réussir d'une façon très-satisfaisante; mais, dans ces cas, il s'agissait d'abcès de la région du grand trochanter et non de coxalgies.

Martin était allé jusqu'à croire qu'à l'aide de son appareil il pouvait réintégrer la tête fémorale dans la cavité cotyloïde.

Je pense qu'avant de se décider à faire la résection, il faut bien savoir dans quel état se trouve l'os iliaque.

M. Giraldès. Si notre collègue avait vu un enfant traité de coxalgie dans un appareil Bonnet bien fait, il ne dirait pas ce qu'il dit. Les enfants ne s'étiolent pas parce qu'ils sont dans l'appareil Bonnet; lorsque cela arrive, c'est qu'il y a des lésions organiques du côté des poumons, du foie, et assurément ce n'est pas parce qu'on laissera marcher les enfants que l'on obtiendra la guérison. J'ai observé de nombreux exemples de guérisons obtenues à l'aide de la gouttière Bonnet. C'est l'appareil Bonnet qui incommode le moins les malades.

Certainement, dans nos hôpitaux, il est difficile de faire construire des gouttières de Bonnet pour nos malades; mais on peut les remplacer par des appareils analogues, par exemple par les appareils qu'emploie M. Marjolin, par ceux dont se sert M. Guersant, par des moules en gutta-percha, par des moules en plâtre comme ceux de M. Chassaignac.

Les chirurgiens américains, eux-mêmes, formulent en tête du traitement de la coxalgie la nécessité du repos et de la bonne position, et pour répondre à ces indications, ils ont fait construire des appareils divers, tels que des moules en fil de fer, etc., etc.

Ce qu'a dit M. Lefort au sujet de ces appareils est affaire d'inspiration et non d'observation clinique.

Il y a eu deux périodes dans l'emploi des appareils américains : ce n'est que dans la seconde période que M. Sayre a voulu appliquer le traitement qui consiste à faire l'extension, tout en laissant marcher le malade. Mais qu'arrive-t-il dans ce cas? L'enfant marche sur l'autre

membre, de sorte que lorsque la guérison est obtenue, on observe une déformation considérable, quelquefois tellement marquée, que pour y remédier, l'on se trouve dans la nécessité de pratiquer des opérations.

M. Lefort. Il est possible que je n'aie pas vu autant de coxalgies que M. Giraldès; cependant, j'ai employé l'appareil Bonnet, un assez grand nombre de fois, pour avoir le droit de le juger.

J'ai employé l'appareil inamovible embrassant le bassin et le membre inférieur, à l'exemple de M. Verneuil. Je déclare que c'est là un excellent appareil.

COMMUNICATION.

Observation d'ovariotomie. — Réflexions.

M. Boinet. Dans une de nos dernières séances, notre collègue, M. Liégeois, vous a communiqué une opération d'ovariotomie qu'il a faite avec succès; je me proposais de prendre la parole sur ce fait, mais les travaux à l'ordre du jour ne l'ont pas permis. Avant d'exposer les quelques réflexions que cette observation m'avait suggérées, permettez-moi de profiter de cette occasion pour présenter à la Société une malade à laquelle j'ai pratiqué l'ovariotomie, il y a aujourd'hui un mois. Je désire montrer que le succès de l'ovariotomie est encore possible, même dans les cas qui paraissent les plus désespérés, et alors que la maladie offre des complications graves et multipliées. Voici l'observation de ma malade.

Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, du poids de 17 à 18 kilogrammes, compliqué d'ascite, d'une hernie ombilicale volumineuse et d'un prolapsus complet de l'utérus. Ovariotomie. Guérison.

Mademoiselle G..., d'Issoudun, âgée de 47 ans, lingère, a toujours été bien réglée jusqu'à 46 ans, époque où la menstruation a cessé. Cette femme, d'une bonne constitution, a toujours joui d'une bonne santé, si ce n'est que depuis l'âge de 10 ans, elle a toujours éprouvé des envies fréquentes d'uriner. Il y a environ quatre ans, elle a remarqué que son ventre prenait du développement, en même temps que sa santé s'altérait; l'augmentation du ventre fut si rapide, qu'au bout de six mois, il était aussi développé que dans une grossesse à terme. Les jambes étaient légèrement infiltrées. Soumise à divers traitements diurétiques, il n'en résulta aucune amélioration, et la maladie faisant toujours des progrès, sa santé générale s'affaiblissant de plus en plus, l'amaigrissement augmentant, elle vint à Paris, en 1865, réclamer des soins. Reçue à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Voillemier, elle y subit une ponction, le 7 septembre 1865, qui donna issue à 6 ou 7 litres de liquide. On reconnut dans le ventre, au dire de la malade, l'existence de deux tumeurs solides. De l'hôpital Saint-Louis, elle fut envoyée en convalescence à l'hospice du Vésinet, pour y refaire sa santé, et vingt et un jours après, elle retourna dans son pays, après avoir vu M. Voillemier, qui constata le retour du liquide dans la poche qu'il avait ponctionnée. Le ventre prit un accroissement progressif et devint si volumineux, que la malade était obligée de rester assise ou couchée. Bientôt, elle ne put se livrer à aucune occupation; sa position devint de plus en plus misérable; sa santé s'altéra de jour en jour, et elle maigrit beaucoup : il ne lui restait aucun espoir de salut. Dans cet état désespéré, M. le docteur Jugand, d'Issoudun, lui proposa de faire l'ovariotomie; mais elle préféra revenir à Paris, pour y subir cette opération. Elle me fut adressée par le docteur Gachet, d'Issoudun, le 6 juillet 1868.

A son arrivée à Paris, elle est dans un état déplorable, faible, maigre et les traits profondément altérés; la respiration est gênée, les digestions pénibles, l'appétit nul; le ventre, au niveau de l'ombilic, qui est le siége d'une hernie ombilicale volumineuse, mesure 1 m. 42 c., et de l'appendice xyphoïde au pubis, 45 centimètres; la hernie ombilicale, rendue saillante par le liquide ascitique et par les anses intestinales, est très-volumineuse; ses parois sont très-amincies et étalées sur le ventre : elle mesure 46 centimètres de circonférence; la paroi inférieure du ventre et les membres inférieurs sont infiltrés. La percussion et l'examen du ventre font reconnaître une grande quantité de liquide ascitique; et si on fait placer la malade dans différentes positions, on reconnaît trois tumeurs très-distinctes : deux supérieures, solides, très-résistantes à la pression, et offrant au palper tous les signes des tumeurs fibreuses, et une troisième médiane et inférieure, donnant tous les signes d'une vaste poche, renfermant du liquide. Les parois du ventre, dont le développement est extraordinaire, sont tellement distendues, et par les tumeurs et par le liquide de l'ascite, qu'il est impossible de reconnaître si des adhérences existent; de plus, cette malade est atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus qui pend entre les cuisses. Je porte le diagnostic suivant : kyste multiloculaire d'un ovaire, ayant une vaste poche fluctuante, accompagnée de deux tumeurs solides très-dures, avec complication d'une ascite, d'une exomphale et d'une chute complète de l'utérus, avec excoriations saignantes sur les parois renversées du vagin et sur le col de l'utérus. Ce prolapsus complet de l'utérus remontait à cinq mois; mais depuis plus d'une année, la malade avait remarqué que sa matrice était très-basse, et que son col apparaissait entre les grandes lèvres; il y avait parfois des écoulements sanguinolents.

Dans le but de mieux connaître la nature des tumeurs solides du ventre, qui avaient toutes les apparences de tumeurs fibreuses, et pour m'assurer s'il existait des adhérences, je conseillai a la malade une ponction, pour enlever le liquide ascitique; mais comme elle voulait retourner dans son pays, sans plus attendre, je lui recommandai de faire pratiquer cette ponction par son médecin, afin qu'on pût mieux établir le diagnostic, et savoir si l'ovariotomie était praticable. Cette malade retourna à Issoudun et la ponction ne fut pas faite. Mais un nouveau phénomène se produisit : l'écoulement quotidien, d'un verre et demi environ, d'un liquide légèrement gluant par le col utérin, diminua un peu le volume du ventre et apprit que le kyste était tubo-ovarique. Comme l'état de la malade devenait de plus en plus mauvais, malgré cet écoulement; que la maigreur augmentait; que les forces diminuaient, etc., elle revint à Paris. le 1er octobre 1868, bien décidée à se faire pratiquer l'ovariotomie.

Un nouvel examen, fait avec soin, me confirma dans mon premier diagnostic : une ascite considérable, avec hernie ombilicale volumineuse, une vaste poche kystique et deux grosses tumeurs, dures, résistantes, qui s'élevaient jusqu'au foie et sous le diaphragme, et dont la consistance rappelait des tumeurs aréolaires, développées dans l'épaisseur des parois du kyste, et enfin une chute complète de l'utérus qui pendait entre les cuisses et était le siége d'excoriations profondes. La seule chance de salut pour cette pauvre fille était dans l'ovariotomie; mais les complications nombreuses qui accompagnaient ce kyste, l'existence probable d'adhérences du côté du foie et du diaphragme, dans une maladie dont le début remontait à plus de quatre ans, l'impossibilité de reconnaître ces adhérences et celles qui pouvaient être plus profondes, tout cela me paraissait autant de contre-indications que je n'osais affronter. Cependant, l'état de cette malade était si grave, que je regardai comme une obligation une opération que je ne pratiquai qu'avec une certaine répugnance; et le 11 octobre 1868, cédant aux instances pressantes de la malade, je fis cette ovariotomie, rue Oudinot, n° 4, en présence de MM. Brochin, Firmin, Moyet, Robert et de plusieurs internes des hôpitaux.

Une incision fut pratiquée sur la ligne blanche jusqu'au péritoine, entre le pubis et la hernie ombilicale, la malade étant chloroformée; le péritoine, poussé par le liquide ascitique, vint faire hernie entre les lèvres de l'incision, qui avait environ 12 centimètres de longueur, et fut ponctionné avec le trocart de Sp. Wells. Il s'écoula 4 à 5 litres de liquide séreux, verdâtre, provenant de la cavité péritonéale. Plusieurs vaisseaux furent saisis avec mes serre-fines à mors plats, et aucun écoulement de sang ne se fit dans la cavité du péritoine. Celui-ci ayant été divisé dans toute l'étendue de l'incision avec des ciseaux : la main gauche, doucement introduite dans le ventre, entre les parois abdominales et le kyste, constata qu'il existait deux tumeurs volumineuses, inégales, solides, résistantes, et une vaste poche remplie de liquide. L'une des tumeurs, celle de droite, s'élevait jusqu'au foie et au diaphragme qu'elle soulevait, et était séparée de celle de gauche, qui s'élevait moins haut, par un enfoncement considérable, la tumeur droite pressait tellement le diaphragme et le foie, que je ne pus passer la main entre ces organes : ce qui me fit supposer que des adhérences existaient dans ce point et probablement dans les parties profondes, ce qui heureusement n'avait pas lieu, ainsi que je le reconnus en continuant l'opération. Ces tumeurs étant trop volumineuses pour être extraites par l'incision que j'avais pratiquée d'abord, je la prolongeai par en haut, en contournant à gauche la hernie ombilicale, et lui donnai une étendue de 27 centimètres. Par ce moyen, le kyste devint plus apparent, et la poche fluctuante fut ponctionnée; l'évacuation de 7 ou 8 litres de liquide séreux, verdâtre, permit aux deux tumeurs solides, placées au-dessus de la poche de s'abaisser, et alors, seulement, je pus reconnaître que ces tumeurs n'avaient aucune adhérence, ni avec le foie, ni avec le diaphragme, ni avec un autre organe. Après avoir pris la précaution de fermer par une ligature l'ouverture faite à la poche kystique par le trocart, dans le but de prévenir tout épanchement dans la cavité péritonéale, j'introduisis la main gauche sous le kyste et, le soulevant doucement, je le fis sortir du ventre, entre les lèvres de la plaie; un aide le saisit aussitôt entre ses deux mains et le tint suspendu au-dessus du ventre. Je constatai avec plaisir que tout ce qui composait le kyste, tumeurs et poche, n'était adhérent que par un pédicule très-large, très-épais et assez long. Toute cette manœuvre avait été assez prompte et assez facile. Le pédicule, qui renfermait des vaisseaux volumineux, fut placé dans le clamp, fortement serré, et coupé ensuite avec des ciseaux, au-dessus du clamp, à la base du kyste; par mesure de précaution, et à cause du volume des vaisseaux du pédicule, une forte ligature en fil de soie fut placée sur le pédicule, au-dessous du clamp, sur lequel en cautérisa le pédicule avec le fer rouge. Grâce aux serre-fines appliquées sur les points saignants de l'incision abdominale, pas une goutte de sang ne tomba dans le péritoine; sa toilette fut facile à faire et se borna à absorber avec des éponges un peu de liquide ascitique qui restait encore dans le petit bassin, et à ôter, ce qui ne laissa pas de me donner de l'inquiétude pour le résultat de cette opération, plusieurs membranes de la grosseur du doigt, d'une longueur de 10 à 12 centimètres, d'un blanc mat, nacré; elles étaient libres et flottantes dans le liquide ascitique. De plus, la surface du péritoine offrait les traces d'une péritonite ancienne, était d'un rouge violacé, et tous les vaisseaux épiploïques étaient gorgés de sang noir.

Avec une longue aiguille, qui traversait en même temps les parois abdominales et le pédicule, celui-ci fut fixé dans l'angle inférieur de la plaie. Le clamp ayant été enlevé, deux épingles traversant les parois abdominales, y compris le péritoine, furent placées, l'une au-devant, l'autre au-dessous du pédicule, afin de mieux le maintenir et de le comprimer dans la suture entortillée. La plaie fut fermée par une suture profonde, faite avec neuf fils d'argent passés avec une grande promptitude et une grande facilité à travers les parois abdominales et le péritoine, à l'aide d'une aiguille à char, assez semblable à une aiguille d'emballeur ou à une alène de cordonnier, dont je me sers habituellement pour faire cette suture : 7 épingles suffirent pour la suture superficielle ou entortillée.

Une sonde évacuatrice fut placée au-devant du pédicule et enfoncée jusqu'au fond du petit bassin, pour retirer, à l'aide d'une pompe, le liquide qui pouvait s'épancher; il en sortit à peine 5 ou 6 grammes; pendant deux heures que cette sonde resta encore en place, elle ne laissa couler aucun liquide : aussi fut-elle retirée. L'opération avait duré quarante-cinq minutes.

Avant de fermer l'abdomen, j'avais cherché à réduire l'utérus et j'y étais parvenu très-facilement; l'indicateur de la main gauche étant placé dans le petit bassin, pour suivre et diriger l'impulsion que j'imprimais à l'utérus, en le refoulant doucement et progressivement dans le vagin avec la main droite, je parvins à le remettre en place, et deux petites éponges furent introduites dans le vagin, pour s'opposer à une nouvelle chute.

La malade, nettoyée, changée de linge et de flanelle, fut portée dans un lit bien chaud. On lui donna quelques cuillerées de madère, de bouillon froid et d'une potion calmante. Le reste de la journée se passa bien; point de fièvre, point de douleurs dans le ventre; sommeil de quelques heures.

Malgré les complications que j'ai signalées plus haut, les suites de cette opération furent des plus heureuses; à peine de la fièvre pendant les deux premiers jours, point de douleurs dans le ventre, qui est resté plat, non douloureux à la pression. Alimentation légère et prise avec plaisir. Les urines ont coulé naturellement et le cathétérisme n'a pas été pratiqué une seule fois; une éponge, placée dans un sac de taffetas gommé, est mise entre les cuisses de la malade et reçoit les urines. L'éponge est changée à chaque émission. Les fils et les épingles des sutures furent enlevés à partir du cinquième jour, et le huitième, tout était enlevé, et remplacé par des bandelettes fixées avec le collodion.

Il me paraît inutile d'entrer dans de plus longs détails sur la marche de cette opération, qui, comme vous le voyez, a eu un très-bon résultat, puisqu'elle a débarrassé cette pauvre femme, qui était sur le point de mourir, de quatre maladies très-graves : 1° d'un kyste multiloculaire énorme; 2° d'une hernie ombilicale; 3° d'un prolapsus complet de l'utérus: et 4° enfin d'une ascite considérable, qui depuis longtemps déjà avait amené l'infiltration des membres inférieurs. Il y a aujourd'hui trente jours que cette malade a été opérée et son état est si satisfaisant, qu'elle va repartir pour son pays.

La masse totale du kyste, contenant et contenu, était de 17 à 18 kilogrammes environ; les parties solides, tumeurs et poche du kyste, pesaient 8 kilogrammes et demie. Les tumeurs étaient aréolaires, renfermant dans leur intérieur une infinité de petites loges, en communiquant par les unes avec les autres, et remplies d'une matière blanchâtre, épaisse, gélatineuse, purulente dans quelques-unes. Les plus grandes n'auraient pu loger une noix. De grosses veines, des brides épaisses et résistantes, sillonnaient la surface de ces tumeurs dans tous les sens; leur surface externe était lisse et nous offrait des bosselures irrégulières.

La hernie ombilicale, dont il reste quelques vestiges, est complétement réduite, et il ne reste plus au niveau de l'ombilic qu'une très-petite partie du pus, qui diminue chaque jour et qui probablement finira par disparaître complétement, si on s'oppose, par un bandage, à l'introduction des intestins dans l'anneau ombilical.

(La suite prochainement.)

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES.

Sections des sciences physico-chimiques et naturelles.

Laboratoires d'enseignement.

Physique.

Le laboratoire institué à la Faculté des sciences et dirigé par M. le professeur Desains s'ouvrira le 15 décembre.

Les élèves seront exercés au maniement des instruments de physique, et ils feront une série d'expériences classiques relatives à l'étude de la chaleur, de la lumière, de l'électricité, du magnétisme et de l'acoustique.

Les travaux auront lieu les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, de neuf heures à onze heures.

Chimie.

Le laboratoire du Collége de France, dirigé par M. le professeur Balard, membre de l'Institut, s'ouvrira le jeudi 10 décembre.

Les élèves feront des manipulations de chimie générale et s'exerceront à l'analyse.

Les travaux auront lieu tous les jours, de onze heures à cinq heures.

Le laboratoire du Muséum d'histoire naturelle, dirigé par M. le professeur Frémy, membre de l'Institut, s'ouvrira le 1er décembre.

Les élèves s'exerceront à des manipulations de chimie générale et à l'analyse qualitative et quantitative.

Les travaux auront lieu les mardis, jeudis et samedis, de onze heures à cinq heures.

Le laboratoire de la Faculté des sciences, dirigé par M. le professeur H. de Sainte-Claire-Deville, membre de l'Institut, s'ouvrira en janvier.

Des manipulations de chimie organique appliquée à la physiologie seront dirigées par M. Schützenberger.

L'ouverture de ce laboratoire sera annoncée par une affiche particulière.

Minéralogie.

Le laboratoire de la Faculté des sciences, dirigé par M. le professeur Delafosse, membre de l'Institut, s'ouvrira le 12 décembre.

Les élèves s'exerceront à la détermination des espèces minérales et des formes cristallines au moyen du chalumeau, du goniomètre et des appareils de polarisation.

Les travaux auront lieu les jeudis, de deux heures et demie à quatre heures et demie.

Géologie.

Le laboratoire de la Faculté des sciences, dirigé par M. le professeur Hébert, s'ouvrira le 30 novembre.

Les élèves s'exerceront à la détermination des roches et des fossiles caractéristiques des différents dépôts géologiques.

Les travaux auront lieu les lundis et jeudis, de une heure et demie à trois heures et demie.

Botanique.

Le laboratoire institué au Muséum d'histoire naturelle, sous la direction de MM. les professeurs Brongniart et Decaisne, membres de l'Institut, s'ouvrira en avril.

Les travaux des élèves consisteront principalement : 1° en dissections, observations microscopiques et manipulations diverses employées dans l'étude anatomique et physiologique des plantes; 2° en exercices graphiques, analyses de mémoires originaux, etc.; 3° en herborisations dirigées par M. Decaisne, et suivies de conférences consacrées à l'examen et au classement des plantes recueillies par chaque élève.

Les jours et heures des travaux seront indiqués par une affiche particulière.

Le laboratoire de la Faculté des sciences, dirigé par M. le professeur Duchartre, membre de l'Institut, s'ouvrira en mars.

Les élèves seront exercés à l'emploi du microscope, soit simple, soit composé, et aux analyses anatomiques.

Le laboratoire de la Faculté de médecine (rue Cuvier), dirigé par M. le professeur Baillon, s'ouvrira le 14 décembre.

Les élèves s'exerceront aux manipulations et observations anatomiques. Ils feront en été des herborisations hebdomadaires avec conférences.

Les travaux auront lieu tous les jours, de midi à quatre heures.

Zoologie anatomique et physiologique.

Le laboratoire institué au Muséum d'histoire naturelle, sous la di-

rection de M. le professeur Milne-Edwards, membre de l'Institut, s'ouvrira le 2 décembre.

Les travaux des élèves consisteront : 1° en observations microscopiques, dissections et autres manipulations, coordonnées de manière à faire connaître la structure d'une série d'animaux représentant les principaux types zoologiques et le mode d'action de leurs organes ; 2° en exercices relatifs à la constatation des caractères zoologiques et à l'emploi des méthodes de classifications; 3° en exercices graphiques, description de pièces anatomiques, analyses de mémoires originaux, etc.

Les travaux auront lieu tous les jours, de onze heures à deux heures. Les jeudis, à sept heures et demie du soir, les élèves se réuniront aux conférences pour traiter, à tour de rôle, des questions de zoologie anatomique et physiologique.

Histologie.

Des exercices relatifs à l'emploi du microscope pour l'étude de la structure intime des tissus constitutifs des animaux auront lieu dans le laboratoire de M. Milne-Edwards, au Muséum, sous la direction de M. le professeur Robin, membre de l'Institut, les lundis, mercredis et vendredis, à huit heures du soir.

Physiologie expérimentale.

Le laboratoire de la Faculté des sciences, dirigé par M. le professeur Claude Bernard, membre de l'Institut, s'ouvrira le 15 mars.

Le professeur fera répéter devant les élèves, ou fera exécuter par ceux-ci des expériences classiques en rapport avec le sujet de son cours.

Laboratoires de recherches.

Les élèves aptes à faire des travaux d'investigation seront admis dans les laboratoires suivants :

Le laboratoire de physique de M. le professeur Jamin à la Faculté des sciences.

Le laboratoire de chimie minérale de M. le professeur Balard au Collége de France.

Le laboratoire de chimie organique de M. le professeur Berthelot au Collége de France.

Le laboratoire de chimie générale de M. le professeur Frémy au Muséum d'histoire naturelle.

Le laboratoire de chimie minérale de M. le professeur H. Sainte-Claire Deville à l'École normale supérieure.

Le laboratoire de chimie de M. le professeur Wurtz à la Faculté de médecine.

Le laboratoire de géologie de M. le professeur Hébert à la Faculté des sciences.

Le laboratoire de botanique de MM. les professeurs Brongniart et Decaisne au Muséum d'histoire naturelle.

Le laboratoire de zoologie de M. Milne-Edwards au Muséum d'histoire naturelle.

Le laboratoire d'anatomie comparée de M. Gervais au Muséum d'histoire naturelle.

Le laboratoire d'histologie de M. le professeur Robin à la Faculté de médecine.

Le laboratoire de médecine expérimentale de M. Claude Bernard au Collége de France.

Le laboratoire particulier de physiologie expérimentale de M. le docteur Marey, rue de l'Ancienne-Comédie, 14.

Une salle de lecture, à l'usage des élèves de l'école pratique, sera ouverte à la Faculté des sciences, tous les jours, de dix à quatre heures.

Les aspirants à l'école pratique des hautes études s'inscrivent dans les bureaux de M. le vice-recteur de l'Académie de Paris, à la Sorbonne.

Pour tous les renseignements relatifs aux conditions d'admission dans les différents laboratoires, on peut s'adresser à M. le secrétaire de la Faculté des sciences, tous les jours, de dix à onze heures.

Le ministre de l'instruction publique, V. DURUY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Picard, médecin en chef de l'hospice de Louviers; Varlet, médecin principal à l'École de Saint-Cyr ; Denis, médecin en chef du dispensaire de salubrité de la ville de Paris; Lefebvre, médecin à Rouen; Duval, médecin à Tulle.

— A la suite d'un brillant concours, MM. Degreef, Tardieu, Debruyn et Oscar Dubois ont été nommés internes des hôpitaux de Bruxelles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. DECHAMBRE, avec la collaboration d'un grand nombre de profeseurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la Marine. — Le dix-septième demi-volume (le 1er du tome IX, 1re série) vient de paraître. Il contient les principaux articles suivants : *Belgique*, par MM. Bertillon et Guillard; *Belladone*, par MM. Baillon, Gobley et Gubler; *Berbers*, par M. Lagneau; *Beriberi*, par M. Leroy de Méricourt; *Besicles*, par M. Gavarret; *Beurre*, par MM. Baillon, Goulier et Gobley ; *Bière*, par M. Coulier; *Bile*, par M. Liégeris; *Biliaires (Voies)*, par MM. Barth, Besnier et Paulet; divers articles sur les Eaux minérales, par M. Rotureau; de Botanique, par M. Baillon; la Biographie et Bibliographie, par MM. Beaugrand et Chéreau. Prix du demi-volume : 6 fr. — Paris, 1868, P. Asselin.

Traité d'anatomie descriptive, par MM. CRUVEILHIER et MARC SÉE. 4e édition, revue corrigée, et considérablement augmentée. La deuxième partie du deuxième volume contenant le *Péritoine* et les *Organes des sens*, avec 216 figures noires et coloriées, intercalées dans le texte. Prix : 5 fr. — Paris, 1868, P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Nº 142. — SAMEDI 5 DECEMBRE 1868. 41ᵉ ANNEE. SAMEDI 5 DÉCEMBRE 1868. — Nº 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1ᵉʳ de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Ouverture des cours de clinique médicale de la Faculté.

Cette semaine a vu ouvrir, un peu tardivement, les cliniques médicales du semestre d'hiver. Ce retard s'explique naturellement par les mutations et les remaniements qu'a entraînés la vacance de l'une des deux chaires de clinique de la Charité. M. Sée, nommé tout récemment, par permutation, à cette chaire, a inauguré son cours lundi dernier ; et M. Béhier, qui a passé de la clinique de la Pitié à celle de l'Hôtel-Dieu, occupée jusqu'ici nominalement, mais vacante de fait par suite du triste état de santé de son titulaire, M. Grisolle, a ouvert son nouveau cours mercredi. L'ouverture de ces deux cours a été l'événement médical de la semaine. Un mot sur chacun d'eux.

Lorsque M. Sée a inauguré son cours de thérapeutique, au début du semestre d'été de l'année dernière, nous avons exposé les principes qui devaient servir de base à son enseignement et les tendances qu'il entendait imprimer à la branche de la médecine qu'il était chargé de professer, se résumant les uns et les autres en deux mots : éclairer la pathologie par la physiologie, et faire tourner au profit de la thérapeutique chacune des données nouvelles dont s'enrichit journellement la science (Voy. *Gaz. des hôpit.*, nº du 30 mars 1867). Ce sont ces mêmes principes et ces mêmes tendances qui vont présider au nouvel enseignement dont vient d'être chargé ce professeur. Comment seront-ils appropriés à l'esprit et aux exigences de la clinique? C'est ce dont on verra un spécimen dans le compte-rendu de la première leçon, que nous publierons dans un des prochains numéros.

M. Béhier n'avait pas à se faire connaître comme professeur de clinique. Son court passage à la Pitié lui a suffi pour mettre en relief, avec ses connaissances étendues en pathologie et sa grande habitude de la pratique hospitalière, ses qualités didactiques toutes personnelles, son activité, son zèle ardent pour l'instruction des élèves, qu'il guide et conduit par la main au lit des malades, son exposition vive, animée, pittoresque, parfois chaleureuse, toujours pénétrante, qui laisse une forte empreinte sur l'esprit de ses auditeurs et donne à son enseignement un cachet particulier d'originalité. En s'asseyant en face de cet amphithéâtre encore plein des souvenirs de ses prédécesseurs et du retentissement des brillantes leçons de Trousseau, M. Béhier n'a pu se défendre d'une certaine émotion, et il a trouvé dans ce sentiment les accents d'une juste admiration pour les talents de son ancien maître, et d'une vive et respectueuse sympathie pour celui dont il prend la place.

Ce tribut d'hommages rendu à ces deux collègues, ainsi qu'à la mémoire de Monneret, dont il a rappelé en quelques mots la carrière scientifique et professorale si bien remplie, M. Béhier a exposé, devant son auditoire, ses vues sur la clinique et la manière dont il entend en continuer l'enseignement à l'Hôtel-Dieu.

Ayant remarqué combien peu d'élèves savent étudier la clinique, il a cru utile d'exposer rapidement devant eux ce que doit être cet enseignement.

L'enseignement de la clinique comporte deux ordres de leçons, les leçons à l'amphithéâtre et les leçons au lit des malades.

A l'amphithéâtre, le professeur doit développer devant ses élèves la marche qu'a suivie son esprit pour coordonner les résultats de son examen et en déduire le diagnostic, de manière à les faire assister en quelque sorte à la série et à l'enchaînement des opérations qu'il a dû faire lui-même ; il doit chercher et examiner toutes les circonstances à incriminer comme cause possible ou probable de la maladie, demander en un mot à l'étiologie, si souvent obscure et incertaine, tout ce qu'elle peut donner ; il doit indiquer, enfin, tout ce qui peut avoir une influence sur sa marche ultérieure. Le diagnostic n'est, en effet, que le commencement, le premier élément seulement du problème que le clinicien a à résoudre. C'est de la connaissance du diagnostic qu'on s'élève à celle du pronostic et de la conduite à tenir en présence de ces diverses données, c'est-à-dire de la thérapeutique.

En clinique, il ne s'agit pas des connaissances générales que l'on possède sur tel ou tel ordre de maladies, sur telle ou telle méthode de traitement, mais bien d'appliquer ces connaissances à un cas particulier. Le cas particulier, l'individualité morbide, ou plutôt l'individu malade. Là est l'élément, le but essentiel de la clinique.

La leçon au lit des malades, voilà le mode d'enseignement le plus utile et le plus approprié au but véritable de la clinique. Ici l'élève n'est plus passif, comme dans la leçon de l'amphithâtre, il est essentiellement actif ; c'est le professeur qui efface sa personnalité pour faire place à celle de l'élève dont le rôle devient prépondérant. C'est lui qui interroge le malade, qui l'examine, qui formule le diagnostic et le pronostic, sous le contrôle du maître.

Pourquoi faut-il ici que nous déplorions, avec M. Béhier, l'insuffisance des moyens mis à la disposition du professeur de clinique pour le seconder dans l'accomplissement de sa tâche, et l'infériorité relative où se trouvent tous nos cliniques, à cet égard, à côté des institutions si richement dotées de la plupart des universités étrangères. Pas un seul agrégé pour aider le professeur à qui seul incombe ainsi toute la lourde charge d'un pareil enseignement ; un seul chef de clinique, quand quatre au moins ne seraient pas de trop pour diriger les élèves dans l'étude du manuel des divers moyens d'exploration!

Quelle doit être la part de l'intervention de la science dans la clinique? On serait peut-être étonné de cette question si elle n'avait été posée ici uniquement en vue de réfuter la distinction plus spécieuse et plus nominale que juste et réelle qu'on a si souvent cherché à établir entre l'art et la science, distinction futile que Trousseau lui-même oubliait tout le premier en pratique durant les dernières années de sa vie surtout, ainsi qu'en témoignent encore ses leçons imprimées. La clinique n'eût-elle pour objet que de former des praticiens, — ce qui serait déjà beaucoup, — qu'il n'est pas un point de la science qui dès à présent ou dans l'avenir ne puisse lui être utile. Mais elle est destinée aussi à former des savants, et à ce titre, rien de ce qui touche à la science ne doit lui rester étranger.

A ce sujet, M. Béhier a cherché à indiquer dans quelles limites et à quelles conditions il convenait de faire intervenir la physiologie dans l'interprétation des faits cliniques et dans la recherche des indications thérapeutiques.

« Assurément, a-t-il dit, nous devons beaucoup à la physiologie ; mais je suis un peu effrayé, je l'avoue, de certaines tendances où l'on cherche à vous entraîner aujourd'hui. On se propose de vous donner la physiologie du symptôme, la physiologie du signe, celle de l'action thérapeutique. Je crains que, pour vouloir aller trop vite, on ne finisse par vous dégoûter de la physiologie ou qu'on vous détourne à son profit de l'esprit d'observation qui est la véritable base de la clinique. Je vous donnerai quelquefois l'explication physiologique des phénomènes morbides, quand je la connaîtrai bien moi-même, mais je le ferai avec réserve et en vous prémunissant contre le danger des conclusions prématurées. » Enfin, a-t-il ajouté, je ne ferai pas de doctrine, vous savez mon indifférence pour les doctrines en clinique. Cependant, il peut se faire que des points de doctrine se trouvent naturellement engagés, car la clinique pose les questions, elle fournit les éléments des théories et des doctrines. Je vous laisserai à cet égard une indépendance complète. Ainsi que l'a dit tout récemment un écrivain et philosophe distingué, — c'est par cette citation que M. Béhier termine sa leçon : — « En matière de science, comme en tout le reste, la liberté est la condition de la dignité, des inspirations heureuses et fécondes, de l'émulation et du progrès. La libre investigation, la libre discussion, c'est la vie même de la science. Sans elle, l'intelligence n'a ni élan, ni invention, elle languit ou meurt d'inertie et d'épuisement, ou bien elle se consume en vains et stériles efforts... Ce n'est pas la liberté dans la science qui est à craindre, c'est la liberté sans la science, en dehors d'elle. Et c'est la science librement professée, librement apprise qui seule peut faire bonne justice de l'erreur. » (Tissot, *Revue contemporaine*, 15 mai 1868.)

Nouveau procédé de dosage de l'urée.

Le dosage de l'urée a en médecine une importance considérable. Les procédés de dosage sont peu commodes et exigent une connaissance que peu de médecins possèdent, la pratique des analyses. Les procédés dits volumétriques, qui n'exigent pas de pesées, qui ne demandent que du coup d'œil et un peu d'habitude, qui sont en même temps rapides et précis, ont pris depuis longtemps, même dans le laboratoire du chimiste, une place justement méritée. Les procédés volumétriques pour le dosage de l'urée manquent en général de précision, quelquefois de simplicité. M. Guichard, membre de la Société de pharmacie de Paris, nous communique la description d'un procédé qui paraît appelé à rendre des services à la clinique. Il eût été peut-être déplacé d'entrer ici dans les considérations théoriques qui servent de base au procédé. Ceux qui désireraient les connaître n'auront qu'à s'en référer au compte rendu de la séance du 7 octobre de la Société de pharmacie de Paris. Nous laissons à M. Guichard le soin d'exposer lui-même ce procédé.

« En présence des alcalis, l'urée précipite les sels de mercure. Si donc on mélange de l'urée avec une quantité connue d'un sel de mercure et un alcali qui n'agisse pas par lui-même sur le mercure, il se formera un précipité. Si on infiltre la liqueur et qu'on dose ensuite le mercure restant, on aura pour différence la quantité du mercure et, par conséquent, la quantité d'urée qui s'est précipitée avec lui. L'urine, avant d'être soumise à la réaction, doit être débarrassée de certains éléments qui agiraient sur le mercure. On y arrive en la précipitant par le sous-acétate de plomb liquide ou extrait de saturne essencé. On précipite ensuite l'excès d'extrait de saturne par le bicarbonate de potasse : ce corps, étant un des éléments de la réaction, n'a pas besoin d'être éliminé. On note le volume primitif de l'urine et celui du mélange total.

Je choisis, parmi mes analyses, un exemple pour être plus clair :

I	Urine	275 *u*
	Extrait de saturne	100
	Solution saturée de bicarbonate de potasse	125
	Total	500

500 *u* de ce mélange contiennent 275 *u* urine.
10 *u* — 5 *u* 5.

On filtre pour préparer le précipité et on commence l'analyse. Elle exige deux liqueurs titrées, les mêmes qui sont employées dans le procédé de dosage du mercure de M. Personne, pharmacien en chef de la Pitié :

Liqueur mercurielle.

Bichlorure de mercure.... 13.55 }
Eau, q. s. } pour un litre de liqueur.

Il ne faut pas mettre de chlorure de sodium, car il nuit à la réaction.

100 *u* correspondent à 1 gr. de mercure ou 0,15 d'urée.
5 *u* — 0,05 — 0,0075.

Liqueur iodurée.

Iodure de potassium du commerce. 35 gr. }
Eau, q. s. } pour un litre de liqueur.
5 *u* correspondent à 0,05 de mercure ou 0,0075 d'urée.

Comme l'iodure de potassium du commerce n'est pas pur, on est obligé de titrer cette liqueur au moyen de la précédente ; elles doivent se saturer à volume égal.

L'urine, purifiée comme précédemment, est alors mélangée avec du bichlorure de mercure et du bicarbonate potassique.

Urine purifiée, 10 *u* correspondent à 5 *u* 5 d'urine primitive.

II	Solution titrée de bichlorure de mercure	100 *u*
	Solution saturée de bicarbonate de potasse	10 *u*
	Eau distillée pour laver les pipettes	10 *u*
		130 *u*

J'ai toujours opéré sur des liquides peu riches en urée ; je crois donc qu'il sera bon de mettre habituellement 1,50 *u* de liqueur mercurielle titrée, ce qui, du reste, ne change rien à la marche de l'analyse.

On abandonne la réaction à elle-même pendant 10 heures environ, on filtre et on verse le liquide filtré dans une burette graduée. D'autre part, dans un vase à précipiter, on mesure 5 *u* de la liqueur iodurée et on y fait couler le liquide goutte à goutte, il se forme un précipité jaune-rougeâtre qui se redissout immédiatement si on agite un peu le vase. Il arrive un moment où une goutte de liquide produit un précipité persistant. On lie la division de la burette. On recommence de nouveau cette dernière opération, de façon à arriver à une plus grande approximation.

Dans l'analyse ci-dessus, nous avons obtenu 19 div. 5. 19 *u* 5 sont donc équivalents à 5 *u* de la solution iodurée, ou à 0,05 de mercure, ou enfin à 0,0075 d'urée.

1 *u* correspond donc à $\frac{0,0075}{19,5}$ d'urée.

Et 130 *u*, ou la quantité de liqueur II, correspondent à $\frac{0,0075 \times 130}{19,5}$ ou à 0,049 d'urée.

Après la précipitation, il reste donc dans le liquide une valeur équivalente à 0 g. 049 d'urée. 100 *u* de liqueur mercu-

rielle, qui existaient avant la précipitation, valaient 1 g. de mercure ou 0,15 d'urée.

La différence représente l'urée qui s'est précipitée, 0,15 — 0,049 = 0,101 d'urée.

La liqueur II, qui contenait 0,101 d'urée, contenait 5 *u* 5 d'urine primitive.

1 *u* d'urine primitive contenait donc $\frac{0,101}{5,5}$

Et 1000 $\underset{2}{u}$ ou 1 litre, $\frac{101}{5,5} = 18$ g. 3.

L'urine analysée renfermait donc 18 g. 3 d'urée.

« Le seul inconvénient de ce procédé de dosage, c'est qu'il faut attendre 10 heures pour que la réaction II s'achève. C'est là, je crois, un petit défaut, puisqu'il n'est pas nécessaire de s'occuper de la réaction. On pourrait peut-être faire le dosage immédiatement, mais on obtient alors un nombre beaucoup plus faible qu'il faudrait multiplier par un coefficient pour avoir le chiffre exact. Dans mes dosages, ce nombre a été de 2,4 à 2,5. Je ne pense pas que ce procédé doive être employé pour des recherches demandant un peu de précision, à moins de contrôler de temps en temps par un dosage complet. »

DES AMAUROSES EN GÉNÉRAL

et de quelques amblyopies toxiques en particulier (1),

Par M. le docteur Réau, *ancien interne des hôpitaux.*

Cette thèse se compose de deux parties ; dans la première, l'auteur a étudié les amauroses en général, et, dans la seconde, quelques amblyopies toxiques en particulier.

A propos des amauroses, il a montré successivement ce que l'on entend par champ visuel, acuité de la vision ; il établit ensuite la division des amauroses en amauroses partielles et en amauroses générales.

Aux amauroses partielles, cet auteur rattache la description des scotomes ou mouches fixes.

Il parle ensuite des rétrécissements du champ visuel, qu'il a nettement distingués en rétrécissements concentriques et rétrécissements hémiopiques, subdivisés eux-mêmes en hémiopie croisée et hémiopie homonyme, en montrant en détail la valeur pronostique de chacun de ces rétrécissements.

A propos de l'examen de la papille optique, l'auteur a parfaitement déterminé les changements que les amauroses lui font subir dans sa couleur, sa transparence, son excavation et le calibre de ses vaisseaux.

La marche des affections amaurotiques et en particulier de l'amblyopie est nettement indiquée.

Quant aux causes générales des amauroses, l'auteur en a distingué cinq d'après leur siége : les amauroses oculaires, les amauroses cérébrales, les amauroses spinales, les amauroses par action réflexes et enfin les amauroses toxiques.

Après avoir décrit les symptômes particuliers à chacune des quatre premières formes d'amauroses, il étudie en détail les amauroses toxiques.

Cette deuxième partie, qui est la plus intéressante, traite d'abord de l'ampliopie alcoolique.

Il a décrit, d'une manière précise et complète, les phénomènes produits par l'alcool sur le système nerveux et en particulier sur la rétine, les différentes modifications anatomiques qu'il détermine et, par suite, les symptômes que l'on observe aux différentes périodes de la maladie.

« Ce qui gêne davantage les malades dans les cas d'amblyopies alcooliques, dit l'auteur, ce sont les hallucinations et la difficulté de reconnaître les objets brillants. »

L'amblyopie, produite par l'abus du tabac, est traitée assez complétement. L'auteur a consulté les principaux travaux des médecins français et étrangers, qui ont écrit sur le même sujet.

Il a signalé de la congestion cérébrale, de la céphalalgie, de la somnolence et différents troubles de la vue, qui débutent par le côté gauche, avec apparition d'un brouillard devant les yeux.

Après avoir analysé les observations recueillies jusqu'à ce jour sur les amblyopies par le tabac, l'auteur conclut que ces phénomènes amblyopiques sont loin d'être fréquents, et le plus souvent il n'y a pas d'altération de la rétine.

L'amblyopie saturnine, qui était confondue avec l'amblyopie albuminurique, en est séparée, et on rapporte dans la thèse deux cas d'amblyopie saturnine sans albumine dans l'urine ; l'auteur termine ce chapitre en disant : les cas d'amauroses produites par l'intoxication plombique sont rares, et le plus souvent on observe chez les malades des troubles passagers de la vue.

L'amaurose par le sulfate de quinine est rare aussi, et après avoir cité trois cas recueillis par M. de Graëf et Trousseau, il établit que, eu égard au grand nombre de malades qui font usage de sulfate de quinine à haute dose, l'amblyopie quinique est rare.

L'opium, absorbée à haute dose, détermine des cas d'amblyopie accompagnée de contraction pupillaire. Enfin, il a cité encore le sulfure de carbone et la santonine pouvant produire des amblyopies qui, pour la santonine, s'annonce par la coloration en vert de tous les objets.

Lorsque l'on se trouve en présence d'un individu affecté de troubles de la vue, il est nécessaire de reconnaître :

1° S'il y a amaurose ;

2° Quelle en est la cause et par suite quelle est l'espèce d'amaurose ;

3° Si l'on a reconnu l'amaurose toxique déterminer à quelle variété on a affaire.

Le pronostic des amauroses, dit l'auteur, est toujours sérieux, et dépend d'une foule de considérations particulières.

Les amauroses oculaires, palpébrales, spinales, présentent une gravité qui dépend de la cause qui les a produites ; les amauroses par action reflexe offrent en général peu de gravité.

Les amauroses par intoxication sont dans les premières périodes facilement guérissables.

(1) In-8. Prix : 3 fr. Paris, 1868. Adrien Delahaye.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 11 novembre 1868. — Présidence de M. Legouest (1).

Ovariotomie (Suite).

Déjà trois fois, nous avons rencontré des kystes de l'ovaire compliqués de hernie ombilicale et d'ascite, et j'ai remarqué que dans ces cas, les parties herniées se réduisaient facilement, et qu'on pouvait les retirer de l'anneau ombilical en les attirant dans le ventre avec les doigts introduits par l'incision abdominale.

Cette remarque ne pourrait-elle pas trouver son application dans l'opération de la hernie ombilicale étranglée, et nous engager à opérer cette espèce de hernie, en faisant sur la ligne blanche, à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic, une incision par laquelle on pourrait, en y introduisant un ou deux doigts, aller retirer les intestins et l'épiploon engagés dans l'anneau ombilical et étranglés par lui, plutôt que d'inciser directement cet anneau et sur des parties irritées et plus ou moins enflammées, comme nous le faisons habituellement, parties au milieu desquelles on a souvent de la peine à se guider. On serait d'autant plus autorisé à essayer ce procédé, que les résultats par les procédés que nous employons ordinairement sont généralement mauvais. S'il existait des adhérences, on pourrait tout aussi bien les détruire et y remédier par le procédé que nous indiquons que par les autres, et si un épanchement sanguin ou autre se produisait, on pourrait y remédier plus facilement et fixer plus sûrement les bouts de l'intestin, s'il y avait gangrène.

On a cru pendant longtemps, et beaucoup de chirurgiens partagent encore cette opinion, que le contact de l'air sur le péritoine, que toutes les lésions traumatiques, les plaies, les incisions, les piqûres, etc., sont des circonstances tellement graves et tellement redoutables, qu'on doit s'abstenir de toute opération sur cette séreuse, à moins d'y être absolument forcé. Les nombreuses opérations d'ovariotomie pratiquées avec succès depuis quelques années, sont venues donner le démenti le plus formel à cette manière de voir, et démontrer combien toutes ces craintes sont exagérées, et que tous les accidents qu'on attribuait à la lésion du péritoine, soit par incision, plaie ou piqûre, ne sont pas dues à la lesion proprement dite de cette séreuse, mais à des causes qu'il faut chercher ailleurs. D'après nos observations, les accidents qui suivent la lésion du péritoine sont dus à l'épanchement dans le péritoine, du sang ou d'un liquide quelconque.

En effet, un épanchement dans l'abdomen, quelque minime qu'il soit, à la suite d'une lésion du péritoine, subit presque toujours une altération putride, une décomposition qui amène les accidents de la péritonite, ou de la résorption purulente, et il est bien démontré aujourd'hui, par des observations déjà nombreuses, que si, à la suite d'une blessure du péritoine, il ne se fait aucun épanchement dans l'abdomen, ou bien que si cet épanchement ayant lieu on a pu le faire disparaître sur-le-champ, il n'en résultera rien de fâcheux ; l'air et les liquides épanchés dans la cavité abdominale n'y deviennent dangereux que lorsqu'ils restent renfermés dans cette cavité et qu'ils y séjournent ; ainsi, dans les ovariotomies, le moindre caillot, la moindre quantité de liquide d'un kyste laissés ou oubliés dans le ventre donnent presque toujours naissance à une péritonite mortelle ; c'est donc avec raison que dans l'ovariotomie on recommande de faire avec un soin minutieux la toilette du péritoine, afin de se mettre en garde contre le moindre suintement de sang, avant de clore l'ouverture abdominale. La pratique de tous les ovariotomistes a montré que le succès de l'ovariotomie a presque toujours lieu, toutes les fois qu'il n'y a aucun épanchement, soit de sang, soit d'un liquide quelconque dans la cavité abdominale. Ce qui prouve bien que ce n'est pas la lésion, proprement dite, du péritoine qui est la cause des accidents péritonaux, à la suite des opérations pratiquées sur cette séreuse, mais bien les épanchements qui peuvent être la suite de ces opérations, d'où cette conséquence pratique très-importante, qu'on doit toujours dans les plaies abdominales où le péritoine est intéressé, s'empresser de les élargir, si on soupçonne le moindre épanchement, dans le but d'arrêter cet épanchement s'il continue, ou de le tarir et de le faire disparaître complétement, s'il y a lieu.

Étant donc établi, que les lésions du péritoine sont beaucoup moins à craindre qu'on ne le croyait et qu'on ne le croit encore aujourd'hui, ne devrait-on pas dans les cas d'étranglement interne, d'iléus, d'invagination intestinale ou d'une obstruction au passage des matières fécales, alors que le siége de l'étranglement ne peut être déterminé, ne devrait-on pas ouvrir largement la cavité abdominale, comme dans l'ovariotomie, et aller à la recherche de l'étranglement, peut-être aurait-on la chance de sauver des malades, alors qu'ils sont fatalement voués à la mort.

Ceux qui ne veulent pas admettre que le péritoine puisse supporter sans accident des lésions, prétendent que cette membane ne s'enflamme pas dans l'opération de l'ovariotomie, parce que probablement elle est dans des conditions nouvelles, qui lui permettent de supporter, sans accident, des opérations qu'elle ne supporterait pas dans son état normal... Quelles sont ces conditions nouvelles? Personne ne les connaît, mais on les invoque pour trouver une explication à la tolérance que montre le péritoine dans l'opération de l'ovariotomie. La présence d'un kyste de l'ovaire dans le ventre, son long contact avec le péritoine, le développement lent et insensible de la tumeur ovarique, seraient les causes de cette nouvelle propriété du péritoine à ne pas s'enflammer aussi facilement. Avant d'admettre cette opinion, qui ne repose que sur une hypothèse, il faudrait démontrer que le péritoine des malades affectées de tumeurs ovariques ou de toute autre tumeur, n'est plus dans les mêmes conditions anatomiques et physiologiques que le péritoine de ceux qui n'ont pas de tumeurs dans le ventre ; personne, que je sache, n'a encore fait cette démonstration, et s'il en était ainsi, on pourrait se demander pourquoi, dans l'opération césarienne, la même opération faite sur un péritoine dans les mêmes conditions physiologiques ou pathologiques ne réussit pas, à Paris, par exemple, tandis qu'elle réussit assez souvent en province : est-ce que la distension subie par le péritoine, est-ce que les modifications nouvelles qu'il a pu éprouver pendant le développement de la tumeur utérine ne sont pas les mêmes à Paris que dans la province? Je crois donc qu'il faut chercher ailleurs la cause des accidents graves qui se manifestent à la suite des opérations pratiquées sur le péritoine, et que cette cause a sa source dans les épanchements péritonéaux surtout, quelle que soit leur nature, et cela est si vrai que dans les cas où il n'y a aucun épanchement dans le péritoine, soit pendant, soit après l'opération, les accidents sont plus rares, malgré la lésion du péritoine, qu'il ait été coupé ou déchiré. On doit aussi tenir grand compte des milieux dans lesquels on opère, et de la constitution des malades.

Le point capital dans l'opération de l'ovariotomie est donc d'empêcher tout épanchement sanguin ou autre dans la cavité abdominale ; dans ce but, on recommande de lier immédiatement tous les vaisseaux sanguins ouverts, et de supprimer tout écoulement ou tout suintement sanguinolent qu'il provienne de l'incision faite à la paroi abdominale, de l'épiploon ou des déchirures des adhérences. Mais cette ligature des vaisseaux ou des parties qui laissent écouler du sang, demande quelquefois bien du temps, allonge l'opération qu'on est obligé d'interrompre à plusieurs reprises ; de plus, on a l'inconvénient de laisser des ligatures dans le ventre et entre les lèvres de la plaie, dans l'espoir de parer à tous les inconvénients et de hâter l'opération. Je fais usage pour arrêter l'écoulement du sang, quelle que soit sa source, de serres-fines que j'ai fait modifier et approprier au but que je voulais atteindre. Ces serres-fines, que j'ai l'honneur de vous présenter, sont à mors plats et munies d'un fil d'argent qui aide à les reconnaître et à les retrouver, lorsqu'on fait la toilette du péritoine et qu'on suture la paroi abdominale. Ces serres fines sont d'une application prompte et facile ; elles exercent, pendant qu'on continue l'opération, une compression assez forte pour s'opposer à l'écoulement du sang, qu'il sorte en nappe ou par jets ; d'ailleurs, il arrive presque toujours qu'après l'enlèvement de ces serres fines, le sang ne coule plus, et la pression momentanée exercée par ces instruments, qui agissent en mâchant les tissus, suffit pour arrêter définitivement l'écoulement du sang, et dispense des ligatures, ce qui, je le répète, me paraît être un grand avantage, puisque l'opération est faite plus rapidement, et qu'ensuite il ne reste aucun corps étranger dans la cavité péritonéale, ni entre les lèvres de la plaie.

M. Liégeois, en décrivant le procédé opératoire qu'il a suivi, nous a fait remarquer, en y attachant une certaine importance, qu'il avait eu la précaution de traverser les parois abdominales avec des fils qui, placés immédiatement au-dessus et au-dessous du pédicule qu'ils contournaient, avaient l'avantage de comprimer le pédicule, de le maintenir plus sûrement dans l'angle inférieur de la plaie, et au besoin de s'opposer à l'hémorrhagie. Cette manière de faire nous paraît en effet bonne à suivre, et se rapproche beaucoup du procédé que nous suivons habituellement, qui consiste, pour maintenir solidement le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie, à le traverser en même temps qu'on traverse les parois abdominales avec une longue aiguille ou épingles flexibles, et à placer immédiatement au-dessus et au-dessous du pédicule deux épingles qui, comprises ainsi que l'aiguille du pédicule dans la suture entortillée, compriment et fixent le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie ; ce procédé est surtout utile, lorsque le pédicule est court et épais. Tyler Smith veut, lorsque le pédicule est court et largement implanté, qu'on l'abandonne dans la cavité abdominale après l'avoir lié fortement et coupé les fils au ras du nœud, ou simplement qu'on se contente de lier les vaisseaux du pédicule.

Ce procédé serait en effet très-avantageux, dans ce sens qu'il permettrait d'abandonner le pédicule dans le ventre, et de réunir l'incision abdominale par première intention, mais il nous paraît avoir plusieurs inconvénients graves, c'est : 1° de laisser dans le ventre des ligatures qui agissent comme corps étrangers et exposent à la péritonite ou à des suppurations ; 2° c'est d'exposer à des hémorrhagies abdominales consécutives, dans le cas où les ligatures viendraient à s'échapper avant l'oblitération des vaisseaux ; d'ailleurs M. Spencer-Wells, qui a mis plusieurs fois ce procédé en pratique, a observé que les symptômes de péritonite ont été plus violents que lorsqu'on se sert du clamp, et sur cinq malades chez lesquelles il a mis ce procédé en usage, trois sont mortes de péritonite générale.

Les ligatures laissées dans l'abdomen doivent donc être abandonnées.

La méthode de Clay (de Birmingham), qui consiste à appliquer le clamp et à cautériser le pédicule serait meilleure, et a donné lieu à de beaux succès dans les mains de Brown. Cette méthode paraît en effet très-rationnelle, puisque l'usage du clamp laissé en place pendant dix à douze heures, en mâchant les tissus, en les écrasant, permet l'oblitération des vaisseaux, comme ferait la ligature, et que la cautérisation avec le fer rouge, pratiquée au-dessus du clamp, vient en aide pour oblitérer les vaisseaux et s'opposer à l'hémorrhagie.

Une méthode que l'on a appliquée assez rarement, et à laquelle on semble vouloir accorder quelque faveur, est la section lente et graduée du pédicule, à l'aide de l'écraseur linéaire de M. Chassagnac ; assurément, cette méthode serait la meilleure si on pouvait l'appliquer sans crainte ; avec elle on pourrait se passer de toute espèce de ligature, et ce serait se placer dans les meilleures conditions pour le succès de l'ovariotomie, si l'on pouvait, comme nous l'avons fait et comme l'a proposé après nous Braxton Hicks, comprimer le pédicule avec un clamp dentelé, resserrer, mâcher, écraser les tissus assez complétement et assez solidement pour empêcher toute hémorragie ; alors le pédicule pourrait être abandonné sans danger dans la cavité abdominale. Il serait prudent d'ajouter à ce procédé la cautérisation du pédicule. Malheureusement, les vaisseaux du pédicule sont quelquefois si volumineux, que ces procédés, soit par l'écraseur linéaire, soit par les clamps dentelés, écraseurs ou mâcheurs, ne mettraient pas à l'abri de l'hémorragie, et qu'on fera mieux, par prudence, de placer préalablement une ligature ou un clamp qui, en serrant le pédicule, s'oppose à toute hémorragie primitive et consécutive.

Ordinairement, pour faire l'occlusion de l'incision abdominale, on se sert, pour passer les ligatures métalliques de la suture profonde, d'aiguilles tubulées, qui ne laissent pas que d'avoir des inconvénients dans certains cas ; d'abord il faut autant d'aiguilles qu'on veut faire de points de suture ; elles sont parfois difficiles à enfiler, et une fois qu'elles ont traversé les parois abdominales, il devient quelquefois difficile de saisir le fil d'argent avec des pinces et de le faire sortir de l'aiguille. D'autres fois, si on veut le pousser pour le saisir plus facilement, il se plie à l'entrée de l'aiguille, et on est obligé de le retirer pour le remplacer par un autre ; d'autres fois, s'il déborde trop l'ou-

(1) Fin. — Voir notre dernier numéro.

verture de l'aiguille à sa sortie, il se recourbe et s'oppose au passage de l'aiguille à travers les parois abdominales. Enfin, si les parois abdominales sont très-épaisses, comme il arrive dans quelques cas, ces aiguilles tubulées, qui sont presque droites et peu résistantes, plient et se courbent lorsqu'on veut traverser la paroi du côté opposé, alors on est obligé de retirer l'aiguille et de la remplacer par une autre.

Tous ces inconvénients apportent des longueurs dans l'opération et des ennuis pour le chirurgien.

Voulant obvier à tous ces inconvénients et abréger, autant que possible, la durée de l'opération, j'ai fait faire, en 1860, des aiguilles particulières, qui ont la forme d'une aiguille d'emballeur ou d'une alène sans manche de cordonnier. Une ou deux de ces aiguilles, armées d'un long fil d'argent, suffisent pour faire la suture de l'incision la plus longue de la paroi abdominale; elles sont très-résistantes et pénètrent avec une grande facilité dans les parois abdominales, quelle que soit leur épaisseur; le talon de ces aiguilles est percé d'un chas, large et facile à enfiler, et il offre, au-dessus et au-dessous, une cannelure assez profonde pour loger complétement le fil d'argent qui, de cette façon, ne grossit pas le talon de l'aiguille et n'apporte aucun obstacle à son passage, au moment où il traverse les tissus. Avec une seule aiguille, on peut faire sept ou huit sutures sans être obligé de l'enfiler à chaque suture. Avec ces aiguilles, la suture profonde est faite avec une promptitude et une sûreté remarquables. Enfin notre collègue, M Le Fort a demandé à M. Liégeois, pourquoi il avait pratiqué cette ovariotomie. La réponse était bien simple, c'est que si cette opération n'avait pas été faite, la malade aurait succombé dans un délai assez rapproché, si l'on doit en juger par l'examen du kyste; le liquide qu'il contenait était filant, coloré; il existait à la surface interne du kyste un grand nombre de productions ou végétations de grosseur différente, depuis celle d'un haricot jusqu'à celle d'un petit œuf de poule, et tout kyste, dans ces conditions, devient promptement multiloculaire, et amène fatalement la mort dans un délai assez court. Que si le kyste de la malade de M. Liégeois, avec le développement rapide qu'il avait suivi dans les derniers temps, avait été abandonné à lui-même, la femme n'eût pas tardé à succomber, tandis qu'aujourd'hui, si aucune autre maladie ne vient compromettre son existence, elle peut vivre de longues années. M. Liégeois a donc agi sagement en proposant l'ovariotomie et en la faisant.

Nous terminerons ces quelques réflexions que nous venons de faire sur l'ovariotomie en faisant observer que les succès se multiplient à Paris, et que la pratique des chirurgiens de la capitale ne le cède en rien à celle des chirurgiens qui opèrent en province ou à l'étranger. Pour ce qui nous concerne, nous avons jusqu'à ce jour pratiqué dix-huit fois l'ovariotomie, et nous avons obtenu onze succès, c'est-à-dire plus de 61 sur 100. Mais si nous tenons compte de nos dernières opérations, notre proportion est plus grande. Ainsi nos sept premières opérations nous ont donné quatre succès, c'est-à-dire environ 60 p. 100, et nos onze dernières opérations ont fourni sept succès, c'est-à-dire environ 66 p. 100, autrement dit deux succès sur trois opérations. Je suis convaincu qu'on arrivera à guérir trois malades sur quatre. Nos trois dernières opérations sont trois succès.

M. Desprès. L'opération que M. Boinet vient de proposer, qui consiste à ouvrir la paroi abdominale, à faire la gastrotomie pour dégager l'intestin étranglé au niveau d'un anneau, a déjà été proposée en France, il y a plus d'un siècle, par Pigray, pour la hernie crurale, en particulier. L'opération a été pratiquée deux fois. On a ouvert le ventre au-dessus de la hernie. Les résultats de l'opération y ont fait renoncer.

M. Liégeois. M. Boinet a insisté sur la rétraction du pédicule. J'ai été frappé de cette rétraction chez la malade dont j'ai rapporté l'observation devant la Société.

Je crois que cette rétraction est très-importante et qu'il faut en tenir un très-grand compte dans l'opération de l'ovariotomie. Il faut placer une forte ligature au niveau du pédicule, et traverser celui-ci à sa base avec une aiguille de fort calibre. Je ne suis pas d'avis que l'ouverture du ventre soit aussi simple que veut bien le dire M. Boinet; je pense qu'il faut faire tous ses efforts pour empêcher l'intestin de sortir.

M. Boinet. Je n'ai pas voulu parler des opérations dont M. Desprès vient de nous entretenir; je ne me suis préoccupé que de la hernie ombilicale, pendant l'ovariotomie.

L'intestin sort quelquefois, malgré toutes les précautisns que l'on peut prendre.

Quant au pédicule, il n'est pas toujours possible de le traverser avec une aiguille. La réduction du pédicule après la cautérisation est employée par Tyler Smith; mais Spencer-Wels, qui a eu recours cinq fois à ce procédé, n'a pas obtenu de résultats favorables.

Si je devais réduire le pédicule dans le ventre, je combinerais l'écrasement linéaire avec la cautérisation.

M. Léon Labbé. Je crois que M. Liégeois s'exagère le degré de tendance qu'a le pédicule à rentrer dans le ventre. Le plus souvent, après quarante-huit heures, des adhérences assez solides sont établies entre le pédicule et les surfaces du péritoine pariétal qui ont été mises en contact avec lui. En tout cas, lorsque le clamp, de quelque forme qu'il soit, qui a étreint le pédicule, est enlevé, l'on voit celui-ci se rétracter immédiatement, et il existe entre la surface du pédicule et la paroi abdominale, une différence de niveau que les bourgeons charnus ne tardent pas à combler.

Il est bon de faire tous ses efforts pour empêcher l'intestin de sortir du ventre; mais quelquefois toutes les précautions sont inutiles. Plusieurs observations personnelles me portent à croire que dans les cas où l'intestin sort, malgré tous les efforts de contention auquel on peut avoir recours, le pronostic est relativement plus grave que dans les circonstances opposées. Dans ces conditions, il n'est pas rare d'observer rapidement une distention gazeuse considérable de l'intestin. Quant à ce qui est relatif aux dimensions à donner à l'ouverture abdominale, j'estime que toutes les fois qu'il existe des adhérences, il faut pratiquer une large ouverture pour faciliter les manœuvres et éviter de brusques déchirures.

M. Liégeois. Je n'ai pas voulu dire que le contact de l'air avec la séreuse péritonéale fût capable de tuer les malades; mais je pense que l'on se place dans d'heureuses conditions en évitant ce contact.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Panas fait les deux communications suivantes :

Ossification irido-pupillaire.

M. Panas. Chacun connaît les productions osseuses, pathologiques, de la choroïde, de la rétine et du corps vitré, tandis qu'il est infiniment plus rare de voir l'iris devenir le siége de cette altération

Il vient d'entrer dans mon service un homme de 36 ans, ancien militaire, et qui, par suite de refroidissement, eût une double ophthalmie grave, qui a aboli complétement la vue. Il y a un an de cela. Aujourd'hui, nous constatons ce qui suit :

Les deux yeux sont petits, atrophiés, présentant cette forme carrée qui caractérise cet état.

Les deux cornées opalescentes semblent être appliquées directement sur le diaphragme irien, tellement la chambre antérieure se trouve réduite dans ses dimensions, par suite de l'aplatissement des deux cornées. Le globe a perdu de sa consistance et offre une fluctuation manifeste, preuve que le corps vitré est défluent. A la place de la pupille et de l'iris, on voit une cloison imperforée, d'une couleur gris-jaunâtre, avec des taches pigmentaires, et çà et là de fines arborisations vasculaires, qui semblent provenir des vaisseaux scléroticaux. La surface de cette cloison n'est point lisse, mais elle offre un réseau de fibres entre-croisées, qui lui donnent l'aspect aponévrotique.

Le malade a la perception de la lumière diffuse, et remarque la présence d'une lumière placée devant ses yeux, pourvu que celle-ci ne soit pas distante de plus d'un mètre.

Nous avons constaté pareillement la présence des quatre posphènes principaux; ce qui indique que la rétine a conservé sa sensibilité, au moins en partie.

En présence d'un pareil état de choses, nous avons pensé que l'iridiotomie, en supposant qu'elle pût réussir dans d'aussi mauvaises conditions, devait améliorer le triste état du malade, et c'est ce qui nous engagea à entreprendre cette opération, en l'exécutant sur l'œil gauche, qui nous parut moins atrophié que le droit.

Pour les raisons connues de tous et dans le cas particulier, à cause de la liquéfaction du corps vitré, j'ai décidé de faire la kératotomie supérieure. Une fois la chambre antérieure ouverte et l'humeur aqueuse écoulée, je voulus saisir l'iris pour en extraire un lambeau; mais quel fut mon étonnement, lorsque je me trouvai en présence d'un tissu dense, qu'aucun instrument ne pouvait entamer. Diverses pinces à iridiotomie, une pince à dents de souris, des ciseaux droits et courbes, le crochet à iridiotomie, une aiguille à cataracte furent successivement essayés, sans parvenir à arracher une portion de l'iris. Ce n'est qu'avec de forts ciseaux courbes que j'ai pu faire sauter une toute petite parcelle, grosse comme un grain de semouille, d'une substance blanche et dure que je jugeai, à l'œil nu, devoir être de l'os véritable.

L'examen microscopique, en nous montrant dans la préparation des ostéoplastes en grand nombre, ainsi que le dessin que je vous présente ici en fait foi, confirma notre prévision. Rien ne pouvait, du reste, nous faire soupçonner, avant l'opération, cette ossification de l'iris, qui rendait l'iridtiomie, par le procédé ordinaire, absolument impraticable.

M. de Graëfe pense qu'en pareils cas le procédé de Weuzel, qui consiste à sectionner à la fois la cornée et la circonférence de l'iris, permet de saisir celle-ci en plein et d'en faire directement l'excision. Le petit couteau à cataracte dont il se sert pour la kératotomie linéaire modifiée, est l'instrument que notre savant collègue m'engageait d'employer pour exécuter ce temps de l'opération; et c'est ce que je me propose de tenter prochainement, en tenant la Société au courant du résultat définitf.

Malgré les manœuvres opératoires multipliées, qui me faisaient craindre le développemnt d'un phlegmon pour cet œil, il n'est rien survenu de fâcheux, et c'est à peine si le malade a souffert pendant trois à quatre jours. Cette immunité des yeux atrophiques pour le phlegmon traumatique, est un fait assez fréquent et qui a été mis au jour pour la première fois par Wenzel. On conçoit de suite combien ce fait devra encourager l'opérateur, et de quel poids il doit être dans la balance, lorsqu'on sait juger les indications et les contre-indications d'une opération dans des cas aussi désespérés que celui de notre malade.

Cette opération nous a paru intéressante à trois points de vue :

En tant qu'exemple d'une ossification irrécusable, siégeant dans le plan irien de l'œil, ce qui est peu commun;

A cause de l'impossibilité de diagnostiquer à l'avenir une ossification irienne, et des embarras que l'on se crée en suivant pour l'opération les préceptes de l'iridiotomie classique;

Enfin, comme mettant au grand jour l'inocuité relative des opérations, mêmes graves, sur des yeux atrophiés depuis longtemps par la maladie.

Sarcôme ossifiant de la mâchoire inférieure.

Malgré les progrès incontestables de l'anatomie pathologique, il reste encore beaucoup à faire au sujet des altérations intimes dont le tissu osseux peut être le siége. A ce titre, je crois que la pièce que je vais vous montrer ne manquera pas d'un certain intérêt.

Un jeune homme de 18 ans, tisserand de profession, et d'une bonne constitution, bien que maigre et pâle, vint dans mon service pour se faire opérer d'une tumeur qu'il porte à la mâchoire inférieure depuis dix-huit mois environ.

Cette tumeur, née vis-à-vis des premières molaires gauches, a gagné de proche en proche, et aujourd'hui elle occupe la presque totalité du corps de la mâchoire, s'étendant en bas et du côté de la bouche jusque près de l'os hyoïde. Son volume est égal à celui du poing. La consistance en est uniformément dure, sauf sur le point correspondant à la canine gauche et vers le fond du sillon labio-gengival, où la masse se laisse refouler, en produisant un bruit particulier, comme si des trabécules osseuses se brisaient sous le doigt. La peau et la muqueuse glissent librement sur la tumeur. Nulle part, on ne perçoit des battements ou du souffle, et la pression ne provoque aucune douleur. Pas de ganglions engorgés et pas de douleurs spontanées.

Du côté de l'hérédité, on n'a rien à signaler de saillant.

Les dents étant au complet sur la mâchoire inférieure, nous ne pouvions nous arrêter longtemps à l'idée d'un odontome.

Une exostose ou une hypérostose ne pouvaient pas non plus être admises, vu la croissance rapide de la tumeur.

Dès lors, on n'avait à se prononcer qu'entre une production carcinomateuse, un myéloplaxe ou une tumeur fibro-osseuse.

L'absence de tout engorgement ganglionnaire, la conservation de la santé générale, la solidité des dents, bien qu'elles fussent toutes implantées par leur racine dans la production morbide, et le défaut de toute douleur, nous ont engagé à éliminer de notre diagnostic une tumeur maligne, pour nous rattacher complétement à l'idée d'un ostéofibrome.

A l'aide d'une incision en fer à cheval, suivant le bord de l'os, et de deux traits de scie verticaux, nous avons pu, après dissection, enlever le maxillaire et avec lui la tumeur qui en faisait partie intégrante. Voici, messieurs, une coupe de cette tumeur.

On y voit une surface aréolaire, d'un rouge foncé, formée de trabécules osseuses, entre-croisées et séparées entre elles par une pulpe ou moelle rouge. On dirait la section d'un corps de vertèbres. A la surface de la tumeur, le tissu osseux est réduit en une coque extrêmement mince, que le scalpel entame avec la plus grande facilité.

Sans posséder de gros vaisseaux, cette tumeur était très-vasculaire; aussi, chaque coup de bistouri qui entamait celle-ci au moment de la dissection des parties molles, faisait sourdre une grande quantité de sang en nappe.

A l'aspect de cette tumeur, j'ai déclaré, en me fondant sur ce que nous savons au sujet des tumeurs à myéloplaxes, surtout d'après la thèse remarquable de M. Eugène Nélaton, que nous avions à faire à une tumeur de cette nature. Ne voulant pas me fier toutefois aux apparences, j'ai confié l'examen microscopique de la tumeur à MM. Cornil et Ranvier, dont chacun reconnaît la compétence, en ce qui regarde surtout les altérations propres au tissu osseux.

La réponse de ces messieurs a été que, malgré la coloration d'un rouge sombre de la tumeur et la présence d'une moelle rappelant, à s'y méprendre, la coloration splénique, ce n'était point à un myéloplaxe que l'on avait à faire, mais bien à ce que ces messieurs appellent un *sarcome ossifiant*. Voici, du reste, quelques mots d'explication sur la structure intime de la tumeur.

On sait, aujourd'hui, que la moelle des os est le point de départ d'une foule de lésions qui peuvent affecter le système osseux. Parmi ces lésions, il y en a d'un genre tout particulier, consistant dans le développement anormal d'éléments embryoplastiques dans la moelle. C'est là la tumeur dite myéloïde des os ou *sarcome myeloïde*, qui, suivant que tel ou tel élément prédomine, prend le nom de tumeur à myéloplaxe (prédominance des myéloplaxes), et celui de *sarcome ossifiant*, lorsque, outre les éléments embryoplastiques, des travées osseuses tendent à s'y former. Une particularité digne de remarque, c'est que les capillaires nombreux qui sillonnent habituellement ces tumeurs ont des parois très-minces, sont variqueux et irréguliers sur plusieurs points de leur continuité. C'est-à-dire qu'ils offrent les caractères propres aux vaisseaux capillaires embryonnaires. Cette disposition des capillaires explique la vascularité de ces tumeurs et aussi les kystes sanguins qui se forment souvent dans leur intérieur, à mesure que la tumeur se ramollit. Le prétendu anévrisme des os n'est souvent que l'exagération de cet état.

La tumeur que j'ai l'honneur de présenter à la Société est donc constituée principalement par des cellules embryoplastiques, dont un certain nombre se sont transformées déjà en cellules fibroplastiques, en myéloplaxes peu nonbreux, en fibrilles de tissu lamineux et aussi en trabécules de tissu osseux.

C'est une chose très-remarquable que la production d'un tissu osseux nouveau, au milieu des éléments embryoplastiques. C'est là tout à fait ce qui se passe dans l'intérieur des bourgeons charnus provenant d'une surface d'os dénudé ou enflammé, avec cette différence toutefois que ce travail, lorsqu'il s'agit d'une tumeur, n'aboutit jamais et se continue, pour ainsi dire, en pure perte.

En résumé, cette observation nous paraît intéressante à deux points de vue.

Premièrement, elle prouve qu'il ne faut pas se fier à l'examen à l'œil nu pour se prononcer sur la nature myéloplaxique d'une tumeur, comme le veut Eugène Nélaton. Jusqu'ici, malgré la tumeur splénique de la peau, prétendue caractéristique, il s'agissait d'une tumeur embryoplastique contenant à peine quelques rares myéloplaxes.

Deuxièmement, elle montre qu'il s'agit dans ce cas d'une tumeur dont la structure est d'autant plus remarquable, qu'elle nous fait assister au développement de certaines tumeurs dites fongueuses ou anévrosmatiques des os, qui ont beaucoup embarrassé les chirurgiens à une certaine époque, et sur la nature desquelles des doutes planent encore dans la science.

M. Liégeois. La tumeur de M. Panas m'a rappelé une tumeur que j'ai présentée à la Société de chirurgie, il y a cinq ans. L'aspect de cette tumeur était tel que l'on devait songer à une tumeur à myéloplaxe, et cependant elle était uniquement constituée par des noyaux embryoplastiques. Cette tumeur siégeait sur un jeune sujet (17 ans), et elle n'avait mis qu'une année à se développer.

La séance est levée à six heures un quart.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Un concours s'ouvrira au Val-de-Grâce, le 1er février 1869, pour un emploi de répétiteur en pharmacie à l'École du service de santé militaire de Strasbourg (botanique et histoire naturelle des médicaments).

Les épreuves de ce concours sont fixées ainsi qu'il suit :

1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle;

2° Détermination de plantes et de substances employées en médecine;

3° Interrogatoires.

La première de ces épreuves sera éliminatoire.

La composition du jury d'examen et le mode d'exécution des épreuves continueront d'être régis par le programme en date du 26 juillet 1860, inséré au *Journal militaire* (1860, 2e semestre, pages 51 et 52).

Pourront être admis à concourir les pharmaciens aides-majors des deux classes et les pharmaciens-majors de 2e classe, ainsi que les médecins des mêmes grades.

Les officiers de santé qui désireraient prendre part à ce concours seront tenus d'adresser au ministre de la guerre une demande régulière *appuyée d'un avis motivé de leurs chefs directs*.

Cette demande devra être parvenue au ministre, au plus tard le

10 janvier prochain, terme de rigueur, par l'intermédiaire des généraux commandant les divisions ou des intendants militaires, suivant que l'officier de santé est attaché à un corps de troupes ou à un établissement hospitalier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

La présentation pour le classement des candidats à la chaire de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale a eu lieu samedi dereier.

PREMIÈRE PLACE (26 votants).

M. Gubler........................ 25 voix.
M. Bouchut...................... 1 —

DEUXIÈME PLACE (25 votants).

M. Bouchut...................... 15 voix.
M. Empis........................ 10 —

TROISIÈME PLACE (25 votants).

M. Empis........................ 25 voix.

En conséquence, la liste de présentation sera formée de la manière suivante :

En 1re ligne : M. Gubler.
En 2e ligne : M. Bouchut.
En 3e ligne : M. Empis.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Collège impérial de France. — M. le docteur Marey est chargé du cours d'histoire naturelle des corps organisés au Collége impérial de France, pendant l'année classique 1868-1869.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Schutzenberger (Paul), préparateur de chimie au Collége impérial de France, est nommé directeur adjoint du laboratoire d'enseignement chimique à la Faculté des sciences de Paris (emploi nouveau).

M. de Clermont est nommé sous-directeur du laboratoire d'enseignement chimique à la Faculté des sciences de Paris (emploi nouveau).

M. Lionnet, bachelier ès-sciences, est chargé des fonctions de préparateur de la chaire de chimie minérale à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. de Luynes, chef des travaux chimiques, appelé à d'autres fonctions.

M. Philippon, bachelier ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur d'anatomie et physiologie des animaux à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Gervais, dont la démission est acceptée.

M. Jannetaz, licencié ès-sciences, aide naturaliste au Muséum, est chargé, en outre, des fonctions de préparateur de minéralogie à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. de Mercey, dont la démission est acceptée.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Bussy, professeur de chimie à l'École supérieure de pharmacie de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année classique 1868-1869, par M. Riche, agrégé près ladite École.

— *Faculté de médecine de Strasbourg.* — M. Laederich (Jean-Jacques), est nommé aide de chimie, physique et pharmacie à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Wolff.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Grandeau, docteur ès-sciences et en médecine, est chargé, à la Faculté des sciences de Nancy, d'un cours complémentaire de chimie et de physiologie appliquées à l'agriculture.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des amauroses en général et de quelques amblyopies toxiques en particulier, par le docteur G. Réau, ancien interne des hôpitaux. In-8° de 73 pages. 2 francs. — Paris, 1868, J. Savy.

Des fractures du crâne, par le docteur Cauvy. 1 vol. in-8°, avec planches photographiques. Prix : 5 francs. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

De la Contracture essentielle des extrémités et de ses rapports avec le rhumatisme, par le docteur Albert Colas, interne en médecine des hôpitaux de Paris. Une brochure in-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1868, Lefrançois.

Le Mexique considéré au point de vue médico-chirurgical, par le docteur Léon Coindet, médecin principal à l'hôpital Saint-Martin, à Paris, ex-médecin en chef au corps expéditionnaire du Mexique. 2 vol. in-8°. Prix : 8 francs. — Paris, 1868, V. Rozier.

Bulletins et Mémoires de la Société de thérapeutique 1re série du 25 novembre 1867 au 1er mai 1868. 1 vol. in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1868, P. Asselin.

Déontologie médicale (Devoirs et droits des médecins vis-à-vis de l'autorité, de leurs confrères et du public), par le docteur Delfau. Ouvrage couronné. 1 vol in-12. Prix : 4 francs. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Traité de pathologie interne et de thérapeutique, par le docteur Niemeyer. Traduction exécutée sous la direction de l'auteur. Seule traduction de la septième et dernière édition allemande, consedérablement augmentée et modifiée. 2e fascicule (fin du premier volume). Prix : 5 fr. Prix du premier volume (900 pages in-8°) : 10 francs. — Paris 1868, Chamerot et Lauweyrens.

La médecine des campagnes à l'aide des substances nouvelles, par le docteur George. 1 volume in-8° de 415 pages. Prix 4 fr. 50. — Paris, 1868, Chamerot et Lauweyrens.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Nº 143. — MARDI 8 DÉCEMBRE 1868. 41ᵉ ANNÉE. MARDI 8 DÉCEMBRE 1868. — Nº 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1ᵉʳ de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour com... le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 7 décembre 1868.

M. Ch. Sédillot vient de publier sous le titre de « Contributions à la chirurgie » (1), une collection de mémoires originaux, quelques-uns inédits, les autres déjà connus et épars dans un grand nombre de journaux et de recueils scientifiques. Heureuse a été l'idée de réunir ainsi, en deux volumes magnifiques, ces vivants témoignages d'une activité qui s'est exercée, au grand profit de la science, sur les sujets les plus graves et les plus variés.

Ceux qui, comme nous, ont suivi le savant professeur dans sa pratique, son enseignement oral et écrit, retrouveront la plupart de ces travaux avec un plaisir extrême comme d'anciennes connaissances, je dirai presque des amis avec lesquels on a vécu en communion d'idées ; ceux qui, moins heureux, n'en ont pas suivi le développement et la succession, seront frappés de l'unité de plan et de la puissance d'intuition qui les ont inspirés et qui en font un véritable monument comme l'a dit un éminent écrivain (2). Ces mémoires ne sont, au reste, qu'une partie de l'œuvre de l'infatigable professeur ; sa « Médecine opératoire », ouvrage depuis longtemps classique, l'évidement des os qui a remporté le grand prix de chirurgie de l'Institut, le « Traité de l'infection purulente », le « Traité de l'empyème », sont des œuvres magistrales, qui ont placé M. Sédillot au rang de nos maîtres les plus renommés. Les « Contributions à la chirurgie » sont un reflet des questions capitales qui ont été à l'ordre du jour pendant plus d'un quart de siècle et auxquelles le professeur de Strasbourg a pris part avec la plus légitime autorité.

M. Sédillot ne s'est pas borné à la simple reproduction de ses mémoires ; dans une préface où il a gracieusement cité et remercié ceux qui avaient pris part à ses travaux, il a exposé et les principes généraux qui les ont inspirés, et l'ordre de leur succession. Une introduction précède en outre chaque chapitre, et sert avec des notes nombreuses à signaler les modifications apportées par le temps aux idées, doctrines et procédés défendus ou critiqués à une autre époque.

Disposés de cette manière, ces mémoires ne sont plus une froide exhumation de travaux plus ou moins anciens, mais un ensemble vivant rempli d'intérêt et du plus fructueux enseignement.

Voici le sommaire des deux volumes :

I

I. Des accidents infectieux comme principale cause de la mortalité des opérés. — II. Anesthésie. — III. Luxations. — IV. Fractures. — V. Ankylose. — VI. Tumeurs et cancers. — VII. Nature et cause des suppurations bleues. — VIII. Ulcère perforant du pied. — IX. Cautérisation ponctuée. — X. De l'innocuité des plaies sous-cutanées.

II

I. Hémostasie. — II. Amputations. — III. Résections. — IV. Voies génito-urinaires. — V. Voies digestives. — VI. Voies respiratoires. — VIII. Anaplastie,

Dans l'impossibilité d'analyser la totalité d'une œuvre si considérable et si importante, nous examinerons seulement quelques-uns des sujets qui nous ont le plus frappés.

Qui ne se rappelle la surprise et l'admiration causées en 1846, par la découverte de l'anesthésie, la plus merveilleuse conquête et la plus bienfaisante du siècle. Ces sentiments ne restèrent pas longtemps sans mélange : des cas de mort survenus pendant l'anesthésie excitèrent de vives appréhensions et refroidirent l'enthousiasme. Étudier les effets de ces agents mystérieux et terribles, éther et chloroforme devint une tâche imposée à chaque chirurgien, à ceux surtout dont l'enseignement avait le plus d'autorité. Le professeur Sédillot examina un des premiers ces effets surprenants, et formula, dès 1848, les propositions suivantes qui ne commencent à être acceptées qu'après de longues années de luttes et de discussion : « Le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais. Toutes les fois qu'on a recours au chloroforme, la question de vie et de mort se trouve posée. La règle essentielle est de maintenir l'intégrité et la normalité de l'acte respiratoire. » Règles capitales que l'expérience a confirmées et que l'évolution de la science a complétées. C'est ainsi qu'en 1862, étudiant à mon tour cet important sujet, j'ai pu dire (3) : « Il n'y a point de maladies ni d'idiosyncrasies qui contr'indiquent d'une manière absolue l'anesthésie ; il n'y a point de sujets réfractaires au chloroforme ; il n'y a qu'un accident à redouter dans la chloroformisation : l'asphyxie ; elle se produit mécaniquement par le tassement de la langue contre la paroi postérieure du pharynx ; le seul moyen de la prévenir est de surveiller la respiration ; le seul moyen de la combattre est d'ouvrir la voie à l'air en tirant la base de la langue en avant. » Ces préceptes, qui sont le développement des règles formulées par notre maître, ont été résumés par lui dans ces mots : « Maintenir l'intégrité de la respiration est l'alpha et l'oméga de l'art de chloroformer. » Ces idées, si claires et si simples, passées à Strasbourg à l'état de vérité, sont-elles adoptées partout ? On connaîtrait peu la marche de la science et l'état réfractaire des esprits si on pouvait le penser. De récentes publications montrent combien, dans certaines cliniques dirigées par des hommes du plus haut mérite, on est loin encore de cette clarté doctrinale dans l'art d'administrer les anesthésiques. On ne marche sûrement que quand on connaît son chemin ; au maître et à l'école de Strasbourg l'honneur de l'avoir tracé. Sans être prophète, nous pouvons dire que les malades ne jouiront de la plénitude des bienfaits de l'anesthésie, ne seront en sûreté dans ce moment terrible, où la question de vie est posée, que quand ces préceptes si clairs régiront toutes les mains qui administrent les anesthésiques (1).

En octobre 1831, un fabricant de Paris, dans une lutte soutenue pendant un demi état de sommeil et d'hallucination, éprouva une douleur vive à l'épaule droite avec perte des mouvements du bras. Le médecin habituel du malade crut à l'existence d'une fracture, et appliqua l'appareil de Desault pour celle de la clavicule. L'appareil fut enlevé au bout de cinq semaines, tout le membre et même les doigts étaient engorgés et immobiles ; on tenta sans succès d'assouplir les muscles. Au bout de cinq mois, un étudiant en médecine soupçonna l'existence d'une luxation du bras, et engagea le malade à s'éclairer de nouveaux avis ; les chirurgiens les plus distingués de Paris ne purent se mettre d'accord ; celui qui, à cette époque, était regardé comme le plus habile de tous, Dupuytren, (que M. Sédillot s'est abstenu de nommer), fut consulté, et déclara par écrit que le bras n'était ni luxé, ni fracturé ; mais le siége d'une inflammation chronique. En juin 1832, le docteur Clément diagnostiqua une luxation de l'épaule, et au mois d'octobre suivant, c'est-à-dire un an après l'accident, le malade fut conduit chez un jeune chirurgien militaire de Paris, qui, non-seulement reconnut une luxation en arrière, mais en déclara la réduction possible, et exécuta heureusement cette difficile opération au moyen d'un appareil de son invention. L'articulation fut reformée, et les mouvements perdus depuis plus d'une année reparurent, grâce à un traitement consécutif habilement conduit. Le jeune chirurgien, qui se révélait si brillamment, était Sédillot.

La lésion, si peu connue qui venait d'offrir une éclatante occasion à un aide major du Val-de-Grâce de déployer son habileté de diagnostic et ses ressources thérapeutiques, réalisa en même temps un progrès considérable. M. Sédillot publia un travail d'un grand intérêt sur les luxations de l'épaule et leur classification, et entreprit la réhabilitation des moyens mécaniques dans le traitement des luxations par l'addition d'un dynamomètre.

Cet instrument fut pour le dosage de la force ce qu'est la balance pour celui des médicaments.

On est saisi d'épouvante quand on voit, dans les ouvrages des anciens, les machines puissantes, treuils, moufles, etc., au moyen desquels ils procédaient à la réduction. On comprend la répulsion qu'avaient inspiré aux chirurgiens modernes de pareilles violences. M. Sédillot changeant toutes les idées reçues, fit voir que la force des aides est une force aveugle, tandis que celle des machines, mesurée par le dynamomètre, devient claire, docile et exempte de dangers. Une révolution était opérée. Mais ce n'est pas sans efforts qu'on fait sortir toute une génération de ses habitudes. Plus d'une opposition se manifesta, M. Sédillot en triompha par l'évidence de ses démonstrations. On se tromperait étrangement si, d'après ce que je viens de dire, on pouvait penser que l'emploi de la force et son dosage aient été la préoccupation exclusive et dominante de l'auteur et son procédé de prédilection pour la réduction des luxations anciennes ; pour lui, la force n'est qu'un moyen exceptionnel qui ne doit apparaître que mesuré quand il est indispensable. M. Sédillot conseille de détruire les adhérences en se servant du membre comme d'un levier, porté en différent sens et agissant successivement sur des résistances partielles ; après avoir rompu les liens pathologiques qui faisaient obstacle à la réduction et avoir ramené le membre dans sa cavité, il montre dans quelle position il convient de le placer pour rendre la récidive impossible, et par quel ensemble de moyens on parvient à refaire l'articulation presque toujours déformée. Cette partie du traitement fut admirablement formulée, et poursuivie dans le cas dont nous avons rapporté l'histoire, et si Bonnet, de regrettable mémoire, auquel la science et l'humanité doivent tant de reconnaissance, a amplement développé et généralisé ce traitement consécutif des lésions articulaires, le principe en était indiqué dans le mémoire dont nous avons essayé de donner une idée sommaire, et il était déjà parfaitement compris et appliqué par M. Sédillot en 1832. Le chapitre des luxations comprend près de 300 pages.

Qui ne se rappelle l'anarchie doctrinale qui régnait, il y a une quinzaine d'années, au sujet des rétrécissements du canal de l'urèthre, des difficultés, de la lenteur et du peu de succès final des traitements qu'on leur opposait. A qui sont dues les idées claires qu'on possède aujourd'hui sur les indications de ces affections, et les perfectionnements si notables de leurs méthodes opératoires ? Il serait sans doute fort difficile de le dire d'une manière absolue.

Le progrès ne naît pas habituellement d'une improvisation, il arrive par une maturation d'idées et une succession de perfectionnements auxquels plusieurs inventeurs ont concouru. Parmi ceux qui ont eu ce rare mérite, nous devons citer M. Sédillot.

En faisant des strictures uréthrales une classification pratique, ce professeur a rendu à la science et à l'art un service signalé, et il a eu, en outre, l'honneur de remettre en usage, d'inventer pour ainsi dire, une opération prescrite par Desault et son école, continuée et représentée par Boyer, Roux, Dupuytren, Sanson et Blandin, etc.

Si M. Sédillot n'est pas l'auteur du meilleur instrument appliqué à l'uréthrotomie interne, il en a clairement signalé l'importance et les conditions, et en a donné le premier modèle. Justifions, par quelques citations, ces propositions :

Le 26 octobre 1852, M. Sédillot adressait à l'Institut un mémoire sur l'urèthrotomie externe, comme méthode de traitement des rétrécissements organiques de l'urètre, dans lequel se trouvait la classification suivante.

A. Rétrécissements que l'on franchit et qu'on parvient à dilater d'une manière durable.

B. Rétrécissements que l'on franchit, sans réussir à en maintenir la dilatation.

C. Rétrécissements que l'on franchit, sans pouvoir les dilater.

D. Rétrécissements que l'on ne franchit pas.

Qui n'est frappé de la remarquable clarté de cette division. L'auteur, partisan d'une nouvelle méthode opératoire entrevue précédemment et abandonnée à tort, assigne en même temps d'une main sûre la place qui appartient aux autres méthodes. Nous avouons volontiers que le jour n'a commencé à luire pour nous dans ces questions difficiles, obscurcies encore par d'ardentes et intéressées polémiques, que depuis le moment où cette clarté nous a frappés. Ainsi, deux grandes classes de rétrécissements : ceux qu'on franchit et ceux qui restent infranchissables. Cette distinction est à la fois objective et subjective ; elle est objective, car on a vu des canaux réellement oblitérés ; d'autres si tortueux ou configurés de telle façon, qu'aucune bougie ne les traversait.

Elle est aussi subjective. Il est sans doute des chirurgiens plus ou moins habiles au maniement des sondes ou des bougies, mais si tous ceux qui assistent un malade ne pénètrent pas au travers du rétrécissement, ce dernier est de fait infranchissable. Il est donc inutile d'opposer des arguties à cette première division. De même, est-il certain que si vous avez passé et dilaté d'une manière durable un rétrécissement, la guérison est obtenue par la méthode la plus douce et la plus inoffensive. Mais dans le cas ou vous ne franchissez pas l'obstacle, ni vous, ni ceux qui peuvent être appelés à votre aide, que ferez-vous en présence de l'impérieuse nécessité ? La ponction de la vessie n'est qu'un expédient qui recule la difficulté sans la résoudre. Pratiquerez-vous le cathétérisme forcé, cette ponction urèthrale de la vessie ? Aucun opérateur au courant des progrès de la chirurgie n'oserait le conseiller ; vous êtes donc amené, par le danger de la situation, à admettre comme dernière et précieuse ressource l'incision du périnée et de l'urèthre qui vous permet de rétablir les voies normales par voie cicatricielle.

La réhabilitation de l'urèthrotomie externe s'imposerait théoriquement, alors que les nombreux succès obtenus par M. Sédillot, et ses élèves ne l'auraient pas mise au dessus de toute contestation.

Quant aux rétrécissements qui ne restent pas dilatés ou qui ne se laissent pas dilater, qu'en ferez-vous ? Le seul parti à prendre est d'inciser les premiers et d'inciser encore les seconds ou de les rompre. C'est ici que se place l'urèthrotomie interne dont les indications se sont multipliées au fur et à mesure que les procédés opératoires sont devenus plus sûrs et plus parfaits. Ici nous sommes obligés encore d'entrer dans quelques détails ,

L'urèthrotomie interne ne peut se faire que de deux manières, d'arrière en avant, ou d'avant en arrière. Le premier mode exige que l'instrument ait pénétré dans l'obstacle avant de le couper ; le second le coupe en y pénétrant ; le premier suppose résolue la plus grande difficulté de l'opération, le second ne peut être sûr que si la lame ne peut s'égarer dans les tissus. En 1855, M. Sédillot disait dans la 2ᵉ édition de sa « Médecine opératoire » : La découverte réellement utile que la chirurgie réclame est celle d'un urèthrotome susceptible de couper d'avant en arrière les rétrécissements dans lesquels on est parvenu à faire pénétrer une bougie filiforme. » Mettant en pratique cette idée, il fit préparer une bougie en baleine sur laquelle on pouvait faire glisser, par une série d'anneaux superposés, une longue tige d'acier terminée par une lame en rondache ; l'instrument fut appliqué avec succès. Pendant qu'on faisait ces essais à Strasbourg, M. Maisonneuve, à Paris, franchit l'obstacle en vissant sur une bougie introduite dans le canal une petite sonde canelée qui, poussant la bougie devant elle dans la vessie, la remplaçait dans le canal. On glissait, dans la rainure de cette sonde cannelée, une petite lame arrondie et tranchante qui coupait le rétrécissement. Voilà l'esquisse de la filiation doctrinale et des perfectionnements opératoires de l'urèthrotomie interne. Avons-nous besoin d'ajouter que l'urèthrotomie externe, une des opérations les plus délicates de la chirurgie et que l'urèthrotomie interne ont reçu, de la part de M. le professeur Sédillot, les plus heureux perfectionnements ; qu'ainsi réglées, ces opérations ont conquis la plus légitime place dans le traitement des voies urinaires. Entrer dans de plus longs détails serait s'exposer à des développements que ne peut comporter

(1) 2 volumes in-8°, Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) Marchal de Calvi, Tribune Médicale, 25 octobre 1868.
(3) Règles pratiques de l'administration du chloroforme. Bulletin de thérap., t. LXIII, p. 55, 109, 154.

(1) Il est fort extraordinaire que ce soit l'École qui fait la guerre au chloroforme et qui préconise avec persistance la supériorité de l'éther, qui ait enregistré le plus de cas de mort par les anesthésiques.

ce coup d'œil jeté sur une œuvre aussi considérable, dont nous avons voulu faire seulement ressortir les vues supérieures et l'évolution.

Montaigne a dit (1) : « Il se trouve une merveilleuse relation et correspondance en cette universelle police des ouvrages de nature qui montre bien qu'elle n'est ni fortuite, ni conduite par plusieurs maîtres. » L'invariabilité des phénomènes de la nature dans leurs rapports de cause à effet, loi fondamentale et origine de tout progrès est comme l'âme des travaux de M. Sédillot et la cause de leur durable solidité. Cette foi dans le progrès, affirmée toujours et justifiée sans cesse, les anime et laisse en eux des germes féconds de progrès nouveaux. Celui qui a écrit en tête du principal de ses ouvrages (2) que : « Le succès des opérations dépend de l'habileté du chirurgien, que les revers accusent notre ignorance ou nos fautes, » s'engageait à poursuivre sans relâche, au profit de l'humanité, la perfection de l'art et le progrès de la science; sa nouvelle œuvre, dont nous venons de signaler quelques passages, montre la légitimité de son ambition.

HERGOTT,
professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT (3).

Histologie de la sclérose en plaques.

(Leçon recueillie par M. BOURNEVILLE, interne des hôpitaux.)

Revenons maintenant aux plaques de sclérose. Nous avons à étudier là des phénomènes pour le moins fort analogues à ceux dont je viens de vous entretenir.

Dans l'épaisseur du foyer sclérosé, sur les pièces fraîches, on rencontre à peu près constamment, nous vous l'avons dit déjà, et souvent en proportion considérable, des globules ou granules offrant d'une manière générale l'apparence de corps gras; ces globules se présentent sous deux aspects principaux : les uns figurent des masses relativement volumineuses, dont les bords sombres, sinueux, dessinent, soit la forme d'un globule ovalaire irrégulier, soit celle d'une massue, quelquefois d'un rein (fig. 1).

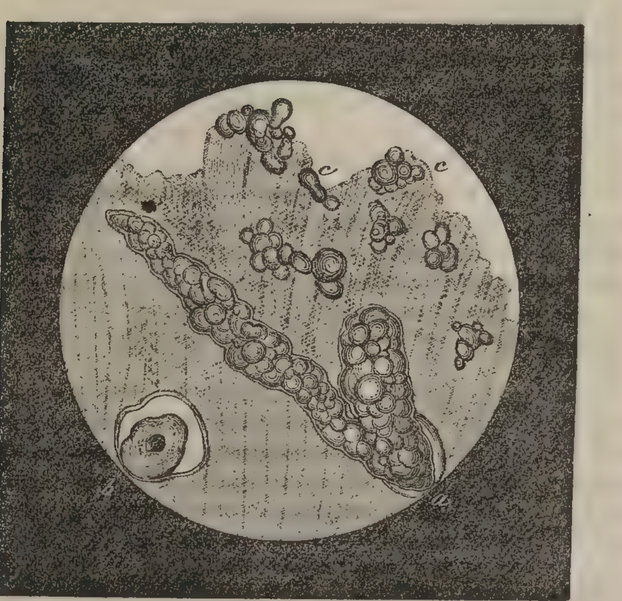


FIG. 1. — *Plaque de sclérose à l'état frais.* — *a*, gaîne lymphatique d'un vaisseau distendue par des gouttelettes graisseuses volumineuses. — *b*, vaisseau coupé transversalement. La tunique adventice est séparée de la gaîne lymphatique par un espace vide, les gouttelettes graisseuses qui distendaient la gaîne ayant disparu. — *c*, *c*, gouttelettes graisseuses, groupées en petits amas disséminés çà et là dans la préparation.

Ils offrent comme la myéline, dont ils se rapprochent du reste encore par d'autres caractères, un double contour. Les autres sont de véritables gouttelettes ou granulations graisseuses, tantôt libres, tantôt agglomérées de manière à constituer des amas confus ou des agrégats cohérents, autrement dit des *corps granuleux* dépourvus de noyau et de membrane enveloppante (4). Des molécules protéiques se trouvent mêlés, par places, à ces diverses granulations. Tous ces produits ressemblent exactement, vous le voyez, à ceux qui résultent de la désagrégation de la myéline, dans le cas de la section d'un cordon nerveux.

Poursuivons les analogies : sur les coupes longitudinales que je vous présente, on voit, en certains points, les granulations graisseuses disposées sous forme de longues traînées parallèles à la direction des tubes nerveux (5); sur les coupes transversales, elles constituent çà et là de petits amas séparés ou îlots, qui correspondent assez exactement au siége des alvéoles. A la vérité, le plus habituellement, les granulations ont franchi les limites de celles-ci et se sont répandues dans les tissus voisins. Mais cela n'a rien qui puisse surprendre, lorsque l'on sait que les tubes nerveux de la moelle sont dépourvus de cette gaîne celluleuse ou gaîne de Schwann, qui, dans les nerfs sectionnés, contient de toutes parts les produits de la désagrégation de la myéline. Les mailles du réticulum et les interstices des fibrilles offrent d'ailleurs des voies faciles par lesquelles les gouttes de myéline, ainsi que les granulations graisseuses pourront s'infiltrer et se répandre au loin (1).

En dernier lieu, nous ferons remarquer que les masses d'apparence médullaire et les granulations graisseuses ne se rencontrent jamais au centre de la plaque de sclérose, c'est-à-dire dans les régions où la métamorphose fibrillaire et le travail de destruction des tubes nerveux sont terminés. Au contraire, elles occupent toujours les parties les plus extérieures de la plaque (2), ou, autrement dit, les zones périphériques ou de transition. Or sur ces points, vous le savez, le processus morbide est en pleine activité : c'est là, en effet, que, comprimé de tous côtés et étouffé par des trabécules du réticulum qui se sont épaissies, et, plus tard, par les faisceaux fibrillaires qui tendent à envahir les alvéoles, le cylindre médullaire s'amoindrit progressivement, puis disparaît, le tube nerveux n'étant plus représenté finalement que par le cylindre d'axe. L'accumulation des gouttelettes médullaires ou graisseuses et la destruction du cylindre de myéline ont donc lieu simultanément; on peut même ajouter qu'elles procèdent du même pas, puisque celle là cesse de se produire lorsque celle-ci est définitivement accomplie. Évidemment la coexistence des deux phénomènes ne saurait être fortuite, et, tenant compte de tout ce qui précède, il nous paraît légitime de conclure que les corpuscules médullaires et graisseux en question ne sont autres que les débris, les détritus provenant de la désagrégation des tubes nerveux (3).

Que deviennent, par la suite, ces granulations graisseuses? Elles disparaissent vraisemblablement par voie de résorption; vous savez qu'on n'en retrouve plus traces dans les parties centrales des foyers scléreux. C'est ici le lieu de signaler à votre attention un phénomène qui se rattache, sans aucun doute, au phénomène de cette résorption. Ainsi que vous pourrez le constater sur les préparations que je vais faire passer sous vos yeux, dans les parties où se rencontrent les produits de la désagrégation des tubes nerveux, les gaînes lymphatiques des petits vaisseaux renferment dans leur cavité, en proportion variable, soit des granulations graisseuses, soit même, bien que plus rarement, des corpuscules présentant les caractères de la myéline. En certains points, ces divers produits sont tellement abondants que les gaînes lymphatiques sont distendues à l'excès; les vaisseaux paraissent alors avoir acquis un volume double ou triple de ce qu'il est dans l'état normal, et ils se dessinent sous forme de petites traînées blanches, visibles à l'œil nu, sur le fond gris de la plaque sclérosée. Cependant les tuniques de ces vaisseaux n'offrent elles-mêmes pas d'autres ulcérations que celles qui ont été indiquées plus haut et qui n'ont certainement aucun rapport avec la dégénération scléromateuse. En somme, il s'agit là d'une infiltration graisseuse consécutive des gaînes lymphatiques et nullement d'une lésion primitive des parois vasculaires. Le même phénomène se retrouve dans le ramollissement cérébral par oblitération artérielle, dans la plupart des formes de la sclérose primitive ou secondaire, et, en un mot, dans des affections des centres nerveux très-diverses, mais qui ont toutefois ceci de commun, qu'elles déterminent la dégénération graisseuse des tubes nerveux. Le véritable caractère de ce phénomène paraît avoir été soupçonné par Gull (4) et par Billrotte (5), mais il a été mis en lumière surtout par M. Bouchard, dans ses belles études sur les dégénérations secondaires de la moelle épinière (6).

La description qui vient de vous être présentée, de l'altération scléreuse en plaques disséminées, est surtout relative à la substance blanche, mais elle peut s'appliquer également, d'une manière générale au moins, à la substance grise. Dans les deux substances, en effet, la névroglie est faite sur le même modèle, et les altérations qui s'y produisent ne diffèrent pas essentiellement. Aussi ne donnerai-je, d'après les observations que j'ai pu faire, une mention spéciale qu'aux modifications qu'éprouvent les cellules nerveuses, lorsque, par suite de l'envahissement de la substance grise, elles se trouvent comprises dans l'aire d'une plaque de sclérose. Ces cellules ne sont pas le siége d'une prolifération nucléaire, contrairement à ce qui a lieu dans les mêmes circonstances pour les cellules conjonctives dont les noyaux se multiplient habituellement, et c'est même là un caractère qui, au besoin, conduirait à distinguer l'un de l'autre les deux ordres d'éléments; elles subissent une altération particulière qu'on pourrait désigner du nom de *dégénération jaune*, en raison de la coloration ocreuse parfois assez prononcée qu'elles présentent; elles cessent d'être vivement colorées par le carmin comme dans l'état normal; le noyau et le nucléole paraissent formés d'une substance d'aspect vitreux, brillante. Il en est de même du corps de cellule qui, en outre, semble composé de couches concentriques. Enfin une atrophie, capable d'amener une diminution de volume relativement considérable, s'empare de toutes les parties de la cellule en même temps que des prolongements cellulaires se flétrissent et disparaissent (7).

Dans l'encéphale, et aussi sur les nerfs optique et olfactif, les plaques de sclérose présentent essentiellement le même caractère que dans la moelle, et nous ne croyons pas qu'il soit utile d'entrer, à cet égard, dans de nouveaux détails.

Parvenus au terme de cette étude, nous pouvons essayer de rétablir, dans l'ordre naturel de leur succession, les phénomènes qui composent l'altération dont il s'agit, et chercher ainsi à reconnaître le mode pathologique suivant lequel cette altération se constitue.

Incontestablement, la multiplication des noyaux et l'hyperplasie concomitante des fibres réticulées de la névroglie sont le fait initial, fondamental, l'antécédent nécessaire; l'atrophie dégénérative des éléments nerveux est secondaire, consécutive; elle a déjà commencé à se produire lorsque la névroglie fait place au tissu fibrillaire, bien qu'elle marche alors d'un pas plus rapide. L'hyperplasie des parois vasculaires ne joue ici qu'un rôle accessoire.

En quoi consiste l'affection de la névroglie qui marque le début de cette série de désordres? Il est facile d'y retrouver tous les caractères de l'irritation formatrice. Mais, après avoir reconnu que la sclérose en plaques est une myélite ou une encéphalite interstitielle chronique primitive et uniloculaire, il nous restera à déterminer les caractères histologiques qui la distinguent des autres formes de la sclérose des centres nerveux, et aussi de plusieurs espèces de myélite ou d'encéphalite qui, prenant également leur point de départ dans la névroglie, n'aboutissent pas néanmoins à la métamorphose fibrillaire. Nous entreprendrons en temps opportun de remplir cette tâche. Pour le moment, nous avons hâte de laisser l'anatomie pathologique pour la clinique, et de vous montrer par quel appareil de symptômes se révèle la sclérose en plaques des centres nerveux.

TUMEUR FIBREUSE ET FIBRO-PLASTIQUE DE LA RÉGION PAROTIDIENNE

Extirpation. — Guérison

Par M. le Dr FANO

M..., âgé de trente-six ans, maréchal ferrant, envoyé à la clinique de M. Fano, par le docteur Lesueur, le 7 septembre dernier, est affecté d'une tumeur de la région parotidienne droite. Cette tumeur a commencé à se développer il y a deux ans, et a subi un accroissement lent.

La tumeur s'étend depuis l'angle de la mâchoire inférieure jusqu'au lobule de l'oreille. Le diamètre vertical est de cinq centimètres; le diamètre transversal de quatre. Elle est bien circonscrite, mobile en tous sens, sans adhérence de la peau qui le recouvre, et composée d'un certain nombre de lobes. Elle est généralement d'une consistance dure; indolente par elle-même et à la pression.

Le 8 septembre, M. Fano enlève la masse morbide : une incision, ne comprenant que la peau, est faite sur le grand diamètre de la tumeur, un peu au delà des limites de celle-ci. Deux autres incisions plus petites tombent perpendiculairement sur le milieu de la première. Les lèvres de cette double plaie sont disséquées, de façon à mettre à découvert toute la face antérieure de la tumeur. Celle-ci est détachée au moyen du bistouri, de ses connexions profondes, d'abord à son extrémité inférieure où les adhérences sont peu fortes, puis en arrière, où il en est de même. Vers le bord antérieur et surtout la face profonde, la dissection est plus laborieuse, parce que les adhérences sont plus solides. Pendant ces dernières manœuvres, deux artérioles sont ouvertes et cessent bientôt de donner, puis une artère d'un plus gros calibre qui, placée au milieu d'un tissu mou (artère parotidienne), se laisse difficilement saisir par une pince. Le vaisseau fournit un jet de sang rutilant pendant queques instants, échappe plusieurs fois à la pince et cesse spontanément de donner. Toute la surface de la plaie fournit d'abord un suintement de sang peu abondant.

M. Fano, craignant une hémorragie par le vaisseau qui s'est rétracté et n'a pu être lié, attend environ un quart d'heure avant de faire le pansement, qui se compose de boulettes de charpie sèche, de plumasseaux cératés, recouverts de compresses, et d'un bandage approprié. Avant de fermer la plaie, M. Fano et les assistants constatent, au fond de la blessure, un mouvement de soulèvement très-marqué, isochrone aux battements du cœur, dû au voisinage de l'artère ouverte dont il a été question précédemment.

Le patient a supporté l'opération avec grand courage, sans proférer une plainte.

La figure a pâli un peu, mais le pouls ne s'est pas ralenti.

Le lendemain, l'opéré est sans fièvre; on renouvelle les pièces extérieures de pansement imbibées d'une sérosité sanguinolente. Les jours suivants, les boulettes de charpie placées dans l'excavation de la plaie sont retirées à mesure qu'elles sont imbibées de pus. Le 14 septembre, le fond de la plaie présente une membrane granuleuse en voie de développement.

A partir de ce moment, la plaie marche rapidement vers la cicatrisation. Le 21, la perte de substance est comblée; aux bourgeons charnus exubérants sont réprimés avec le crayon de pierre infernale. Les jours suivants, la cicatrisation marche avec une rapidité remarquable; elle est complète le 30 du mois, c'est-à-dire trois semaines après l'opération.

Examen de la tumeur. — Celle-ci est enveloppée, de toutes parts, d'une membrane celluleuse, excepté à la partie antérieure de la face profonde, où elle est recouverte d'un tissu jaunâtre, granuleux, ressemblant au tissu de la glande parotide, ce que l'examen microscopique a confirmé. La coupe de la tumeur offre un tissu d'un gris blanchâtre, dur, se laissant difficilement écraser par le doigt, entremêlé d'un tissu plus sombre et plus mou. Toute la masse est traversée par deux ou trois vaisseaux d'un petit calibre.

Détails microscopiques d'après examen fait par MM. Meunier et Perchant. — La membrane qui entoure, de toutes parts, la tumeur, est uniquement composée de tissu lamineux, parcourue par un très-grand

---

(1) *Essais*, liv. II, c. 22.
(2) Fin. — Voir notre numéro du 3 décembre.
(3) *Traité de médecine opératoire*, p. 1.
(4) En outre de ces corps granuleux proprement dits (*Fettkornchen agglomerate*), on peut trouver, dans les plaques de sclérose, des corps granuleux ayant un noyau qui se colore par le carmin et une membrane d'enveloppe (*Fettkornchen Zellen*); ces derniers ne sont autres que des cellules de la névroglie ayant subi la dégénération granuleuse. — Voir sur la distinction à établir entre les diverses espèces de corps granuleux : I. Poumeau, *Thèse de Paris*, 1866. — Rokytansky, *Bericht der akad. d. Wiss. zu Wien.*, t. XXIV, 1857. — Wedl, *Rudim. of path. histolog.* p. 292. London, 1855.
(5) Il n'est pas rare de rencontrer, au milieu des fibrilles des cylindres d'axe en partie dénudés, mais auxquels adhèrent encore çà et là des masses globuleuses ayant l'apparence de la myéline.

(1) Charcot, *Soc. de Biolog.*, 1868.
(2) *Ibidem.*
(3) Cette opinion a été formulée déjà très-nettement, par Rokitansky, en 1858. (*Bericht*, etc., *loc. cit.*, 1857.)
(4) *Cases of paraplegia.* — *Guy's hosp. reports*, 3e sér., 1858, t. IV.
(5) *Archiv. der Heilkunde*, 3 jahr., p. 47.
(6) Bouchard, *Arch. gén. de méd.*, mars et avril 1866, et *Thèses de Paris*, 1867, p. 44.
(7) Frommann. *loc. cit.* — Vulpian, *Cours de la Faculté*, 1868. — Charcot, *Soc. de Biolog.*, 1868.

nombre de vaisseaux capillaires très-fins. La tumeur est composée d'un tissu mixte, partie purement *fibreuse*, partie *fibro-plastique*. En raclant la coupe de la production morbide, et en examinant ce qui s'en détache de cette manière, on trouve un certain nombre de noyaux libres, peu volumineux, avec un ou plusieurs nucléoles et un grand nombre de granulations élémentaires; quelques cellules à noyau, peu volumineuses, régulières, sans aucune analogie avec les cellules dites cancéreuses. Ce sont des éléments cellulaires normaux détachés par le grattage du stroma fibreux des ganglions lymphatiques.

La coupe de la tumeur présente un grand nombre de fibres, entremêlées çà et là de cellules, soit arrondies, soit fusiformes. Dans certains endroits, la disposition des fibres rappelle la structure de la cornée; la tumeur est essentiellement *fibreuse* dans cette portion.

Une autre coupe de la tumeur montre un grand nombre de *cellules fibro-plastiques* fusiformes, à un ou plusieurs nucléoles, mélangées à un certain nombre de cellules à noyaux multiples, avec un nombre plus ou moins considérable de nucléoles; enfin des noyaux fibro-plastiques libres, ovoïdes ou déjà terminés en pointe. Dans aucun point de la tumeur, on ne trouve d'éléments celluleux, de couleur nacrée, caractéristiques l'*enchondrôme*.

La partie la plus profonde de la tumeur, située au delà de la membrane lamineuse d'enveloppe, montre un grand nombre d'*acini*, de lobules tapissés de cellules avec noyau et nucléole. Cette portion de la tumeur appartient évidemment à la glande parotide.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 2 octobre 1868. — Présidence de M. CHAUSIT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. GIRALDÈS offre à la Société le deuxième fascicule de ses leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants. Il appelle l'attention sur certaines parties de ce travail, et surtout sur la description qu'il a donnée de l'ophthalmie diphthérique. Cette affection, extrêmement grave, quelquefois incurable, a une marche toute particulière et une thérapeutique fort difficile; elle n'a aucun rapport avec l'ophthalmie pseudo-membraneuse, très-bien décrite, du reste, par M. Chassaignac, et qui est beaucoup moins grave que la véritable ophthalmie diphthérique.

RAPPORTS.

M. DUROZIEZ lit un rapport sur un travail présenté par M. le docteur Tissier et intitulé : *Observation d'un cas d'ostéo-malacie chez une femme enceinte de quatre mois*. Le rapporteur conclut à l'inscription de M. Tissier sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société.

M. CHARRIER donne lecture du rapport suivant sur les mémoires et bulletins de la Société médico-chirurgicale de Bordeaux :

Messieurs,

Il n'est pas dans les us et coutumes de la Société de médecine de Paris, de faire un rapport écrit sur les travaux des Sociétés des départements; cependant, quand les travaux et les mémoires sont en grand nombre, et ont une importance scientifique réelle et capitale, quand ils sont les actes d'une réunion de médecins aussi instruits qu'honorables, je crois qu'il est bon et utile de déroger à ces habitudes qui ont, selon moi, le grave défaut de ne donner qu'une idée très-imparfaite et trop succincte des efforts et des progrès de la science contemporaine dans des centres loin de Paris.

La Société médico-chirurgicale de Bordeaux est de ce nombre; ses membres sont presque tous nos anciens camarades d'études, nos collègues d'internat, en tout cas, ils sont tous des confrères très-instruits, au courant de tous les travaux modernes, et d'une honorabilité parfaite.

Aussi est-ce avec un vrai sentiment de plaisir et d'affectueuse confraternité que j'ai lu leurs travaux, que j'ai suivi leurs discussions, et que j'applaudis à leur succès. En effet, les mémoires et bulletins de la Société médico-chirurgicale de Bordeaux sont du plus haut intérêt, ils sont élégamment rédigés, les discussions sont courtoises et empreintes souvent de ce brio méridional qui leur donne une saveur toute particulière.

Il faudrait pouvoir citer tous les auteurs et donner une analyse complète de leurs travaux, mais alors ce ne serait plus un rapport que j'aurais l'honneur de lire à la Société, ce serait un gros volume que j'aurais dû faire, ou plutôt j'aurais dû vous lire ces trois fascicules.

Dans le 2e fascicule 1866, M. Azam nous donne, page 272, la relation d'un fait de résection du grand nerf sciatique pour une névralgie traumatique.

Un terrassier, a la jambe droite écrasée, M. Herbat, chef interne, lui pratique l'amputation d'urgence au lieu d'élection. Cette opération est faite avec un vaste lambeau externe. La cicatrisation se fait attendre, et au moment où elle est complète, il se déclare une névralgie du moignon, qui acquiert bientôt une terrible intensité.

En septembre 1862, M. Labat pratique la résection du nerf sciatique poplité externe au-dessus de la tête du péroné.

Cette opération n'a aucun résultat.

Le malade atteint de variole, est transporté dans le service des varioleux, et un matin, pendant la période de desquamation, il se réveille guéri dans les deux cinquièmes de son moignon. Puis la névralgie augmente de nouveau, le moral s'altère, et le malade parle de de mettre fin à ses jours.

Le 8 janvier 1863, M. Azam qui a repris son service pratique la résection du grand nerf sciatique, il enlève un peu plus de 3 centimètres du nerf; le malade a une attaque d'épilepsie. Il en avait déjà eu une au moment de la chloroformisation qui avait précédé l'opération faite par M. Labat. Avant cet accident, le malade n'avait jamais eu d'accès du mal caduc ; cependant sa mère était épileptique.

Les douleurs cessent pendant 7 mois, l'épilepsie ne reparait pas, quand en faisant un faux pas, le 25 juillet 1865, le malade glisse, et le pilon de sa jambe artificielle, heurtant entre deux pavés, il tombe sans connaissance, et a une attaque d'épilepsie.

La douleur revient intense, vive, continue, puis elle perd de son acuité, mais persiste toujours. Sur ces entrefaites, M. Azam présenta le malade à la Société de chirurgie. Une discussion très-intéressante s'engagea; plusieurs membres conseillèrent l'abstention. C'est ce que fit M. Azam. La douleur diminua et finit par disparaître. Il y a trois ans et demi d'écoulés depuis la résection du grand sciatique, près de trois ans depuis la récidive, et la guérison ne s'est pas démentie depuis, non plus l'épilepsie n'a pas reparu.

Cette observation, Messieurs, comme vous le voyez, est très-intéressante, car la guérison date de trois ans. — Or ces résections dans la continuité d'un nerf, ne sont pas toujours suivies d'un aussi beau succès — la névralgie a souvent reparu, surtout quand elle était de cause interne et non traumatique. Michon, Nélaton ont eu des insuccès complets.

Plus loin, M. Labat, page 285, lit un mémoire intitulé : *de l'emploi de l'ergotine contre l'infection purulente, à la suite des amputations*. La discussion qui suivit cette importante communication, est digne à tous égards de fixer notre attention, car elle indique d'une manière sûre la voie du chirurgien. Le chirurgien ne doit pas être seulement l'ouvrier de la main, le *χειρουργος* des anciens; il doit soigner ses malades, ne pas se contenter seulement d'abattre, de trancher, de couper (*secundum artem, et tuto, cito et jucunde*), il doit guérir et faire appel à la thérapeutique. M. Labat donne l'ergotine comme prophylactique de la résorption des produits plastiques.

Au début de l'emploi de ce médicament, M. Labat ne l'administrait qu'après les premiers symptômes de toxémie, et il perdait ses malades. Il le donne maintenant dès le premier jour jusqu'au quinzième, et il guérit.

Sous l'influence de l'ergotine, le gonflement inflammatoire est presque nul, la suppuration considérablement diminuée. Seulement un peu d'insomnie et d'agitation, — et de retard dans la cicatrisation secondaire.— La dose du médicament est de 2 grammes par jour jusqu'au douzième ou quinzième jour.

La série des amputations de M. Labat est extrêmement remarquable. Sur 20 amputations majeures, 20 succès. « Maintenant, dit M. Labat, *j'ai foi en l'ergotine*, mais ce n'est pas tout, et voici les préceptes que je pose pour l'amputation de la cuisse : Vaste lambeau antérieur. Incision circulaire postérieure. Ligature isolée. Ergotine à l'intérieur. Pansements à l'alcool. Nourriture réparatrice. »

Mais comme avant l'emploi de l'ergotine, comme prophylactique, M. Labat usait de la même méthode, et n'avait pas le même succès, il est donc à présumer que l'ergotine y est pour beaucoup. C'est en effet une série singulièrement heureuse que de voir 20 succès suivre 20 opérations graves et capitales, et ces succès donnent à réfléchir. Aussi si je pouvais émettre un vœu, ce serait de voir nos collègues qui sont à la tête d'un service hospitalier expérimenter cette méthode, et venir, après l'avoir scrupuleusement suivie, nous rendre compte, comme ils savent le faire, de leurs expérimentations.

Vient ensuite une observation très intéressante d'hémophylie qui a été lue par M. de Fleury. Le malade a fini par succomber à l'hémorrhagie sans cesse renaissante, après des amputations successives et malgré tous les traitements employés. Cette diathèse hémorrhagique est chose connue, mais assez rare, et cette question soulève des points de doctrine nombreux et du plus haut intérêt. L'idiosyncrasie, l'hérédité ont une influence énorme, vient ensuite la question de race, car pour plusieurs auteurs la race anglo-saxonne y serait plus prédisposée que les autres, mais c'est encore un point obscur et qu'il serait très-intéressant de voir élucidé.

Puis deux grandes discussions qui touchent à tous les problèmes de notre époque ont rempli plusieurs séances de la Société médico-chirurgicale de Bordeaux, en 1867 : c'est d'abord la question humanitaire par excellence, la question de la mortalité des nourrissons en France. Question vitale, et d'autant plus importante, que la statistique déroule sous nos yeux un nécrologue effrayant et qui dépasse toute prévision humaine.

80 0/0 des nourrissons succombent dans la première année de leur existence.

C'est pour tâcher de porter remède à cette effroyable mortalité qu'un ancien professeur de l'école de Lyon, un homme de bien et de convictions profondes a fondé *la Société protectrice de l'enfance*. M. le professeur Barrier consacré à cette idée son temps, son intelligence, et toutes ses forces, et nous devrions tous, Messieurs, faire partie de la Société qu'il a créée, le seconder de tout notre pouvoir, et de tout notre cœur; il est triste de le dire, mais c'est cependant la vérité, le petit nourrisson que l'on envoie en Province ou que l'on confie à une nourrice qui n'est pas sous la surveillance immédiate des parents n'est qu'une affaire de lucre, pour cette dernière; c'est un moyen de gagner de l'argent; c'est une mine à exploiter.

Alors se dresse dans l'esprit de cette femme ce problème à résoudre : profiter des parents, et en tirer le plus possible de cadeaux et d'argent, tous les moyens sont bons pour atteindre le but si ardemment convoité, et il arrive souvent que des mois de nourrices sont payés, alors que l'enfant est déjà mort depuis longtemps.

Cette question si grave sollicitée par les travaux des docteurs Monot et Brochard a eu un grand retentissement à l'Académie de médecine, mais tous les ans un nouveau membre convaincu devrait la remettre au jour, car elle est loin d'être résolue encore, et les tables mortuaires sont là tous les ans aussi, pour prouver l'importance capitale du sujet. Par an, en France, plus de 100,000 enfants assistés ou non, meurent en nourrice. Le remède qui cicatriserait cette plaie sociale serait un des moyens les plus efficaces pour faire sortir notre pays de l'état stationnaire de sa population. D'après les économistes, pour que la population se maintienne sans décroître, il faut 3 enfants par ménage, il en faut 6 pour la doubler.

Messieurs, il y a peu de familles, dans le siècle où nous sommes, qui suivent cette loi proportionnelle et qui donnent le bon exemple, surtout dans les grandes villes. Si nous cherchions pourquoi la fécondité est si faible, et pourquoi l'amour de l'enfant est si peu développé, puisqu'on l'abandonne et que l'on le confie à des nourrices qui sont loin de toute surveillance, nous verrions, Messieurs, que l'égoïsme, l'amour du luxe, de la jouissance rapide, la hâte de vivre, l'impatience d'arriver à la fortune, sont les causes de ces arrêts calculés de la population et du peu de sollicitude que l'on a pour la première enfance.

Dans un pays transatlantique, où le travail est en honneur, où tout le monde travaille ou a travaillé, depuis le premier magistrat de la République jusqu'au dernier prolétaire, et où nul n'arrive sans travailler, mais où tout le monde peut arriver par le travail, la population double, triple, quand la nôtre reste la même; dans les deux grands pays du monde où il y a le plus d'industrie et de travail, l'Amérique et l'Angleterre, c'est dans ces deux pays où l'on trouve les plus nombreuses familles. C'est là aussi où l'on voit le plus de mères allaiter leurs enfants et ne pas les confier à des soins mercenaires.

Cette question de la mortalité des nourrissons en France est donc, comme vous le voyez, une de ces questions vitales qui intéressent au plus haut point notre pays, et nous devons tous, nous qui sommes à même d'y porter remède dans une certaine mesure, puisque nous avons l'honneur d'être médecins, faire tous nos efforts pour propager dans les familles l'allaitement maternel, et si cet allaitement est impossible, surveiller avec le plus grand soin les nourrissons qui sont loin du foyer domestique. Déjà, nos confrères de la province ont répondu à l'appel, et il serait bon et utile que, dans la limite de nos forces, nous leur donnassions l'exemple. M. le docteur Levieux, dans un très-savant rapport sur le travail présenté à l'Académie par M. le docteur Brochart, a démontré à Bordeaux, comme le docteur Brochart l'avait fait à l'Académie de médecine, toute l'étendue du mal; il y a donc à aviser.

Puis, dans ce premier fascicule de 1867, nous voyons aussi un mémoire de M. Venot fils, qui, comme M. Diday et notre collègue Dolbeau, s'est demandé si le mercure guérissait la syphilis. Comme à la Société de chirurgie, M. Després, M. Venot fils a nié l'efficacité du mercure; il a fait même plus, il a voulu prouver sa nocuité. C'est là, en effet, aussi un de ces problèmes qui intéressent tous les médecins; or, si le mercure était nuisible, et si, administré pour guérir, il donnait naissance à une nouvelle diathèse l'hydrargyrie, on pourrait le proscrire de toutes ses forces. Mais est-il bien vrai, et bien conforme à la saine pratique, de dire que le mercure ne guérit pas la syphilis? Ne serait-il pas plus vrai de dire que mal administré, intempestivement administré, il donne lieu à des accidents qui lui sont propres? C'est là, je crois, où gît la vérité. Le mercure est bon, souverain, quand il est employé d'une manière opportune et intelligente; mais il est évident qu'il ne guérit pas toujours. Il y a des malades qui sont réfractaires au mercure, comme il y en a aussi qui sont réfractaires à la syphilis. N'a pas la vérole qui veut, disait Antoine Dubois, et il avait raison.

Dans la discussion qui s'est élevée au sein de la Société de Bordeaux, M. Moussous, avec un rare talent, une verve toute méridionale, a fait l'histoire et la critique du traitement hydrargyrique, mais ses conclusions ne sont pas affirmatives, aussi affirmatives qu'on aurait pu le croire après la lecture attentive de son remarquable mémoire.

Il conclut comme nous le faisons tous maintenant, à l'emploi du mercure en temps opportun, c'est-à-dire quand il y a des manifestations syphilitiques. Mais il faut que ces manifestations existent pour administrer le mercure, et en cela je crois qu'il a parfaitement raison. Car il n'existe pas de traitement abortif, et si, dès le début, vous donnez le mercure, je crois que vous agissez mal : vous empêchez les manifestations d'apparaître, mais seulement pour un certain laps de temps, et vous transformez une maladie à évolution fixe, normale, en une maladie irrégulière à manifestations insolites et à époques indéterminées, et vous ne pouvez jamais prévoir la guérison ni savoir quand elle est certaine et durable.

Les 10e et 11e conclusions de M. Moussous vous donneront une idée de son esprit sage et pratique et vous montreront qu'il n'est pas aussi absolu qu'on pourrait le croire; il s'est surtout élevé contre l'emploi abusif du mercure.

« 10e *Conclusion*. — La syphilis peut guérir toute seule, *sponte suâ*.

« 11e *Conclusion*. — Une médication éclectique où l'on ferait une part aux réactions de l'organisme, une autre au mercure et à l'iodure de potassium, dans laquelle interviendrait le fer, le quinquina et certaines eaux thermales serait bien certainement celle qui conviendrait le mieux à la curation de la syphilis. »

Eh! Messieurs, nous sommes tous d'accord, et lorsque M. Dolbeau s'est demandé si le bichromate de potasse ne pouvait pas remplacer le mercure, il n'a pas voulu détrôner ce dernier. Il a voulu seulement chercher s'il n'y avait pas une médication meilleure que celle mise en usage et qui n'en aurait pas les inconvénients. Il avait eu des déboires, il avait vu les insuccès de la méthode hydrargirique et alors il a expérimenté une méthode nouvelle. Mais il n'a pas dit, pas plus que M. Moussous, que le mercure ne servait à rien, bien plus qu'il était nuisible. Ce sont MM. Després, à la Société de chirurgie de Paris, et Venot fils, à Bordeaux, qui se sont chargées de cette exécution.

Cette discussion aura eu un grand avantage. Les mémoires de M. Dolbeau, de M. Venot fils et de M. Moussous, la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie, auront, à mes yeux, ce résultat très-remarquable ;

1° De prouver que le mercure n'est pas une panacée syphilitique universelle et constante;

2° Que, donné dès le début comme traitement abortif des accidents secondaires et tertiaires, il ne fait rien avorter, il ne fait que retarder les évolutions de la maladie. Cette opinion, au reste, n'est pas nouvelle : Cullerier, mon maître, ne donnait jamais le mercure qu'après l'apparition bien manifeste de la période secondaire, et il professait cette doctrine à l'hôpital du Midi, en 1855, et déjà, en 1852, bien avant, à l'hôpital de Lourcine;

3° Qu'il faut employer, concurremment avec le mercure, des toniques, des reconstituants, quand on a devant soi un individu anémié par la syphilis, et qui n'a pas été amélioré par le traitement spécifique.

Toute cette grande discussion, qui a soulevé des polémiques passionnées et ardentes, n'aura donc pas été inutile, et elle aura prouvé une fois de plus que, dans toute chose, il faut savoir se maintenir calme et tranquille, étudier avec soin et se prémunir de l'exagération qui est nuisible aussi bien aux progrès de la science qu'à la guérison des malades.

Gardons nous des systèmes et surtout, Messieurs, des médecins systématiques et absolus.

J'aurais voulu, Messieurs, vous parler de bien d'autres faits encore contenus et discutés dans les travaux de la société de Bordeaux, tels qu'une observation de M. Azam intitulée : *Adénôme du sein, guérison par élimination spontanée*, une note de M. Dennée *sur quelques cas de corps étrangers de l'œsophage et sur quelques procédés d'extraction de ces corps* (p. 292 et 209 du tome II 1867).

Mais j'aurais trop à dire, et je craindrais de fatiguer votre attention. J'en passe donc et des meilleurs, et c'est avec regret, pour arriver à vous dire quelques mots du mémoire de M. Sentex, qui a mérité en 1867, à l'Académie de médecine, le prix Capuron. Il est intitulé : *Des altérations que subit le fœtus dans la cavité utérine et de leur valeur médico-légale.*

M. Sentex a divisé son travail en quatre parties : La première est consacrée à l'étude rapide des causes de la mort du fœtus avant l'accouchement, et des signes qui accompagnent la présence d'un fœtus mort dans la cavité utérine.

La deuxième à l'étude des altérations que subissent les fœtus après leur mort dans l'utérus.

La troisième à la description des altérations que subissent dans l'eau les fœtus morts pendant le travail.

La quatrième à la description des altérations que subit le cordon ombical dans diverses conditions et divers milieux.

Ce travail, qui est considérable, bien fait, bien pensé, bien écrit a pu, comme le dit M. Sentex lui-même, être mené à bonne fin, grâce à l'obligeance de M. Rousset, professeur d'accouchements à l'École de Bordeaux, qui avait mis son service de clinique d'accouchements à la disposition de M. Sentex.

Ce mémoire restera dans la science et servira évidemment de point de départ à des travaux ultérieurs. Mais il a déjà une grande importance au point de vue médico-légal, car deux parties sont neuves. Ce sont les altérations que subissent les fœtus morts pendant le travail lorsqu'ils sont plongés dans l'eau pendant un temps plus ou moins prolongé, et les altérations que subit le cordon ombical dans diverses conditions et divers milieux.

La question médico-légale est évidemment le côté le plus saillant de cette étude, le plus intéressant et le plus utile, et je crois que le chapitre des altérations du cordon, dans les divers milieux où il se trouve, pourra guider le médecin légiste dans le dédale des expertises et lui permettre d'arriver dans un grand nombre de cas, à la vérité, et dans de certaines limites, l'aider à la détermination de l'époque de la mort du fœtus.

Rien n'est plus difficile que de bien rendre compte d'un ouvrage. Qu'est-ce donc, Messieurs, quand on a, dans trois fascicules une série de mémoires plus intéressants les uns que les autres? Je vous ai donné, Messieurs, une bien faible idée des travaux de la Société de médecine de Bordeaux, mais j'espère, par le court aperçu que je vous ai lu de ses travaux et de ses discussions, vous avoir inspiré, et c'est mon vœu le plus cher, le vif désir d'en prendre connaissance et d'en faire une étude approfondie.

A propos de cette lecture, M. Delasiauve présente quelques observations sur les mesures qu'il serait, selon lui, opportun de prendre pour combattre la mortalité des nouveau-nés confiés aux nourrices en province; l'établissement de petits hôpitaux dans chaque centre rural lui paraît le meilleur moyen de combattre cette mortalité.

ÉLECTIONS.

Le vote a ensuite lieu sur la candidature de M. Grisolle au titre de membre honoraire et sur celle de M. Bourgogne père, de Condé (Nord), au titre de membre correspondant.

M. Grisolle obtient 21 suffrages sur 21 votants.

M. Bourgogne obtient 19 suffrages sur 19 votants.

En conséquence, M. Grisolle est nommé membre honoraire, et M. Bourgogne, membre correspondant de la Société de médecine de Paris.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire annuel : Dr Aimé Martin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret rendu sur la propostion du ministre de l'intérieur, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : MM. les docteurs de Villepin, chirurgien en chef de l'hospice de Compiègne (27 ans de services gratuits), et Joly, médecin de la maison centrale de Clermont (28 ans de service).

— On vient de placer, dans la salle des thèses de la Faculté de médecine, un magnifique buste en marbre blanc (grand modèle) de Trousseau. Les traits du célèbre professeur sont de la plus parfaite ressemblance, et l'on retrouve reproduites sur ce marbre l'intelligence, la fierté et la distinction qui faisaient de la physionomie de Trousseau un type véritablement à part.

Le buste repose sur un élégant piédestal, au milieu duquel est sculptée une couronne d'immortelles. Au milieu de la couronne, sont écrits ces mots en lettres d'or : *par souscription.*

On assure que M. Lasègue, auquel revient l'initiative de cette souscription, ferait prochainement placer dans le vestibule de l'Hôtel-Dieu un modèle en bronze du buste de son ami si regretté.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Massiani, ancien chirurgien des armées.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris se réunira mercredi prochain 9 courant, à la mairie de 1er arrondissement. *Ordre du jour.* — Rapport et vote sur deux demandes d'admission. — Renouvellement du bureau. — Rapport de la commission de statistique (maladies régnantes, 3e trimestre 1868).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Psychologie naturelle, Etude sur les facultés intellectuelles et morales dans leur état normal et dans leurs manifestations anormales. chez les aliénés et chez les criminels, par le docteur Prosper Despine. 3 vol. in-8. Prix : 21 francs. — Paris, 1868, F. Savy.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Nº 144. — JEUDI 10 DECEMBRE 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 10 DÉCEMBRE 1868. — Nº 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 9 décembre 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance s'est passée en lectures. M. Félix Voisin a lu un nouveau chapitre de sa grande trilogie sur l'homme physique, intellectuel et moral; il est relatif à l'utilité et l'emploi de nos sens extérieurs. M. Trélat, candidat pour la section de pathologie chirurgicale, a occupé ensuite la tribune et a donné lecture de divers extraits d'un mémoire étendu sur la trachéotomie dans les lésions syphilitiques des voies aériennes; et M. Armand, médecin militaire, auteur d'une série d'études du plus grand intérêt sur la Chine et la Cochinchine (1), a terminé la séance par une communication sur la fumée d'opium, qui a vivement provoqué l'attention de l'assemblée. On trouvera, dans le compte rendu de la séance, les conclusions du travail de M. Trélat, et la note, presque *in extenso*, qu'a lue M. Armand.

Des présentations nombreuses et intéressantes ont été faites dans les deux dernières séances de l'Académie. Nous mentionnerons, notamment, celle que M. Broca a faite, dans la précédente séance, d'un volumineux et très-important ouvrage de M. le docteur Prosper Despine sur la psychologie naturelle, et celle qu'a faite hier M. Cerise, d'un nouvel ouvrage de M. le docteur Ed. Carrière sur les fondements et l'organisation de la climatologie médicale, et de trois brochures de M. le docteur Durand (de Gros), l'une sur l'influence des milieux sur les caractères de race chez l'homme et les animaux, la seconde sur l'hérédité dans l'épilepsie, et la troisième, intitulée : *La Philosophie physiologique et médicale à l'Académie de médecine*. Nous aurions désiré présenter aujourd'hui quelques réflexions au sujet de ces différentes publications, et nous avions en particulier l'intention d'exposer une rapide analyse du grand ouvrage de M. Despine; mais le temps et l'espace nous font défaut, ce sera pour une autre fois. Nous devons d'ailleurs une place aujourd'hui pour la publication de la première partie de la leçon d'ouverture de la clinique de M. Sée.

Dr Brochin.

La séance publique annuelle de l'Académie de médecine aura lieu mardi prochain, dans le lieu ordinaire de ses séances et à la même heure. L'ordre des lectures se composera : 1° du rapport général sur les prix ; 2° distribution des prix et programme des prix proposés pour 1869 et 1870 ; 3° éloge de Velpeau, par M. J. Béclard.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Sée.

LEÇON D'OUVERTURE DU COURS DE CLINIQUE MÉDICALE.

C'est au milieu de la crise révolutionnaire que la clinique fut inaugurée en France, sous les auspices de Fourcroy et de Thouret : en 1795, la première chaire de clinique fut fondée à l'hôpital de la Charité, et, dans cet amphithéâtre même, Corvisart fit ses premières démonstrations sur les maladies du cœur. Rendons hommage à ce sagace observateur, à notre maître Bouillaud, à Piorry, à Monneret de si regrettable mémoire.

Il est inutile de vous énumérer les services rendus par la clinique depuis l'époque où elle fut instituée. Sachez seulement qu'après une période de théories surannées et toujours renaissantes sous une forme nouvelle, on finit par où il eût fallu commencer, par l'étude, par l'observation au lit du malade. On fit alors table rase de toutes les doctrines, en se bornant à la description méthodique des symptômes morbides que l'on avait constatés. Le résultat obtenu fut considérable : les hypothèses s'écroulèrent l'une après l'autre; puis, lorsque l'École de Chomel et de Louis vint recommander la rigueur la plus absolue dans les procédés d'exploration, les observations exactes s'accumulèrent de façon à constituer un répertoire complet, une vaste encyclopédie de détails importants, en un mot une science toute entière de faits.

Depuis trente à quarante ans, ces principes d'observation ont été appliqués avec conscience, et cependant la somme des connaissances à acquérir dépasse de beaucoup celle des notions acquises. La clinique, comme arrêtée dans ses progrès, ne tient plus ses promesses premières, et nous sommes dans un état stationnaire, et ce qui le prouve, c'est l'inanité de la thérapeutique.

Quelles sont les causes de ce temps d'arrêt? Nous les trouvons d'abord dans les doctrines, si doctrines il y a, qui ont guidé les observateurs.

Jusqu'ici, l'homme malade a été considéré comme un déclassé, comme un paria envahi par un être étranger qu'on appelle la maladie et qui vivrait dans l'homme indépendamment de ses organes, indépendamment de ses fonctions physiologiques; l'espèce morbide a été regardée comme le *nec plus ultrà* de la médecine; il suffisait de la déterminer et l'observation était complète.

Il s'est trouvé un médecin (Tessier) qui eut le courage et la logique d'envisager les maladies comme des essences morbides immuables, ayant leur marche réglée, immutable et si nettement distinctes les unes des autres qu'il suffisait d'en énoncer le nom pour être immédiatement fixé sur la nature du mal. C'est là ce que j'appellerai le fatalisme de la médecine : il faut qu'en présence de cette destinée préétablie, le germe morbide meure ou nous tue; et nous, nous voilà forcés de rester spectateurs passifs de ce drame qui se passe en nous et malgré nous. La médecine, c'est tout simplement la nosologie : dès qu'il a pu assigner à la maladie sa classe, sa catégorie, le médecin nosologiste a terminé son rôle, car le traitement est forcément l'expectation ou le nihilisme ou l'empirisme.

Nous n'envisageons pas ainsi la maladie : il y a bien des types morbides; mais, dans ces types, nous trouvons des graduations, des formes rudimentaires, abortives ou bien complètes : et encore faut-il ajouter que dans chaque type, principal ou secondaire, on doit prendre en considération les groupes de phénomènes qui, à chaque instant du jour, font varier les indications thérapeutiques non-seulement dans la même maladie, mais sur le même malade. Il existe donc entre les maladies des formes intermédiaires, comme en histoire naturelle : il y a des transformations, des métamorphoses, et le darwinisme est aussi vrai en médecine qu'en zoologie; il y a plus, lorsque dans des maladies différentes le même syndrome se présente, il entraîne des indications identiques. La médecine est là tout entière et non dans la classification des maladies. Comme le disent Robin et Littré dans leur dictionnaire si vivement discuté, les caractères cliniques n'ont été ainsi désignés que parce qu'on a méconnu ou ignoré l'intervention, l'utilité de la physiologie. Or pour nous, et cette pensée est bien autrement consolante que le fatalisme, la physiologie n'a pas perdu ses droits sur l'homme malade : elle reste identique à elle-même, mais elle fonctionne dans des conditions nouvelles.

Une autre cause de la stérilité de la clinique, c'est le défaut de procédés. Vous savez que la clinique est basée : 1° sur l'observation; 2° sur l'anatomie pathologique; et 3° sur l'étude des indications. Or, l'appréciation des phénomènes morbides a été défectueuse; l'interprétation des lésions anatomiques a été vicieuse, imparfaite; enfin, l'application des médicaments a été tout empirique. Et cependant c'est bien là que réside la trilogie de la clinique : c'est précisément l'étude des signes, la connaissance des tissus dits morbides, et la notion indicative de la thérapeutique qui constituent toute la clinique.

L'École contemporaine décrit le malade sans parti pris : elle enregistre tous les phénomènes, quels qu'ils soient, et nous donne une véritable photographie du malade; on se demande alors pourquoi ces observations si minutieuses, si soigneusement recueillies n'ont pu servir à la constitution de la science, pourquoi ces documents si précieux ont pu être si rarement utilisés par un autre que par l'auteur de l'observation, pourquoi enfin ils ne figurent que comme des pièces à conviction, que l'on néglige dans le procès pour arriver plus vite aux conclusions? La raison de cet abandon est bien simple : on s'est contenté d'enregistrer les symptômes, d'additionner les troubles fonctionnels sans les catégoriser, sans leur assigner leur rang véritable, sans indiquer leur prédominance, leur enchaînement : il semblait que le seul but fût d'inscrire la fréquence relative des symptômes dans chacune des maladies connues.

Ainsi un phénomène qui apparaît neuf fois sur dix, le météorisme dans la fièvre typhoïde, par exemple, est considéré comme à peu près constant, et on en conclut qu'il a une valeur pathognomonique. Or, il se trouve que le météorisme se voit aussi dans d'autres maladies graves et fébriles, tandis que dans certaines dothinentéries sans débilité musculaire, la tympanite manque absolument. Si, au lieu de faire uniquement la statistique de la fréquence des phénomènes, on avait essayé d'en interpréter le mécanisme, on ne se serait point exposé à des méprises. Le météorisme indique tout simplement un état paralytique des intestins, ou bien une dégénérescence graisseuse ou cireuse des muscles des parois abdominales qui se laissent ainsi distendre et soulever par des gaz : c'est donc là le signe d'une débilitation musculaire et non d'une maladie spéciale comme la fièvre typhoïde. Il en résulte que l'on a appliqué à une maladie ce qui appartient à la lésion fonctionnelle ou histologique du système musculaire; on a négligé le mécanisme, le mode de production du phénomène qui suit rigoureusement les lois de la physiologie au lieu de s'adapter à une entité morbide.

Cette énumération pure et simple des phénomènes, cette statistique de séméiologie a un autre inconvénient non moins grave. Prenons un exemple pour nous faire mieux comprendre : parmi les signes d'une bronchite capillaire, vous enregistrez la coloration livide du visage, le refroidissement des extrémités, la dyspnée; et vous mettez ces trois symptômes sur le même plan, comme s'ils n'avaient pas le moindre rapport entre eux, comme si tous les trois avaient la même valeur séméiotique. Cependant, c'est la dyspnée qui est vraiment primordiale, et si elle n'existe pas, aucun des autres signes ne peut se produire; lorsque la dyspnée, au contraire, se développe, le sang stagne dans les veinules de la face, c'est la cyanose; la circulation se ralentit dans les veines sous-cutanées des membres, et le sang se refroidit par son contact prolongé avec l'air ambiant. Vous voyez donc qu'il faut, de toute nécessité, catégoriser les phénomènes d'après leur signification physiologique; car là seulement se trouve la valeur diagnostique des symptômes. D'une autre part, une observation ne vaut que par l'idée qui la domine; — si l'observateur raconte naïvement ce qu'il a vu et entendu, sans diriger ses recherches vers un but déterminé, ses descriptions seront comme non avenues pour la science; — l'absence d'idées ne constitue pas précisément le critérium d'une observation. Ce qu'il importe, c'est de chercher sans idée préconçue, mais de chercher, et cela suivant une direction déterminée, un but final. La meilleure preuve, c'est que la gloire d'un de nos maîtres de céans est due tout entière à sa conception du rhumatisme péricardique; toutes ses observations en font foi.

(La suite prochainement.)

FRACTURE AVEC ENFONCEMENT DE LA PARTIE MÉDIANE DE L'OS FRONTAL

Fracture de l'avant-bras. Fracture compliquée de la jambe. Guérison complète.

Par M. le docteur Thomassin, de Xertigny (Vosges).

Le 7 juillet 1867, je fus appelé en toute hâte près du nommé J. D..., de Xertigny, que je trouvai allongé sans mouvements sur le revers du fossé de la route de Bains-en-Vosges. Cet homme revenait avec sa belle-mère et ses enfants d'un pèlerinage à Notre-Dame-de-la-Brosse, lorsque le cheval, mal attelé, s'emporte et par ses ruades le frappe au bras et à la jambe. J. D... a 40 ans et jouit d'habitude d'une excellente santé.

A 3 centimètres au-dessus de la racine du nez et dans un espace transversal de 7 centimètres sur 2 de hauteur, la peau est déchirée et sous la peau l'os enfoncé et complétement détaché; je le saisis avec des pinces, mais un petit filet blanchâtre et nerveux offre un léger obstacle tranché d'un coup de ciseaux, ce qui fait pousser un cri au blessé. On aperçoit alors la dure-mère éraillée en deux ou trois points, sans hernie de la substance cérébrale.

La plaie étant nettoyée, aussi bien que possible, je rapprochai les lambeaux charnus et les réunis au moyen de cinq épingles à suture; puis, sans rechercher s'il existait d'autres lésions, je fis mettre le blessé sur un brancard improvisé, et on le transporta à son domicile, distant au moins de 3 kilomètres (Pansements à l'eau froide).

Le soir, perte complète de l'intelligence et de la parole; la respiration est lente; le malade semble plongé dans le coma.

Le 8 juillet, la femme du blessé me prie de regarder la jambe droite

(1) Dans une longue série de lettres publiées dans la *Gazette médicale de Paris*, qui commencent en 1860, époque de l'expédition de Chine, et se terminent en 1865, M. Armand a étudié et exposé, depuis le départ de Toulon jusqu'au retour, tous les sujets d'hygiène militaire et navale, de médecine, de topographie, de climatologie, de météorologie, d'anthropologie et d'ethnologie qui se sont offerts à son observation. Il serait à désirer que M. Armand réunît cette masse de curieux documents en un volume.

ce son mari, où elle a remarqué une petite plaie. L'examen me fit constater une fracture oblique et compliquée au tiers inférieur; la réduction fut faite immédiatement, un linge mouillé sur la plaie et un appareil de Scultet à triple rang de bandelettes, imbibées d'un mélange d'eau et d'eau-de-vie, appliqués; puis à l'aide de serviettes en forme de liens, j'assujettis le membre.

Le 9, la plaie de la tête a bon aspect, et déjà les lambeaux tendent à la cicatrisation; mais une agitation continue et des mouvements convulsifs des membres ont brisé les rapports des fragments de la jambe, et une nouvelle réduction est nécessaire. En cherchant à maîtriser le blessé par le bras droit, je lui fis pousser un cri plaintif, et à l'instant, en levant la manche de la chemise, je reconnus une fracture du cubitus, à 6 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde; une simple bande fut appliquée du coude jusqu'à la main.

Le 10, le pouls, qui n'avait pas jusqu'alors dépassé 70 pulsations, marque 88; le malade crie, vocifère, cherche à sortir de son lit, et malgré la fracture du cubitus, frappe tous ceux qui l'approchent.

Cependant, il me reconnaît, et se calme pour quelques instants; j'en profite pour regarder la jambe, que je trouve de nouveau brisée.

Je le laisse dans cet état jusqu'au soir; alors, on lui applique une camisole de force, et je lui fais un appareil enveloppant tout le membre inférieur; puis j'assure l'immobilité à l'aide de serviettes au pied et d'un mouchoir passé entre la cuisse et l'aîne, dont chaque coin, raccordé à un cordeau, va se fixer à une barre à la tête du lit.

Les jours suivants, mêmes cris, mêmes vociférations, mais la jambe n'est plus dérangée. Soif considérable (Boisson acidulée; pansement à plat sur la plaie du front).

Le 14 juillet, le blessé, qui jusque-là avait toujours un peu uriné, se plaint du bas-ventre et de ne plus pouvoir pisser; pas de garde-robe (Cataplasmes émollients; 30 grammes d'huile de ricin).

Le 15, la plaie du front est cicatrisée, à l'exception d'une petite ouverture au centre; les épingles sont enlevées. Le malade est plus calme et commence à comprendre sa position; la parole est toujours difficile (Deux bouillons gras).

Le 18, l'appareil de Scultet est levé; la jambe est dans une bonne position; la plaie est guérie. Réapplication d'un nouvel appareil. L'intelligence revient; mais le blessé ne se rappelle de rien (Un peu d'eau rougie).

A partir de ce jour, toute crainte de danger a disparu; la fistule du front donne passage à une grande quantité de pus bien lié et le bras ne cause plus aucune douleur.

Le 30, apparition à travers la fistule d'un cors étranger; c'était un lambeau de chapeau de feutre; quelques jours plus tard, un lambeau plus petit que le premier.

Le 1er août, sortie d'une esquille longue de 3 centimètres et large d'un demi; le blessé a de l'appétit, mais ne va pas à la selle (Huile de ricin).

Pendant les quinze jours qui suivent, les force reviennent, la mémoire se retrouve; encore un peu d'hésitation dans la parole. J. D... se lève un peu.

Le 23 août, j'enlève l'appareil de Scultet et le remplace par une longue bande; la jambe est solide; je permets la marche avec des béquilles.

Le 26, le pied est légèrement gonflé; la plaie de la tête donne toujours beaucoup de pus.

Pour le 15 septembre 1867, J. D... marche sans boiter et à l'aide seulement d'une forte canne; son bras ne le gêne en rien. Seule, la fistule frontale continue d'exister.

Depuis, j'ai revu souvent le blessé et la guérison n'a fait que se consolider; la parole est redevenue libre, la mémoire complète; seulement la sensibilité est exagérée, le système nerveux plus impressionnable. J. D... s'irrite facilement et verse des larmes à la moindre émotion.

Le 7 juillet, 1868, juste un an après l'accident, J. D... m'apporte cinq esquilles, dont quatre petites et une aussi volumineuse que celle du 1er août 1867, esquilles que sa femme avaient retirées dans un espace de huit jours.

Le 15 juillet, cette fistule est tarie, et aujourd'hui, plus de trace de suppuration. Il ne reste qu'une dépression profonde à l'en droit de l'os manquant.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre; la multiplicité des lésions, leur gravité, cette plaie du front avec fracture de l'os et déchirure de la dure-mère sans grande complication du côté du cerveau, la simplicité du traitement employé n'ont besoin d'aucun commentaire. Les émissions sanguines locales ou générales ne m'ont point paru suffisamment indiquées, et les narcotiques ont dû être éloignés. Restait donc une surveillance de tous les instants, ce à quoi j'ai tâché de ne pas faillir. La nature a fait le reste.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 8 décembre 1868. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Des rapports d'épidémie par MM. les docteurs Gevrey (de Vesoul) et Guichard (de Saint-Claude). (Comm. des épidémics.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

1° Une lettre de M. le docteur Baraillier (de Toulon), qui sollicite le titre de membre correspondant;

2° Une note sur une période d'incubation de la varioloïde, par M. le docteur Aller (Comm. de vaccine);

3° Une observation d'abcès du foie, consécutif à une fièvre typhoïde, par M. le docteur Delaire (d'Amiens) (Comm. : MM. Barth et Vigla);

4° Une note supplémentaire sur la sulfhydrométrie, par M. le docteur F. Garrigou (de Tarascon) (Comm. : MM. Gobley et Chatin).

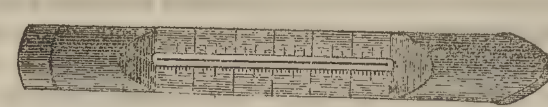
M. Béclard présente, de la part de M. le docteur Poznanski un sphygmomètre modifié.

Voici en quoi consiste ce sphygmomètre :

Au mois de mai de l'année courante, M. le docteur Poznanski a présenté à l'Académie de médecine le sphygmomètre de sa construction, ayant pour base la neutralisation de la force capillaire au moyen d'une tige centrale en permanence. La modification actuelle, sans toucher à la base de l'invention, regarde seulement les accessoires, qui, au point de vue de l'application pratique de l'instrument, constituent d'ailleurs presque l'essentiel.

L'instrument, qui a été autrefois présenté par M. Poznanski, quelque sensible qu'il fût, offrait de graves inconvénients. Le tube en cristal, étant capillaire et coudé, et partant très-fragile, exigeait un étui, dont le volume et la forme étaient un peu gênants. M. le docteur Poznanski vient d'obvier à cet inconvénient par la disposition suivante : il a emboîté le tube capillaire dans un bât de caoutchouc durci, qui en même temps sert de réservoir pour le mercure. Pour qu'au moment de l'application, le mercure se meuve sur le plan incliné, sans que le tube soit coudé, M. le docteur Poznanski a eu recours à un expédient nouveau, bien qu'il soit fort simple; il a fait couper la base de l'instrument en biseau, et par ce moyen, outre que la marche du mercure s'opère sur un plan incliné, le disque de l'instrument, qui doit s'appliquer au parcours de l'artère, en devenant ovale, a acquis presque le double de longueur, ce qui rehausse de beaucoup la sensibilité de l'instrument.

La fenêtre, pratiquée dans le tube en caoutchouc, permet d'observer les mouvements du mercure, motivés par les battements du pouls, qu'on enregistre à l'échelle qui s'y trouve et qui est divisée en centimètres et en millimètres. A sa base et à son extrémité supérieure, le sphygmomètre est fermé par la peau de chevreau qui y est fixée au moyen des anneaux.



L'instrument, ainsi constitué, ne dépasse pas 10 centimètres de long; étant droit et nullement cassant, il est à présent très-portatif et rend l'observation du pouls aussi précise que facile. La sensibilité du sphygmomètre actuel étant si grande, que les battements du pouls produisent des chocs de mercure d'un centimètre en moyenne, cet instrument trouvera probablement une large application au lit du malade.

M. Cerise présente :

1° De la part de M. le docteur Carrière, un volume intitulé : *Fondements et organisation de la climatologie médicale*;

2° De la part de M. le docteur Durand (de Gros), trois brochures : la *Philosophie physiologique médicale à l'Académie de médecine*; l'*Hérédité dans l'épilepsie*; de l'*Influence des milieux sur les caractères de races*.

M. Gosselin présente, de la part de M. le docteur Reliquet, un volume intitulé : *Traité des opérations des voies urinaires*.

M. Béclard dépose, sur le bureau, un volume intitulé : *Études cliniques sur les bains d'air comprimé*, par M. le docteur Bertin.

M. Delpech présente, de la part de M. le docteur Niemeyer, un nouveau stéthoscope en bois de sapin.

LECTURES.

M. Félix Voisin lit un travail qui a pour titre : *De l'utilité et de l'emploi de nos sens extérieurs*.

Sur la trachéotomie dans les lésions syphilitiques des voies respiratoires.

M. Trélat, candidat pour la sction de pathologie chirurgicale, lit sous ce titre un mémoire dont voici les conclusions :

1° Des lesions syphilitiques des voies respiratoires, qui nécessitent la trachéotomie, peuvent apparaître à toutes les périodes de la syphilis; mais elles sont plus fréquentes dans la période tertiaire, leur nature, leur siége, leur étendue variant. Néanmoins, elles sont d'autant plus communes, qu'elles se rapprochent davantage de l'orifice supérieur du larynx;

2° Le début des accidents d'obstruction peut être brusque; mais il est en général assez long et doit être suivi avec attention, parce qu'il donne un élément de diagnostic;

3° L'étude attentive des symptômes et des signes, qui caractérisent les obstructions du larynx et celles de la trachée, démontre qu'il est possible de distinguer ces deux ordres de lésions, si importantes à reconnaître au point de vue du pronostic et de la thérapeutique;

4° La trachétomie donne d'excellents résultats dans les obstructions larygiennes; jusqu'ici elle n'a fourni que des revers dans les oblitérations trachéennes;

5° Quand l'opération est indiquée, elle doit être exécutée sans délai, la mort devant être la conséquence brusque d'un accès de suffocation;

6° Bien que la trachétomie offre peu de chances de succès dans les rétrécissements de la trachée, elle doit néanmoins être tentée après un diagnostic qui pourra être rectifié et précisé pendant le cours de l'opération;

7° Celle-ci pourra être modifiée en raison de la nature des lésions, et on ne pourra espérer le succès que s'il est possible de franchir et de dilater le rétrécissement avec une canule appropriée; en cas contraire, l'échec est fatal;

8° Lorsque la trachéotomie est suivie de guérison, le temps pendant lequel la canule doit être conservée varie en raison directe des lésions, il est donc indiqué de reprendre, aussitôt que possible, après l'opération et de poursuivre incessamment le traitement médical;

9° L'emploi de la canule de M. Broca (à ouverture limitée pendant l'opération) permettra d'apprécier exactement l'époque à laquelle on peut retirer la canule et laisser fermer la plaie sans courir aucun danger.

(Comm. : MM. Richet, Broca et Alph. Guérin).

Emploi thérapeutique de la fumée d'opium.

M. Armand, médecin-major de 1re classe, lit une note sur l'emploi thérapeutique de la fumée d'opium.

Dans une série de feuilletons insérés dans la *Gazette médicale* de 1865, M. Armand a émis cette opinion que la fumée d'opium peut être très-utile et très-salutaire dans une foule de cas. Après plusieurs années d'expérimentation, pendant lesquelles il a employé la fumée d'opium comme agent médicamenteux, il n'a pas voulu différer plus longtemps de donner communication de ce moyen facile, inoffensif et très-fructueux, à diriger contre une série d'affections chroniques et névralgiques, de la poitrine surtout.

Comment fume-t-on l'opium?

C'est avec une pipe toute spéciale. Le tuyau d'une pipe à opium ressemble à une flûte qui n'aurait, pour toute ouverture latérale, que celle de l'embouchure. C'est donc un tuyau fermé par un bout, près duquel est percée latéralement une ouverture circulaire, où s'adapte le col de la pipe. Cette pipe ne ressemble en rien à aucune autre pipe à tabac. Elle est en forme de pomme d'arrosoir, n'ayant qu'un très-petit trou d'un millimètre à peine de diamètre, au milieu de sa surface légèrement convexe.

La pipe en terre cuite a de 6 à 7 centimètres de diamètre sur 4 de profondeur; elle est creuse à l'intérieur, et se termine par un collet de 1 centimètre de diamètre. Ces dimensions de la pipe, de même que celles du gros tuyau, long de 50 centimètres au moins, sont ainsi établies pour refroidir la fumée.

Pour charger la pipe, on prend un ou deux grains d'extrait d'opium, sur le bec d'une aiguille en acier, dans le genre d'un stylet de trousse, effilée et très-pointue, par l'autre extrémité. On présente cette parcelle d'extrait d'opium à la flamme d'une lampe pour la mettre en ébullition et lui donner un degré de consistance assez prononcée pour qu'elle reste à l'état de boursoufflure.

On dépose, délicatement alors, cet opium préparé très-près du petit trou central de la pipe, mais sans l'obstruer, ce dont on s'assure avec la pointe de l'aiguille qu'on tient toujours à la main. Cela fait, on expose la partie centrale de la pipe à la flamme d'une lampe ou d'une bougie; l'opium entre en ébullition, s'enflamme, et c'est le moment d'en aspirer la fumée par une ample inspiration pulmonaire.

Vous écartez la pipe de la flamme, vous gardez un instant la fumée dans les bronches, et vous la rendez par une expiration plus ou moins ménagée, soit par la bouche, soit par les narines.

Vous passez, de nouveau, la pointe de l'aiguille, pour vous assurer de la liberté du trou central; vous remettez la pipe à la flamme, et vous faites une nouvelle aspiration. Si par l'ébullition l'opium qui reste s'éloigne du centre en coulant, ce qui arrive s'il n'a pas été suffisamment flambé, le bec de l'aiguille sert à le ramener en place, avant qu'il ne soit refroidi.

Lorsqu'on arrive à la quatrième ou à la cinquième aspiration, tout l'opium est brûlé; on broie le résidu charbonné avec l'aiguille servant de racloir, et on le renouvelle, si on veut continuer les aspirations ou plutôt les inspirations.

En effet, une simple aspiration buccale, comme pour les pipes à tabac, ne suffirait pas pour brûler l'opium, et c'est à peine s'il arriverait un peu de fumée dans la bouche, ce qui ne servirait à peu près à rien.

La véritable manière des fumeurs habitués, c'est de faire une aspiration, non pas simplement buccale, mais pulmonaire; en un mot, une forte inspiration, aussi prolongée qu'on le peut, et remplissant les bronches d'air chargé de fumée d'opium; c'est donc respirer la fumée à pleins poumons, et c'est là condition indispensable, tant pour brûler l'opium, que pour en tirer parti.

Il est bon de noter qu'il ne faut pas brûler l'opium à une flamme de lampe fumeuse. Ainsi, nos lampes à huile à brûler, ne valent rien, à cause de la suie dont elles encrassent l'opium et chargent sa fumée. La lampe à esprit de vin irrite la gorge et les bronches; le gaz hydrogène carbonné, de même que le pétrole, sont méphitiques.

A Singhapour, on n'emploie dans les lampes à brûler l'opium que l'huile vierge de coco. Par analogie, nous avons essayé l'huile d'amandes douces, mais elle est trop fumeuse encore, et nous en sommes arrivé à préférer tout simplement la flamme d'une bougie.

Entre autres effets physiologiques et thérapeutiques de la fumée d'opium, nous noterons les suivants : un homme bien portant qui fume l'opium pour la première fois, trouve la fumée agréable et suave au goût et à l'odorat. Dès la première pipe on est fumeur; et à moins de faire une inspiration trop forcée, jamais la fumée d'opium ne fait tousser. Ce fait est très-important à noter au point de vue thérapeutique.

Maintenant, combien de grains d'opium un fumeur adulte peut-il brûler sans être notablement influencé?

Nous avons, au début de nos essais personnels, étudié maintes fois ce point de la question, et nous pouvons affirmer qu'avant d'avoir brûlé 50 centigrammes d'opium (soit 10 grains), nous n'avons jamais été influencé d'une manière sensible. Au-delà, il y avait de la chaleur générale, et pendant le sommeil, disons-le bien, des rêves rien moins qu'agréables, mais avoisinant plutôt le cauchemar.

Sommes-nous pour cela devenu un fumivore d'opium? Non, assurément, la fumée d'opium, quoique agréable, n'a pas eu pour nous un irrésistible attrait, il ne nous vient peut-être pas trois fois par an l'idée de fumer de l'opium, à moins que ce ne soit pour une démonstration.

Il n'y a donc pas danger à être entraîné au delà de ce qu'on veut et doit faire, en fumant de l'opium. Sans disconvenir toutefois que l'excès ne puisse nuire, nous dirons qu'on a trop exagéré l'influence de la fumigation d'opium chez les grands fumeurs de l'Indo-Chine.

En se tenant dans de justes limites, c'est-à-dire de 1 à 10 grains à brûler dans les vingt-quatre heures, on obtient une action sédative et médicative très-salutaire dans les cas ci-après;

En première ligne, les bronchites et les laryngites chroniques; sans exclure les cas de ces affections à l'état aigu; la coqueluche chez les malades capables de fumer la pipe à opium; dans les cas d'asthme, d'angine de poitrine et de palpitations nerveuses; de gastralgie et d'entéralgie.

En second lieu : les névralgies faciales-dentaires, sus-orbitaires et les migraines; les rhumatismes musculaires et articulaires; car il faut bien noter qu'outre l'action sédative de la fumée d'opium, il y a aussi à haute dose, la calorification générale et la sudation ou diaphorèse que le praticien peut provoquer et employer, selon les indications cliniques.

Pourquoi dira-t-on, ne pas suppléer à la pipe à opium par la cigarette opiacée? Un instant nous avons eu cette illusion, nous avons cherché et trouvé une substance douce à brûler, s'imprégnant facilement de solution aqueuse d'extrait d'opium, et permettant de faire des cigarettes opiacées ainsi composées.

Prenez : fleurs de tilleul pulvérisées, en quantité suffisante pour en faire vingt cigarettes.

Imprégner ces fleurs de tilleul d'une solution aqueuse de 1 gramme D'extrait d'opium; laisser sécher à l'air modérément et en faire

vingt cigarettes avec un moule *ad hoc*. Attendre ensuite que ces cigarettes, contenant 1 grain (5 centigrammes d'extrait d'opium), arrivent à siccité suffisante pour être brûlées à la bouche à la manière ordinaire.

Le résultat n'a pas répondu à notre attente: quoique douce, la fumée de tilleul opiacée, mêlée à celle du papier, qui est toujours âcre et nuisible, ne permet pas de faire des aspirations pulmonaires.

Il faut se borner à de simples aspirations buccales, et c'est à peine si on perçoit le goût de la fumée d'opium, qui s'évapore en effet en grande partie, sinon en totalité, avant d'arriver dans la bouche.

Ce que nous disons de la cigarette à opium, nous pouvons le dire de toutes les cigarettes médicinales, et notre conviction est, que toute substance médicamenteuse, à employer par fumée à respirer, devra être brûlée à l'état d'extrait, comme l'extrait d'opium, sur la pipe à opium, dont un jour certainement, nous changerons le nom en celui de : pipe à brûler les extraits médicamenteux. (Comm.: MM. Gubler et Gobley).

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 18 novembre 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Legouest présente, au nom de MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, une pince destinée à enlever les polypes laryngiens. Cette pince a été construite d'après les indications données par M. Cusco.

COMMUNICATION.

Hypertrophie générale de l'utérus. Corps fibreux engagé dans le col. Tentative d'extraction.

M. Tillaux. Par suite des fonctions qui lui sont dévolues, l'utérus est, de tous les organes de l'économie, le plus exposé aux variations de volume, de forme, de rapports; la grossesse, la menstruation, les rapprochements sexuels l'entretiennent dans un état presque constant de congestion et d'irritation. Aussi les lésions dont il est affecté sont-elles très-fréquentes. L'hyperthrophie, en dehors de la grossesse, bien entendu, constitue l'une de ces lésions.

L'hypertrophie utérine peut être générale ou partielle, c'est-à-dire porter sur tous les éléments à la fois de la matrice ou sur l'un seulement de ces éléments; ainsi que l'hypertrophie partielle de la muqueuse peut engendrer les granulations, les kystes, les polypes muqueux, etc.; mais ce sont là des états pathologiques bien déterminés auxquels ne convient réellement pas le mot hypertrophie. Les expressions « *générale* et *partielle* » doivent plus justement s'appliquer, non à l'hypertrophie de l'un des éléments anatomiques de l'utérus, mais à la portion de la matrice dont le volume s'est accru. C'est ainsi qu'il existe une hypertrophie partielle du corps, une hypertrophie partielle du col, ou bien une hypertrophie générale de la matrice.

Cette hypertrophie du col a encore reçu le nom d'allongement hypertrophique, et a été, sinon découvert, au moins très-bien étudié par M. Huguier. Il porte sur l'une ou l'autre portion du col, sus ou sous-vaginale, le corps gardant les proportions normales. Je ne m'en occuperai pas ici.

L'hypertrophie générale de la matrice est plus rare. M. Courty, dans son excellent ouvrage, donne une bonne idée de cet état pathologique, lorsqu'il dit : « La matrice se présente sous son aspect ordinaire, mais plus volumineuse; on dirait une matrice appartenant à une femme de dimensions colossales. »

Pour M. Courty, l'hypertrophie est toujours un état acquis, résultant d'un acte morbide, d'une exagération de la nutrition normale, et non d'une disposition native.

L'hypertrophie utérine peut donc provenir d'un excès de développement congénital. C'est cet état que Kiwish appelle *hypertrophie primitive*. Laissant de côté cette variété, qui constitue plutôt un fait tératologique, nous pensons, avec M. Courty, que l'hypertrophie de l'utérus doit être divisée en *essentielle* et en *symptomatique*.

La première espèce, ou *hypertrophie essentielle*, reconnait, sans doute pour cause les congestions répétées de l'utérus; mais il faut bien invoquer une dispostion spéciale de l'organe, puisque cet état est rare, eu égard à la fréquence des congestions.

Une autre cause, est le défaut d'évolution rétrograde que la matrice subit d'ordinaire à la suite de l'accouchement, état décrit par Simpson, qui le considère comme assez fréquent.

L'utérus, ayant subi pendant la grossesse une hypertrophie générale de tous les éléments anatomiques, conserve un volume anormal après l'accouchement, par suite d'un arrêt de l'absorption de ces éléments nouveaux, qui, de transitoires, deviennent ainsi définitifs.

L'hypertrophie symptomatique est intimement liée à la présence dans l'utérus d'autres états morbides, tels que polypes, corps fibreux.

Ces quelques considérations vont permettre de mieux saisir les particularités du fait suivant.

Le 5 mars 1868, la nommée J... (Catherine), âgée de 47 ans, se présentait à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine pour se faire soigner de pertes utérines qu'elle éprouvait depuis quelques jours.

Le toucher, pratiqué immédiatement, me permit de constater une dilatation du col, de la dimension d'une pièce de 1 franc, et la présence d'une production morbide remplissant entièrement cet orifice. Je crus à un commencement d'expulsion spontanée d'un corps fibreux, et reçus cette malade dans la salle Sainte-Madeleine, n° 10. Le lendemain, matin, je constatai ce qui suit :

L'état général est peu satisfaisant; car, depuis plusieurs jours, les pertes utérines sont continues. La teinte de la peau est jaune, presque cachectique, et les forces épuisées. L'attention est particulièrement attirée sur l'état de la cavité abdominale. Les parois très-minces de cette cavité permettent de sentir aisément une tumeur occupant tout l'hypogastre, la région ombilicale, une partie de l'épigastre et se prolongeant latéralement dans les fosses iliaques. Le ventre rappelle celui d'une femme enceinte de sept mois environ. Cette tumeur est très-dure, parfaitement lisse sur toute son étendue et d'une mobilité extrême dans la cavité abdominale, où elle est en quelque sorte flottante. A l'aide du toucher, on constate la dilatation du col dont j'ai déjà parlé, ainsi que la production qui le remplit. L'utérus n'est pas abaissé.

C'est bien cet organe qui remplit la cavité abdominale; car le plus petit mouvement provoqué par le palper hypogastrique est transmis au col. Ces explorations ne sont nullement douloureuses. La malade perdant abondamment, je ne crus pas devoir compléter le diagnostic à l'aide du cathétérisme utérin.

J'appris que le début remontait à une quinzaine d'années environ, et que depuis cette époque apparaissaient les pertes périodiques, plus ou moins abondantes, qui avaient contraint, à plusieurs reprises, la malade à un repos absolu. Cependant, la perte actuelle dépassait, en quantité, les pertes précédentes. Un renseignement, sur lequel j'appelle spécialement l'attention, nous étonna au plus haut point. La tumeur, d'après la malade, fort intelligente, du reste, est soumise à des variations périodiques dans son volume. Elle arrive au degré où on la voit aujourd'hui, puis elle diminue, descend peu à peu, arrive au pubis, pour devenir à peine appréciable à la vue et au toucher. Dans les premières années, il ne restait même absolument aucune trace de gonflement. J'avoue qu'en considérant la dureté excessive de l'utérus, je ne crus pas à ce récit, et pour m'assurer de sa véracité, je traçai tous les jours une ligne exacte de démarcation sur la paroi abdominale avec un crayon de nitrate d'argent. Il fallut bien les jours suivants convenir que la malade avait raison; car les courbes devinrent de plus en plus concentriques, et nous pûmes finalement constater une diminution d'à peu près les deux tiers. Pendant ce temps, les pertes continuaient, et la malade, devenant de plus en plus anémique, exécutait à peine quelques mouvements dans son lit. Enfin, après dix jours environ de séjour à l'hôpital, le sang cessa de couler, et la malade nous annonça que nous allions voir sa tumeur augmenter de nouveau, en même temps que sa santé générale s'améliorerait sensiblement. C'est ce qui arriva en effet rapidement; car l'utérus mit, pour reprendre son volume primitif, une durée bien moindre que celle qu'il avait mise à décroître. Bref, l'examen attentif et prolongé de cette malade nous conduisit à cette certitude : tous les mois, à l'époque des règles, survenaient des pertes plus ou moins abondantes, accompagnées de malaise général, d'affaiblissement extrême, et *pendant ce temps la tumeur abdominale diminuait*. Les pertes disparues, la santé redevenait satisfaisante, et *la tumeur augmentait*.

Plus d'un mois après l'entrée de la malade à l'hôpital, le toucher vaginal donnait le même résultat qu'au début. La dilatation du col n'avait pas varié, non plus que la partie qui y était engagée. Du reste, il n'y avait jamais eu de douleurs expulsives.

Mon diagnostic avait été : corps fibreux de l'utérus. Il me manquait toutefois la notion importante fournie par le cathétérisme utérin, que je n'osais pratiquer durant les pertes et que la malade aurait difficilement accepté pendant sa période de bien-être.

Sans expliquer les oscillations si singulières de la tumeur, différentes hypothèses furent émises. Suivant les uns, le sang s'épanchait dans les cavités kystiques et se déversait au dehors. Suivant d'autres, le sang s'épanchait peu à peu entre la paroi utérine et la tumeur elle-même. Mais ces hypothèses ne pouvaient pas être exactes. Puisque, en effet, l'amélioration de la santé coïncidait avec l'augmentation de la tumeur, c'est que le sang ne sortait pas des vaisseaux, sans quoi la malade aurait éprouvé les symptômes d'une hémorragie interne. Les variations de la tumeur dépendaient évidemment de phénomènes congestifs. Mais où se faisait cette congestion? dans le corps fibreux sans doute. De ces différentes hypothèses, aucune n'était vraie.

Mon collègue M. Laboulbène, auquel je fis part de ce cas remarquable, voulut bien prendre la malade dans son service, afin d'étudier par lui-même les phénomènes que j'ai signalés. Il la garda plusieurs mois dans ses salles, et constata aussi les variations périodiques de la tumeur.

Cependant, la malade s'affaiblissait de plus en plus, la période réparatrice diminuant à l'avantage de la période des pertes. Elle demandait instamment une opération quelconque, qui la débarrassât, et M. Laboulbène réclamait également l'intervention de la chirurgie. J'avoue que l'obscurité du diagnostic éloignait de moi la pensée d'agir activement.

La malade étant rentrée dans mon service le 22 septembre, j'attendis la bonne période, et le 13 octobre, je pratiquai, pour la première fois, le cathétérisme utérin, assisté de M. Laboulbène. Une sonde en gomme élastique, munie d'un mandrin, aisément introduite entre la lèvre du col et la tumeur qui y était incluse, fut portée à une profondeur de 10 à 12 centimètres environ dans la cavité utérine et put décrire une demi-circonférence autour du prolongement cervical. Nous en conclûmes que si le corps fibreux était adhérent sur certains points, il était au moins libre sur une grande partie de sa surface; conclusion aussi peu exacte que le diagnostic lui-même. Je signalerai dans un instant la cause d'erreur.

L'extirpation par le vagin était irréalisable, dans l'hypothèse d'un corps fibreux ordinaire. Comment, en effet, faire sortir par les voies naturelles une tumeur dure, remontant, à trois travers de doigts, au-dessus de l'ombilic? L'extirpation par la cavité abdominale n'était pas plus rationnelle, puisque la tumeur ne proéminait pas vers le péritoine, mais au contraire était engagée dans le col utérin.

Une seule hypothèse pouvait autoriser l'intervention chirurgicale, c'est la suivante : puisque la tumeur subissait des oscillations considérables dans son volume, puisque, selon moi, ces oscillations étaient dues à la congestion du corps fibreux, ou du moins du corps inclus, c'est que ce corps n'était pas, en réalité, aussi dur qu'il le paraissait au palper abdominal. Peut-être même n'était-ce pas un corps fibreux, mais bien une de ces tumeurs molles, vasculaires, grisâtres, de nature épithélio-glandulaires, analogues à celles dont j'avais vu deux fois M. le professeur Gosselin faire l'extirpation. Dans cette hypothèse, la production morbide, quoique très-volumineuse, fortement saisie avec des érignes, pourrait sortir par le col et le vagin, comme à travers une filière.

C'est dans l'espoir de rencontrer une disposition semblable, que je me décidai à l'opération, pratiquée en présence de mes collègues de l'hôpital Saint-Antoine, MM. Axenfeld, Laboulbène et Millard.

L'effacement complet du col et l'accollement de ses lèvres avec la tumeur en rendant la dilatation impossible, je fis quatre petits débridements sur son pourtour. L'étroitesse et la profondeur du vagin rendaient les manœuvres assez laborieuses, et j'eus quelque peine à fixer solidement une pince de museux sur la tumeur. Les tractions, aidées d'une forte pression sur l'abdomen, ne firent pas descendre l'utérus d'un millimètre. Le tissu se déchirait. Je pus, néanmoins, implanter, l'une au-dessus de l'autre, trois pinces de museux et faire une traction énergique; un morceau de la tumeur se détacha, et ce fut tout. Je renonçai à poursuivre, et la malade fut reportée dans son lit. Suites immédiates simples. Journée et nuit qui suivirent, très-bonnes. Ni douleur ni hémorragie. Cependant la malade, arrivée à la période extrême de l'anémie, s'éteignit le troisième jour, sans avoir éprouvé d'accidents.

Autopsie. Quelques anses intestinales présentaient l'aspect poisseux de la péritonite au début. Aucun épanchement dans le petit bassin.

J'enlevai la tumeur en totalité avec le vagin.

Les dimensions étaient les suivantes :

Diamètre vertical, 20 centimètres.

Diamètre transversal, 18 centimètres.

Diamètre antéro-postérieur, 10 centimètres.

Son poids était de 2 kilogrammes. Son volume total représentait environ celui d'une tête de jeune garçon de 8 à 10 ans.

La surface extérieure, de couleur gris-blanchâtre, était parfaitement lisse, sauf en deux endroits, où se trouvaient des corps fibreux : l'un pédiculé, du volume d'une noix; l'autre sessile, du volume d'une noisette. Elle n'avait contracté d'adhérence qu'à sa partie supérieure, avec le grand épiploon.

Une coupe verticale, pratiquée sur toute la hauteur de la face antérieure, nous permit de constater, à notre grand étonnement, que cette masse n'était autre chose que l'utérus hypertrophié.

De corps fibreux, il n'y en avait point, ou du moins le premier examen avec M. Laboulbène ne nous en fit pas découvrir. La portion engagée dans le col paraissait être une dépendance de la paroi latérale droite de l'utérus, une prolongation du tissu utérin lui-même. Mais en examinant plus tard en détail, et surtout en faisant une coupe sur cette espèce de champignon engagé dans le col, il fut aisé de constater la présence d'un véritable corps fibreux, ayant le volume et la forme d'un œuf de poule à grosse extrémité dirigée en haut et recouverte par les fibres de l'utérus, à petite extrémité engagée dans le col. La coupe permit encore de voir qu'il n'avait, par sa grosse extrémité, aucune connexion avec le tissu de l'utérus dont il était séparé par une surface séreuse.

La pièce présentait donc deux états morbides distincts : un utérus énormément hypertrophié et un petit corps fibreux engagé dans le col.

Nous trouvâmes, au premier coup d'œil, en examinant la coupe de la paroi utérine, l'explication du phénomène qui nous avait tant intrigués; je veux parler des variations périodiques dans le volume de la tumeur. Le tissu de l'utérus était traversé par des canaux multipliés à l'infini, dont quelques-uns avaient bien un centimètre de diamètre; c'était un véritable tissu spongieux.

En même temps que les parois utérines étaient hypertrophiées, la cavité était agrandie; c'était donc une hypertrophie excentrique.

Les dimensions étaient les suivantes :

Épaisseur de la paroi antérieure, 5 centimètres.

Épaisseur de la paroi latérale, 7 centimètres.

Épaisseur du fond de l'utérus, 8 centimètres.

Hauteur de la cavité utérine, 12 centimètres.

Cet agrandissement de la cavité utérine, joint à la présence d'un corps fibreux dans le col, explique, je pense, la notion inexacte que nous avait fournie le cathétérisme.

J'ai fait à l'amphithéâtre des hôpitaux, avec M. Ducoudray, un certain nombre de préparations microscopiques, qui nous ont démontré que le tissu de cet utérus était entièrement composé de fibres musculaires lisses. Le corps fibreux contenait quelques fibres musculaires de même nature; mais un beaucoup plus grand nombre d'éléments fibro-plastiques.

Cette observation me paraît offrir un grand intérêt, à divers points de vue. J'ai dit en commençant que l'hypertrophie générale de l'utérus se divisait en essentielle et en symptomatique. A laquelle des deux espèces avons-nous affaire ici? Si l'on se tient à la définition que j'en ai donnée, il n'est pas douteux qu'on doive classer ce fait parmi les hypertrophies symptomatiques, puisqu'il existe un corps fibreux dans la cavité utérine. Toutefois, en examinant la pièce, en considérant ce petit corps fibreux et cet énorme utérus, on est étonné que le premier ait pu provoquer le développement du second; je n'en suis pas, pour mon compte, parfaitement convaincu, et je pense que d'autres observations seraient nécessaires pour faire admettre autre chose qu'une coïncidence. Cette hypertrophie symptomatique se concevrait plus aisément si l'utérus avait tenté de vains efforts, pendant de longues années, pour chasser ce corps étranger; mais j'ai déjà dit que la malade n'avait jamais éprouvé de douleurs expulsives.

L'hypothèse d'une hypertrophie par arrêt d'évolution rétrograde, telle que l'a décrite Simpson, ne pouvait pas être émise, car la malade n'avait jamais eu d'enfant.

Nous nous sommes trouvés en présence d'un symptôme fort insolite, l'augmentation et la diminution périodiques de la tumeur. Les auteurs qui traitent de l'hypertrophie utérine n'ont pas noté ce signe. Il serait d'une haute utilité de savoir s'il est constant dans les cas de ce genre, puisqu'il donnerait au diagnostic une grande précision. Les fibrômes étant très-peu vasculaires et par conséquent incapables de produire ces variations de volume, on pourrait peut-être, lorsqu'il y a coïncidence d'une hypertrophie et d'un corps fibreux, reconnaître ce qui revient à l'un et à l'autre de ces états morbides, par la différence de volume de la tumeur, avant et après la période de congestion.

La thérapeutique chirurgicale tirerait, certes, un grand bénéfice de la notion plus rigoureuse du diagnostic.

DISCUSSION

M. Desprès. J'ai observé à l'hôpital de Lourcine deux malades qui ont présenté les mêmes phénomènes que M. Tillaux a remarqués chez sa malade. J'avais d'abord pensé à l'existence de corps fibreux, qui avaient diminué considérablement de volume, comme dans le cas signalé par M. Béhier à la Société de médecine des hôpitaux. J'abandonnai bientôt cette manière de voir, et je pus me convaincre qu'il s'agissait de rétention du sang dans l'utérus, par suite de la déviation de cet organe.

Une de mes malades, après une époque prolongée, vit disparaître la tumeur; on ne sentait plus rien au niveau de l'hypogastre.

Deux mois après, il était de nouveau facile de sentir une tumeur grosse comme le poing; puis un mois plus tard, tout avait de nouveau

disparu, et la malade quittait l'hôpital, ayant un utérus parfaitement normal.

Dans le deuxième cas, il existait une antéflexion de l'utérus. L'utérus avait doublé de volume, les souffrances étaient très-vives. Au bout de deux jours, le sang, en partie coagulé, sortit tout d'un coup. Et tout rentra dans l'ordre.

En me rappelant les travaux de M. Puech, et en comparant le fait de M. Tillaux avec ceux qui ont été cités par ce médecin, je pense qu'il s'agit là d'un cas d'hypertrophie de l'utérus, développée par suite de l'écoulement incomplet des règles. L'écoulement était rendu difficile, à cause de l'existence d'un corps fibreux au niveau de l'union du col avec le corps.

A chaque époque, l'utérus était obligé de se contracter violemment pour chasser le sang; de là est venue l'hypertrophie de ses fibres. Plus tard est arrivée une période où l'écoulement sanguin a été très-abondant; car cet écoulement était constitué par le sang des règles accumulé dans l'utérus, et par le sang qui s'écoulait sous l'influence d'un corps fibreux développé dans l'épaisseur de la paroi utérine.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

256. Trolard (Paulin). Recherches sur l'anatomie du système veineux de l'encéphale et du crâne.

257. Dupont (Auguste). Étude sur la pneumonie, ses formes et son traitement.

258. Colas (Albert). De la contracture essentielle des extrémités et de ses rapports avec le rhumatisme.

259. Housel (Gaston). De l'influence du séjour à Berck (Pas-de-Calais) dans le traitement des scrofules.

260. Chégut (Louis). De la lypémanie et de ses rapports avec la paralysie générale.

261. Carayannopulo. Quelques mots sur l'hydrocèle et l'hématocèle avec épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale et de leur traitement par le drainage.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er décembre, M. Baudelot, docteur en médecine et docteur ès-sciences, est nommé professeur de zoologie et de physiologie animale à la Faculté des sciences de Strasbourg.

— En vertu d'un ordre ministériel, toutes les maisons de santé d'aliénés du département de la Seine sont inspectées en ce moment par M. le docteur Constans.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Paul Gervais professeur d'anatomie comparée, commencera son cours samedi, 12 décembre, à midi très-précis, dans les galeries du Muséum, et les continuera à la même heure, les mardis, jeudis et samedis.

— M. Aug. Duméril, professeur de zoologie (reptiles, batraciens et poissons), commencera son cours le samedi, 12 décembre, à midi très-précis, dans les galeries du Muséum, et le continuera à la même heure, les mardis, jeudis et samedis.

— *Collège de France.* — M. le docteur Marey, chargé du cours d'histoire naturelle des êtres organisés au Collége de France, commencera son cours le mardi, 15 décembre, dans la salle n° 2, et le continuera les mardis et samedis.

Le cours sera consacré à l'*Étude expérimentale du mécanisme du vol chez les insectes et les oiseaux.*

— M. le docteur Piétri est nommé médecin en chef du dispensaire de salubrité publique, en remplacement de M. le docteur Denis, décédé.

— Par suite du décès de M. le professeur Jarjavay, chirurgien de l'hôpital des Cliniques, les mutations suivantes vont avoir lieu dans le personnel des chirurgiens des hôpitaux :

M. le professeur Richet passe de la Pitié à l'hôpital des Cliniques.

M. Ulysse Trélat passe de Saint-Louis à la Pitié.

M. Panas passe de l'hôpital Saint-Antoine à Saint-Louis.

M. Léon Labbé passe de l'hôpital du Midi à Saint-Antoine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de la lithothlibie, nouvelle méthode d'écrasement des calculs vésicaux, par le docteur DENAMIEL. 1 vol. in-8. Prix : 3 fr. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

De la saignée, Effets physiologiques et indications thérapeutiques, par le docteur BRICHETEAU, ancien chef de clinique de la Faculté. etc. In-8. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Psychologie naturelle, Etude sur les facultés intellectuelles et morales dans leur état normal et dans leurs manifestations anormales, chez les aliénés et chez les criminels, par le docteur PROSPER DESPINE. 3 vol. in-8. Prix : 21 francs. — Paris, 1868, F. Savy.

Étude clinique sur la tumeur à échinocoques multiloculaire du foie et des poumons, par le docteur DUCELLIER, médecin en chef de l'hôpital de Genève. In-8, avec 2 planches chromolithographiques et un tableau. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Des anévrymes du cerveau, considérés principalement dans leurs rapports avec l'hémorrhagie cérébrale, par le docteur DURAND. In-8 de 129 pages, avec tracés thermométriques. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 145. — SAMEDI 12 DÉCEMBRE 1868. 41e ANNÉE. SAMEDI 12 DÉCEMBRE 1868. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Du vaginisme; guérison de cette affection à l'aide du bromure de potassium.

Les exemples de *vaginisme* ne sont pas tellement communs qu'ils ne méritent d'attirer l'attention des praticiens; à plus forte raison doivent-ils intéresser quand il s'agit d'un traitement médical. C'est un cas de ce genre, c'est-à-dire un exemple de vaginisme guéri assez promptement par l'administration du bromure de potassium à l'intérieur, que vient de nous communiquer M. le docteur Raciborski. Le succès qu'a obtenu notre confrère en cette circonstance, semblerait apporter une nouvelle preuve à l'appui des propriétés *anesthésiques* et *amyosthéniques* qui ont été déjà reconnues au bromure de potassium (1).

Pour mieux faire comprendre le mode d'action de ce traitement dans le vaginisme, M. Raciborski fait précéder la relation de cette observation de quelques considérations sur la nature de cette affection. Nous laissons parler tout au long notre savant confrère.

« Il y a une quarantaine d'années, on entendait à peine parler des symptômes qui caractérisent le *vaginisme* des modernes. Dupuytren n'en cite, dans ses leçons, qu'un exemple emprunté à la pratique du docteur Pinel Grandchamp. M. Huguier rapporte deux exemples de cette affection dans sa thèse de doctorat, en 1837. Beaucoup d'autres faits analogues ont dû être confondus avec différentes affections de la matrice. Ce n'est, on peut dire, que depuis une dizaine d'années, c'est-à-dire depuis les travaux publiés en France par les docteurs Debout et Michon (2), et en Amérique par le docteur Marion Sims (3), qu'on a commencé à étudier sérieusement cet état pathologique caractérisé par l'hyperesthésie dans un point du pourtour de l'orifice vaginal ou à la face antérieure de l'hymen. L'exaltation de la sensibilité est alors poussée quelquefois si loin, que le moindre attouchement provoque des douleurs intolérables; les malades éprouvent tant d'appréhension dès qu'on essaie d'approcher les organes sexuels, que les muscles constricteurs du vagin se contractent instinctivement pour défendre l'entrée de ce conduit. Les muscles destinés au rapprochement des cuisses entrent en fonction en même temps; en un mot, les malades cherchent par tous les moyens, même à l'aide de mouvements des bras et du tronc, à écarter la main de l'explorateur. Il va sans dire que l'hyperesthésie, étant poussée à ce degré, le coït serait excessivement douloureux et même très-souvent impossible. Michon, comme le docteur Sims, citent des observations des femmes qui avaient gardé ainsi leur hymen intact pendant des années (4).

La forme que nous venons de décrire constitue le plus haut degré de cette espèce d'hyperesthésie, et heureusement ce n'en est pas la plus commune. Il nous est arrivé de rencontrer plus souvent des exemples de vaginisme plus léger, où tout se bornait à un sentiment d'appréhension qui rendait tout contact avec les organes sexuels désagréable, sans provoquer toutefois de douleur proprement dite. Dans des cas de ce genre, le coït est praticable, mais les femmes ne l'acceptent en quelque sorte qu'à leur corps défendant; elles le subissent par raison ou par le sentiment du devoir. Nous avons été consulté par une dame qui, toutes les fois qu'il lui a fallu se résigner à cet acte, en éprouvait tant de dégoût qu'elle tombait, pendant toute la durée du coït, dans une espèce d'évanouissement qui la rendait, en apparence, insensible à tout.

Quelle est au fond la nature de cette singulière affection? Où faut-il la placer parmi les différentes affections des organes sexuels? Aux yeux de beaucoup de médecins, la contraction spasmodique des muscles du vagin constitue l'élément fondamental du vaginisme et devrait fournir les principales indications pour le traitement. C'est dans cet ordre d'idées que la dilatation forcée et les incisions plus ou moins profondes du pourtour vaginal avaient pris naissance. Pour nous, tout en tenant compte du spasme des fibres musculaires, il nous est impossible de ne pas voir dans le vaginisme un caractère plus générique qui le fait remonter vers un groupe spécial d'affections de la vulve, caractérisé par une perturbation dans les dernières ramifications nerveuses s'annonçant au dehors par *l'hyperesthésie* ou l'exagération de la sensibilité.

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il y a des exemples de vaginisme où tout paraît se borner à l'hyperesthésie. Parmi les malades qui font l'objet du mémoire de Michon, il y en a plusieurs chez qui cet habile et consciencieux observateur a eu soin de noter l'absence complète de spasme musculaire ou tout au plus une contracture de peu d'importance. Ce qu'il y a encore de remarquable, c'est que Michon, tout en incisant l'hymen conservé en trois endroits, se contentait des incisions superficielles *sans jamais atteindre le sphincter*. Chez plusieurs de ses opérées, la guérison a été cependant parfaitement constatée; aurait-elle eu lieu si le spasme du muscle constricteur du vagin eût été la principale cause du vaginisme? Il est évident que les légères incisions de l'hymen qu'il pratiquait étaient tout à fait insuffisantes pour atteindre ce but. Il est plus que probable que pendant qu'on incise ainsi la muqueuse vaginale et que l'on coupe les filets nerveux qui s'y ramifient, il doit se passer quelques modifications favorables dans l'innervation de ces parties, et que c'est à cela que l'on doit attribuer la cessation de l'hyperesthésie et ses conséquences.

Ce n'est pas d'ailleurs le seul exemple que nous offre la gynécologie de la guérison de certaines hyperesthésies rebelles, à l'aide des incisions pratiquées dans l'épaisseur des tissus qui en sont le siége. Les glandes mammaires deviennent quelquefois tellement douloureuses, qu'on a vu des femmes venir réclamer instamment l'amputation du sein pour être débarrassées de leurs souffrances. Au dire de M. le docteur Rufz, cette *mastodynie* sur laquelle Astley Cooper paraît avoir le premier appelé l'attention des praticiens, serait très-commune à la Martinique, et il est arrivé plusieurs fois à cet honorable confrère de ne pouvoir en triompher qu'en pratiquant de profondes incisions sous-cutanées dans toute l'étendue de la glande mammaire (1).

On peut se rendre compte ainsi des succès des incisions pratiqués sur la muqueuse vaginale dans le vaginisme, sans avoir besoin d'avoir recours à l'hypothèse du spasme des muscles constricteurs.

Pour nous, le vaginisme n'est qu'une forme d'hyperesthésie vulvaire qui change d'expression selon le siége qu'elle occupe. Quand elle est superficielle et limitée aux papilles nerveuses de la face interne des grandes lèvres, des nymphes ou du vestibule, elle peut n'occasionner que du prurit qui devient cependant parfois douloureux et insupportable.

Lorsqu'elle est fixée à l'extrémité antérieure de l'urèthre, elle provoque des envies fréquentes d'uriner; on ne peut guère alors toucher, même légèrement, le pourtour du méat urinaire sans exciter de vives douleurs; l'urine elle-même y produit souvent, en passant, de si vives souffrances que cela fait pousser des cris aux malades.

Nous avons vu l'hyperesthésie vulvaire être circonscrite à la partie spongieuse de la muqueuse vaginale qui double en avant la paroi inférieure de l'urèthre. Chez beaucoup de femmes, en effet, et même chez des filles vierges, cette portion de la muqueuse est en quelque sorte détachée de la paroi inférieure de l'urèthre, et forme une légère procidence ou une sorte de hernie en haut de l'entrée du vagin. Cette disposition doit favoriser l'hyperesthésie en exposant cette portion de la muqueuse au frottement et au contact des urines.

Une autre fois, l'hyperesthésie va occuper uniquement la face antérieure de l'hymen. On conçoit facilement que, quel que soit le point du pourtour de l'orifice du vagin qui en soit le siége, la moindre tentative d'exploration de ce conduit, et, à plus forte raison, tout essai de rapports sexuels doivent provoquer de vives douleurs.

Ce n'est pas avec plus de raison, à nos yeux, que le professeur Churchill (de Dublin) considère la *vaginite* comme la cause la plus ordinaire du *vaginisme* (1), et que le professeur Scanzoni l'attribue presque toujours à quelque affection de l'utérus (2). Sans doute l'inflammation de la vulve ou du vagin peut précéder quelquefois l'invasion de l'hyperesthésie de l'entrée du vagin et le vaginisme. Cela paraît avoir eu lieu chez une malade dont parle M. Huguier dans sa thèse. Mais ce qui prouve le mieux que dans ce cas il s'agit de deux éléments morbides différents, c'est qu'il arrive alors le plus souvent, comme cela est arrivé, du reste, chez la malade dont nous venons de rappeler l'histoire, que le vaginisme survit à la guérison de la vaginite et de la vulvite.

Ce qui distingue encore l'hyperesthésie du vaginisme, de l'inflammation qui peut l'accompagner, c'est que cette dernière occupe toujours une surface plus ou moins étendue, tandis que l'hyperesthésie vulvaire est en général très-circonscrite. Il n'est pas rare, par exemple, de trouver la face antérieure de l'hymen tellement sensible qu'elle ne peut supporter le plus léger attouchement, tandis qu'en introduisant le stylet par l'ouverture de l'hymen, on peut appuyer sur cette membrane d'arrière en avant sans provoquer la moindre douleur.

Enfin nous ferons observer que, de même que cela a lieu dans la plupart des névropathies, le vaginisme est généralement accompagné de l'état anémique, souvent même on aperçoit en même temps les symptômes de quelque névrose, et particulièrement, comme le fait remarquer Scanzoni, les symptômes de l'hystérie.

Tout paraît concourir, d'après ce qui précède, pour démontrer la nature névropathique du vaginisme. Le spasme des constricteurs du vagin est ici évidemment consécutif, comme on voit survenir le spasme photophobique des muscles orbiculaires des paupières ou des muscles de la glotte dans certaines névralgies des paupières ou du larynx. Il faut nécessairement en tenir compte, mais il ne faut pas en faire le principal élément.

Ces considérations pathogéniques devraient nécessairement guider les praticiens dans la thérapeutique du vaginisme. Nous ne voyons aucune raison plausible pour avoir recours immédiatement à des opérations chirurgicales, qui, entre des mains inhabiles, peuvent devenir graves et qui inspirent généralement beaucoup de répugnance aux malades. M. Hervez de Chégoin a vu une malade qui a préféré se donner la mort en s'empoisonnant plutôt que de s'exposer à de pareilles mutilations.

A notre avis, les incisions profondes du pourtour vaginal telles que les pratique le docteur Marion Sims, une de chaque côté de la ligne médiane de la paroi postérieure du vagin, que l'on réunit ensuite en une seule au milieu du périnée, devraient être réservées pour des cas extrêmes, lorsque les moyens rationnels puisés dans le domaine de la thérapeutique médicale proprement dite auraient échoué.

A plus forte raison devrait-on hésiter à enlever l'hymen en totalité, y compris le bourrelet, qui fixe sa base à la circonférence du pourtour vaginal. Un succès obtenu récemment à l'aide d'une pareille opération, n'a rien d'étonnant entre les mains d'un opérateur aussi habile que M. Richard. Mais tous les chirurgiens pourraient-ils s'en tirer aussi heureusement?

Il y a quelques années, une dame, habitant un des départements du Midi, était venue nous consulter pour une prétendue maladie de la matrice qui la mettait dans l'impossibilité de remplir les devoirs conjugaux, tant elle souffrait à chaque tentative d'un rapprochement. Après nous être assuré qu'il n'y avait chez elle d'autre affection des organes sexuels que le *vaginisme*, nous l'avons placée dans un établissement hydrothérapique, où elle prenait tous les jours une douche d'eau froide sous formede pluie et des bains de siége dans l'eau froide. En même temps elle introduisait deux fois par jour notre *autospéculum*, et le gardait chaque fois au moins une heure. Deux mois de ce traitement ont produit un changement si satisfaisant, qu'elle a pu quitter l'établissement et rejoindre son mari.

Nous nous proposions d'ajouter à la première occasion, à ces moyens, des injections sous-muqueuses dans l'épaisseur de l'hymen ou à l'entrée du vagin avec le sulfate d'atropine; mais ce nouveau cas de vaginisme s'étant présenté dans des conditions particulières, a dû modifier pour le moment ce programme.

(1) Voyez le *Traité de la menstruation*, de M. Raciborski, p. 544, et le Mémoire de MM. Martin-Damourette et Pelvet, *Étude expérimentale sur l'action physiologique du bromure de potassium*.
(2) *Bulletin de thérapeutique*, 1861, t. LXI.
(3) Le docteur Marion Sims a présenté son premier travail sur ce sujet en 1861 à la Société obstétricale de Londres. C'est ce gynécologiste qui a, le premier, proposé de désigner l'affection dont il s'agit sous le nom de *vaginisme*.
(4) Les Américains, qui aiment généralement à marcher droit et promptement au but, sans se laisser même toujours arrêter par des considérations de l'ordre moral, ont quelquefois, dans ces cas, recours aux anesthésiques pour ne pas condamner les femmes atteintes de vaginisme à rester indéfiniment stériles. Le docteur Marion Sims raconte qu'il a connu, en Amérique, des médecins qui, par suite de conventions faites, se rendaient une ou deux fois par semaine auprès de femmes atteintes de cette affection, pour les chloroformer et les livrer ensuite anesthésiées à leurs maris. (*Notices cliniques sur la chirurgie utérine*, trad. franç., p. 401 et 406).

(1) Rufz, *Archives générales de médecine*, 1843.

(1) Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, trad. franç.
(2) Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels*, trad. franç., p. 466.

Il s'agissait d'une personne qui souffrait depuis longtemps de dysménorrhée et qui offrait en même temps les symptômes de *vaginisme*. Comme à cette époque nous comptions déjà de nombreux succès obtenus à l'aide du bromure de potassium dans la dysménorrhée, il nous a paru naturel de commencer le traitement par cette médication. Cette substance *anesthésique* et *amyosthénique* ne pouvait avoir qu'une action favorable sur le *vaginisme*. Le bromure de potassium a non-seulement soutenu cette fois la bonne opinion que nous avons eue de lui dans la dysménorrhée, mais il a fait disparaître en même temps le *vaginisme*. Cette observation mérite d'être rapportée en détails.

N..., âgée de 22 ans, blonde, peu anémique, de taille moyenne, était au service d'une de nos clientes comme femme de chambre. Plusieurs fois déjà elle s'était plainte à sa maîtresse de douleurs dans les parties sexuelles; questionnée par nous sur la nature de ses souffrances, elle n'a pu donner que des renseignements vagues, incapables de fournir les données d'un diagnostic tant soit peu précis. C'est ainsi qu'étant interrogée si elle souffrait en urinant ou si elle était sujette à quelque écoulement, elle répondait invariablement par le mot *quelquefois*. La seule chose qu'elle ait déclarée nettement, c'est qu'elle souffrait habituellement beaucoup au commencement des règles et que dans l'intervalle des époques elle éprouvait souvent des douleurs aux parties, surtout en marchant; le moindre attouchement de ce côté lui était insupportable. Les organes sexuels externes ne nous ont rien présenté d'anormal; point de rougeur inflammatoire, ni d'écoulement; la muqueuse était d'un rose pâle, comme cela a lieu chez les anémiques. On pouvait toucher les grandes comme les petites lèvres et les écarter, sans provoquer autre chose qu'un sentiment d'appréhension inspiré par la crainte qu'on allât plus au fond. On pouvait également toucher et même pratiquer une forte pression sur le clitoris et le vestibule sans faire éprouver aucune sensation désagréable. L'hymen intact offrait une ouverture assez grande pour pouvoir donner passage à l'extrémité de l'index. En haut de cette ouverture, immédiatement au-dessous du méat urinaire, on remarquait une petite proéminence de la grosseur d'une petite fraise, à surface rayée transversalement, formée par la portion spongieuse de la muqueuse vaginale, celle qui double l'urèthre en avant. Au moindre attouchement de cette partie, la malade bondissait de douleur, serrait instinctivement les cuisses et repoussait notre main. Cette *hyperesthésie* s'étendait à toute la partie antérieure et supérieure de l'hymen, qu'on ne pouvait pas toucher sans provoquer de vives douleurs. Ayant essayé de franchir quand même l'ouverture de l'hymen, nous avons provoqué de si vives douleurs que la malade se tordait sur la chaise longue, s'efforçait à repousser notre main, fondait en larmes et nous assurait que si notre examen devait durer, elle préférait mourir. Quoiqu'il en soit, le toucher pratiqué ainsi a permis d'atteindre le col de l'utérus et de s'assurer de ses dispositions normales. Ce que cette rapide exploration nous a offert encore de remarquable, c'est que le doigt a pu appuyer contre le col de l'utérus et les parois du vagin sans provoquer dans ces parties la moindre douleur et que l'*hyperesthésie* était absolument circonscrite vers l'ouverture de l'hymen, quoique le doigt n'ait exercé en cet endroit que des mouvements fort peu étendus. En retirant le doigt, on a vu s'écouler à peine une petite quantité de mucus d'un blanc laiteux. (Bains de siége dans la décoction de racine de guimauve et de têtes de pavots; application de la pommade additionnée d'extrait de belladonne au quart sur les parties hypéresthésiées.)

Ayant revu la malade quelques jours plus tard, nous n'avons encore remarqué aucune amélioration sensible. Cependant, comme elle devait avoir ses règles dans quelques jours, nous avons voulu lui apporter au moins quelque soulagement du côté de la dysménorrhée, en ajoutant aux moyens déjà mis en usage le bromure de potassium à l'intérieur. La malade en prit deux grammes tous les jours jusqu'à l'arrivée des règles et continua d'en prendre à la même dose pendant toute la durée du flux menstruel. Quelques jours après, elle nous déclara que pour la première fois depuis longtemps elle avait passé son époque menstruelle sans souffrir et que depuis lors les douleurs qu'elle éprouvait habituellement dans l'intervalle des époques, du côté des organes sexuels, étaient devenues également moins vives. (Continuation du même traitement. — Le bromure de potassium a été repris après une huitaine de jours de repos et continué jusqu'à l'arrivée des règles et pendant toute leur durée.) Ayant revu la malade quelques jours après, elle nous affirma qu'elle ne ressentait plus de douleurs dysménorrhéiques, ni même de souffrances qu'elle éprouvait autrefois dans l'intervalle des époques. L'examen direct des organes sexuels ne nous permet pas de douter un instant de la guérison. La saillie de la portion spongieuse de la muqueuse vaginale, ainsi que l'hymen, avaient repris leur sensibilité normale; on pouvait les toucher et même appuyer dessus sans provoquer de douleur. Depuis trois mois la guérison ne s'est pas démentie un seul instant. Pour consolider ce beau résultat, nous avons prescrit un peu de fer réduit par l'hydrogène, l'usage de l'eau ferrée pendant les repas, des viandes rôties ou grillées, saignantes, un peu de vin de quinquina et des ablutions d'eau froide.

Sacro-coxalgie présumée blennorhagique.

M. le professeur Gosselin, dans une de ses dernières leçons, a appelé l'attention sur un jeune homme de 29 ans, qui était entré à la Charité pour une douleur de la fesse gauche, datant d'environ trois semaines. Cette douleur, survenue sans cause appréciable, avait été modérée pendant les premiers jours, puis avait augmenté au point d'empêcher la marche et la station verticale.

Interrogé sur cette douleur, le malade n'hésite pas à répondre qu'il la ressent avec une plus grande intensité lorsqu'il marche ou se retourne dons son lit que lorsqu'il reste immobile.

Il souffre habituellement la nuit, mais beaucoup moins que le jour quand il est levé; et il sait que ses douleurs sont moindres quand il n'a pas marché ni fatigué dans la journée.

En faisant marcher le malade, on constate qu'il boîte considérablement, qu'il marche à petits pas, et il assure que chaque fois qu'il amène en avant et appuie le pied gauche, il ressent une grande souffrance dans la région fessière, un peu au-dessus du pli fessier. Du reste, on ne voit dans la région qu'il indique ni gonflement ni rougeur, et la douleur irradie à quelques centimètres seulement de la fesse, le long de la partie postérieure de la cuisse.

Quel est le siége de cette douleur? On n'a, suivant M. Gosselin, à choisir qu'entre deux choses: une sciatique ou une sacro-coxalgie.

Pour le plus grand nombre des praticiens, a-t-il dit, ce serait une sciatique. Je ne suis pas de cet avis. Dans les vrais sciatiques que j'ai observées, les malades ne souffraient pas autant pendant la marche et ne boitaient pas à ce degré; les exacerbations douloureuses revenaient spontanément, et n'étaient pas, comme chez notre malade, provoquées exclusivement par le mouvement. Pour moi, la claudication et l'aggravation des douleurs pendant la marche, indiquent une maladie du squelette, et cette maladie, d'après un certain nombre de faits analogues dont j'ai été témoin, ne peut être qu'une arthrite sacroiliaque, arthrite mal connue et peu étudiée, parce que d'une part on n'a pas eu l'occasion de l'examiner sur le cadavre, et parce que, d'autre part, elle ne donne pas lieu à des symptômes physiques appréciables.

Je ne nie pas que chez notre malade la douleur irradie un peu le long du nerf sciatique, je dis seulement, en m'appuyant sur les raisons énoncées tout à l'heure, que la sciatique, si elle existe, est consécutive à l'arthrite développée dans son voisinage.

Un autre argument vient à l'appui de ce diagnostic, c'est que le malade a un écoulement uréthral purulent, sur l'origine et l'ancienneté duquel il ne peut pas ou ne veut pas donner de renseignements, mais qui n'en est pas moins réel.

Or, quoique M. le docteur Fournier ait décrit dans ces derniers temps une sciatique blennorrhagique, j'ai moins de peine à admettre une arthrite de cette nature qu'une sciatique. Pour moi, il s'agit donc ici ou d'une arthrite rhumatismale simple ou d'une arthrite rhumatismale blennorrhagique.

Deux indications thérapeutiques ressortent, d'après M. Gosselin, de ce diagnostic: combattre les douleurs par les calmants et s'opposer à la station verticale et à la marche.

On a prescrit en effet au malade des frictions matin et soir avec le liniment chloroformé, et deux fois on lui a pratiqué le soir des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine (solution à 1 centigramme par gramme); on lui a recommandé en outre de ne pas quitter son lit.

Après quinze jours de ce traitement, le malade ne souffrait plus du tout dans son lit, il marchait sans boiter et n'éprouvait plus que de la gêne, encore très-peu prononcée, par le fait des mouvements dans la station verticale. Il a demandé à aller à Vincennes, ce qui lui a été accordé.

Cas d'empoisonnement par un bain arsénical.

On connaît toutes les discussions, tous les doutes, toutes les hésitations qu'a suscités la question de l'absorption ou de la non-absorption des liquides dans le bain, question si facile et si simple en apparence, et qui cependant a exigé, pour arriver à une solution définitive, des expériences nombreuses et répétées. Le fait suivant, communiqué à la Société de médecine pratique par M. le docteur Dupuy (de Frenelle), malgré quelques petites lacunes regrettables, qu'il a eu soin de signaler lui-même, apporte un nouvel appoint aux témoignages irrécusables qui établissent la réalité de l'absorption.

Voici cette observation qui présente d'ailleurs par elle-même un assez grand intérêt.

Le 7 septembre dernier, dit M. Dupuy, je fus consulté par une de mes clientes, âgée de 26 ans, d'une santé généralement bonne, atteinte actuellement de lèpre vulgaire, mais sans aucune souffrance ni malaise notable.

Comme complément de traitement, je lui prescrivis des bains d'arséniate de soude, à 12 grammes par bain, dose qui m'est familière.

Le soir du même jour, sans avoir usé d'aucun médicament, elle commença son traitement par un bain arsénical tempéré, où elle resta une heure tout au plus, de 7 à 8 heures. A 8 heures et demie elle dîna de fort bon appétit, puis se coucha et lut assez tranquillement dans son lit jusqu'à onze heures. A peine était-elle endormie depuis un instant, qu'elle s'éveilla dans une agitation croissante qui la tourmentait et qui s'accompagna bientôt de chaleur générale et d'oppression. Vers cinq heures du matin elle eut des douleurs aiguës d'estomac avec anorexie anxieuse.

Elle se leva en éprouvant de légers troubles dans la vue et de l'incertitude dans la marche. A peine fut-elle descendue dans la rue que l'anxiété, la douleur épigastrique et le vertige lui firent demander secours.

On la mena dans une pharmacie voisine où elle eut une syncope qui dura environ un quart d'heure. Reconduite chez elle, où je fus aussitôt appelé, je la trouvai dans un grand état de souffrance et d'anxiété. De vives douleurs d'estomac revenaient par crises à huit ou dix minutes d'intervalle. Elle avait mal au cœur, toutefois sans efforts de vomissements. Les membres étaient engourdis et présentaient une notable diminution de la sensibilité.

En proie à des vertiges incessants, elle éprouvait de la roideur et de la constriction du cou, — La pression épigastrique était intolérable. — La peau chaude, mordicante, semblait excitée et plus colorée que de coutume. — Le pouls était régulier, apyrétique et de force moyenne. — La langue n'offrait rien de particulier. Une petite selle normale avait eu lieu le matin.

Il ne restait pas de doute que cet ensemble de symptômes ne fût le résultat d'une intoxication arsénicale occasionnée par le bain de la veille, quoique jamais je n'eusse rien observé de semblable dans les cas assez nombreux où j'en avais prescrit à la même dose.

Afin d'enlever toutes les parcelles de la substance toxique qui pouvaient être déposées sur la peau, je prescrivis une large lotion générale avec de l'eau fraîche, puis, plutôt à titre de purgatif qu'autrement, je fis donner 16 grammes de magnésie calcinée dans un demi-verre d'eau, par demi-cuillérée de dix minutes en dix minutes. Ce médicament ne put être toléré par l'estomac qui le rejetait aussitôt. Deux heures après à une seconde visite, l'état général restait à peu près le même. Je prescrivis la purgation suivante à prendre en une seule fois:

Séné mondé	10 grammes.
Sulfate de soude	20 —
Eau	150 —
Sirop de fleurs de pêcher	30 —

La malade la vomit encore un quart d'heure après. Néanmoins elle eut quelques selles qui apportèrent un soulagement de plus en plus notable; si bien, qu'à ma troisième visite, six heures du soir, elle me parut dans un état assez satisfaisant pour ne plus me laisser aucune inquiétude sur les suites de cet accident. En effet, il n'en restait en quelque sorte, plus trace le lendemain.

Je regrette, ajoute notre confrère, de n'avoir pas recueilli et analysé de l'urine de ma malade, ce qui eût pu être d'un bon renseignement. Quoi qu'il en soit, je ne crois pas qu'ici le doute sur l'intoxication par absorption dans le bain soit permis; cependant, il n'y avait aucune voie accidentelle ouverte au poison; la malade n'avait ni plaie ni excoriation, et, de plus, elle était parfaitement sûre de ne point avoir dormi dans son bain et de n'avoir pas avalé une goutte de l'eau arsénicale.

Il est vrai que j'ai compté, sur son dos ou sur sa poitrine trente auréoles plus ou moins grandes de lèpre vulgaire. Bien que, dans ces cas, la maladie ne détermine aucune fissure de l'épiderme qui reste, quant à la continuité, parfaitement intact, peut-être en résulte-t-il, néanmoins, une modification dans les conditions de perméabilité ou d'absorption, c'est ce que j'ignore, mais, le bain ordinaire étant d'un hectolitre, à raison de 12 grammes de substance toxique, 5 grammes absorbés donneraient 6 dix millièmes de gramme, ce qui constitue une dose incapable d'impressionner l'économie d'une manière quelconque.

Il y a donc, dans ce cas, un desideratum qui échappe aux données fournies par la science et l'expérimentation sur l'absorption dans les bains.

HOTEL-DIEU. — M. MOISSENET.

MALADIE DE BRIGHT

Phlegmon diffus et gangréneux de la jambe et de la cuisse droite

Le nommé L..., âgé de cinquante-sept ans entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Lazare, n° 8, service de M. Moissenet, le 2 mars 1867.

Cet homme jouit d'une bonne santé habituelle. Il n'a jamais eu de rhumatismes ni de palpitations du cœur; sa respiration a toujours été parfaitement libre. Pas d'habitudes alcooliques. Nous devons signaler, cependant, l'existence de cicatrices scrofuleuses au niveau des régions sous-maxilliaires.

Au mois de janvier dernier, le malade fit une chute sur le dos et le côté droit du tronc.

Cet accident fut suivi d'une douleur dans la région lombaire droite, douleur qu'il a conservée longtemps. Peu de jours après est survenue une bronchite qui a duré environ un mois et dont il est guéri aujourd'hui.

Il y a quinze ans, le malade a remarqué que ses jambes augmentaient de volume; cette enflure n'a fait que croître jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital.

A la visite, on trouve le malade pâle, anémié, la face bouffie. Les jambes sont infiltrées jusqu'au-dessus des genoux; les mains, le scrotum et la face le sont aussi, mais à un degré moindre. Un peu de liquide dans le péritoine. La peau est blanche et modérément tendue.

Voici les résultats que donne l'examen des principaux organes :

Le cœur offre son volume habituel et ne présente aucun trouble ni dans son rhythme ni dans ses bruits.

Les poumons sont engoués aux deux bases : matité, absence du murmure vésiculaire, râles sous-crépitants au tiers inférieurs des deux côtés, surtout à droite.

Le foie conserve son volume normal ; il en est de même des reins.

La palpation ne provoque pas de douleur au niveau de ces organes.

La vue est intacte.

L'intelligence est saine.

Les urines sont peu abondantes ; depuis la veille le malade n'en a fourni qu'un quart de litre.

Elles revêtent une coloration brun foncée que l'on peut comparer à la couleur feuille-morte. L'analyse par la chaleur et l'acide nitrique y décèle une grande quantité d'albumine.

On porte le diagnostic suivant : Maladie de Bright, — Albuminurie, Anasarque, — OEdème du poumon.

En raison de l'état d'anémie du malade, on le soumet au traitement tonique suivant : 6 pilules de Vallet, — Vin de quinquina, 60 grammes, — Bagnols, — Chiendent nitré.

Le 3 mars. L'œdème a beaucoup augmenté ; la peau des bourses et celle des jambes est très-tendue. Il n'y a eu qu'un demi-litre d'urine dans les vingt-quatre heures. Les urines gardent la même couleur et contiennent la même quantité d'albumine. — Même traitement.

Le 5 mars. Vomissements bilieux hier et pendant la nuit. Le ventre est augmenté de volume, tendu, douloureux. Peu de fièvre. Les bourses sont un peu moins infiltrées, mais l'anasarque n'a pas diminué dans les autres régions. Le malade excrète environ un demi-litre d'urine par jour. L'albumine y est toujours très-abondante.

Le 6 mars. Les vomissements ne se sont pas renouvelés. Le ventre est moins douloureux.

Le malade est mis au vin diurétique.

Sous l'influence de ce traitement, le ventre diminue de volume, mais l'infiltration des membres persiste.

Le 18 mars. Diarrhée séreuse très-abondante pendant la nuit. 96 pulsations ; peau un peu chaude. Sous-nitrate de bismuth, 6 grammes.

Le 27 mars. La diarrhée persiste ; les jambes sont très-tendues. Une petite ulcération de la peau, large comme une lentille, s'est formée au niveau du grand trochanter droit, et donne issue à une quantité considérable de sérosité. L'urine est plus abondante, mais toujours très-albumineuse.

Le 4 avril. La diarrhée a diminué ; les jambes et les cuisses sont très-tendues. La petite fistule cutanée donne toujours beaucoup ; ses alentours sont enflammés.

On pratique, à l'aide d'une aiguille, six piqûres sur la partie externe de chaque jambe, dans le but de diminuer l'écoulement qui se fait à la partie supérieure de la cuisse.

Le 10 avril. Les piqûres ont donné abondamment ; mais le malade a éprouvé, pendant la nuit, des frissons et des vomissements. La partie externe de la jambe et le dos du pied gauche sont le siége d'une rougeur très-vive, diffuse, sans délimitation tranchée, la peau est tendue et hyperesthésiée. 128 puls. Langue blanche. Pas de diarrhée.

Nouvelles piqûres sur la jambe et le pied malades.

Application de collodion.

12 avril. La rougeur et la douleur ont un peu diminué ; la peau est moins tendue. Pas de fièvre.

13 avril. La jambe gauche est à peu près guérie, mais la jambe droite est devenue tuméfiée, tendue, rouge et douloureuse ; il n'y a pas eu de frisson initial. Pas de fièvre.

De nouvelles piqûres sont pratiquées, huit sur chaque côté. Celles de la jambe droite font éprouver au malade une douleur très-vive.

14 avril. Pendant la nuit, on enduit, par erreur, la jambe droite de poudre d'amidon. La sérosité qui s'écoule des piqûres forme avec cette poudre des croûtes qui irritent la peau et augment la douleur.

Cataplasmes pour faire tomber les croûtes.

15 avril. Pendant l'application des cataplasmes, douleurs très-violentes dans la jambe droite. Frissons nombreux pendant la journée et la nuit. Pas de vomissements. La jambe est très-tendue, rouge et douloureuse. 116 puls.

Piqûres au-dessus et au-dessous de la partie enflammée.

Application de collodion.

16 avril. La jambe droite est rouge et tendue, surtout dans la partie inférieure et externe, ainsi que la face dorsale du pied correspondant.

On reconnaît que le collodion a été appliqué sans qu'on ait eu soin de faire tomber toutes les croûtes qui se trouvaient à la surface de la peau. Quelques-unes de ces croûtes sont entourées de petites aréoles brunes qui ont tout l'aspect d'eschares. Les douleurs ont beaucoup augmenté. Insomnie. 120 puls. Langue un peu blanche, pas de diarrhée, pas d'appétit ; le vin seul est pris avec plaisir.

Piqûres nouvelles sur le pied et la cuisse. Elles sont toujours fort douloureuses. — Fomentations de sureau. — Poudre de Dower 0,25.

17 avril. Des phlyctènes, remplies de sérosité roussâtre, apparaissent sur la jambe droite. Le membre est d'un rouge violacé, mais moins douloureux. La nuit a été meilleure. Cependant le malade est très-amaigri ; le facies est profondément altéré. 120 puls. Pouls petit.

Lotions avec vin aromatique et décoction de quinquina.

19 avril. Des phlyctènes nouvelles se sont formées. Le membre est tendu et violet jusqu'à la moitié supérieure et externe de la cuisse. La peau de la jambe est mortifiée sur toute sa partie externe. 128 puls. Pouls très-petit. Facies très-altéré. Sécheresse de la gorge.

20 avril. La peau de la jambe est mortifiée dans toute son étendue, ainsi que celle de la partie inférieure et externe de la cuisse droite. La face est très-altérée. Le pouls est insensible. Le malade meurt à midi.

Autopsie.

Reins. Volume normal. Capsule peu adhérente. La surface de la coupe est d'un gris jaunâtre.

La substance corticale est hypertrophiée, graisseuse, et comprime la substance tubuleuse, qui, en certains points, est atrophiée. L'examen microscopique a démontré une dégénérescence graisseuse complète de la substance corticale, incomplète de la substance tubuleuse. Les vaisseaux sont sains.

Le foie est complétement gras.

Adhérences nombreuses entre les feuillets *de la plèvre* droite. *Les poumons* ne contiennent pas de tubercules.

La peau et le tissu cellulaire sous-cutané de la jambe droite et de la partie inférieure externe de la cuisse droite sont très-épaissis et sont infiltrés d'une très-grande quantité de pus.

Le cœur est parfaitement sain.

OVARIOTOMIE

Obs. LXIV. — Ovariotomie pratiquée le 4 mai 1868. Guérison.

Par E. Kœberlé.

Madame G..., de Clézantaine (Vosges), âgée de 34 ans, d'une forte constitution, un peu anémique, quoique jouissant, du reste, d'une bonne santé, a eu cinq grossesses à terme, la dernière en 1865. On s'aperçut de l'existence d'une petite grosseur du côté droit du bas-ventre en 1864. Au mois d'octobre 1867, il survint des douleurs très-violentes qui irradiaient vers le rein et vers la cuisse du côté droit, et l'on constata de nouveau l'existence de la tumeur, qui avait beaucoup augmenté. Ces douleurs se renouvelèrent à de fréquents intervalles. La menstruation était irrégulière, et depuis le mois de février 1868, les règles n'ont plus paru. La tumeur était mobile, non adhérente, fluctuante, de la grosseur d'une tête et susceptible de tourner sur son axe. Le col de l'utérus était un peu dévié à droite. La tumeur était formée par un kyste de l'ovaire droit ; elle avait un long pédicule qui devait être tordu sur son axe. Une augmentation de la torsion paraissait occasionner les vives douleurs que la malade éprouvait lorsqu'elle travaillait en se donnant beaucoup de mouvement. Quoique la tumeur n'eût qu'un petit volume, l'ovariotomie fut néanmoins décidée à cause de la fréquence des douleurs et de l'accroissement progressif assez rapide du kyste dont le liquide était probablement hémorrhagique.

L'opération eut lieu le 4 mai 1868, en présence de MM. Morpain (de Paris), Kien, Grollemand et F. Tixier.

Incision de 10 centimètres. La ligne blanche n'a été intéressée que dans une étendue de 6 centimètres. Le kyste était sans adhérence et contenait dans une de ses loges un litre de liquide très-sanguinolent. La cavité péritonéale renfermait environ 300 grammes de sérosité sanguinolente. Le pédicule était tordu sur son axe d'une circonférence environ. Le reste de l'ovaire formait une petite grosseur de 5 centimètres de diamètre, qui se trouvait à la base du kyste. Au point de réunion se trouvait une déchirure récente dont était provenue la sérosité sanguinolente qui s'était amassée dans la cavité péritonéale. Le pédicule fut lié par un fil de fer. L'ovaire gauche était sain. La plaie fut réunie par deux points de suture profonde et une suture superficielle. L'opération a duré trois quarts d'heure. La perte de sang a été de 30 grammes environ.

Après l'opération, il survint des douleurs assez vives dans la région rénale du côté droit. C'étaient les mêmes douleurs que la malade ressentait antérieurement et qui provenaient maintenant de la ligature des nerfs ovariques. Ces douleurs ne tardèrent pas à se dissiper et à disparaître définitivement. Il y eut quelques vomissements chloroformiques. Le pouls monta jusqu'à 96 pulsations le troisième jour ; mais il n'y eut plus aucun incident notable et l'opérée rentra chez elle, vingt-huit jours après l'opération, alors que la plaie était déjà complétement cicatrisée depuis plusieurs jours.

Remarques. — Cette opération est remarquable au point de vue du diagnostic et de l'heureux résultat de l'ovariotomie qui a été suivie de l'entière disparition des douleurs qu'éprouvait la malade par la torsion du pédicule du kyste. Ce kyste, qui ne pesait guère plus d'un kilogramme, paraît avoir été la plus petite de toutes les tumeurs ovariques dont on ait entrepris l'extirpation jusqu'à présent.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION

Séance du 28 juin 1868. — Présidence de M. Barthez.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

LECTURE.

M. Sanné lit une observation intitulée : *Maladie de Bright, phlegmon diffus et gangréneux de la jambe et de la cuisse droite.* (Voir plus haut.)

Je vous demanderai la permission, d'attirer quelques instants votre attention sur la dernière partie de cette observation.

Vous voyez, en effet, un homme atteint d'anasarque, ayant pour cause l'albuminurie, mourir d'un phlegmon diffus et gangréneux. Cet accident se développe à la suite de piqûres faites avec une aiguille, dans le but de diminuer la tension de la peau. Nous avons donc à résoudre cette question : le phlegmon est-il simplement une complication due à la nature de la maladie ? ou bien faut-il l'attribuer au mode de traitement ? Cette question est assez grave pour qu'il soit utile de l'examiner.

Les gangrènes ne sont pas rares dans certaines maladies cachectiques et surtout dans celles qui, à l'exemple de l'albuminerie, infiltrent et distendent le tissu cellulaire sous-cutané, isolent la peau et opposent à sa nutrition des obstacles souvent insurmontables. Aussi, lorsqu'en pareille occurrence on se trouve dans l'alternative d'accuser soit la maladie elle-même, soit le traitement employé, faut-il rechercher avec soin l'origine des accidents qui se sont produits.

Dans l'observation que je viens de vous soumettre, vous avez remarqué que des piqûres sont faites avec la pointe d'une aiguille sur la partie externe de chacune des jambes.

Cette petite opération avait pour but de diminuer l'afflux de sérosités qui se faisait vers une éraillure spontanée de la peau de la cuisse, éraillure par laquelle ce liquide s'écoulant avec abondance venait irriter les tissus environnants.

Les précautions usuelles furent prises ; les piqûres avec l'aiguille furent choisies comme moins dangereuses que les scarifications à la lancette ; on n'en fit que six sur chaque jambe ; on eut soin de les espacer et de les pratiquer sur la partie externe de la jambe.

J'ajouterai qu'aucun malade atteint d'érysipèle ne se trouvait dans la salle.

Cependant, au bout de cinq jours, le malade est pris de frissons et de vomissements, puis le phlegmon apparaît sur la jambe gauche. Les symptômes diminuent bientôt de gravité, et, au bout de quelqes jours, la jambe gauche est guérie. Ces accidents n'ont pas empêché de nouvelles piqûres d'être pratiquées chaque jour. Mais, pendant que la jambe gauche guérissait, la jambe droite se prenait à son tour, et de la même manière. Cette nouvelle poussée n'interrompit pas l'emploi des piqûres qui furent extrêmement douloureuses du côté droit.

Ici vient se placer un série d'erreurs dans l'exécution du traitement, erreurs qui ont pu entraver la guérison. Nous voyons, en effet, le lendemain du jour où la seconde jambe est atteinte et soumise aux piqûres, un emploi imprudent de la poudre d'amidon, fait par les gens de service, venir former des croûtes qui arrêtent la sérosité, irritent la peau et augmentent la douleur.

De nouvelles piqûres sont pratiquées au-dessus et au-dessous de la partie enflammée ; une couche de collodion est appliquée comme agent compressif. Malheureusement, en étalant le collodion, on néglige d'enlever quelques-unes des croûtes formées par l'amidon, et on voit, dès le lendemain, de petites eschares se former autour de ces croûtes.

Des piqûres sont encore faites ; mais les accidents étaient trop intenses pour être conjurés et le malade succombe rapidement aux progrès du phlegmon diffus.

Nous avons pu voir sur chaque jambe les accidents suivre de près les piqûres. Sur la jambe gauche, la résolution a eu lieu ; mais, sur la jambe droite, les causes d'inflammation s'étant multipliées, la gangrène et la suppuration ont suivi de près.

Ainsi, les accidents ont suivi de près les piqûres, de plus, leur intensité s'est accrue avec le nombre de piqûres et les autres causes d'irritation. Que conclure de là, si non que le traitement a été le point de départ des complications observées ?

Cette observation nous montre, une fois de plus, la gravité des opérations faites dans le but d'évacuer le tissu cellulaire sous-cutané de la sérosité qui l'infiltre. Plus la solution de continuité est étendue, plus les dangers sont imminents ; aussi, les mouchetures faites avec la pointe ds la lancette sont-elles presque universellement abandonnées.

Les piqûres pratiquées avec la pointe d'une aiguille offrent, il est vrai, plus de sécurité ; elles peuvent cependant provoquer des accidents. Le fait que je viens de vous lire en est la preuve.

C'était pour avoir été bien souvent témoin d'accidents semblables que M. Trousseau en était arrivé à proscrire absolument ces opérations et à les remplacer par les frictions à l'huile de croton, qui ont donné souvent des résultats si remarquables.

DISCUSSION.

M. Cornil. Dans l'observation que vient de nous lire M. Sanné, il est dit que l'application de poudre d'amidon et la malpropreté au niveau des piqûres ont pu jouer le rôle de cause dans la production du phlegmon gangréneux de la jambe. Je ne le conteste pas d'une façon absolue. Mais peut-être cette cause a-t-elle été purement occasionnelle et déterminante. On sait en effet avec quelle facilité, dans les cas de maladie de Brigth, idiopathique, à marche rapide et à cause si souvent inconnue, tous les organes, tous les viscères, entrent en suppuration. Que de fois, des péricardites, des pleurésies, des péritonites suppurées même, avec fausses membranes fibrineuses, ont terminé la maladie de Bright. Chaque jour encore nous en voyons des exemples. Cette tendance aux suppurations s'étend même à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané, et dans le cas présent, où, comme dans tous les autres, il était possible

de constater une grande altération du sang et de tout l'organisme, il est bien probable que les piqûres et la malpropreté ont joué simplement un rôle secondaire.

M. DUGUET. Il faut certainement tenir grand compte de l'état général grave dans lequel tout l'organisme était plongé, et il est hors de doute qu'il faut lui rapporter cette tendance générale à la suppuration dont parle M. Cornil. Mais, pour ma part, en présence d'un phlegmon gangréneux survenu dans le cours d'une maladie de Bright, je ne puis m'empêcher de regretter que M. Sanné ne nous ait pas éclairé suffisamment sur la présence ou l'absence de sucre dans les urines, conjointement avec l'albumine. On sait, en effet, que la maladie de Bright et le diabète ont plus d'un point de contact; on sait que leur existence simultanée est fréquente; ce sont pour ainsi dire deux maladies qui sont *sœurs*. Je signale donc ici une lacune qui, si elle était comblée, nous permettrait peut-être de rapporter plus facilement ce phlegmon gangréneux à sa véritable cause.

M. HÉMEY. Je regrette également, pour ma part le laconisme avec lequel sont rapportés certains détails de l'observation de M. Sanné, entr'autres ceux qui ont trait à l'anatomie pathologique et aux caractères qualitatifs et quantitatifs des urines.

Quant aux piqûres, sans doute il ne faut pas les proscrire d'une façon absolue, parce qu'alors nous serions désarmés. Et si des piqûres sont capables d'amener de tels accidents, que dirons-nous des frictions à l'huile de croton, souvent employées en pareil cas et produisant une irritation beaucoup plus grande?

M. SANNÉ. Il est vrai que les frictions à l'huile de croton produisent une irritation très-vive et une éruption très-abondante. Cependant, depuis que M. Trousseau les a préconisées, ce praticien les a employées un certain nombre de fois; il a eu depuis plusieurs imitateurs, et je ne sache pas qu'on ait jamais vu à leur suite ni gangrène ni suppuration d'aucune sorte.

M. BARTHEZ. Les observations de M. Hémey sont justes, il ne faut pas proscrire les piqûres dans tous les cas; mais on ne peut les pratiquer que sur des points non tendus et non enflammés : de cette façon on soulagera les malades en leur soutirant une certaine quantité de sérosité et les piqûres n'entraîneront à leur suite aucun accident. Les piqûres ont donc leurs indications et leurs contre indications.

Quant à l'huile de croton, elle a donné entre les mains de M. Trousseau de très-beaux résultats, cela est incontestable; elle produit, quand on l'emploie, un écoulement de sérosité énorme et rapide, de telle sorte que des malades sur le point de succomber ont pu être, comme par enchantement, rappelés à la vie.

Mais à côté de ces avantages, se voient des inconvénients quelquefois fort graves. C'est ainsi que, pendant des mois et des années, la peau des jambes laisse écouler de la sérosité sur une large surface. Cette peau devient quelquefois le siége de douleurs atroces qui font regretter amèrement aux malades l'emploi de cette médication; d'autres enfin voient leurs jambes devenir énormes, s'ankyloser, et se déformer considérablement; il semble qu'ils soient atteints d'un éléphantiasis véritable.

Joignez à cela que si la vie est sauvée, si le soulagement est immédiat, les malades sont le plus souvent incapables de reprendre la position horizontale, de se coucher; et ceux qui ont voulu en faire l'essai, ont vu reparaître aussitôt tous les accidents pour lesquels l'huile de croton avait été employée. La cause première de l'affection, en effet, n'est pas détruite. Le résultat serait complet si, à la faveur d'un soulagement si rapide, la lésion organique était de nature à se modifier favorablement. On sait combien peu il est permis d'y compter.

M. HÉMEY. En dehors des cas que rapporte M. Barthez, et dont il a été témoin, je citerai celui que j'ai pu observer, il y a un an, dans le service de M. Vigla, à l'Hôtel-Dieu. Il s'agit d'une femme presque mourante que les frictions à l'huile de croton rappelèrent à la vie en peu d'heures. Elle ne pouvait se tenir depuis longtemps que les jambes pendantes.

On voulut alors guérir les jambes au moyen de la glycérine et de la position horizontale. La malade fut replacée dans son lit horizontalement. Elle guérit en effet; mais bientôt tous les accidents reparurent, tels qu'ils s'étaient montrés avant les frictions, et cette femme fut désormais condamnée à passer sa vie dans un fauteuil, pendant que ses jambes laissaient de nouveau échapper du liquide.

Le secrétaire, PELVET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance, le lundi 14 décembre.

Ordre du jour. — Lectures de M. Sanné : croup, trachéotomie, ablation tardive de la canule; de M. Bottentuit : coqueluche avec hémorragie dans la conjonctive oculaire; rapport de M. Thierry, sur une précédente lecture de M. Rathery. Élections à deux places de membres titulaires.

Des fractures du crâne, par le docteur CAUVY. 1 vol. in-8°, avec planches photographiques. Prix : 5 francs. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Nº 146 — MARDI 15 DÉCEMBRE 1868. 41e ANNÉE. MARDI 15 DÉCEMBRE 1868. — Nº 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : Le Secret médical au point de vue de la révélation des Crimes et des Délits. — HOPITAL DE LA CHARITÉ (M. Sée). Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Correspondance. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 14 décembre 1868.

La *Société de médecine légale*, sur la demande de la *Gazette des Hôpitaux*, a mis à l'ordre du jour la question du secret médical, et a chargé un de ses membres les plus autorisés, M. Hémar, substitut du procureur général près la Cour Impériale de Paris, de lui faire un rapport sur cette importante question. Ce rapport comprend toutes les circonstances dans lesquelles le médecin peut, à l'occasion du secret professionnel, se trouver en présence de la justice, et il fait connaître les règles posées par la loi ou établies par la jurisprudence. L'étendue de ce remarquable et consciencieux travail ne nous permet pas de le reproduire dans tous ses détails, mais nous en donnons un résumé fait par l'auteur lui-même, et nous prévenons nos lecteurs qu'ils le trouveront *in extenso* dans le prochain numéro des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, organe officiel de la Société de médecine légale.

LE SECRET MÉDICAL

Au point de vue de la révélation des Crimes et des Délits

Par M. HÉMAR,

Substitut du procureur impérial près la Cour de Paris.

« *Dans quelles conditions le médecin doit-il révéler le crime ou le délit dont il a eu connaissance dans l'exercice de sa profession?*

« *Dans quel cas doit-il en garder le secret?* »

Cette question est complexe. Elle conduit à rechercher :

1° Dans quels cas la révélation est prohibée;

2° Dans quels cas la révélation est obligatoire.

1° DE LA RÉVÉLATION PROHIBÉE.

La révélation est légalement prohibée :

1° Dans le cas prévu par l'article 378 du Code pénal;

2° Dans les cas prévus par les articles 1382 et 1383 du Code civil.

1° *De la révélation prohibée par l'article 378 du Code pénal.*

L'article 378 du Code pénal punit le délit de révélation de secrets d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 à 500 francs. — Ce délit se constitue par un ensemble de conditions relatives :

A. — *A la qualité du révélateur.* — Le délit n'existe que si la révélation émane d'une personne appartenant à l'une des professions spécifiées par l'article 378 (médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes). La divulgation commise par tout autre révélateur, n'appartenant pas à l'une de ces professions, présente, malgré l'analogie des situations, le caractère d'une faute morale que la loi pénale n'atteint pas (*Chambre criminelle*, 8 décembre 1864. Degouts).

B. — *A la nature du fait révélé.* — Le délit n'existe que si le fait révélé a été confié au médecin à raison de son état ou de sa profession. Cette confidence comprend non-seulement les aveux et les déclarations du malade ou des personnes qui l'entourent, mais aussi toutes les constations médicales qui, même à l'insu du malade, sont le résultat de l'appel fait à la science. Elle enveloppe également les discours tenus près du malade par les personnes qui l'assistent, alors même que ces propos ne se rapporteraient pas directement aux lésions dont le médecin doit combattre les progrès. C'est ainsi que Domat étend le devoir de discrétion aux « secrets des malades ou de leur famille qui sont découverts aux médecins, soit par la confiance qu'on peut avoir en eux ou par les conjonctures qui rendent leur présence nécessaire dans le temps où on traite d'affaires ou autres choses qui demandent le secret. » *Droit public*, liv. I, titre 17, sect. 2, nº 13.)

D'un autre côté, il n'est pas nécessaire que le secret ait été expressément demandé au médecin. Les confidences du malade étant la conséquence de la nécessité où il se trouve d'invoquer le secours de la science, sont présumées faites sous le sceau du secret. La preuve contraire est à la charge du médecin révélateur.

C. — *A l'intention qui dicte la révélation.* — La révélation n'est délictueuse que si elle est faite avec l'intention de nuire. Cette proposition, qui a été contestée, se fonde sur ce principe général que l'intention criminelle est, sauf exception, formellement exprimée par le législateur, l'un des éléments essentiels de toute incrimination. Les travaux préparatoires du Code pénal et la rubrique sous laquelle se trouve placé l'article 378, ne permettent pas de le considérer comme une disposition exorbitante du droit commun. Tel est également la doctrine de la cour de cassation (*Chambre criminelle*, 23 juillet 1830. Cressent).

Différentes circonstances sont exclusives de l'intention criminelle. On peut citer comme exemple l'obligation de la dénonciation civique imposée à tout citoyen par l'article 30 du Code d'instruction criminelle, l'appel du médecin en justice pour y déposer comme témoin, l'autorisation de révéler donnée par celui qui a confié le secret. Dans ces hypothèses, le médecin n'est pas tenu à la révélation; mais s'il divulgue le secret dont il est dépositaire, il n'encourt pas les peines portées par la loi.

La révélation du secret médical, résultant d'une demande judiciaire en payement d'honoraires, n'est pas nécessairement délictueuse; cette demande constituant l'exercice d'un droit reconnu par l'article 2272 du Code civil. Mais il en est autrement des demandes qui, en fait et à raison des détails inutiles et scandaleux dont elles sont accompagnées, présentent le caractère d'une pression immorale exercée sur le client. (Paris, *Chambre correctionnelle*, 14 avril 1864. Halbraud. — La délicatesse professionnelle peut seule conseiller l'abstention absolue. Les exigences de la loi sont plus restreintes.

2° *De la révélation prohibée par les articles 1382 et 1383 du Code civil.*

Le délit correctionnel, prévu par l'article 378 du Code pénal constitue également le *délit civil* défini par l'article 1382 du Code Napoléon et donne ouverture à l'action en dommages-intérêts au profit de la partie lésée. — La révélation faite sans intention de nuire, mais portant néanmoins préjudice à autrui, rentre dans la définition du *quasi-délit*. De même que le délit, elle oblige à réparer par voie pécuniaire le dommage causé. (Art. 1383 du Code civil.)

Le délit ou le quasi-délit n'existent qu'aux conditions suivantes. Il faut :

A. — *Que le fait dommageable porte atteinte à un droit appartenant à autrui.* — La révélation du secret médical porte atteinte au droit, la divulgation de ce secret étant, de la part du médecin, la violation d'un devoir professionnel dont le malade a le droit d'exiger l'accomplissement. La révélation faite par entraînement ou irréflexion expose donc l'homme de l'art à une demande de réparation pécuniaire. — Mais si la révélation, quoique nuisible, a lieu en vue de l'accomplissement d'un devoir légal (dénonciation prescrite par l'art. 30, Instruction criminelle, témoignage en justice), si elle constitue l'exercice d'un droit personnel au médecin (demande d'honoraires), ou enfin si elle est provoquée par la personne que le secret intéresse, l'action en dommages-intérêts ne prend pas naissance.

B. — *Que le fait dommageable soit imputable à son auteur.* — La révélation émanant d'un médecin atteint d'aliénation mentale n'engendre aucune responsabilité. Cette responsabilité subsiste, au contraire, dans toute son énergie, en cas d'ivresse.

2° DE LA RÉVÉLATION OBLIGATOIRE.

Pour résoudre la question de savoir si la révélation obligatoire existe dans notre législation, il convient d'examiner successivement les différentes hypothèses qui semblent impliquer cette nécessité.

A. — L'article 378 du Code pénal ne punit la révélation du secret professionnel que « *hors les cas où la loi oblige à se porter dénonciateur* ». Les articles 103 à 107 du Code pénal punissaient la non-révélation des complots contre la sûreté de l'État et du crime de lèse-majesté. Les articles 136 et 137 du même code atteignaient la non-révélation du crime de fausse-monnaie. — Ces dispositions ont été abrogées par l'article 103 de la loi du 28 avril 1832.

B. — L'édit du roi Louis XIV du mois de décembre 1666, rappelé, soit avant, soit depuis la Révolution, par de nombreuses ordonnances de police, prescrivait aux chirurgiens de Paris de déclarer au commissaire du quartier les noms des blessés qu'ils avaient pansés chez eux ou ailleurs. Cette injonction, relevée par le préfet de police, après les journées des 5 et 6 juin 1832, souleva dans le corps médical les protestations les plus vives. La plupart des auteurs considèrent l'édit de 1666 comme abrogé par l'article 378 du Code pénal. Si cette opinion peut, au point de vue strictement juridique, soulever quelques doutes, on doit néanmoins considérer la question comme dénuée d'intérêt pratique, l'administration ayant renoncé, depuis longtemps, à invoquer les pouvoirs que l'édit semblait lui conférer.

C. — L'article 30 du Code d'instruction criminelle prescrit à toute personne qui aura été témoin d'un attentat, soit contre la sûreté de l'État, soit contre la vie ou la propriété d'un individu, d'en donner avis au procureur impérial. Mais la loi n'a sanctionné par aucune pénalité l'observation de ce devoir, et il résulte de la discussion de l'article au Conseil d'État que cette lacune est volontaire. Dans cette matière où l'intérêt social se trouve en conflit avec la délicatesse du citoyen, le législateur s'en rapporte aux inspirations de la conscience individuelle.

D. — L'article 80 du Code d'instruction criminelle prononce une amende de 100 francs au maximum contre toute personne qui, citée en témoignage, s'abstiendra de *comparaître* et de *satisfaire à la citation*.

Le médecin ne peut, dans aucun cas, se dispenser de comparaître. L'accomplissement de ce devoir ne saurait être trop vivement recommandé, la comparution en justice donnant à l'homme de l'art le moyen de faire valoir utilement la dispense de déposer dont il entend se prévaloir.

Un témoin ne satisfait à la citation qu'en déclarant, aux termes de son serment, *toute la vérité, rien que la vérité*. Cette obligation implique-t-elle la nécessité de révéler le secret médical? Non. L'institution de la discrétion professionnelle intéresse l'ordre public, et la punition de quelques criminels ne pourrait compenser la rupture ou le relâchement des liens qui rattachent le client à l'avocat, le malade au médecin, le pénitent au confesseur.

Le cour de cassation, appliquant à cette matière les traditions de notre ancienne jurisprudence, auxquelles ne déroge pas le droit moderne, a posé les principes suivants :

1° L'obligation résultant de l'article 80 du Code d'instruction criminelle est générale et absolue. Elle s'applique à *toute personne*. Le médecin, quoique tenu au secret, y est soumis; il ne lui suffit donc pas, pour le dispenser du devoir du témoignage, de déclarer que les faits sur lesquels il est interrogé ne lui sont connus qu'à raison de l'exercice de sa profession. La demande d'exemption, présentée sous cette forme, laisse le médecin exposé aux pénalités de la loi;

2° Le médecin n'est pas tenu de déposer des faits pour lesquels le secret lui a été demandé ou qui, de leur nature, sont confidentiels. La divulgation du secret, dans de semblables conditions, troublerait l'ordre public et pourrait compromettre l'honneur et la dignité des familles. Le médecin, pour être dispensé du témoignage, doit donc affirmer sous serment, soit le caractère confidentiel des faits sur lesquels il est interrogé, soit l'existence d'une demande spéciale de secret.

Ces principes ont été développés par la cour de cassation, dans son arrêt du 26 juillet 1845 (Dr Saint-Pair). Le corps médical trouvera, dans cette décision, une théorie aussi complète que précise de ses obligations au point de vue du témoignage. (Voir également *Chambre criminelle*, 10 juin 1863. Lamarre.)

L'appréciation des circonstances qui impriment aux faits le caractère confidentiel, soit à raison de la volonté du malade, soit à raison de leur nature spéciale, est abandonnée à la conscience du médecin. Tout contrôle judiciaire à cet égard porterait une atteinte irrévocable à l'inviolabilité du secret. Aussi la cour de cassation n'exige-t-elle qu'une affirmation sous serment, qui doit se produire, soit au moment de la comparution, soit à l'instant où le développement des questions posées conduit le médecin sur le terrain des faits confidentiels.

E. — L'article 56 du Code civil oblige le médecin et la sage-femme qui ont assisté à un accouchement, de déclarer la naissance de l'enfant à l'officier de l'état civil. L'article 346 du Code pénal punit l'inobservation de ce devoir d'un emprisonnement et d'une amende. Ces pénalités s'appliquent-elles au défaut d'indication du nom de la mère, indication prescrite par l'article 57 du Code civil? Cette question, longtemps controversée, est résolue par la cour de cassation dans le sens favorable au respect du secret médical. (*Chambre criminelle*, 16 septembre 1843. Mallet. — 1er juin 1844. Romieux. — 1er août 1845. femme Prévost.) La cour suprême reconnaît que le médecin-accoucheur échappe à la responsabilité pénale en déclarant *le fait de la naissance*, et qu'il n'est pas tenu de révéler le nom de la mère, lorsque ce nom ne lui est connu que sous le sceau du secret ou dans des circonstances confidentielles. Cette jurisprudence se fonde sur le texte de l'article 346 du Code pénal qui ne punit que l'omission de la déclaration prescrite par l'article 56 du Code civil. Or ce dernier article est exclusivement relatif au fait de la naissance.

F. — L'article 475, nº 2, du Code pénal impose sous peine d'amende, aux *loueurs de maisons garnies*, l'obligation d'inscrire sur un registre les noms des personnes qui viennent loger chez eux. La cour de cassation décide que les médecins et les sages-femmes, qui tiennent des maisons de santé ou d'accouchement, ne sauraient être, sans une extension abusive de l'article 475, considérés comme loueurs de maisons garnies ou aubergistes, et que l'article 378 du Code pénal s'oppose à une assimilation contraire au secret médical (*Chambre criminelle*, 12 septembre 1846. Femme Songet, demoiselle Dorcy).

G. — La Loi du 16-24 août 1791 (titre 2, art. 3) confère au pouvoir municipal le droit de maintenir le bon ordre dans les lieux publics. L'article 471, nº 15, du Code pénal édicte une amende contre ceux qui auront contrevenu aux arrêtés légalement pris dans ce but. La cour de cassation a constamment déclaré illégaux les arrêtés du pouvoir municipal qui, qualifiant les maisons de santé et d'accouchement de *lieux publics*, tentaient ainsi de les soumettre à une surveillance incompatible avec le secret médical (*Chambre criminelle*, 30 août 1833. Couteaux. — 22 août 1845. Femme Lhôte. — 1er juin 1846. Femme Loisif. — 23 janvier 1864. Femme Hardy).

H. — L'autorisation donnée par celui qui a rendu le médecin dépositaire d'un secret n'oblige pas l'homme de l'art à le révéler, alors même que cette autorisation se manifesterait sous la forme d'une citation comme témoin, à la requête de la personne que ce secret concerne exclusivement. L'institution du secret professionnel ne procède pas seulement de l'intérêt privé; elle se rattache à l'ordre public, et il importe que des divulgations trop fréquentes ou trop facilement obtenues n'altèrent pas les garanties que le corps médical doit présenter sous ce rapport. Le médecin reste donc libre de garder le silence; mais la déclaration qu'il croirait devoir faire dans de semblables conditions n'engagerait pas sa responsabilité pénale ou pécuniaire. (*Montpellier*, 24 septembre 1827. Teyssier. — *Grenoble*, 23 août 1828. Dr Fournier, C. de Rémusat.)

Conclusion. — La révélation obligatoire n'existe pas dans notre législation.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Sée (1).

LEÇON D'OUVERTURE DU COURS DE CLINIQUE MÉDICALE.

Nous avons démontré le rôle de la physiologie dans l'appréciation des phénomènes; il nous sera facile de prouver que l'intervention de la physiologie dans les études d'anatomie morbide n'est pas moins nécessaire, et que c'est pour avoir négligé le mécanisme, le développement des lésions et des types morbides que l'anatomie pathologique est restée pour ainsi dire à l'état de lettre morte.

Les premiers et les plus célèbres anatomo-pathologistes, Bayle et Laënnec, n'ont pas entrevu l'utilité de leurs découvertes; c'est un moyen nouveau, disent ces grands observateurs, pour distinguer les tissus morbides les uns des autres, pour classer les lésions. Depuis que les notions anatomiques se sont vulgarisées, on les a utilisées aussi pour déterminer la forme, le volume, le siége des productions morbides, par conséquent pour éclairer ainsi le diagnostic, fixer le siége de la maladie elle-même et, par exception, la nature du mal. Mais la science anatomique semblait devoir s'arrêter à ces modestes prétentions; nos maîtres ont dit formellement qu'elle est sans utilité pour le traitement. Or, si l'anatomie des tissus ne doit pas servir à la pratique, si ce n'est plus qu'un objet de curiosité pour le nosologiste et parfois un moyen de diagnostic, il est clair qu'elle ne mérite pas les honneurs de l'étude approfondie qu'elle a suscitée, sans relâche, depuis trente ans.

L'École histologique moderne, tout en imprimant à la science une impulsion nouvelle, n'a pas encore utilisé ces ressources au point de vue curatif. Le microscope a commencé par compléter l'œuvre mémorable de Bichat, en démontrant l'analogie de certains tissus; le génie de Bichat en avait deviné la conformité texturale: il avait prévu et décrit les systèmes élémentaires qui entrent dans la composition des organes; l'histologie simplifia et affirma l'anatomie générale: les systèmes primitifs furent étudiés, distingués nettement et reconnus dans l'état morbide comme dans l'état normal. Ce fut un progrès considérable. Mais lorsque les micrographes, passant aux applications cliniques, cherchèrent à tracer les caractères distinctifs des éléments morbides; lorsque l'on voulut, à tout prix, trouver dans la cellule des moyens de diagnostic destinés à détrôner l'observation clinique, à diminuer l'importance des caractères macroscopiques, la science histologique fit un pas rétrograde et la raison de cette méprise se révéla bientôt.

On avait méconnu l'identité des produits morbides avec les types physiologiques: aujourd'hui, c'est un fait heureusement acquis à la science. Nous voyons les formes élémentaires normales subir des changements de lieu et de temps, subir des hétérotopies et des hétérochromies; mais ce ne sont, en définitive, que des types normaux déviés. Or, s'il en est ainsi, les produits morbides ne sont donc pas des hôtes étrangers, des êtres nuisibles qui envahissent l'économie et la détruisent; cette fois encore, nous constatons dans la formation des produits morbides, les mêmes lois qui président au développement des symptômes, c'est-à-dire les lois de la physiologie.

La maladie est donc constituée de toutes pièces, et dans ses éléments anatomiques et dans ses troubles fonctionnels, par de simples déviations du type normal; nous sommes donc une fois de plus convaincus que l'homme malade n'a ni organes nouveaux ni fonctions nouvelles: la lésion comme le fonctionnement n'ont rien d'anormal, si ce n'est les conditions créées par la cause de la maladie. La physiologie domine donc tout le tableau; les conditions causales ne pouvant pas habituellement ou ne pouvant plus être atteintes, il nous reste la ressource précieuse des moyens et des actions physiologiques à opposer aux troubles physiologiques de la maladie; il nous reste cette pensée consolante que la lésion n'est pas toujours plus effrayante ni plus fatale que les symptômes, et ne doit pas nous arrêter dans le traitement au point de nous désespérer, de nous désarmer.

Nous avons une autre raison pour nous encourager dans cette lutte contre la maladie; si, en effet, la lésion histologique cesse d'être un parasite inexpugnable, si cette lésion n'est plus déclassée dans l'ordre de biologie, nous pourrons le plus souvent suivre ses phases par la voie expérimentale et en saisir le mécanisme; pour la plupart des états morbides, l'expérimentation nous met à même de les reproduire et de prendre pour ainsi dire la nature sur le fait. Dès lors, on détermine le mécanisme des maladies; l'anatomie pathologique peut donc être vivifiée; il faut faire l'anatomie vivante, au lieu de la considérer comme un *caput mortuum*.

C'est surtout en thérapeutique que la clinique a montré son insuffisance depuis le commencement du siècle, et cela malgré la rigueur de ses procédés d'observation; sous prétexte de rejeter toute hypothèse et même toute doctrine, la médecine clinique a erré au hasard, se laissant envahir tantôt par l'empirisme et tantôt par la puissance des nombres. Au milieu de ce désarroi, les empiristes et les statisticiens qui s'affirmaient le plus hautement n'ont pas cependant manqué de subir, et cela malgré eux et à leur insu, le joug d'une théorie quelconque; les praticiens les plus dédaigneux de toute préoccupation spéculative ont toujours agi et agissent encore en vertu d'une idée, d'un raisonnement plus ou moins fondé soit sur la nature du mal, soit surtout sur l'action des médicaments. Ne voyons-nous pas tous les jours le médecin le plus *pratiquant*, lorsqu'il prescrit une saignée, un vésicatoire, un médicament quelconque, se créer à son usage une conception particulière de son traitement et de sa manière d'agir dans une maladie dont il croit le mécanisme connu.

Nous avons déjà passé, pour en arriver là, par bien des dogmatismes qui tantôt, sous le nom de mécanisme ou d'organicisme, prétendaient puiser ces sources thérapeutiques dans les altérations des solides, tantôt sous le nom d'humorisme trouvaient ces indications dans les altérations ordinairement supposées des liquides.

Déjà le solidisme s'est affirmé à l'époque romaine; Asclépiade, le chef des méthodistes, ne reconnaissait dans les maladies que le strictum et le laxum, c'est-à-dire le resserrement ou le relâchement des fibres. Il est clair qu'une pareille dichotomie rendait inutile la connaissance des maladies: il suffisait de faire rentrer les états morbides dans l'une ou dans l'autre classe de la dichotomie.

Depuis ce temps, la théorie n'a changé que d'une manière nominale et s'est appelée stimulisme et contra-stimulisme; les fauteurs de ces doctrines, Hoffmann, Cullen, Brown, Broussais, considéraient les maladies comme étant le résultat d'une surexcitation ou d'une excitabilité plus ou moins exagérée, plus ou moins abaissée. La division devint plus nette dans l'école de Rasori, c'est-à-dire du stimulus et du contra-stimulus, mais nous sommes toujours ramenés à l'excès de force ou de faiblesse, c'est-à-dire au strictum ou au laxum des méthodistes.

A une autre époque le solidisme subit encore une transfiguration; cette fois il devint l'astro-mécanisme de Borelli et de Boerhaave, fondé sur les erreurs dans la circulation du sang ou de ses globules: n'est-ce pas là la doctrine de Bichat sur les vaisseaux séreux qui s'injectent accidentellement par l'inflammation? n'est-ce pas là aussi l'histoire récente des leucocytes et des globules à mouvements amiboïdes qui traversent les parois des vaisseaux pour constituer le substratum de l'inflammation (doctrine de Cohnheim sur le processus inflammatoire)? Enfin, le solidisme a enfanté l'anatomie pathologique telle que nous la connaissons et toute l'école organicienne moderne. Qu'a-t-elle produit en thérapeutique? nous allons en juger bientôt.

Voyons maintenant les doctrines humorales; celles-là, sous le nom de galénisme, ont dominé la médecine pendant seize siècles; nous en retrouvons des vestiges dans le siècle dernier et même à l'époque contemporaine: il existe encore un bon nombre de médecins qui veulent bien ne plus reconnaître les quatre humeurs de Galien, mais qui, faisant un triage, attribuent à la bile, ou, comme on dit aujourd'hui, à l'élément bilieux, une prédominance sur tous les phénomènes de la maladie et ne manquent pas, dans certaine circonstances climatériques, de commencer invariablement le traitement par les vomitifs destinés à expulser la bile.

Voilà les néo-Galénistes. A côté d'eux, nous trouvons les chimiâtres, dont Sylvius est le prototype; il y a encore des *Deleboë* modernes qui s'imaginent que les réactions chimiques se font dans l'économie comme dans les cornues et qui administrent des remèdes dits chimiques, acides et absorbants, des médicaments dits neutralisants, des substances anti-scrofuleuses, antiarthritiques, des régénérateurs du sang et des antiplastiques, sans se douter des transformations que le médicament éprouve dans l'organisme et lui fait éprouver.

Telles sont les deux grandes écoles qui, sous le nom d'humorisme et de solidisme, ont défrayé l'imagination des médecins de tous les pays et de tous les temps; et notez bien que ce n'est pas platoniquement que ces doctrines furent appliquées au lit des malades: c'est avec hardiesse et avec passion.

Mais bientôt les déceptions, et les défections s'ensuivirent dans l'un et dans l'autre parti; alors les plus sages se réfugièrent dans le camp en apparence si calme des vitalistes. Sous le nom de pneumatisme, le vitalisme prit naissance avec Archigène et Arétée de Cappadoce: seulement, le pneuma, que l'on considérait comme la force, comme l'éther de la vie, se trouvant parfois irrité, ainsi dans l'iléus, dans les angines, il en résultait un traitement profondément débilitant, destiné à calmer les excitations de cet esprit courroucé. Ce n'était plus de la sagesse, ce n'était plus la modeste expectation que réclamait la doctrine; il fallut en arriver à l'animisme pur de Stahl pour voir l'expectation prendre la place de toute la thérapeutique. Barthès, avec sa doctrine vitaliste matérialisée, eut beau chercher à poser des indications, elles étaient toutes théoriques et empruntées à des forces que je n'appellerai pas radicales comme lui, mais radicalement hypothétiques. Le dualisme de Montpellier est encore en vigueur aujourd'hui et combattu par les vitalistes de Paris avec un ensemble qui, malheureusement, ne se retrouve pas dans leurs doctrines.

Maintenant que nous connaissons les résultats des divers dogmatismes: mécanique, humoral et vitaliste, maintenant que nous pouvons juger de l'inanité et de la divergence de leurs efforts, nous voici réduits à faire abstraction de notre raison devant des opinions d'un autre genre qui sont la négation de toute doctrine, et qui, sous le nom d'empirisme pur ou raisonné, sous le nom de spécifisme et de statistique, nous envahissent depuis un demi-siècle et semblent devoir être le dernier mot de la médecine.

A chaque maladie spécifique, on a cru trouver un remède spécifique; à chaque maladie non spécifique, on opposait quoi? ou l'expectation, ou un remède que j'appellerai théorique, ou bien enfin le résultat brut de la statistique.

Or, les spécifiques ont perdu leur antique réputation et cela à juste titre. Le mercure guérit-il le poison, le virus de la syphilis? Évidemment non: il n'agit que pour détruire certaines néoplasies, et plus les néoplasies syphilitiques que les néoplasies inflammatoires.

Le sulfate de quinine, autre spécifique s'appliquant à la maladie palustre, croyez-vous qu'il va neutraliser le miasme paludéen et guérir toute l'intoxication? Non, il n'agira seulement que sur ce syndrôme qu'on appelle la fièvre intermittente, et il ne pourra rien contre les dégénérescences de la rate ni même contre les lésions consécutives du sang dues au pigment et qu'on appelle la mélanémie. Il n'y a point de spécifique dans le sens absolu du mot, en tant que médicaments destinés à neutraliser un poison morbide. Les médicaments n'ont d'action que sur les organes ou sur les tissus et si la maladie, spécifique ou non, a porté ses ravages sur cet organe ou ce tissu, le médicament pourra produire *loco dolenti* une altération texturale ou fonctionnelle, qui sera l'opposé du mécanisme morbide.

Je disais tout à l'heure que, pour les maladies non spécifiques, c'est la théorie ou la statistique qui inspiraient les médecins. En présence d'une inflammation, on ne jugeait le mal que par la congestion produite sans se douter qu'elle était accessoire. On ne tenait pas compte des transsudations, soit du sérum soit de leucocytes, des modifications de l'état moléculaire du contenu cellulaire lui-même, des fragmentations de ces cellules, en un mot de toute la série de phénomènes qui constitue la néoplasie progressive. Et cependant, on ne manquait pas d'agir hardiment par la saignée, par les émissions sanguines locales et par le mercure. La saignée était faite pour diminuer la congestion. Elle avait, dit-on, encore un autre pouvoir que le mercure possédait à un plus haut degré, c'est de diminuer la plasticité du sang, que l'on considérait comme le point de départ de l'inflammation. Or, il se trouve que la saignée augmente la fibrine et la couenne, c'est-à-dire la plasticité du sang; il se trouve que le mercure ne la diminue en rien, si par hasard elle existe, ce qui n'est pas constant; et enfin, il est notoire que l'inflammation ne se borne pas à une progression néoplasique, mais qu'elle est caractérisée par un second acte, qui est la régression.

Je viens de citer un exemple de la hardiesse de tous les doctrinaires lorsqu'il s'agit de la maladie la plus commune et qui semblait la mieux déterminée, c'est-à-dire l'inflammation; mais comme l'expérience vint démentir toutes ces vues de l'esprit et toute cette thérapeutique téméraire, il ne resta plus au médecin que la triste ressource de recourir à la statistique.

Voici comment procède cette statistique: on choisit 60 malades atteints de fièvre typhoïde et on les divise en trois catégories. Les 20 premiers sont traités par les purgatifs, 20 autres sont soumis à la saignée, et les 20 derniers sont soumis à la digitale. Il se trouve que dans la première série on obtient 19 guérisons sur 20; dans la deuxième 8 sur 20, et dans la troisième, 4 malades seulement guérissent. En présence de pareils résultats, le médecin proclame hardiment la supériorité de la méthode des purgatifs sur toutes les autres et en conclut que désormais on devra traiter indistinctement, par les purgatifs, *tous les malades* atteints de fièvre typhoïde. Et maintenant, voici venir un autre médecin qui, ayant institué une expérimentation tout à fait semblable, obtient un résultat diamétralement inverse: la digitale, entre ses mains, donne 18 guérisons sur 20. Que fera le praticien en présence de ces deux statistiques, et comment se tirer d'un si grand embarras?

Nous revenons forcément alors à l'idée fondamentale qui doit dominer toute la thérapeutique: ce n'est pas la maladie, considérée d'une manière concrète ou abstraite, peu importe, qui doit nous servir de guide; ce n'est pas non plus la médecine des symptômes qui n'est digne que de l'homœopathie; ce n'est pas enfin la recherche de la pierre philosophale qu'on appelle le spécifique. La clinique, que je veux appeler physiologique, trouve ses indications dans le mécanisme physiologique et des lésions et des symptômes.

Si nous parvenons à le connaître, ainsi qu'on peut l'affirmer aujourd'hui, par un grand nombre de processus morbides; si nous arrivons à déterminer quelle est la lésion primordiale, quel est le groupe symptomatique ou syndrôme qui tient les autres symptômes sous sa dépendance, nous aurons fait un pas immense vers la curation du malade. Supposez, en effet, que vous ayiez à faire à un rhumatisme articulaire aigu; voulez-vous me dire quel est le remède de ce rhumatisme ou de cette fameuse arthritis dont on a tant abusé dans ces derniers temps? On me dira: Ce sont les alcalins; et moi je répondrai que je ne connais pas de remède ni spécifique, ni même spécial du rhumatisme articulaire, ni même de la goutte; mais ce que je sais, c'est que, quand le rhumatisant a la fièvre rhumatismale, je diminue le principal phénomène, c'est-à-dire la fièvre, avec un médicament cardiaque qui s'appelle la vératrine; quand il a des arthrites multiples et douloureuses, je hâte la guérison par le sulfate de quinine, qui est aussi un médicament cardiaque, mais qui, de plus, diminue l'excitabilité réflexe de la moelle; quant aux alcalins qui sont censés guérir le vice rhumatique, je ne connais ni ne comprends leurs effets, par la raison bien simple que personne ne sait ce qu'est le vice rhumatismal. S'agit-il d'un goutteux: chaque fois qu'il faudra favoriser l'éli-

(1) Voir le numéro du 10 décembre.

mination de l'acide urique dont l'accumulation dans le sang est une des causes de l'accès, j'aurai recours au colchique, qui favorise cette élimination ainsi que celle de l'urée.

Les médicaments n'ont pas de vertu immanente qui soit antagoniste des maladies; mais ils ont une action physiologique sur les organes ou les tissus élémentaires, et cette action se traduit soit par une augmentation ou une diminution de la nutrition des tissus, soit par un trouble fonctionnel du système nervo-musculaire, ou bien enfin par la modification qui s'opère dans les organes d'élimination chargés de livrer passage à ces médicaments. Or, ce qui a lieu à l'état normal se retrouve de tous points dans l'état pathologique, et, pour passer dans un organisme malade, le remède ne change pas ses propriétés physiologiques. Il n'y a donc pas de moyens spécifiques; mais il y a des modificateurs de la texture et des fonctions des organes élémentaires ou composés.

Ainsi, les lois qui président au développement des symptômes, les lois qui règlent le mécanisme des lésions morbides, sont de tous points applicables aux effets des médicaments. Si la maladie modifie le fonctionnement régulier ou la texture normale des organes, nous avons à opposer à ces déviations le mécanisme du remède dont nous pouvons par l'expérimentation suivre les effets à chaque instant de leur production. L'enchaînement physiologique est donc complet; la trilogie de la clinique repose donc tout entière sur la physiologie; c'est à cette démonstration que nous nous sommes appliqué jusqu'à ce jour; tous nos efforts tendent désormais à marquer dans la science la place de la clinique physiologique.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 18 novembre 1868. — Présidence de M. LEGOUEST (1).

DISCUSSION.

Hypertrophie générale de l'utérus.

M. GUÉNIOT. Dans l'observation de M. Tillaux, il y a deux faits importants à noter : 1° L'hypertrophie du tissu utérin; 2° les modifications alternatives survenant dans le volume de l'utérus.

Il faut d'abord remarquer que cette hypertrophie est très-considérable. L'utérus pesait 2,000 grammes, et dans la moyenne des cas d'hypertrophie, il ne dépasse pas 800 à 1,000 grammes.

Relativement à la cause productrice de l'hypertrophie, je dois faire observer qu'il existe une disproportion très-grande entre cette hypertrophie et le volume du corps fibreux, de sorte que je ne pense pas qu'on puisse rattacher l'hypertrophie à la présence du corps fibreux. Il me paraît légitime d'admettre là une cause que, il faut bien l'avouer, nous ne pouvons encore préciser.

M. Desprès pense que les efforts de contraction de la matrice à l'époque de la période menstruelle suffiraient pour expliquer ce développement anormal. Je ne pense pas qu'on puisse invoquer une pareille raison, car les règles coulaient et la tumeur fibreuse n'obstruait pas le canal cervical.

Le second point, celui qui est relatif aux modifications alternatives qui survenaient dans le volume de l'utérus, à l'époque de la menstruation, est très-intéressant, à propos de la question d'influence que peut avoir la présence du corps fibreux sur la grossesse.

MM. Guyon et Bailly ont fait connaître à la Société des cas analogues.

Les femmes qu'ils avaient observées présentaient une augmentation de l'utérus à chaque période menstruelle. La matrice renfermait un petit corps fibreux. Lorsque la période menstruelle était terminée, la matrice diminuait notablement de volume.

M. Guyon a interprété ces changements de volume de la manière suivante. Il a cru à l'augmentation du corps fibreux sous l'influence de la menstruation.

J'ai cru pouvoir répondre à M. Guyon que ces faits ne devaient pas être interprétés de cette façon. Je pense que l'on doit rapporter l'augmentation de volume au tissu utérin lui-même qui, peut-être déjà, avait acquis un certain degré de développement par suite de l'existence d'un corps fibreux.

Je crois que les faits de MM. Guyon et Bailly doivent être interprétés de cette façon, et le fait de M. Tillaux me paraît donner, à cette manière de voir, une confirmation pleine et entière. Il est évident que, dans ce dernier cas, le changement de volume était bien dû au tissu utérin.

Je ne pense donc pas qu'on soit autorisé à admettre d'après ces faits que les corps fibreux se ramollissent et augmentent de volume pendant les époques menstruelles.

M. DESORMEAUX. Le fait rapporté par M. Tillaux me rappelle un cas que j'ai observé, il y a longtemps, avec Chomel. Il s'agissait d'une dame chez laquelle on sentait une tumeur considérable, qui apparaissait au niveau du bas-ventre à l'époque menstruelle. Puis une hémorragie se déclarait, elle était abondante et souvent suivie de syncope. La tumeur disparaissait, et le mois suivant, on observait la même succession de phénomènes.

Cette dame a guéri après plusieurs années.

J'ai eu occasion d'observer plusieurs corps fibreux considérables, qui ont eu l'air de diminuer très-notablement; mais je crois, avec M. Guéniot, que c'est bien plutôt l'utérus hypertrophié qui a diminué de volume que le corps fibreux lui-même. L'accroissement temporaire est dû à la congestion et quelquefois à l'inflammation de la matrice.

Dans certains cas, l'on peut croire à la diminution d'une tumeur fibreuse, parce que celle-ci s'est enfoncée dans le petit bassin et est moins accessible aux moyens d'exploration.

M. TRÉLAT. Je crois que les observations de MM. Désormeaux et Desprès n'ont qu'un rapport éloigné avec le fait qui nous a été présenté.

M. Desprès, pour expliquer l'hypertrophie, a signalé une cause qui est bien réelle. Chaque fois, a-t-il dit, que l'ouverture d'un réservoir est rétréci, les parois de ce réservoir s'hypertrophient. Oui, ceci est vrai. Mais ce n'est pas applicable au cas de M. Tillaux.

Chez la malade de M. Tillaux, il n'y a jamais eu d'accidents de rétention, ni rétention véritable.

Je dis, d'autant plus volontiers, que cette explication n'est pas valable pour les cas de ce genre, que j'ai eu l'occasion d'observer trois cas remarquables d'hypertrophie de l'utérus, et dans aucun d'eux, on ne pouvait invoquer une pareille étiologie.

Dans un de ces cas, la malade avait été reçue dans le service de M. Nélaton, dont j'étais alors l'interne. Le diagnostic était très-difficile, et M. Nélaton avait prié plusieurs confrères, entre autres M. Paul Dubois, d'examiner la malade.

M. Dubois penchait vers l'existence d'une grossesse; mais M. Nélaton s'éloignait de cette idée.

La malade succomba après deux mois de séjour dans le service, et l'on put constater quelle était la veritable lésion.

Il n'y avait pas traces de corps fibreux; mais il existait une véritable hypertrophie qui portait presque exclusivement sur la paroi postérieure de la matrice.

J'ai observé deux autres cas qui me permettent de dire qu'il existe des hpyertrophies en dehors de la grossesse. J'ai enlevé avec M. Axenfeld une tumeur hypertrophique énorme du col utérin. J'en ai enlevé une autre moins considérable.

Dans le fait de M. Tillaux, il faut le remarquer, l'hypertrophie était générale, non limitée à un point, comme dans la plupart des cas.

Je me résume en disant que l'on ne peut accepter l'hypothèse physiologique proposée par M. Desprès, et qu'il faut bien reconnaître que dans ces cas il s'agit d'une hypertrophie datant généralement de loin et développée sous l'influence de causes qui nous échappent encore.

M. DESPRÈS. Si j'avais des pièces pathologiques, où je montrerais le sang retenu dans l'utérus, mon hypothèse serait une réalité. Cependant, en considérant bien l'état de la malade de M. Tillaux, l'état de la pièce, et surtout en les comparant avec ce qui se passe pour d'autres malades atteints de rétrécissement arrêtant l'écoulement des liquides normaux, on arrive à la conclusion que dans ce cas le sang ne s'écoulait pas normalement.

MM. Trélat et Guéniot disent qu'il n'y avait pas de rétention du sang, puisqu'il s'écoulait du sang et même des caillots. Mais ces caillots mêmes sont une preuve de la rétention du sang dans l'utérus. Quand j'examine, en effet, des malades au spéculum, pendant qu'elles ont une perte, je vois quelquefois sortir des caillots par le col. Il suffit d'ailleurs que l'on ait vu la matrice augmenter, puis diminuer, et que la diminution coïncidât avec une perte de sang, pour qu'on admette une rétention.

A un autre égard, la rétention complète du sang des règles dans les antécédents de la malade n'est pas nécessaire. La malade peut avoir eu ses règles pendant les premiers jours *par regorgement*, puis progressivement, la résistance étant vaincue, les règles coulaient. Alors l'hypertrophie de l'utérus s'explique comme l'hypertrophie de la vessie, qui existe chez des individus qui ont un rétrécissement de l'urèthre, sans avoir jamais eu de rétention complète d'urine.

M. GUYON. Je désire faire une petite rectification à ce que vient de dire M. Guéniot. La tumeur fibreuse, dont j'ai entretenu la Société, n'était plus fort petite, mais au contraire fort volumineuse.

Je trouve l'interprétation donnée par M. Guéniot, pour expliquer l'accroissement de volume, aux époques menstruelles, fort logique, cependant, je crois avoir bien constaté que c'était la tumeur fibreuse elle-même qui augmentait de volume et non la matrice.

Les cas d'hypertrophie cités par M. Tillaux, par M. Trélat, ne viennent pas à l'appui de la manière de voir de M. Guéniot, ils sont parfaitement indépendants de l'existence d'un corps fibreux.

M. Desprès vient de dire que dans les faits qu'il a observés, il existait bien réellement une rétention des menstrues, et il a attribué cette rétention à un rétrécissement qui existait à la jonction du col et du corps de l'utérus. Mais ce rétrécissement, il ne l'a pas démontré.

J'ai observé un grand nombre d'utérus, eh bien! je dis que cette atrésie est excessivement rare. Je n'ai rencontré les rétrécissements de l'isthme de l'utérus que trois fois sur le cadavre et, en même temps, il existait une déviation. C'était, dans tous les cas, une rétro-flexion avec latéro-flexion, c'est-à-dire une véritable torsion du col; mais je n'ai jamais vu d'antéflexion compliquée de rétrécissement. Cette déviation ne peut jamais aller assez loin pour empêcher la cavité du corps de communiquer librement avec celle du col, ou du moins pour produire un rétrécissement permanent.

M. DEMARQUAY. J'ai eu occasion d'observer dernièrement une hypertrophie considérable de l'utérus, compliquée de kyste dans l'épaisseur de la paroi utérine, sans que j'aie pu trouver l'épine, le corps fibreux qui aurait été le point de départ de cette hypertrophie.

Dans mon service, entra, il y a quelque temps une dame de 40 ans, vierge, qui me fut envoyée pour subir l'opération de l'ovariotomie. J'examinai la malade, je constatai l'existence d'une tumeur ovalaire, volumineuse, qui remplissait une grande partie de l'abdomen. Les règles avaient toujours été régulières, mais la santé était notablement modifiée.

Je fis une ponction et je retirai six litres de liquide.

D'autres confrères avaient vu la malade et tout le monde avait admis l'existence d'un kyste de l'ovaire.

Je pratiquai l'opération en faisant l'incision de l'abdomen sur la ligne médiane; une première ponction avec un gros trocart n'amena que du sang; une seconde ponction fit sortir une certaine quantité de liquide, mais la tumeur ne perdit pas notablement de son volume; je fus obligé d'agrandir l'incision de l'abdomen, et je constatai que j'avais affaire à un utérus considérablement hypertrophié. Je terminai néanmoins l'opération.

M. DEPAUL. Il y a un point qui a été soulevé dans cette discussion, c'est celui relatif à la réalité de l'hypertrophie de la matrice, en dehors de la grossesse. J'ai écouté avec plaisir les faits relatés par M. Trélat, parce qu'il y a quelques années encore, on professait que ces hypertrophies ne pouvaient exister. J'ai été élevé dans ces idées; mais, plus tard, il m'a bien fallu me rendre à l'évidence des faits.

Pour prouver que cette hypertrophie peut s'observer dans quelques circonstances assez particulières, je ne citerai qu'un seul exemple.

Il y a quelques années, je fus appelé à voir une jeune femme, âgée de 24 ans environ, qui était accouchée depuis six mois.

Elle souffrait dans le ventre, ne pouvait pas marcher et perdait en blanc.

La palpation à travers la paroi abdominale laissait constater l'existence d'une tumeur médiane, allongée, et je crus que j'avais sous les yeux un utérus distendu par un produit de conception. Le col était un peu plus gros que dans l'état normal, il était un peu plus béant.

Cette dame était nourrice, et cette circonstance a une très-grande importance. Depuis cette première observation, en effet, j'ai vu plusieurs fois des hypertrophies de la matrice pendant la nourriture; aussi il reste, pour moi, bien établi que l'allaitement ne contribue, en aucune façon, à hâter le retour de la matrice à son état normal.

Je demandai à cette dame si elle pensait être enceinte; elle me répondit que cela était impossible, et j'avais toutes raisons de croire à la véracité de ses paroles.

Cependant l'utérus était bien volumineux comme dans une grossesse de quatre mois et demi à cinq mois. Cette dame n'avait pas eu ses règles depuis le commencement de sa première grossesse.

L'idée me vint de juger la question à l'aide du cathétérisme utérin, dont je ne me sers jamais qu'avec une extrême réserve. Au bout de trois ou quatre jours, je revins voir cette dame et je trouvai les choses dans le même état. J'introduisis alors la sonde utérine et je la fis pénétrer facilement à plus de 10 centimètres.

Il s'agissait là d'une véritable hypertrophie comme celle qui accompagne la grossesse; il y avait épaississement des parois et élargissement de la cavité.

Je dis à cette malade qu'elle devait cesser d'allaiter son enfant; puis je la soumis au repos et j'employai quelques moyens résolutifs auxquels j'attachais une médiocre importance.

A partir de ce moment, je vis la matrice revenir sur elle-même, comme chez une femme nouvellement accouchée; mais le retrait se fit plus lentement.

Les règles se rétablirent, la malade est devenue enceinte depuis, je l'ai accouchée, et après ce nouvel accouchement, l'utérus a repris ses dimensions habituelles dans le temps normal.

Quant à ce qui est des hypertrophies partielles, elles sont très-nombreuses. Celles qui existent au niveau de la paroi postérieure de l'utérus sont surtout très-fréquentes.

NOMINATION D'UNE COMMISSION.

La Société procède à l'élection de cinq membres chargés d'examiner les thèses qui ont été adressées à la Société par le concours du *prix Duval*.

Cette commission sera composée de MM. Cruveilhier fils, Marc Sée, Guéniot, Duplay et Tarnier.

COMMUNICATION.

MM. LEGROS et ONIMUS communiquent un mémoire intitulé : *Moyen de combattre les accidents dus au chloroforme par les courants électriques continus.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Liégeois et Paulet.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. DEMARQUAY présente un malade auquel il a pratiqué la trachéotomie pour une tumeur syphilitique du cou.

M. TILLAUX. J'ai fait une opération analogue sur un jeune homme qui avait des accidents syphilitiques et chez lequel il survint un œdème des cordes vocales.

Ce malade a guéri, mais il a conservé très-longtemps la canule.

PÉSENTATION DE PIÈCE.

Spina-ventosa du péroné.

M. DESORMEAUX présente une pièce de *spina-ventosa* du péroné, au sujet de laquelle il communique l'observation suivante, recueillie par M. Bloch, interne dans son service (*Sera publié.*)

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

CORRESPONDANCE

—

A M. le docteur E. LE SOURD, *directeur de la* Gazette des Hôpitaux.

DU TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE

Par le bromure de potassium à haute dose.

Mon cher directeur,

Les très nombreux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* ont bien voulu prêter quelque attention au mémoire clinique sur l'épilepsie que j'ai publié dans votre journal les 24 et 26 novembre 1868.

Dans mon travail, ma constante préoccupation a été de rendre justice aux auteurs Anglais et Français et de citer honorablement leurs noms et leurs recherches. Pour moi, la science est un grand livre où les travailleurs doivent toujours avoir un compte ouvert : c'est attenter à leur vie morale que de ne les créditer systématiquement que de pages blanches. A chacun son œuvre.

Malgré la profusion scrupuleuse de mes citations, je devais nécessairement ignorer et omettre les faits inédits. Or, une occasion m'est offerte de rendre hommage à la pratique de notre éminent confrère M. Max. Vernois, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu et membre de l'Académie de médecine, et je viens vous demander l'hospitalité pour une note supplémentaire.

« Il y a déjà plus de quatre ou cinq ans, m'écrit M. Vernois, que j'emploie le bromure de potassium dans un certain nombre d'affections, contre les accidents purement *nerveux* ou même contre des accidents de cette nature liés à des lésions anatomiques appréciables. La dose, chez les adultes, a été presque constamment de 2, 3 et 4 grammes au début, et par jour. Je m'élevais ensuite à des doses supérieures. Mais c'est surtout dans les cas d'épilepsie que j'ai eu le plus à me louer de l'emploi de ce médicament, et il en est trois surtout où j'ai obtenu des résultats très-remarquables. Après un mois de traitement bromuré, des accès qui revenaient deux ou trois fois par semaine, violents et prolongés, sont devenus plus rares et se sont réduits ensuite à des malaises passagers. Dans l'un de ces cas, j'ai en

(1) Voir notre numéro de jeudi dernier.

quatorze mois de réelle interruption, mais depuis deux mois il y a eu quelques retours.

« Je n'oserais affirmer des guérisons absolues, mais il y a toujours des améliorations surprenantes.

« Quand on s'élève à 10 ou 12 grammes de bromure de potassium par jour, on a souvent des congestions de la muqueuse nasale et pharyngienne, des salivations abondantes, de la gingivite même et des éruptions d'acné sur la face. Mais il suffit, — sans renoncer à l'emploi du médicament, — d'abaisser la dose, d'user de quelques dérivatifs sur l'intestin et de quelques révulsifs sur les membres inférieurs, pour faire disparaître presque entièrement ces effets du remède. Je n'ai jamais observé aucun des accidents signalés sur les gros vaisseaux et l'action du cœur... »

Me rapportant à tous les faits consignés dans mon mémoire, je ne veux pas discuter ici les légers inconvénients qui résulteraient de l'usage du bromure de potassium à une dose que je n'ai jamais prescrite, puisque, d'après moi, la dose maximum oscille entre 7 grammes et 9 grammes 50 centigrammes; mais je ne peux que regretter sincèrement l'excès de délicatesse professionnelle de M. Vernois, qui, disposant d'observations dont les sujets appartenaient à la classe la plus élevée de la population parisienne, a craint d'éveiller de chatouilleuse susceptibilités et a gardé le plus discret silence.

La lettre de M. Vernois, mon cher directeur, a été pour moi un précieux témoignage. La question du traitement des épileptiques m'occupe depuis si longtemps, que je suis très-heureux de m'être rencontré sur le terrain de l'expérimentation clinique avec un observateur aussi distingué que M. Vernois, et d'être arrivé, — sans le savoir, à des résultats analogues à ceux qu'a obtenus le savant académicien.

Veuillez agréer, mon cher directeur, l'assurance de ma plus cordiale estime.

LEGRAND DU SAULLE,
Médecin de Bicêtre.

14 décembre 1868.

ADMINISTRATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Par suite des mouvements dans le personnel médical des hôpitaux de Paris, approuvés par l'administration :

MM. les docteurs Hérard et Frémy passent à l'Hôtel-Dieu;

M. le docteur Gallard, médecin, passe à l'hôpital de la Pitié;

MM. les docteurs Besnier, Desnos et Guyot, médecins, passent à l'hôpital Saint-Antoine;

M. le docteur Laboulbène, médecin, passe à l'hôpital Necker;

MM. les docteurs Matice et Axenfeld, médecins, passent à l'hôpital Beaujon;

MM. les docteurs Woillez et Millard, médecins, passent à l'hôpital Lariboisière;

M. le docteur Mauriac, médecin, passe à l'hôpital du Midi;

M. le docteur Simon, médecin, passe à l'hôpital des Enfants-Malades;

M. le docteur Siredey, médecin, passe à la Direction des nourrices;

M. le docteur Bernard, médecin, passe à l'hospice des Ménages;

M. le docteur Trélat, chirurgien passe à l'hôpital de la Pitié;

M. le docteur Panas, chirurgien, passe à l'hôpital Saint-Louis;

M. le docteur Labbé, chirurgien, passe à l'hôpital Saint-Antoine;

MM. les docteurs Raynaud, Gombault, Féréol et Cadet de Gassicourt, médecins du Bureau central, sont nommés médecins des hôpitaux et passent, savoir:

M. Raynaud, à l'Institution Sainte-Périne;

M. Gombault, à l'hospice de La Rochefoucauld;

M. Féréol, à l'hospice des Incurables-Hommes;

Et M. Cadet de Cassicourt, à l'hospice des Incurables-Femmes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— On vient d'élever un monument à William Hunter, à Saint-James's Piccadilly.

L'inscription est ainsi conçue : « Consacré à la mémoire de William Hunter, M. D., F. R. S., célèbre médecin et physiologiste, né à Kilbride, en Lanarkshire, le 23 mai 1718. »

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 18 décembre.

Ordre du jour. — Élection d'un secrétaire général en remplacement de M. le docteur Blachez, démissionnaire. — Discussion sur la paralysie glosso-labie-laryngée.

— La Société de pharmacie suisse met au concours l'étude des acides chloro-acétiques et principalement de l'acide dichloro-acétique et son obtention pratique.

Un premier prix de 150 francs sera décerné au meilleur travail; un second prix de 80 francs sera décerné, s'il y a lieu.

Les mémoires et produits, avec un pli cacheté, doivent être adressés avant le 1er août 1869, à M. le docteur Fluckiger, à Berne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude clinique sur la tumeur à échinocoques multiloculaire du foie et des poumons, par le docteur DUCELLIER, médecin en chef de l'hôpital de Genève. In-8, avec 2 planches chromolithographiques et un tableau. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Des anévrymes du cerveau, considérés principalement dans leurs rapports avec l'hémorrhagie cérébrale, par le docteur DURAND. In-8 de 129 pages, avec tracés thermométriques. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 147. — JEUDI 17 DECEMBRE 1868. 41e ANNÉE. JEUDI 17 DÉCEMBRE 1868. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 16 décembre 1868.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Les séances annuelles de l'Académie de médecine se suivent et se ressemblent : même programme, même appareil, même mise en scène. Nous ne pourrions donc, sous peine de nous répéter, chercher à en esquisser la physionomie. Le programme est d'ailleurs parfaitement suffisant. Quand on a entendu un rapport général et un éloge académique, et que l'un et l'autre ont répondu à l'attente légitime de l'assemblée, on serait bien exigeant d'en demander davantage. L'auditoire nombreux et choisi qui se pressait hier sur les étroites banquettes de l'Académie et jusque dans les corridors, s'en est montré satisfait.

Le rapport général dont M. Dubois (d'Amiens) a introduit l'usage et maintient la bonne habitude, est un résumé substantiel des rapports officiels de fin d'année et des jugements portés par les commissions de prix sur le mérite des travaux admis au concours. Ce n'est pas une petite tâche que de présenter ainsi en un tableau raccourci tout ce qui ressort d'essentiel des volumineux rapports des commissions. Nos lecteurs ont pu juger eux-mêmes de quelle manière M. Dubois (d'Amiens) l'a accomplie jusqu'ici. Son nouveau rapport ne leur paraîtra pas inférieur à celui des années précédentes. Il commence par constater un fait dont il y aurait à se louer hautement s'il est aussi sûrement établi que paraît le penser M. le Secrétaire perpétuel, c'est l'amélioration de l'état sanitaire en France, la diminution des épidémies dans leur fréquence et dans leur intensité à la fois, le décroissement, notamment, de la variole, dû à la propagation de plus en plus active de la vaccine.

Le rapport nous signale ensuite le progrès des établissements d'eaux minérales devenus véritablement une des richesses de la France, après avoir été si longtemps méconnus et négligés. Il montre l'intervention utile de l'Académie à leur égard, non-seulement par le contrôle qu'elle exerce, par les encouragements et les récompenses qu'elle décerne, mais encore par les questions qu'elle propose elle-même aux concurrents, et qui lui ont valu, pour cette année-ci, un bon mémoire de M. Charmasson de Puy-Laval, qu'elle a couronné.

Le prix de l'Académie, sur les épanchements sanguins dans l'épaisseur des tissus, n'a pas été décerné, mais une récompense a été donnée à l'auteur de l'unique mémoire envoyé au concours, M. le docteur Fajole (de Saint-Geniez).

Le prix Godard a été partagé entre les auteurs d'un mémoire remarquable sur le ramollissement cérébral, que nous avons déjà signalé à l'attention de nos lecteurs (voy. *Gaz. des hôpit.*, n° du 4 août 1866), MM. Prévost et Cottard, et M. Larcher, auteur d'un travail, également estimé, sur la pathologie de la protubérance annulaire.

Pour le prix Barbier, nous trouvons encore cette année, parmi les lauréats, le nom de notre collaborateur, M. le docteur Legros (d'Aubusson), que l'Académie ne se lasse pas plus de couronner qu'il ne se lasse lui-même de lui envoyer de bons et utiles travaux. M. Jules Besnier, ancien interne des hôpitaux, a partagé avec lui cette honorable distinction.

Le prix Civrieux, qui a fourni à M. Pidoux le texte du savant rapport que nous avons mentionné tout récemment, s'est changé en une récompense pour M. le docteur Lacassagne, auteur d'un mémoire sur l'anesthésie, qui a prêté à des études psychologiques intéressantes. M. Dubois (d'Amiens), comme l'a déjà fait M. Pidoux dans son rapport, a saisi cette occasion pour faire entendre, du haut de la tribune académique, une profession de spiritualisme, d'un spiritualisme, a-t-il dit, « qui ne relève ni de l'autorité, ni de la tradition, mais de la science, c'est-à-dire de la contemplation de ce qui se passe en nous et hors de nous ».

Après le rapport général dont la lecture avait été confiée à M. Delpech, qui a prêté pour cette circonstance, à M. Dubois, la jeunesse de sa voix et de sa diction, M. J. Béclard a pris place à la tribune pour la lecture de l'éloge de M. Velpeau.

Nous nous étions demandé avec une sorte d'inquiétude, avant la séance, si le moment n'était pas un peu prématurément choisi pour cet éloge, au cas où M. Béclard eût eu l'intention d'apprécier dans toute leur vérité historique les titres de M. Velpeau à la haute situation qu'il avait acquise, et la part réelle qui lui revient soit par ses propres travaux, soit par son influence comme professeur et académicien, comme juge et critique, dans le mouvement et dans le progrès scientifique de notre époque. Ces sortes de jugements exigent certaines conditions de temps et de distance qui ne nous semblaient pas suffisamment réalisées. Que si M. Béclard entendait faire purement le panégyrique de son héros, louer en lui ce qu'il y avait à louer sans réserve, cette ardeur, cette passion pour le travail née avec lui et qui ne s'est éteinte qu'avec lui, cette noble lutte soutenue si victorieusement contre la pauvreté et l'ignorance, et qui de si bas l'a élevé si haut, cette longue carrière scientifique et professorale parcourue avec tant d'éclat, mais surtout avec tant de zèle et un si fructueux résultat pour de nombreuses générations d'élèves, qui conserveront longtemps dans leur mémoire le souvenir de l'un des types les plus accomplis du professeur; si, en un mot, il se proposait, avant tout, d'honorer en son modèle le parvenu illustre en qui se personnifiait à nos yeux la noblesse du travail, et que le corps médical de Paris aimait à entourer de ses respects ; nous étions rassuré alors d'avance, certain qu'il répondrait au sentiment unanime de l'assemblée. C'est, en effet, ce qu'il a parfaitement réussi à faire, autant qu'il nous a été possible d'en juger à l'audition (la copie nous ayant été remise beaucoup trop tard pour avoir pu en prendre connaissance avant d'écrire ces lignes). Souvent interrompu par des marques d'approbation, le discours de M. Béclard a été couvert à la fin par une triple salve d'applaudissements. Nous allons faire maintenant comme nos lecteurs, nous livrer au plaisir de le lire.

Dr Brochin.

ÉLOGE DE M. VELPEAU

Messieurs,

L'Académie a fait, en peu d'années, des pertes considérables. MM. Malgaigne, Jobert, Rayer, Trousseau, des maîtres pour beaucoup d'entre nous, se sont éteints à peu de distance les uns des autres, laissant la science médicale et l'enseignement privés de leurs grands noms. Plus récemment encore, le chef reconnu de la chirurgie contemporaine succombait dans tout l'éclat de sa renommée. Peu de jours avant le moment fatal, il siégeait encore au milieu de nous. C'est en pleine vigueur de corps et d'esprit, après une courte maladie, que la mort est venue le surprendre. Arrivé presque au terme d'une carrière déjà longue, M. Velpeau était depuis longtemps célèbre. Par un privilége assez rare, l'ardeur de ses premières années ne s'était pas ralentie, et jusqu'à sa dernière heure on put le voir conduire du même pas les générations nouvelles dont il était resté le guide.

Né dans la plus humble des conditions, il parvint à force de volonté et d'énergie à s'affranchir des entraves où semblait devoir le retenir l'obscurité de son origine. Mais que d'obstacles à surmonter! que d'épreuves à traverser! que de veilles! que de privations! quel prodigieux labeur pour s'élever au premier rang! Beau spectacle, exemple salutaire, qui montrent une fois de plus qu'entre la bonne et la mauvaise fortune, la dernière n'est pas toujours le plus grand ennemi, et que dans notre France régénérée, il n'est pas de plus belle noblesse que celle du travail et de la vertu.

Alfred-Armand-Louis-Marie Velpeau naquit le 18 mai 1795 à Brèche, petit hameau composé, à cette époque, d'une douzaine de maisons, perdu au milieu des landes et des bois, entre Tours et le Mans. Son père était un simple ouvrier maréchal, chargé de famille et sans instruction. Le curé de Brèche, le seul habitant de l'endroit qui pût signer son nom, fut frappé de bonne heure des dispositions de l'enfant et s'appliqua à les cultiver. A cinq ans, le jeune Alfred servait la messe et apprenait à lire dans le rituel : les jours de grandes cérémonies, il récitait par cœur l'évangile. Par malheur, le bon curé mourut, lui laissant pour tout héritage un abrégé de la *Vie de Jésus-Christ*. Il ne perdit pas courage. Tout en tirant le soufflet, il lut et relut le volume, chercha à imiter les caractères d'imprimerie, et parvint à écrire la lettre moulée.

Six années se passèrent ainsi. Un beau matin, un vieux maître d'école ambulant vint planter sa tente à Brèche. Bien qu'il préférât le commerce de Bacchus à celui des muses, il était pourtant capable de rédiger et de déchiffrer les contrats manuscrits; il pouvait même résoudre les problèmes de l'arithmétique élémentaire. L'enfant en sut bientôt autant que son maître.

Le père de M. Velpeau était souvent consulté pour des bestiaux malades; il fit emplette de deux ouvrages de médecine vétérinaire, autrefois fort en vogue, le *Parfait maréchal*, de Soleysel, et le *Parfait bouvier*, de Robinet; son fils y pourrait lire et lui venir en aide. C'est à cette époque que l'enfant fut atteint à la jambe droite d'une maladie pour laquelle on s'adressa à tous les guérisseurs des environs. Le mal ne cédait pas; il résolut de se traiter lui-même. Après tout, pensait-il, la médecine de l'homme ne devait pas différer beaucoup de la médecine des animaux. Il cherche dans ses livres, apprend à reconnaître les plantes et compose pour son usage des remèdes de tout genre. La guérison se fit attendre deux ans. Longtemps après, et même dans un âge avancé, on l'entendit encore quelquefois se plaindre de sa mauvaise jambe.

L'essai qu'il avait fait sur lui-même, il ne tarda pas à le tenter sur d'autres, et bientôt il ne fut bruit dans tout le pays que de la science et des succès du jeune maréchal. Il ne rêvait plus que médecine. Ce fut un grand jour que celui où il put acheter de ses économies le *Traité des maladies des artisans* et la *Médecine des pauvres*. Aux heures de liberté que lui laissait le travail de la forge, pendant le repas, le soir à la veillée, il dévorait son trésor.

Les années s'étaient écoulées; l'adolescent était devenu un homme; il allait avoir vingt ans. C'était toujours l'ouvrier matinal et laborieux; mais depuis quelque temps un secret désir le dominait. Quitter ses parents, abandonner ses frères et sœurs, dont il commençait à être le soutien; il n'osait y songer. Il était sombre et soucieux. Inquiète de le voir ainsi, avertie par son instinct de mère, madame Velpeau le pressait d'épouser une jeune fille du voisinage, qui paraissait ne pas lui déplaire, lorsqu'un incident, qui faillit tourner au tragique, vint lui prêter un secours inespéré. On lui amena un jour une pauvre idiote. Il avait lu que l'ellébore noir était autrefois regardé comme la panacée de la folie. Il en fit infuser la racine, et administra l'infaillible remède. De graves symptômes d'empoisonnement ne tardèrent pas à se déclarer. Pendant trois jours, jours de cruelles angoisses, la malheureuse fut en danger de mort. Elle guérit enfin ; non de sa maladie, mais du remède.

Cependant, le grand médecin, comme on l'appelait à Brèche, M. le docteur Bodin, était accouru en hâte de Saint-Paterne. Il manda l'imprudent, le reprit avec douceur, et obtint de lui qu'il renoncerait à l'exercice d'un art qui n'était pas le sien. Voilà tout l'édifice de ses espérances renversé. Son chagrin fut extrême. Il n'y put résister longtemps. Un riche propriétaire des environs lui avait, en diverses circonstances, donné des marques d'intérêt, il court s'ouvrir à lui. M. Ducam l'écoute avec bonté, le console, l'encourage. Le précepteur des enfants assistait à l'entretien ; il propose de lui faire partager les exercices de ses élèves; et séance tenante, une première leçon lui est donnée. Une grammaire française sous le bras, et le cœur léger, il reprend le chemin du village.

On lui avait donné deux pages à apprendre; le lendemain il en savait dix. En moins de quinze jours ses progrès furent si rapides, que tout le monde était émerveillé. M. Ducam n'hésite plus, il le prend avec lui et se rend chez le docteur Bodin, qui lui adresse quelques questions et demeure frappé de ses réponses. Il est décidé qu'il se rendra à la ville, afin de s'y préparer au grade d'officier de santé.

Le 28 avril 1816, M. Velpeau déposait le tablier de cuir, quittait ses pauvres parents et arrivait à Tours, conduit par ses protecteurs. Sur leur recommandation, M. Gouraud, le père de notre distingué confrère, le prenait sous sa tutelle et l'attachait à son service. Une légère teinture de médecine, quelques notions de grammaire, composaient tout son bagage. Mais il avait le désir immodéré de savoir, une ténacité peu commune, et par dessus tout, il avait foi en lui-même.

Le matin, il descendait avec le jour et se rendait à l'hôpital. Ses allures, sa mise plus que modeste, furent d'abord l'objet de quelques plaisanteries. Si la jeunesse est parfois moqueuse, il faut dire à son honneur qu'elle a pour se racheter un fonds d'inépuisable générosité. A la raillerie ne tarda pas à succéder ce sentiment d'estime profonde qu'inspire toujours le spectacle d'une volonté forte aux prises avec les difficultés de la vie. Le nouveau venu recherchait toutes les occasions de s'instruire. Ses camarades n'eurent garde de s'opposer à ses désirs, et bientôt il se trouva chargé de tous les pansements. A midi, il regagnait sa mansarde; et souvent l'aube naissante le trouvait encore penché sur sa table de travail.

Ce diplôme d'officier de santé, diplôme tant désiré, il l'obtint enfin, mais il ne lui suffit plus. Bretonneau l'a remarqué, et se l'est attaché en qualité de premier élève; il est logé et nourri à l'hôpital. Pour se rendre digne d'un tel maître, il lui faut pour le moins le bonnet de docteur. Le temps était passé où les Ambroise Paré et les Jean-Louis Petit avaient pu, sans y être préparés par la culture des lettres, devenir les plus grands chirurgiens de leur temps. Depuis la déclaration de 1723, les chirurgiens émancipés partageaient avec les médecins le privilége des hautes études. Guy Patin, si bon juge en cette matière, disait, en parlant du jeune Dodart : « Il sait Hippocrate, Galien, Aristote, Cicéron, Senèque et Fernel par cœur. » Comme le studieux licencié dont parle Guy Patin, M. Velpeau avait alors vingt-trois ans ; mais il avait plus manié le marteau que le rudiment. Il dut s'armer de patience et de résolution. Après deux années, il put franchir ces degrés que l'enfance cultivée gravit peu à peu et presque sans y songer.

C'est avec une profonde émotion que, le 1er avril 1820, vers le soir, M. Velpeau met à exécution un projet depuis longtemps caressé. Il prend avec lui une modeste somme d'argent, premiers fruits religieusement conservés d'une clientèle naissante, et se dirige vers la diligence de Paris. Le lendemain, aux dernières lueurs du jour, il traversait le village d'Antony, ne se doutant guère que, quarante ans

plus tard, il viendrait, quatre fois millionnaire, s'y reposer sous les ombrages d'une villa.

M. Velpeau descend rue du Foin, à l'hôtel des Abeilles, et s'installe dans une chambre à sept francs par mois. Mais ce n'est pas tout d'être à Paris, il faut y rester. La nécessité lui inspire des prodiges d'économie. Ses faibles ressources touchaient à leur fin, lorsque Bretonneau apprend sa détresse et lui vient en aide. Dans le même temps, notre éminent confrère M. Cloquet lui donnait à préparer son cours d'anatomie, et lui confiait la direction de huit élèves. « Ma fortune est faite, » dit-il lui-même, dans une note écrite de sa main. Et, en effet, elle va grandir rapidement. Il remporte à la fin de l'année le prix d'anatomie et de physiologie de l'École pratique L'année suivante, il est nommé, au concours, aide d'anatomie. De nombreux élèves s'inscrivent pour suivre ses cours. Nous sommes en 1821. Il y a cinq ans seulement qu'il a quitté l'atelier, et déjà il enseigne l'anatomie, la physiologie, l'anatomie chirurgicale, les bandages, la médecine opératoire. Bientôt il professera la pathologie externe, l'embryologie, l'oculistique, l'obstétrique.

Peu de mois après son arrivée à Paris, M. Velpeau insérait dans un journal de médecine une note sur le traitement de l'ophthalmie aiguë: il proposait d'appliquer le remède sur le mal lui-même, et de retirer directement le sang du tissu enflammé. Ce fut son premier essai. A peine est-il docteur qu'il communique à l'Académie de médecine et à l'Académie des sciences plusieurs mémoires sur les sujets les plus divers. En 1823, parut son *Traité d'anatomie chirurgicale ou topographique*, œuvre importante et qui marque une date dans l'histoire de la chirurgie.

Étudier la forme, la situation, la structure et l'action des organes, de ces parties diverses et harmoniques dont chacune fonctionne à sa manière dans le concert vital, tel est l'objet de l'anatomie qu'on pourrait appeler naturelle: l'anatomie du physiologiste et du philosophe. Ce n'est pas assez pour le chirurgien. Il faut encore, et surtout, qu'il connaisse le rapport de toutes les parties entre elles, non-seulement dans l'ensemble du corps, mais sur tous les points. A cet effet, le chirurgien construit à son usage une anatomie nouvelle; une sorte de topographie du corps humain qui suppose la connaissance de l'anatomie descriptive et la complète. Il trace à la surface du corps des lignes fictives et le partage en un certain nombre de départements. Chacune de ces régions devient un organe artificiel composé des tissus les plus divers, et dont il étudie la composition couche par couche de la superficie à la profondeur.

Au moment où parut le livre de M. Velpeau, l'anatomie chirurgicale n'était pas précisément une science nouvelle. Dès les premières années du siècle dernier, Jean Palfin, professeur à Gand, avait publié en langue flamande un traité sur la matière, qu'Antoine Petit ne jugea pas indigne, quarante ans après, d'être traduit et annoté; et chacun sait que Boyer, l'exact disciple de Desault, terminait son *Traité d'anatomie* par une série de résumés topographiques. A une époque plus rapprochée de nous, MM. Colles (de Dublin), Burns (de Glascow), et Rosenthal (de Berlin), publiaient des essais du même genre. Toutes ces tentatives plus ou moins incomplètes trahissaient les imperfections d'une science encore à ses débuts. Un professeur d'anatomie qui devait jeter sur notre école un éclat de trop courte durée, et dont je ne puis sans émotion évoquer le souvenir, en fit, en 1821, l'objet de ses leçons. Chacun attendait avec impatience l'œuvre à laquelle il travaillait, lorsqu'il tomba prématurément dans la carrière, comme Bichat son modèle et son émule. Ses enseignements, toutefois, ne furent pas perdus. Les prosecteurs de cette époque se nommaient Bouvier, Blandin, Gerdy et Velpeau. Révisée, complétée par les travaux du laboratoire, l'anatomie topographique était chaque année vulgarisée, sous toutes les formes, dans les cours de l'École pratique, et M. Velpeau devenait le premier interprète de ses récents progrès. Conçu dans le même temps, plus directement inspiré par les souvenirs et les enseignements de la Faculté, moins étendu, moins riche en déductions chirurgicales, mais non moins complet sous le rapport anatomique, le livre de M. Blandin suivait à quelques mois d'intervalle.

Traduits dans presque toutes les langues de l'Europe, ces deux ouvrages fécondaient en la rapprochant du précepte chirurgical, la notion anatomique; donnaient au diagnostic une base plus assurée; apportaient une plus grande précision à l'art opératoire; inspiraient à l'opérateur des hardiesses jusque-là inconnues, et devaient plus tard susciter des œuvres nouvelles.

Alors qu'il rédigeait son *Traité d'anatomie chirurgicale*, M. Velpeau avait commencé déjà une série de recherches qui devaient, pendant plus de dix années devenir l'objet principal de ses préoccupations. Il rassemblait les matériaux d'un traité d'embryologie ou d'ovologie humaine.

Les anatomistes du siècle passé s'engageaient volontiers, à la suite de Charles Bonnet, dans le domaine des palingénésies philosophiques et cherchaient à expliquer les mystères de notre origine dans des conceptions où l'imagination tenait la première place. Fidèle à la méthode scientifique de notre âge, M. Velpeau suivit une autre voie. C'est sur la patiente observation des faits qu'il voulut asseoir les fondements de l'organogénie humaine. Volontiers il eût dit avec Voltaire: « Je saurai comment s'opère la génération quand on m'aura enseigné comment Dieu s'y est pris pour la création. » Lorsqu'il eut réuni un ensemble de quatre cents produits, il se mit à l'œuvre. Jamais observateur n'en avait rassemblé un aussi grand nombre, au moins dans l'espèce humaine.

De même que dans l'œuf des animaux, on distingue, tandis qu'il s'accroît, deux parties dans l'œuf humain: l'embryon d'abord, puis autour de lui des liquides et des membranes. C'est à ces liquides et à ces enveloppes, organes intermédiaires à l'aide desquels l'embryon se nourrit et se développe, que l'ouvrage de M. Velpeau est particulièrement consacré. Même resserré dans ces limites, le champ de l'observation est vaste encore, et dès l'abord de nombreuses difficultés se présentent. Voici un œuf; quel est son âge? Assigner la date précise de la fécondation semblait autrefois la chose la plus simple. Ne sait-on pas aujourd'hui que cet acte mystérieux se passe dans les profondeurs les plus reculées du système reproducteur; qu'il lui faut au moins des heures, et souvent des jours pour s'accomplir. Cet œuf, ou plutôt cet ovule, lorsqu'il arrive de l'ovaire dans l'utérus, quelles sont ses dimensions? Pas même celles d'un grain de millet. Après trois semaines il ne mesure pas encore un centimètre. Pour le voir, pour l'étudier, il faut le saisir et l'on peut à peine le toucher sans le déchirer. Les œufs qu'on peut examiner ont cessé de vivre. Depuis combien de temps? Sont-ils encore intacts lorsqu'ils s'échappent au dehors? Les causes qui ont amené l'expulsion prématurée de l'œuf, ne l'ont-elles pas aussi dénaturé?

Voilà bien des questions. Quel que soit le problème naturel que l'homme cherche à résoudre, il en est toujours ainsi; les mêmes obstacles se dressent devant lui. La nature ne nous livre jamais ses secrets, il faut les lui arracher.

En montrant dans l'œuf humain ces organes transitoires, vésicules éphémères, qui, dans les premiers jours de la vie embryonnaire, préparent l'aliment pour le nouvel être et le rattachent ensuite à sa mère, d'une manière plus intime, par les liens du sang, M. Velpeau a dissipé des doutes qui subsistaient encore et fait rentrer le développement de l'œuf humain sous les lois générales de l'embryogénie. La science qui, au début de sa carrière, fut l'objet de ses études de prédilection, a réalisé depuis cette époque de grands progrès. Les lumières de l'anatomie comparée ont jeté sur le mode de formation des enveloppes fœtales et sur le rôle de quelques-unes d'entre elles des clartés nouvelles. Les descriptions de M. Velpeau n'en restent pas moins des tableaux achevés pour les périodes ultérieures de l'accroissement de l'œuf.

La plupart des idées qu'il développait dans son ouvrage d'ovologie, M. Velpeau les résumait dans l'introduction de son *Traité de toxicologie*. Aussi remarquable par l'abondance des faits et la multiplicité des recherches que par la nouveauté des aperçus, ce livre, tableau complet de la science et de l'art obstétrical, initiait en outre le lecteur aux doctrines alors peu connues de l'école allemande.

Cependant, depuis quelques années, plusieurs chaires de la Faculté de médecine avaient été mises au concours. Quatre fois déjà le succès lui avait échappé; mais il n'était pas de ceux qui se découragent aisément. Le concours pour la chaire d'accouchements auquel il venait de prendre part s'était terminé le 18 mai 1834. Quinze jours après, il s'engageait dans une lutte nouvelle: il s'agissait cette fois d'une chaire de clinique chirurgicale. Lorsqu'il fut appelé par le sort à prendre la parole, son entrée fut saluée par une triple salve d'applaudissements: jugement anticipé de l'opinion publique, qui devait être sanctionné par le jury.

Ses leçons cliniques attirèrent aussitôt à la Charité un nombreux concours d'auditeurs. Les élèves venaient y recevoir une instruction solide, des enseignements clairs et méthodiques; ils y trouvaient encore un lumineux bon sens, et une manière de parler lente et réfléchie, qui gravait profondément les choses dans l'esprit. Loin de se ralentir, le succès des premiers jours alla toujours croissant. La réputation de M. Velpeau s'étendit rapidement. Dans le cortége qui chaque matin l'accompagnait à sa visite, il y eut bientôt autant de médecins que d'étudiants.

M. Velpeau possédait à un haut degré une qualité plus rare et plus précieuse qu'on ne pense. Il était d'une exactitude qui ne se démentit jamais. Écoutez l'hommage que l'administration hospitalière reconnaissante a déposé sur sa tombe: « Je puis l'affirmer, sans crainte d'être contredit par personne, a dit M. Husson, aucun parmi ceux qui se consacrent au soulagement de leurs semblables, n'apporta jamais dans sa tâche une ardeur plus soutenue, une exactitude plus rigide, une abnégation plus entière. Pendant près de quarante ans, on le vit chaque jour aller de chez lui à l'hôpital sans jamais dévier de sa route; il ne consentait à se rendre aux appels qui lui étaient faits, qu'après ce devoir accompli. »

Toutes les occupations de M. Velpeau étaient réglées de la même manière. Il est sans exemple qu'il ait manqué aux séances d'une société ou d'une commission; presque toujours il arrivait le premier. Nous n'avons connu qu'un seul homme qui pût lui être comparé, quoiqu'il ne lui ressemble guère à d'autres égards. Il me souvient qu'un jour je rencontrai M. Orfila dans la cour de l'École de médecine; il allait sortir. Je l'accompagnais, lorsqu'arriva vers nous, le chapeau à la main et pressant le pas, un jeune homme tout essoufflé. M. Orfila s'arrêta, et tirant sa montre: « Le rendez-vous, dit-il, était pour midi. Il est midi et cinq minutes; le temps dont je pouvais disposer est expiré: je vous attends demain. » Une voiture était à la porte, il y monta et disparut.

Cette régularité dans les habitudes peut seule expliquer comment M. Velpeau a pu suffire aux exigences quotidiennes d'un service d'hôpital, d'un enseignement clinique, d'une clientèle nombreuse, et trouver encore le temps de composer des ouvrages étendus, ainsi qu'un nombre considérable de mémoires, de notes et de discours. Tout ce qu'il a publié, même dans un âge avancé, a été rédigé par lui et écrit de sa main. Lorsqu'on parlait devant lui d'un praticien trop occupé pour écrire, un sourire ironique effleurait ses lèvres.

Pour vous donner un aperçu même succint de tous les travaux de M. Velpeau, il nous faudrait parcourir ensemble le domaine entier de la chirurgie. Son esprit encyclopédique a touché aux sujets les plus divers. Ses *Éléments de médecine opératoire*, et les trois volumes de ses *Leçons cliniques*, ne représentent qu'une faible partie de son œuvre. Les maladies des yeux, et plus particulièrement celles de la conjonctive et de la cornée, les fractures du crâne, la lymphangite ou angioleucite, l'érysipèle, l'infection purulente, les maladies des bourses tendineuses, l'hématocèle, la fièvre uréthrale; en médecine opératoire, l'acupuncture, les bandages inamovibles, la bronchoplastie, l'entéroplastie, les injections iodées ou irritantes, tels sont, au milieu de beaucoup d'autres, les points qu'il a marqués d'un progrès!

Bien qu'il appartînt par son âge et par son éducation chirurgicale à une époque où l'on recherchait trop peut-être les opérations audacieuses, et où l'on était trop souvent disposé à considérer l'instrument tranchant comme la seule ressource, M. Velpeau se montra toujours opérateur réservé. D'autres furent des opérateurs plus brillants: aucun ne fut un opérateur plus sûr. Ce qui le préoccupait, c'étaient bien plus les suites de l'opération que l'opération elle-même. L'érysipèle et l'infection purulente l'avaient rendu prudent, et il avait acquis, par expérience, une vertu chirurgicale, plus commune aujourd'hui qu'autrefois, la patience. « Plus je vieillis, disait-il, moins j'ampute. »

Il applaudissait, tout en le secondant lui-même, à ce mouvement des esprits, qui pousse de plus en plus la chirurgie à la recherche des opérations non sanglantes. Vous n'avez pas oublié avec quel accent de conviction profonde il exposait naguère les bienfaits de l'écrasement linéaire, procédé nouveau à l'aide duquel on peut enlever sans plaie et sans hémorrhagie un grand nombre de tumeurs, ni l'appui chaleureux qu'il prêtait à son auteur, aujourd'hui notre collègue, pour lui faire décerner par l'Académie la plus haute récompense dont elle dispose.

M. Velpeau avait été élu membre de l'Académie de médecine au mois d'octobre 1832; onze ans plus tard, il entrait à l'Académie des sciences. Comme il savait beaucoup, il était toujours prêt à prendre la parole; souvent il la demandait. Quoiqu'il ne fût pas précisément orateur, ses convictions mûrement arrêtées, son sang-froid, l'habile ordonnance du discours, sa logique serrée et pénétrante, en faisaient un contradicteur redoutable. Tel il se montra parmi nous dans la discussion sur la méthode sous-cutanée, discussion tant de fois reprise et toujours ouverte.

Au travail inflammatoire de la cicatrisation des plaies, travail trop souvent traversé d'accidents redoutables, substituer un processus organique analogue aux actes physiologiques du développement et de la nutrition des tissus, tel est le principe général de la méthode, dont la pensée première appartient à Delpech. Une fois jetée dans les esprits, l'idée a germé en silence, s'est développée, complétée en allant de l'un à l'autre, et s'affirmant de plus en plus, elle s'est enfin personnifiée sous une forme synthétique. Un jour, l'histoire qui juge plus sainement les choses à mesure qu'elle les voit de plus loin, dira quelle fut, dans cette découverte, dans les perfectionnements successifs qui y ont été apportés, et dans la généralisation qui l'a constituée à l'état de méthode, la part de chacun.

La vivacité de ces longs débats, dont les échos résonnent encore dans cette enceinte, ne doit pas nous surprendre. On l'a dit avant nous, de toutes les propriétés que l'homme peut acquérir, les inventions et les découvertes sont celles qu'il possède le plus légitimement. Elles n'enlèvent rien à personne, et elles profitent à tous. Ce sont celles aussi que l'homme défend avec le plus d'ardeur, parce qu'étant le fruit de ses idées, leur existence se confond avec la sienne, et que les lui enlever, ce serait lui ravir une partie de lui-même.

Peu de mois avant sa mort, M. Velpeau était à cette tribune, non pour obéir à ce sentiment vulgaire, ennemi de toute nouveauté, qui sert trop souvent les passions des hommes alors qu'il semble n'être que l'instrument de leur justice, mais pour rappeler des dates et des noms trop oubliés et tracer ses limites à la méthode nouvelle. Laissant de côté les personnes, il cherchait encore à montrer que l'air n'a pas toujours une influence funeste. Oui, l'expérience a prouvé qu'on peut impunément injecter de l'air sous la peau, dans l'épaisseur des tissus sains, et, à doses fractionnées, jusque dans les artères et les veines éloignées du cœur; de même qu'il pénètre à chaque instant aussi, et peu à peu, dans la masse du sang, à travers des membranes pulmonaires et cutanées. Mais quand le sang est sorti de ses réservoirs, quand il y a sur les surfaces dénudées ou dans la profondeur des parties des matières épanchées soustraites au mouvement de la vie, toutes les conditions de la décomposition putride se trouvent réunies. Écarter l'élément moteur de la fermentation, tel est le bienfait des opérations sous-cutanées; le rendre inactif, tel est le but que poursuivent aujourd'hui les divers procédés de pansement des plaies exposées.

M. Velpeau publiait, en 1853, son *Traité des maladies du sein et de la région mammaire*, la dernière et la plus originale de ses œuvres chirurgicales. Au compilateur érudit, aimant à exposer les opinions des autres et à les discuter plus encore peut-être qu'à formuler les siennes, a succédé le clinicien consommé, mûri par l'expérience et par les habitudes de l'enseignement, riche à la fois de ses souvenirs pratiques et de ses inspirations personnelles. Une maladie cruelle, dont le tissu glandulaire est souvent le siége, fatal écueil de la médecine et trop souvent aussi de la chirurgie, le cancer était depuis de longues années l'objet de ses recherches. C'est ainsi qu'il fut conduit à l'étude des maladies de la mammelle, glande extérieure, où le mal apparaît aux yeux et dans laquelle on peut suivre jour par jour les phases de son évolution.

Reconnaître les maladies dont la terminaison peut être favorable, les distinguer de celles dont l'issue ne saurait être que funeste, quand elles sont abandonnées à elles-mêmes; telle est, en effet, l'idée mère de ce livre. Aux premières appartiennent: l'inflammation générale; l'inflammation partielle dont les produits localisés dans les parties superficielles, moyennes ou profondes, nécessitent des traitements variés; l'hypertrophie générale, étendue à tous les éléments qui entrent dans la composition de la glande, ou limitée à quelques-uns; l'hypertrophie partielle, dont il avait déjà tracé l'histoire sous le nom de tumeur adénoïde; le galactocèle, tumeur formée par le lait ou par quelques-unes de ses parties. Sous le nom de cancer, terme ancien dont on se servira longtemps encore, il comprenait l'ensemble des hétéroplasties malignes, c'est à dire ce groupe de tumeurs à évolution généralement rapide, qui, à la manière des parasites, envahissent les tissus qui les entourent, et tendent à se généraliser. « Dans le principe, dit-il, c'est d'abord un rien, une vésicule imperceptible, une tête d'épingle. Laissez-le marcher, suivez-le, rien ne l'arrête; les parcelles qui le composent vont se multiplier, et il se substituera à la partie qui l'a reçu. Alors même qu'il se détruit plus tard lui-même, il n'en continue pas moins son œuvre de destruction; il se répand dans le voisinage, se dissémine, s'éparpille, et dépose partout des germes de destruction et de mort. »

Le *Traité des maladies du sein* avait paru depuis peu, lorsqu'un rapport de M. Jobert (de Lamballe) souleva une longue et ardente controverse. Il s'agissait d'un très-jeune enfant chez lequel l'ablation d'une tumeur cancéreuse avait été suivie d'une guérison complète. Le rapporteur de la Commission adoptait les conclusions de l'opérateur. Des doutes s'élevèrent aussitôt sur la nature même du mal et sur le caractère définitif de la guérison. Le cancer est-il curable? Qu'est-ce que le cancer? Quels sont ses caractères anatomiques? Tels furent les points principaux d'une discussion à laquelle prirent part les divers organes de la presse scientifique, et qui pendant plus de six mois captiva d'une manière presque exclusive l'attention du monde médical.

De nouvelles voies s'étaient ouvertes pour les études anatomiques. Un instrument d'analyse, qui permet à l'œil de pénétrer là où le scalpel le plus délié ne peut atteindre, le microscope, apportait à la pathologie le tribut de ses recherches. Au sein des éléments qui entrent dans la composition des diverses espèces de tumeurs, depuis longtemps réunies sous le nom générique de *cancer*, les micrographes avaient reconnu l'existence de cellules relativement volumineuses, auxquelles plusieurs d'entre eux croyaient pouvoir attribuer le caractère de

la malignité, et qu'ils désignaient sous le nom de *cellules cancéreuses*. M. Velpeau soutenait que la spécificité de cet élément réposait uniquement sur l'affirmation de ses caractères pathogéniques, et que ses attributs anatomiques, les seuls qui fussent du domaine de l'observation microscopique, étaient tout à fait indéterminés. Il ajoutait qu'il y a dans les tissus des cellules de toutes les formes et de toutes les grandeurs, et qu'il était impossible de distinguer la cellule dite cancéreuse des cellules qui ne le sont pas.

Ce que M. Velpeau déclarait impossible l'est encore aujourd'hui. La constitution intime de l'élément générateur des tissus hétéromorphes est un fait naturel placé en dehors des limites de nos moyens actuels d'observation. Rien ne distingue à nos yeux les cellules embryonnaires normales des cellules embryonnaires anormales, et la morphologie des origines nous échappe encore. Le problème histologique est plus avancé. Des cellules à grandes dimensions et à forme globuleuse, accumulées au sein d'une trame fibreuse et vasculaire, enveloppées, enchatonnées et fractionnées par groupes, représentent une combinaison qui n'a d'analogie ni dans les tissus normaux, ni dans les autres productions accidentelles.

C'est à ce composé spécial qu'on avait cru d'abord pouvoir réserver la redoutable propriété de récidiver sur place ou dans des lieux plus ou moins éloignés. M. Velpeau s'est appliqué à dissiper des espérances trompeuses. En nous éclairant sur la composition et la genèse des produits pathologiques, les révélations du microscope fournissent au diagnostic les éléments les plus précieux, mais il vient en aide à l'observation clinique; il ne saurait ni la remplacer, ni la dominer.

Des tumeurs formées par la prolifération insuitée des cellules épithéliales, d'autres encore dont les éléments fusiformes rappellent, à s'y méprendre, les éléments des tissus normaux en voie de développement, peuvent se reproduire aussi et même se généraliser. N'oublions pas toutefois que les diverses sortes d'hétéroplasies ne sont ni aussi rapides dans leur évolution, ni aussi graves dans leurs atteintes, ni aussi fatalement assujetties à la récidive. L'observation microscopique apporte ici des lumières qu'elle seule peut donner.

En offrant en hommage à ses confrères de l'Académie des sciences le *Traité des maladies du sein*, M. Velpeau disait : « Je crois avoir démontré que le cancer abandonné à lui-même ne guérit pas, et que ceux qui disent le contraire se trompent ou trompent les autres. » Il disait encore : « On peut guérir le cancer radicalement, c'est-à-dire sans récidive, à l'aide de l'instrument tranchant et des caustiques. » Paroles consolantes, dont les recherches histologiques ont confirmé la justesse.

Lorsqu'il prenait la parole à l'Académie ou à l'hôpital, M. Velpeau était dans son milieu; on sentait qu'il y était à l'aise. Dans le commerce ordinaire de la vie, il avait moins d'abandon, et se montrait sobre de démonstration affectueuse. Il semblait craindre qu'on ne l'approchât de trop près, non par un sentiment d'orgueil, mais par une sorte de timidité, car il resta toujours simple de cœur et d'esprit, même au plus haut point de sa renommée scientifique. Ses rares amis savent que cette prudente réserve cachait un cœur des plus chauds. Un aimable et spirituel conteur, vieux compagnon resté toujours jeune, le docteur Toirac, celui de tous qui a pénétré le plus avant dans son intimité, avait pour lui un véritable culte. M. Velpeau ne se livrait pas aisément, mais lorsqu'il s'était donné, son dévoument était sans bornes, et l'on peut s'étonner quelquefois de lui voir défendre des causes qui ne le méritaient guère.

Sa fille aînée, après avoir longtemps langui, succomba à l'âge de dix-huit ans; lorsqu'il la perdit, sa douleur fut extrême. Tous ceux qui l'ont connu à cette époque se souviennent du profond changement qui s'était opéré en lui. Nous entendons encore les sanglots qui le suffoquaient lorsqu'il voulut adresser à l'un de ses élèves les plus aimés, le docteur Bauchet, les derniers adieux. On parlait un jour devant lui de l'apparente insensibilité des chirurgiens. « L'homme que j'opère, dit M. Velpeau, sait que l'opération est pour lui la seule voie de salut, l'espoir le soutient, et cette pensée me domine moi-même; mais un pauvre enfant ne sait rien, rien que souffrir; aussi, toutes les fois que je porte sur lui l'instrument mon cœur se déchire. »

Par un contraste plus apparent que réel, et ce n'est pas là le trait le moins saillant de sa physionomie, M. Velpeau avait la passion des jeux de mots; il introduisait les siens partout et en toutes circonstances. C'était comme une sorte de rempart derrière lequel il se retranchait, ou comme une porte de sortie par laquelle il se dérobait.

Toujours inoffensives, ses plaisanteries étaient parfois assez heureuses. Un correspondant de l'Académie lisait, l'an passé, un mémoire à cette tribune. Dans ce travail, l'auteur invoquait le témoignage de ceux qu'il appelait les maréchaux de la médecine. Comme on le pense bien, le nom de M. Velpeau ne fut pas oublié. « Il paraît, dit-il en se penchant vers son voisin, que je finis comme j'ai commencé. » Il lui arrivait aussi de mettre ses mots en action. « Que pensez-vous, monsieur, du système d'*Épicure?* disait-il un jour tout en examinant une tumeur pour laquelle on venait le consulter. — Mais je pense qu'il a du bon, répond le consultant surpris. » M. Velpeau saisit une lancette et pratique rapidement plusieurs mouchetures superficielles. Le patient de se récrier : « J'étais bien sûr que vous vous vantiez », reprend M. Velpeau avec ce malin sourire qui lui était habituel.

Une taille un peu au-dessus de la moyenne, le corps mince et droit, la démarche alerte, un regard vif et perçant auquel des sourcils longs et épais donnaient plus d'éclat encore. Sur son visage, ce rayon qu'un ancien appelle : *Sublimium virorum pulcher flos* : tel était M. Velpeau. On ne pouvait l'oublier quand on l'avait vu une fois.

Même au temps de sa plus grande fortune, il conserva ses habitudes de sobriété et d'économie, et vécut toujours de la manière la plus simple. Ne refusant rien aux siens, il se refusait tout à lui-même; il est vrai qu'il était sans besoins. Dès les premiers temps de son séjour à Paris, il vint en aide à ses parents et pourvut à l'éducation de ses frères. Toute sa vie il conserva, pour les bons offices d'une pauvre femme, sa voisine de chambre à l'époque de son arrivée à Tours, une profonde reconnaissance. Quand il allait en Touraine, il ne manquait jamais de la visiter. Lorsqu'elle tomba dans le besoin, il la secourut de la manière la plus délicate. Ces jours difficiles du passé, il aimait à les évoquer. Qui pourrait avoir oublié les paroles touchantes qu'il prononçait, il y a quelques années, dans un banquet confraternel. C'est avec une émotion que partagea bientôt toute l'assemblée, qu'il rappelait les souvenirs du village, l'atelier paternel et ses veilles laborieuses qu'illuminaient alors la jeunesse et l'espérance.

Placé par les suffrages de ses confrères de Paris à la tête de l'Association des médecins de la Seine dont il avait pu comprendre mieux que personne l'utilité, et dont il devint l'apôtre le plus fervent, il songeait aussi au temps des pénibles épreuves, lorsqu'il conçut la généreuse pensée d'en rester le bienfaiteur, même au delà de la mort.

Durant de longues années M. Velpeau vécut fort retiré. Ce n'est que vers la fin de sa vie qu'il consentit à accorder quelque chose aux distractions et à ce qu'on appelle les plaisirs du monde. Faisant allusion à la sérieuse gravité de ses premières années, et de sa vie médicale, il disait à l'un de ses élèves de prédilection (1) : « Je suis né vieux, j'ai vécu vieux, je vais mourir jeune. »

Pendant la belle saison, M. Velpeau se rendait quelquefois à sa maison d'Antony. Il n'y passait jamais, même dans les derniers temps, que les deux nuits du samedi et du dimanche. Sa clinique, ses familières causeries du matin, ses malades, son hôpital, étaient devenus un impérieux besoin.

Dans le courant de l'hiver de 1867, M. Velpeau fut éprouvé par une violente atteinte de grippe. Quand il revint parmi nous, nous fûmes frappés de l'altération de ses traits. Déjà il souffrait du mal qui devait l'emporter. Il avait le pressentiment d'une fin prochaine, mais il cherchait à dissimuler et cachait son état à tous les yeux. Ses plus intimes l'ignoraient. « Il faudra, disait-il à son ami, M. Dubois, il faudra que je sois bien mort pour en convenir. »

Cette année même, il termina ses leçons à l'époque habituelle et prit part jusqu'à la fin de l'année scolaire aux actes de la Faculté. Le samedi, 17 août, M. le docteur Félix Guyon le rejoignit au moment où il sortait de chez lui pour se rendre à la Charité; son visage exprimait la souffrance; il se traînait avec peine. « Rentrez chez vous, mon cher maître, lui dit-il, je vous en conjure. — Non, non, répondit M. Velpeau, j'ai promis à l'un de mes internes de l'assister aujourd'hui dans une opération; je dois aller à l'hôpital, il le faut. » Il se redressa, accéléra le pas, et fit sa visite comme de coutume.

Ce fut son dernier effort et le dernier acte de sa vie publique. L'affection viscérale dont il était atteint prit subitement un caractère des plus alarmants. Une fièvre violente le saisit; sa respiration s'embarrassa : en peu de jours, tout espoir fut perdu. Le 24 août, à dix heures du matin, il rendait le dernier soupir.

Ainsi mourut, à l'âge de soixante-douze ans, cet infatigable travailleur, dont l'enseignement, les écrits et les discours ont jeté sur la chirurgie de notre temps un vif éclat, et étendu au loin la renommée de l'école française. Son nom est pour toujours attaché à l'histoire chirurgicale du dix-neuvième siècle, en compagnie des Boyer, des Antoine Dubois et des Dupuytren. Héritier, comme eux et après eux, des traditions de Desault, il vécut assez longtemps pour s'associer aux tendances nouvelles que devaient susciter parmi nous les travaux de Hunter.

Le but qu'il poursuivait, il ne le perdit pas de vue un seul instant : jamais il ne se reposa. Professeur, écrivain, orateur, dans les plus grandes comme dans les plus petites choses, il se perfectionna sans cesse. Dans cette longue carrière, dont il parcourut tous les degrés, il marcha fièrement sans rien demander à personne, et ses rivaux eux-mêmes lui rendirent toujours cette justice, qu'en lui le mérite ne fut jamais inférieur au succès.

La vie de M. Velpeau a été un long combat. Mais ne plaignons pas, Messieurs, les héros de ces nobles luttes, dont la célébrité est la moindre des récompenses. Non, le bonheur n'est pas dans cette oisiveté stérile, trompeuse idole, que poursuivent de leurs soupirs d'aveugles adorateurs! La nature elle-même nous convie au travail. Dans ce vaste univers, tout se meut, tout se transforme, tout progresse. La loi de la nature est la loi de l'humanité. Croître et se développer sans cesse, c'est-à-dire cultiver son esprit, épurer son cœur, chercher la vérité et combattre pour elle, telle est notre véritable destinée. Dans cette voie du progrès, au delà de laquelle le regard ne rencontre que l'infini, chaque victoire qu'il remporte sur les choses ou sur lui-même, est pour l'homme la source d'une félicité sans mélange. Heureux les élus de l'intelligence auxquels il a été donné de nous montrer le chemin?

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 15 décembre 1868.

Présidence de M. Ricord.

—

M. Delpech lit, pour M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel, le rapport général sur les prix décernés en 1868 (nous publierons ce rapport dans le prochain numéro).

M. le Président lit le programme des prix proposés pour 1869 et 1870. Voici le programme des prix décernés pour l'année 1868 et celui des prix proposés.

PRIX DE 1868.

Prix de l'Académie. — « Des épanchements sanguins dans l'épaisseur des tissus. » (De la valeur de 1,000 francs.)

L'Académie ne décerne pas le prix; mais elle accorde la somme entière, à titre d'encouragement, à M. G. de Fajole, docteur en médecine à Saint-Geniez (Aveyron), auteur du seul mémoire adressé pour ce concours.

Prix Portal. — « Des tumeurs de l'encéphale et de leurs symptômes. » (De la valeur de 600 francs.)

Aucun mémoire n'a été adressé pour ce concours.

Prix Civrieux. — « Des phénomènes psychologiques, avant, pendant et après l'anesthésie provoquée. » (De la valeur de 800 francs.)

L'Académie accorde une récompense de 600 francs à M. le docteur Alexandre Lacassagne, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

Prix Capuron. — « Du traitement des affections utérines par les eaux minérales. » (De la valeur de 1,500 francs.)

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Charmasson de Puylaval, médecin inspecteur des eaux de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées).

Elle accorde des mentions honorables à MM. les docteurs Félix Roubaud (de Paris) et Francisque Garnier (de Lyon).

Prix Barbier. — (De la valeur de 2,000 francs.)

L'Académie accorde, à titre de récompense :

1° Une somme de 500 francs à M. le docteur Victor Legros, d'Aubusson (Creuse), pour *ses recherches sur le traitement des affections scrofuleuses et tuberculeuses* et spécialement *de la phthisie ganglionnaire bronchique*;

2° Une somme de 500 francs à M. le docteur Jules Besnier (de Paris), pour ses recherches sur la nosographie et le traitement du choléra épidémique considéré dans ses formes et ses accidents secondaires.

Prix Orfila. — « De la digitaline et de la digitale. » (De la valeur de 4,000 francs.)

Aucun de ces mémoires n'a été jugé digne du prix.

La même question sera maintenue pour le concours de 1870.

Prix Godard. — (De la valeur de 1,000 francs.)

L'Académie partage le prix de la manière suivante :

1° 600 francs à MM. Prévost et Cottard, internes des hôpitaux, pour eur ouvrage intitulé : *Études physiologiques et pathologiques sur le ramollissement cérébral*;

2° 400 francs à M. le docteur Larcher pour sa pathologie de la protubérance annulaire.

Elle accorde des mentions honorables à MM. les docteurs Ancelet (de Vailly-sur-Aisne), Damaschino, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, Duboué, docteur en médecine à Pau.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE LA VACCINE EN 1866.

L'Académie a décerné :

1° *Un prix de 1,500 francs partagé entre* : MM. les docteurs Mordret (du Mans); Fouquet (Alfred), de Vannes; Barbereau, de Commentry (Allier);

2° *Des médailles d'or à* : M. les docteurs Ragaine, de Mortagne-sur Huine (Orne); Madame Chamaillard, sage-femme à Vannes (Morbihan; M. Sayn, docteur en médecine à Saint-Vallier (Drôme); Madame Paris, sage-femme à Tulle (Corrèze);

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs dont les noms suivent : MM. Abadie, à Sameran; Augier, à Salernes; Mme Avril, à Château-Renault; MM. Barry, à Viverols; Bassier, à Pertuis; Mme Bégué, à Castelnau; MM. Bernard, à Dieulouard; Bernon, à Saint-Firmin; Bertrand, à Besançon; Mmes Bigot, à Fougères; Blanc, à Lavaur; MM. Borellot, à Estagel; Bourseil, à Creil; Boussat (de Montigny), à Castillonnès; Bravard, à Sury; Mme Cahagne, à Vernon; MM. Caillet, à Montoir; Carre, à Avignon; Mlle Caujolle, à Massat; Mme Chambon, à Fourchambault; MM. Chevalier, à Provins; Chipault, à Châteauneuf; Clément, à Beaujeu; Colin, à Vagney; Combe, à Villefort; Coussot, à Charroux; Mme veuve Crétenet, à Champagne; MM. Crié, à Laval; Dagand, à Alby; Darroze (Raymond), à Luxey; Deserces, à Chabanais; Desneux, à Saint-Calais; Mme Desplanques (Dumoulin), à Tourcoing; M. Doit, à Reuilly; Mme Dreuil, à Ham; MM. Du Burg, à Revel; Ducharme, à Paris; Dumas, à Confolens; Dupré de Loire, à Valence; Durand, à Labastide-d'Anjou; Mme Duveau, à Hommes; Mlle Flaichaud, à Le Blanc; MM. Folacci, à Bastelica; Fraigniaud, à Paris; Frut, à Vergt; Mmes Gallet, à Saumur; Garçonnet, veuve Gillot, à Stainville; MM. Gauchet, à Paris; Gente fils, à Puget-Théniers; Gérain, à Ars; Mme Gilles, à Givet; M. Godefroid, à Rennes; Mme Griboval, à Rouen; MM. Gros, à Virieu; Jaubert, à Banon; Jouet, à Isigny; Laborde, à Lapalisse; Landeau, à Eysinnes; Mmes Lapierre, à Garneras; Larpenteur, à Pont-sur-Seine; MM. Larre, à Mauléon; La Saigne, à Tournon; Mme Leblanc, à Bressuire; M. Leca, à Arbori; Mme Malbert-Durand, à Aurillac; MM. Malet, à Paris; Maritoux, à Liernais; Mme Mathieu, à Nîmes; MM. Ménard, à Lunel; Ménard, à Bischwiller; Miquel, à Cranssac; Mouret, à Monistrol; Panis fils, à Reims; Pelissié, à Luzech; Prallet, à Chambéry; Prestat, à Pontoise; Mme Queyriaux, à Ussel; MM. Rancurel, à Lançon; Regnault, à Bain; Mme Richard, à Dommartin-le-Franc; MM. Rives, à Mirepoix; Rocher, à Pont-sur-Yonne; Rogé, à Moulins; Roger, à Plouigneau; Mme Sarciron, à Boussac; MM. Savidan, à Lannion; Simon, à Buhl; Mme Simoneau, à Mailhé; MM. Sordet, à Ouroux; Spindler, à Ronchamps; Tardieu, à Rians; Thouvenel, à Nantiat; Toffart, à Lillers; Mmes Tourneur, à Essonnes; Tréantou, à Lorient; Truffert, à Cherbourg; Tuvache, à Chartres; MM. Villegens, à Bitche; Villeneuve, à Varen; Zyrowski, à Grand-Combe.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES.

L'Académie a accordé :

1° *Des médailles d'argent à* : MM. Armieux, médecin-major à l'hôpital militaire de Baréges; Crouzet (Auguste), médecin inspecteur des eaux de Balaruc; Dimbarre, médecin inspecteur à Cauterets (Hautes-Pyrénées); Garrigou, médecin consultant à Ax (Ariége); A. Raoult, médecin-major à l'hôpital thermal militaire d'Hammam-Meskoutin (Algérie).

2° *Rappel de médailles d'argent à* : MM. Batbédat (François), médecin inspecteur des eaux de Préchacq et de Camarde (Landes); Caillat, médecin inspecteur à Contrexéville (Vosges); Doyon, médecin inspecteur à Uriage (Isère); Durand (de Lunel), médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Vichy (Allier); Foubert, médecin inspecteur communal à Villers-sur-Mer; Niepce, médecin inspecteur à Allevard (Isère).

3° *Des médailles de bronze à* : MM. Bourquillon, médecin principal de 1re classe à l'hôpital thermal militaire de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne); Gay, médecin inspecteur à Saint-Alban (Loire); Jaubert, médecin inspecteur à Gréoulx (Basses-Alpes); Nogaret, médecin inspecteur à Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

4° *Des mentions honorables à* : M. Privat, médecin inspecteur à La Malou (Hérault).

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES.

L'Académie a accordé :

1° *Une médaille d'or à* : M. le docteur Demonchaux, de Saint-Quentin (Aisne).

2° *Des médailles d'argent à* : MM. les docteurs Bazin, de Saint-Brice (Seine-et-Oise); Bertrand, médecin-major au 4e escadron du train; Gestin, médecin de la marine à Brest (Finistère); Leques, médecin en chef de l'hôpital militaire à Nemours (Algérie); Mottard, docteur en médecine à Saint-Jean-de-Maurienne (Savoie); Mouillié, médecin-major au 46e de ligne; Toussaint, de Lannion (Côtes-du-Nord); Worbes, médecin-major au 45e de ligne.

3° *Des médailles de bronze à* : MM. les docteurs Bastard, de Pézenas (Hérault); Dauvergne, de Forcalquier (Basses-Alpes); Dexpera,

(1) M. Félix Guyon.

médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Perpignan; Du Kerley, médecin en chef de l'hôpital militaire à Batna (Algérie); Lefebvre, de Morlaix (Finistère); Perrochaud, de Montreuil-sur-Mer (Pas-de-Calais); Pilou, médecin-major de 2e classe au 21e de ligne; Rueff, médecin-major de 2e classe au 25e de ligne.

4° *Rappel de médailles d'argent à* : MM. les docteurs Benoit, de Cuingamp (Côtes-du-Nord); Botrel, de Saint-Malo (Ille-et-Vilaine); Chevance, de Vassy (Haute-Marne); Lacaze, de Montauban (Tarn-et-Garonne); Martin-Duclaux, de Villefranche (Haute-Garonne); Meilheurat, de La Palisse (Allier); Mignot, de Gannat (Allier).

5° *Mentions honorables à* : MM. les docteurs Banaston, de Montmoreau (Charente); Chassan, de Cereste (Basses-Alpes); Chatelain, de Nancy (Meurthe); Cressant, de Guéret (Creuse); Lagardelle, médecin de l'asile d'aliénés de Niort (Deux-Sèvres); Lemoine, de Château-Chinon (Nièvre); Reverchon, de Chaumont (Haute-Marne).

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1869.

Prix de l'Académie. — L'Académie propose la question suivante : « Des maladies du cervelet. » (Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.)

Prix Portal. — L'Académie propose pour question : « De la sclérose dans les différents organes. » (De la valeur de 600 fr.)

Prix Civrieux. — L'Académie propose la question suivante : « Faire l'histoire clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs, et l'étudier spécialement au point de vue thérapeutique. » (De la valeur de 1,000 fr.)

Prix Barbier. — Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr.

Prix Capuron. — L'Académie propose pour sujet de prix : « Du retour de l'utérus à l'état ordinaire après l'accouchement. Applications médico-légales des résultats de cette étude à la détermination du temps depuis lequel une femme est accouchée. » (De la valeur de 1,500 fr.)

Prix Godard. — Ce prix, accordé au meilleur travail sur la pathologie externe, sera de 1,000 fr.

Prix Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis à ce concours les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. (De la valeur de 1,000 fr.)

Prix Lefèvre. — La question posée par le testateur est celle-ci : « De la mélancolie. » (De la valeur de 2,000 fr.).

Prix d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, pendant cette cinquième période (1863 à 1868), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans, au traitement des autres maladies des voies urinaires. (De la valeur de 8,000 fr.).

Prix Rufz Lavison. — La question posée par le fondateur est ainsi conçue : « Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. »

Ce prix pourra être décerné à la séance générale de 1870.

Comme pour les autres prix que décerne l'Académie, les médecins français et étrangers seront admis à ce concours. (De la valeur de 2,000 fr.).

(Nous renvoyons le programme des prix proposés pour l'année 1870, au prochain numéro.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Baud, ancien médecin-inspecteur des eaux minérales de Contrexéville, est nommé médecin du dispensaire de salubrité publique, en remplacement de M. Piétri, promu médecin en chef de ce service.

— La Société de médecine pratique vient de procéder au renouvellement annuel de son bureau. Ont été élus : *Président*, M. Mattei; *1er vice-président*, M. Mallez; *2e vice-président*, M. Josias; *secrétaire général*, M. Legrand du Saulle; *secrétaire des séances*, M. Léon Duchesne; *secrétaire adjoint*, M. Allix; *trésorier*, M. Caron.

Agenda formulaire des Médecins-Praticiens et Carnet de poche réunis, pour 1869. L'AGENDA-FORMULAIRE est augmenté cette année d'un *Précis de Jurisprudence médicale*. Le texte de cette partie nouvelle a été revu par un des hommes les plus compétents dans la matière, M. le docteur DEVERGIE. Nous rappelons que cet Annuaire contient : 1° un *Dictionnaire de pathologie et de thérapeutique*, avec 500 formules, mises en regard des maladies qui en réclament l'emploi; 2° un *Précis de l'art des accouchements*; 3° des rapports complets en matière de médecine légale; 4° un *Précis de jurisprudence médicale*; 5° l'*Analyse des urines*; 6° des renseignements divers, tels que : Adresses de tous les médecins de Paris, le personnel des Écoles de médecine, des hôpitaux, etc. Ont collaboré : MM. Blache (*Maladies des enfants*); Devergie (*Jurisprudence médicale*); Gibert (*Maladies de la peau*); Sichel (*Maladies des yeux*); Ricord et Calvo (*Maladies vénériennes*); Grassi (*Asphyxies, Empoisonnements*); Hatin et E. Verrier (*Accouchements*); Durand-Fardel (*Eaux minérales*); et A. Bossu (*Thérapeutique, formulaire*),

PRIX DIVERS DES AGENDAS RELIÉS ET NON RELIÉS

Broché, avec couverture imprimée	1 fr.	75
N° 1. Reliure chagrin doré sur tranche, poche intérieure, fermant au crayon	3	»
N° 2. Reliure *id.* à portefeuille	3	50
N° 3. Le même, avec trimestres mobiles	4	»
N° 4. Reliure *id.* forme serviette, trimestres mobiles	5	»
N° 5. Reliure *id.* poche en soie, portefeuille, petite trousse à passettes élastiques	6	»
N° 6. Le même, avec trimestres mobiles	7	»
N° 7. Reliure, *id.*, poche, portefeuille, petite trousse, trimestres mobiles, etc.	8	»
N° 8. Le même, avec fermoir en maillechort, etc.	9	»
Cahier plein, doré sur tranche	2	50
Cahier avec trimestres mobiles, recouvert en soie	3	»

NOTA. — Ces deux cahiers s'adaptent à toutes couvertures d'agendas ou portefeuilles.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 18 décembre 1868.

RAPPORT GÉNÉRAL

sur les prix décernés par l'Académie de médecine,

Par M. DUBOIS (d'Amiens), secrétaire perpétuel.

Messieurs,

L'Académie se plaît à déclarer, chaque année, qu'elle place au nombre de ses plus belles attributions, ou plutôt de ses premiers devoirs, la mission que lui a conférée le gouvernement, de l'éclairer sur tout ce qui concerne la santé publique, et particulièrement sur le développement et la marche des épidémies en France. Mais en procédant à cette enquête, l'Académie ne se borne pas à constater quelle est l'étendue du mal et son degré de gravité, elle recherche en même temps, de concert avec les praticiens des départements, les causes de ces différentes épidémies, les conditions locales qui paraissent les entretenir, puis elle indique, autant qu'il est en elle, par quels moyens on peut conjurer le mal et en prévenir le retour.

L'Académie doit s'empresser de le reconnaître : la santé publique, dans le cours de l'année dernière, paraît s'être notablement améliorée sur tous les points de la France. Si l'on en excepte, en effet, les invasions d'un mal toujours venu du dehors, et trop souvent au-dessus des ressources de l'art, les épidémies n'ont plus la gravité et la persistance qu'elles offraient en d'autres temps; et nous pouvons ajouter que de nos jours, ces épidémies autrefois si multiples, paraissent se montrer dans les diverses localités sous la forme d'un seul et même ordre de fièvres, qu'on désigne sous le nom de fièvres typhoïdes : de sorte qu'on pourrait les considérer comme un mal d'origine indigène.

On les retouve, en effet, presque toujours avec les mêmes caractères, aussi bien dans nos campagnes que dans nos villes. Et cette fois encore, la Commission, par l'organe de son rapporteur, M. Briquet, les considère comme un véritable fléau pour nos populations. Endémiques dans certains arrondissements, elles se voient transitoirement dans d'autres. Les médecins des épidémies ont, comme toujours, fait preuve d'un véritable dévouement pour en atténuer les effets, et l'Académie s'est empressée de récompenser leur zèle.

Nous venons de dire que, de nos jours, l'Europe n'est plus décimée par les épidémies meurtrières qui, en d'autres temps, étaient l'effroi des populations. Il en était une surtout qui, importée en Egypte vers la fin du septième siècle, puis en Espagne, en Italie et en France, avec une violence inouïe, rebelle à toutes mesures préventives, s'était prolongée jusqu'à la fin du dix-huitième siècle. On pense bien que nous voulons parler de la variole. Tout au plus avait-on pu en modérer les effets par le procédé désigné sous le nom d'*inoculation*, lorsque la découverte de Jenner est venue nous donner les moyens, non pas de guérir la maladie, mais, ce qui vaut mieux, de la prévenir.

Qui pourrait croire aujourd'hui que, dans l'impossibilité de nier la réalité de cette découverte, on ait voulu en ravir l'honneur à Jenner, et que ce sont ses compatriotes qui ont été jusqu'à lui contester cette gloire.

La France, nous pouvons le dire, a été plus juste; loin de chercher à amoindrir la gloire de Jenner, elle l'a sanctionnée et la sanctionne chaque année, par l'intermédiaire de notre Académie, en appelant les récompenses du Gouvernement sur ceux qui se livrent avec le plus de succès à la pratique des vaccinations; — soit que dans le nombre il se trouve des docteurs en médecine, des officiers de santé, ou même de simples sages-femmes.

C'est sans doute à l'accomplissement de ces devoirs qu'il faut attribuer la diminution notable des épidémies de variole en France dans le cours de ces dernières années, diminution sur laquelle a insisté avec juste raison l'habile directeur du service de la vaccine, M. Depaul.

Il a fait connaître, dans son rapport à M. le Ministre de l'agriculture et du commerce, que l'Académie s'est véritablement tenue à la hauteur de la mission qui lui est confiée. Outre les 4,318 vaccinations qu'elle a pratiquées dans le cours de l'année dernière et dans son local, elle s'est efforcée de répandre les bienfaits de la vaccine dans toute la France et jusque dans les colonies.

Disons maintenant que si la médecine est quelquefois comme désarmée quand elle est prise à l'improviste par certaines épidémies, il n'en est pas de même de quelques endémies qui se trouvent pour ainsi dire presque toujours à l'étude.

On sait, en effet, que les endémies sont pour la plupart constituées par des maladies chroniques; or, les médecins trouvent, pour bon nombre d'entre elles, une ressource dans les établissements d'eaux minérales, qui forment véritablement une des richesses de la France.

Ces eaux, il faut le dire, ont été trop longtemps méconnues et négligées, et cependant il en est qui déjà étaient fréquentées dans l'antiquité. Mais pour les temps modernes, il faut arriver au siècle de Louis XIV pour voir ces eaux devenir l'objet de quelque attention de la part du Gouvernement, et encore était-ce quand il s'agissait de la cure de maladies dont les princes étaient atteints.

Nous voyons, en effet, que si Fagon s'occupe un moment des Eaux-Bonnes et des eaux de Baréges, c'est dans l'espoir qu'elles pourraient contribuer à la guérison de la fistule à l'anus dont souffre Louis XIV.

Chirac, de son côté, s'occupe un peu plus tard des eaux de Balaruc, mais c'est dans le but de soulager le Régent qui souffre des suites d'une ancienne blessure assez grave.

Aujourd'hui, des intérêts véritablement généraux préoccupent le Gouvernement à l'endroit des eaux minérales; des services publics ont été organisés à chaque source, et l'intervention de l'Académie est annuellement réclamée. C'est elle qui est chargée de contrôler ces services.

M. Devergie, rapporteur de la Commission des eaux minérales pour cette année, a montré comment l'Académie s'acquitte en cela de ses devoirs. En effet, dans un savant historique, il a montré quels ont été les progrès accomplis depuis le commencement de ce siècle, progrès auxquels l'Académie a pris une large part, avec l'aide toutefois des médecins préposés aux services de ces établissements, et ce n'est qu'après cet exposé qu'il a appelé sur eux les récompenses du Gouvernement. Et encore ces récompenses n'ont-elles été proposées qu'après un examen consciencieux et approfondi des titres qu'ils avaient à faire valoir.

Mais ce n'est pas tout : en ce qui concerne l'action thérapeutique des eaux minérales, l'Académie ne s'en est pas tenue au contrôle général dont nous venons de parler. Grâce à la fondation d'un prix institué par M. Capuron, l'Académie a pu proposer cette fois une question tout à fait spéciale. Cette question était celle-ci : *Du traitement des affections utérines par les eaux minérales.*

La Compagnie, en appelant l'attention des observateurs sur ce genre de médication, a eu surtout en vue de bien déterminer ce qu'on doit attribuer à ces agents thérapeutiques dans le traitement de ces sortes de maladies.

Cette étude, il faut le dire, n'a guère été sérieusement entreprise que de nos jours. Non pas que les femmes n'aient été envoyées de tout temps aux stations thermales; mais beaucoup d'entre elles n'y allaient guère, il faut le dire, que pour y chercher des distractions, ou dans des vues véritablement chimériques.

Ainsi Louis XIII, en 1632, avait fait réparer les sources de Forges, mais c'était pour y envoyer Anne d'Autriche, et dans l'espoir de faire cesser la stérilité de cette reine.

Les eaux minérales devinrent ensuite tout à fait à la mode (1); les grandes dames y entraînaient une partie de la cour; mais ces belles dames voulaient, avant tout, pour médecins des hommes d'esprit.

Madame de Sévigné était à Vichy, en 1676, soumise au traitement de l'époque. Elle écrit à sa fille : « De peur de m'impatienter, je fais lire mon médecin, qui me plaît; il vous plairait aussi, car il sait vivre. Il m'amuse, il traite la médecine en galant homme, ce qui veut dire, — ajoute assez lestement madame de Sévigné, — qu'il ne la traite pas trop sérieusement. »

Vous comprenez, Messieurs, que nous ne traitons pas ainsi la thérapeutique des eaux minérales, et le programme de l'Académie qui en fait foi a provoqué plusieurs bons mémoires à ce sujet.

Le mémoire couronné par elle est dû à M. Charmasson de Puy-Laval.

La valeur de ce travail, vous a dit M. Jacquemier, est incontestable; il contient plus de quatre-vingts observations, la plupart personnelles. C'est donc un travail très-sérieux, et c'est à ce titre que l'Académie a cru devoir le récompenser. Elle a, en outre, mentionné honorablement les travaux de MM. Garnier et Roubaud.

(1) C'est de cette époque que date le succès des eaux de Vals. Versailles payait alors 12 bouteilles 71 livres 2 sols, et en faisait une énorme consommation. Le cardinal de Fleury, le comte de Cossé et le marquis de Rouillé furent les plus grands patrons de ces sources. N. D. R.)

Nous devons maintenant vous rappeler, Messieurs, que l'Académie, pour décerner annuellement ses récompenses, ne fait tantôt que se conformer aux volontés des testateurs, tantôt elle fixe elle-même les sujets de prix. De ces sujets, il en est qui, parfois, offrent un grand intérêt historique ou doctrinal. Mais ce serait sacrifier les intérêts de la science elle-même, que de s'interdire les questions essentiellement et purement techniques, surtout quand celles-ci se trouvent pour ainsi dire à l'ordre du jour.

Ainsi, l'Académie croit être entrée dans le cœur même de la science, en proposant cette fois, comme sujet de son propre prix, la question suivante : *Des épanchements sanguins dans l'épaisseur des tissus.*

Un seul mémoire a été transmis à l'Académie; il est dû à M. le docteur Fajole, à Saint-Geniez (Aveyron).

Ce mémoire, comme l'a dit le Rapporteur de la Commission, M. Richet, traite d'un sujet des plus intéressants. Il montre, dans son auteur, un confrère incontestablement zélé et instruit. Il a une valeur réelle; c'est au fond une compilation, mais utile et méritoire; en d'autres termes, c'est un résumé des travaux et des observations éparses dans la science, plutôt qu'une œuvre originale. L'Académie se borne donc à une rémunération de la valeur de 1,000 francs, à titre de simple encouragement.

Disons maintenant, Messieurs, que si le programme du prix légué par M. Capuron nous a permis de revenir sur la thérapeutique des eaux minérales, en ce qui concerne certaines maladies, le programme formulé par M. Godard est également conçu dans les idées les plus larges. Il nous permet de récompenser annuellement, tantôt l'ouvrage qui vous a paru le plus important en médecine proprement dite, tantôt celui qui vous a paru exceller en chirurgie.

Le prix fondé par M. Barbier nous permettra aussi, grâce aux modifications que l'Académie a pu apporter au programme du testateur, de rémunérer des travaux de divers ordres, mais concourant au même but.

Cette année, pour le prix Godard, l'Académie avait reçu huit mémoires, dont plusieurs offraient un très-grand intérêt.

La Commission dont le rapporteur était M. Hérard, les a tous étudiés avec le plus grand intérêt, et ses conclusions, adoptées par l'Académie, ont été de partager le prix entre MM. Prévost et Cottard, auteurs du mémoire inscrit sous le n° 8, ayant trait au ramollissement cérébral, et M. Larcher, auteur du mémoire inscrit sous le n° 7, ayant pour sujet la *Pathologie de la protubérance annulaire*, puis d'accorder des mentions honorables à MM. Ancelet, Damaschino et Duboué.

Pour le concours du prix Barbier, l'Académie avait par devers elle dix mémoires; mais sur ces dix mémoires, deux seulement ont dû fixer son attention. Elle a cru devoir accorder une somme de 500 francs comme encouragement à l'auteur de chacun de ces mémoires. Le premier, inscrit sous le n° 3, a pour auteur M. Legros (d'Aubusson), déjà couronné plusieurs fois par l'Académie. Son travail est divisé en trois parties : les deux premières sont les plus importantes; l'une a pour titre : *Recherches et observations sur le traitement de diverses affections scrofuleuses et tuberculeuses;* dans la seconde, l'auteur s'occupe du traitement de l'engorgement des ganglions bronchiques; dans la troisième, enfin, il indique son nouveau mode de suture, pour éviter les cicatrices vicieuses des ulcères scrofuleux.

La Commission, par l'organe de M. Chauffard, son rapporteur, s'est plu à reconnaître le mérite, l'originalité et l'utilité des recherches de M. Legros, dans un sens spécial, et elle y a vu d'heureux efforts tentés contre une des formes réputées incurables de la tuberculose.

Le second mémoire auquel la Commission a proposé d'accorder un encouragement, renferme de nombreuses recherches sur la nosographie et le traitement du choléra épidémique. Ce travail est dû à M. le docteur Jules Besnier, ancien interne des hôpitaux de Paris.

M. Besnier a fait preuve d'un véritable esprit de sagesse et de discernement dans la composition de ce mémoire. Aussi, quoique l'auteur n'ait guère fait que rationaliser pour ainsi dire et légitimer les ressources thérapeutiques employées avant lui, la Commission s'est fait un devoir de proposer à l'Académie de lui allouer, à titre d'encouragement, une somme de 500 francs.

Nous arrivons maintenant au prix fondé par M. Orfila. Ce savant, j'ai déjà eu occasion de le faire remarquer, nous a imposé dans ses programmes des conditions un peu rigoureuses; ainsi, il ne s'est pas borné à indiquer dans quelle partie de la science ou dans quel ordre de faits ces questions pourraient être posées. Il a formulé lui-même la série de celles que nous aurons à proposer jusqu'au vingtième siècle, car les académies ne meurent pas. Or, de ces questions, il en est certainement qui, à raison des progrès de la science, ne pourront plus un jour être proposables.

Cette fois, il en est une qu'un fait imprévu est venu en quelque sorte mettre à l'ordre du jour.

Une de ces causes, qu'on est convenu d'appeler célèbres, a excité parmi nous un grand intérêt : il s'agissait d'une substance fréquemment employée par les médecins, rarement par les empoisonneurs. Nous voulons parler de la digitale, ou plutôt de la digitaline. Il est vrai que le coupable était à la fois médecin et empoisonneur. On comprend que nous voulons parler de l'affaire Lapommeraye, qui est venu réveiller les tristes souvenirs de Castaing et de Palmer, tous les deux médecins, ayant également mis leur science au service des plus criminels desseins.

Deux mémoires seulement ont été envoyés à l'Académie.

Après en avoir pris une connaissance approfondie, et après de longues discussions, la Commission, nous dit le rapporteur M. Gobley, tout en reconnaissant que les concurrents sont dans une bonne voie, a pensé que, pour arriver au but que l'Académie avait indiqué dans son programme, il y aurait eu encore de leur part quelques efforts à faire; elle est donc venu proposer, à l'unanimité, de proroger de deux années le concours pour le prix Orfila; mais elle s'est empressée d'ajouter que le mémoire inscrit sous le n° 2 présente une très-réelle importance, et que si la partie chimique et la partie toxicologique avaient été traitées avec plus de développement, elle n'aurait pas hésité à accorder le prix à son auteur.

J'ai dit plus haut que l'Académie, pour obéir aux mouvements de la science, se trouve parfois obligée de proposer, comme sujets de prix, des questions essentiellement techniques, questions qui, par leur nature, ne peuvent sortir en quelque sorte de l'enceinte de nos écoles; telle, par exemple, que la question des épanchements sanguins dans l'épaisseur des tissus. Mais parfois aussi, l'Académie ne craint pas de proposer de larges et belles questions, dans lesquelles les plus graves problèmes de l'entendement humain doivent être nécessairement étudiés. Ainsi, cette fois, comme sujet du prix fondé par madame de Civrieux, l'Académie a fait en quelque sorte un appel à ceux de nos jeunes savants que de fortes études ont conduits dans le domaine de la psychologie.

On sait qu'en médecine nous entendons par anesthésie la perte de la sensibilité, mais si cette perte constitue dans les maladies un grave accident, elle devient un bienfait lorsque, provoquée, elle a pour effet de supprimer la douleur.

On se souvient que c'est en 1847, dans le sein de cette Académie, que pour la première fois cette belle découverte nous a été communiquée. Un chirurgien distingué, feu Malgaigne, vint le premier à cette tribune proclamer la merveille qu'il venait de vérifier.

Mais ce n'est pas seulement la suppression de la douleur qui vint exciter vivement notre attention. En même temps que les organes sont devenus impassibles, et que tout conflit avec le monde extérieur a cessé, il se développe des phénomènes d'un ordre tout particulier, phénomènes qu'on désigne avec raison sous le nom de *psychologiques*, parce qu'ils émanent d'une source immatérielle, c'est-à-dire du principe que les Grecs désignaient sous le nom de ψυχη.

Voici, du reste, comment l'Académie avait formulé sa question : *Des phénomènes psychologiques, avant, pendant et après l'anesthésie provoquée.*

Deux auteurs ont répondu à son appel.

La Commission n'a pas dû s'occuper du mémoire inscrit sous le n° 2, il ne répondait en aucune manière aux vues de l'Académie. Mais le mémoire inscrit sous le n° 1, qui est dû à M. Lacassagne, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, est un travail généralement bien fait. Les phénomènes psychologiques y ont été l'objet, de la part de l'auteur, d'une étude approfondie.

M. Lacassagne tient surtout à faire savoir que, dans son travail, il a pris partout la physiologie pour guide. Nous ne pouvons en cela que l'approuver; mais a-t-il toujours été fidèle à cette méthode; c'est là ce qui a paru douteux à la Commission.

M. Pidoux, qui en était le rapporteur, a été tout d'abord aux conclusions, et il en a trouvé quelques-unes au moins fort singulières.

L'auteur y établit une sorte de classement, ou, si l'on aime mieux, d'arrangement. C'est pour ainsi dire une pyramide qu'il a édifiée. Au sommet de cette pyramide il place le moi, au-dessous l'instinct et les facultés secondaires, et plus bas encore la moelle épinière.

En un autre lieu, il nous dit que l'agent anesthésique agit tout d'abord sur le moi, puis, par une sorte de contradiction qui le fait rentrer dans l'École matérialiste, il nous assure que l'anesthésique n'agit qu'en s'insinuant entre les pôles des molécules, qu'il écarte, mais que heureusement ceci ne dure pas, et que l'économie finit par s'en débarrasser.

Nous n'insisterons pas sur l'étrangeté de ces propositions.

En un autre endroit, M. Lacassagne compare l'anesthésie à une sorte d'ivresse; nous nous permettrons de remarquer que ce n'est pas à l'homme ivre qu'il faudrait comparer l'homme qui se trouve sous l'influence des anesthésiques. C'est à l'homme halluciné qu'on pourrait le comparer, car il n'a plus que des perceptions confuses, incohérentes et sans objet.

Quand l'anesthésie est complète, le conflit des organes avec le monde extérieur a entièrement cessé.

Le moi ne peut plus trouver dans les organes ainsi impressionnés que des perceptions erronées et fantastiques; et de là, tous les phénomènes que les candidats devaient nous faire connaître, et cela aux diverses époques de leur apparition.

M. Lacassagne, du reste, n'admet pas cette prétendue *unité* qu'on voudrait introduire dans la science; nous ne saurions l'en blâmer, car cette unité nous ramènerait à Spinosa tout aussi bien qu'à Berkeley, et alors il faudrait supprimer ou l'esprit ou la matière, ce qui serait également absurde.

Pour nous, le concours de trois termes est nécessaire à la production des phénomènes de l'intelligence :

Le moi, l'organe et le monde extérieur.

Nous en sommes encore à cette croyance que le moi n'a point la perception directe du monde extérieur; il ne perçoit, suivant nous, que les modifications éprouvées par les organes sous l'influence des agents qui sont en dehors de nous.

Ceci, du reste, est de la pure physiologie. Chacun sait que le moi ne voit pas directement le monde extérieur, mais seulement l'image de ce monde qui se reflète au fond de l'œil. Il en est de même pour l'audition : l'esprit n'entend pas les sons qui se produisent à l'extérieur, il perçoit les vibrations qui se répètent dans l'oreille.

Mais il est temps de nous arrêter sur ce point, car ceci deviendrait une discussion.

M. Lacassagne, dont nous ne pouvons analyser ici tout le travail, a fait preuve d'un esprit parfois sagace et s'est souvent montré bon observateur. La Commission a donc proposé de le récompenser en lui accordant, non pas le prix, mais une récompense de 600 francs.

Le sujet était délicat, hérissé certainement de bien des difficultés, le rapporteur en est convenu lui-même, car il l'avait parfaitement étudié.

Il s'est déclaré hautement spiritualiste, c'était nécessaire, et nous l'en félicitons, car nous sommes convaincus que son spiritualisme comme le nôtre, ne relève ni de l'autorité, ni de la tradition, mais de la science.

C'est-à-dire de la contemplation de ce qui se passe en nous et hors de nous. Ajoutons qu'en considérant les choses à ce point de vue, nous aussi nous pouvons nous dire *libres penseurs*, car notre esprit se trouve ainsi dégagé du joug de l'autorité et des liens de la matière.

HOPITAL NECKER. — M. Desormeaux (1).

Spina-ventosa du péroné.

La nommée B... (F.), âgée de 36 ans, entre à l'hôpital Necker, le 4 novembre 1868, salle Sainte-Marie, n° 13, pour une tumeur de la jambe droite.

La malade a commencé, au mois de mars 1866, à ressentir de vives douleurs, sous forme d'élancements, à la partie supérieure et externe de la jambe droite. Au mois d'août suivant, la malade découvrit, dans le point douloureux, une tumeur dure, du volume d'une noisette. Il résulte des détails qu'on obtient de la malade que cette tumeur avait son siége au tiers supérieur du péroné. Cette tumeur fit peu de progrès jusqu'au mois de mars 1868. Dans cette intervalle, la malade devint enceinte, et, pendant toute la durée de la grossesse (du mois d'avril 1867 au 4 janvier 1868), la tumeur, qui jusque-là était le siége de vives douleurs, devint complétement indolente et resta stationnaire. Ce ne fut que deux mois après l'accouchement, au mois de mars 1868, que la tumeur augmenta d'une manière évidente et redevint douloureuse.

Le 27 mai 1868, la malade se présenta à la consultation; mais ne voulut pas entrer à l'hôpital. A ce moment, la tumeur avait déjà acquis un volume considérable; la peau qui la recouvrait était saine; elle n'était pas douloureuse à la pression; mais elle était, par moments, le siége d'élancements, de pincements, de tiraillements extrêmement douloureux, surtout pendant la nuit.

Le volume de la tumeur augmentant rapidement, la malade se décide à entrer à l'hôpital, le 4 novembre 1868.

A ce moment, la tumeur occupe presque toute la circonférence du membre, ne laissant libre que le tibia, et faisant saillie surtout dans la région externe et postérieure. La peau qui la recouvre présente des plaques violacées, sillonnées par des capillaires dilatés. Les veines cutanées sont également le siége d'une dilatation considérable, qui s'étend assez loin dans les régions voisines. Cette dilatation date du mois d'août dernier. La consistance de cette tumeur est presque partout élastique, excepté dans le point le plus saillant, où elle offre une mollesse qui donne presque la sensation de fluctuation.

Dans différents points, on trouve à sa surface des plaques d'une dureté osseuse. Elle n'est pas douloureuse à la pression; mais elle est le siége de violentes douleurs spontanées. Elle s'étend de haut en bas, depuis l'angle inférieur du creux poplité jusqu'au niveau de la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur de la jambe. Son volume entier peut être comparé à celui d'une tête d'adulte. On peut assez facilement isoler par le toucher les bords intérieur et interne du tibia, qui ne paraît pas participer à la lésion. Les ganglions du creux proplité et du pli de l'aine sont sains.

Depuis plusieurs mois, la malade avait le pied engourdi et presque paralysé, au point de ne plus sentir le sol en marchant. Deux mois avant l'entrée à l'hôpital, la marche devint complétement impossible.

Depuis le mois d'août, la malade a subi un amaigrissement considérable; l'appétit s'est pourtant conservé. La face est pâle, mais n'offre pas la teinte caractéristique de la cachexie cancéreuse. Dans les deux derniers mois, il y a eu de fréquents accès de fièvre, surtout le soir.

Comme antécédents, la malade a eu la fièvre typhoïde à 21 ans, et a fait, en 1853, une chute sur la jambe droite; mais il n'en est pas résulté de fracture, et la marche n'a pas été interrompue; il n'en est résulté aucune douleur persistante.

Du 4 au 10 novembre, la tumeur augmente rapidement de volume; son diamètre horizontal s'accroît de deux centimètres, et son extrémité supérieure s'élève en arrière, jusqu'au niveau de la ligne interarticulaire.

On diagnostique un *spina-ventosa* de nature colloïde ou fibro-plastique.

En raison de l'accroissement rapide de la tumeur, il n'était pas possible de retarder l'opération sans s'exposer à amputer le membre dans un point plus élevé, et M. Desormeaux pratique l'amputation de la cuisse au tiers inférieur, le 10 novembre 1868.

Examen de la tumeur.

La jambe fut disséquée le même jour.

Afin de conserver exactement les rapports de la tumeur avec le tibia et le péroné, on en fit la section oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans, en sorte que les os de la jambe furent sciés tous les deux verticalement en deux parties à peu près égales. Au moyen de cette section, on remarque que le péroné a été primitivement envahi, car toute la moitié supérieure est détruite. Il reste cependant à la partie supérieure une portion osseuse, qui semble être la tête du péroné, ayant subi une augmentation de volume.

La tumeur adhère au tibia; mais elle peut facilement en être séparée; puis en se reportant en arrière, elle refoule les muscles, ainsi que cela se constate par la dissection. La tumeur est dure et présente des incrustations calcaires dans sa partie profonde, du côté du tibia; mais à la superficie, elle est ramollie dans une étendue peu considérable, ainsi qu'on l'avait déjà remarqué avant l'amputation.

Les incrustations calcaires de la partie dure se sentent nettement au toucher et encore mieux lorsqu'on y introduit la pointe du bistouri. Les portions dures que l'on sentait à travers la peau sont pour la plupart des portions de la tumeur renfermant une plus grande quantité de sels calcaires. Nous avons examiné au microscope diverses parties de la tumeur, et nous y avons trouvé tous les éléments qui caractérisent une tumeur fibro-plastique.

En même temps, nous avons fait prier le docteur Ranvier de vouloir bien examiner plusieurs parties de la tumeur, et cet histologiste a étudié des parties dures et des parties molles de la tumeur, ainsi que différentes rondelles osseuses du tibia et du péroné avec le tissu qui y adhérait. Voici la note qu'il a eu l'obligeance de nous communiquer :

Dans les fragments qui nous ont été apportés, on reconnaît l'existence d'un tissu formé par des cellules fusiformes, réunies de manière à constituer des faisceaux qui s'entrecroisent suivant différentes directions; au milieu de ce tissu, existe de l'infiltration calcaire sous forme de traînées ou d'aiguilles.

On constate aussi l'existence de quelques îlots cartilagineux peu étendus, qui subissent eux-mêmes presque tous l'infiltration calcaire.

Les fragments osseux du tibia et du péroné sont infiltrés d'un tissu en tout semblable aux masses périphériques.

Sarcôme fasciculé du périoste et du peroné infiltré de sels calcaires, avec petits îlots cartilagineux, reconnaissant pour cause une fracture?

Synonymie. — Tumeur fibro-plastique. Sarcôme fibroïde recurring de Paget.

(1) Lu à la Société de chirurgie dans la séance du 18 novembre.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE (1)

Séance publique annuelle du 15 décembre 1868.

Présidence de M. Ricord.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1870.

Prix de l'Académie. — L'Académie propose pour question : « Des épanchements traumatiques intra-crâniens. » (De la valeur de 1,000 fr.).

Prix Portal. — La question proposée est ainsi conçue : « De l'état des os, notamment des vertèbres, dans le cancer des viscères. » (De la valeur de 1,000 fr.).

Prix Civrieux. — La question suivante est mise au concours : « Les névroses peuvent-elles être diathésiques ? S'il existe des névroses diathésiques, indiquer les caractères spéciaux que chaque diathèse imprime à chaque névrose. » (De la valeur de 800 fr.).

Prix Barbier. — Ce prix est de la valeur de 3,000 fr.

Prix Capuron. — L'Académie propose pour sujet de prix : « Des phénomènes précurseurs et concomitants de la sécrétion lactée. » (De la valeur de 1,000 fr.).

Prix Godard. — Ce prix accordé au meilleur travail sur la pathologie interne, sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Orfila. — L'Académie met de nouveau au concours la question suivante : « De la digitaline et de la digitale. Isoler la digitaline; rechercher quels sont les caractères chimiques qui, dans les expertises médico-légales, peuvent servir à démontrer l'existence de la digitale et celle de la digitaline. Quelles sont les altérations pathologiques que ces substances peuvent laisser à leur suite dans les cas d'empoisonnement? Quels sont les symptômes auxquels elles peuvent donner lieu? *Jusqu'à quel point* et dans *quelle mesure* peut et doit être invoquée l'expérimentation des matières vomies sur les animaux, de celles trouvées dans l'économie, ou des produits de l'analyse, comme *indice* ou comme *preuve* de l'existence du poison et de l'empoisonnement? » (De la valeur de 6,000 fr.

Prix Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. (De la valeur de 2,700 fr).

Prix Rufz de Lavison. — La question posée par le fondateur est

(1) Voir notre numéro de jeudi dernier.

ainsi conçue : « Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. »

Ce prix pourra être décerné à la séance générale 1870.

Comme pour les autres prix que décerne l'Académie, les médecins français et étrangers seront admis à ce concours. (De la valeur de 2,000 fr.).

Prix d'Ourches (Extrait du testament). — « Je veux qu'il soit prélevé sur les valeurs de ma succession une somme de 25,000 fr., destinée, dans les conditions ci-après énoncées, à la fondation de deux prix, savoir :

« 1° Un prix de 20,000 fr. pour la découverte d'un moyen simple et vulgaire de reconnaître d'une manière certaine et indubitable les signes de la mort réelle; la condition expresse de ce prix, est que le moyen puisse être mis en pratique, même par de pauvres villageois sans instruction.

« Un prix de 5,000 fr. pour la découverte d'un moyen de reconnaître d'une manière certaine et indubitable, les signes de la mort réelle, à l'aide de l'électricité, du galvanisme, ou de tout autre problème exigeant soit l'intervention d'un homme de l'art, soit l'application de connaissances, l'usage d'instruments ou l'emploi de substances qui ne sont pas à la portée de tout le monde.

« Les sommes destinées à ces prix feront retour à ma succession dans le cas ou, pendant cinq ans, à dater du jour de l'acceptation, l'un ou l'autre des prix, ou aucun d'eux, n'aura pu être décerné. »

Prix Saint-Lager (extrait de la lettre du fondateur). — « Je propose à l'Académie impériale de médecine une somme de 1,500 fr. pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goitreuse. »

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1869 devront être envoyés, sans exception aucune, à l'Académie, avant le 1er mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresse des auteurs.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Toutefois, les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Godard, Barbier, Amussat et d'Ourches, sont exceptés de cette dernière disposition.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 25 novembre 1868. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Monteils (de Mende), membre correspondant, adresse à la Société plusieurs observations intéressantes.

I. **Cancer de la verge.** — L'amputation de la verge a été faite en un seul temps avec un couteau à amputation. Puis, le chirurgien a incisé l'urèthre à sa partie inférieure, a renversé la muqueuse et l'a maintenue par deux points de suture. Le résultat de cette opération a été très-satisfaisant.

II. **Cancer à marche aiguë.** — M. Monteils fait connaître deux cas de cancer à marche très-rapide.

L'un des malades était affecté de cancer cutané de la joue, de l'aile du nez et de la paupière inférieure du côté gauche. L'autoplastie par déplacement d'un lambeau frontal fut pratiquée. La guérison parut obtenue et se maintint pendant deux mois. Au bout de ce temps la récidive eût lieu dans le globe oculaire et la mort arriva très-rapidement.

Chez un autre malade, il s'agissait d'un cancer épithélial de la langue. La cautérisation avait été employée plusieurs fois infructueusement. M. Monteils enleva la tumeur à l'aide de l'écraseur linéaire. La guérison parut certaine pendant deux mois; mais bientôt la récidive avait lieu dans les ganglions sous-maxillaires du côté gauche, et le malade mourait rapidement.

M. Monteils fait remarquer que, dans ces deux derniers cas, si l'on retranche de la durée totale du mal la durée de temps de la guérison apparente, on trouve que le cancer épithélial de la face a été mortel au bout d'un an, et celui de la langue au bout de sept mois.

DISCUSSION.

Hypertrophie de l'utérus.

M. Tillaux. Je désire répondre en quelques mots aux observations qu'ont bien voulu faire plusieurs de mes collègues sur ma communication.

L'hypertrophie générale de l'utérus, que je vous ai présentée, soulève, à mon avis, trois questions :

1° M'adressant à nos collègues qui s'occupent plus spécialement d'accouchements et de maladies utérines, je leur ai demandé si l'hypertrophie générale de l'utérus, portant sur le corps et le col, ne constituait pas, en dehors de la grossesse, une lésion extrêmement rare;

2° Faut-il ranger ce fait parmi les hypertrophies symptomatiques, puisqu'il existait, en même temps que l'hypertrophie, un corps fibreux inclus dans une des lèvres du col, ou bien n'y a-t-il là qu'une coïncidence; devons-nous conclure à une hypertrophie essentielle?

3° Le symptôme qui nous a si vivement frappé, c'est-à-dire la variation périodique dans le volume de la tumeur, peut-il être considéré comme spécial à l'hypertrophie utérine?

Ces diverses questions ne me paraissent pas avoir été résolues dans la dernière séance. M. Desprès a donné de la pathogénie et de la symptomatologie de la tumeur une explication qui n'est pas acceptable.

Pour lui, les choses se seraient passées de la manière suivante : le corps fibreux bouchait l'orifice de l'utérus et formait obstacle à l'écoulement des règles, qui, à chaque époque menstruelle, s'accumulaient dans la cavité utérine, la matrice, se contractant fortement pour vaincre cet obstacle, a fini par s'hypertrophier.

Il explique ainsi et les variations périodiques dans le volume et l'hypertrophie, qui est pour notre collègue symptomatique de la rétention du sang menstruel dans la cavité utérine.

Un certain nombre de raisons m'empêchent d'admettre cette explication.

Et d'abord, le sang coulait très-facilement, trop facilement même, puisque la malade avait des pertes abondantes.

Le corps fibreux oblitérait si peu l'orifice de la matrice, que j'ai pu, sans aucune difficulté, pratiquer le cathétérisme utérin avec une grosse sonde en gomme élastique.

La malade n'avait jamais éprouvé de douleurs expulsives, ce qui serait arrivé si l'utérus se fût péniblement débarrassé de son contenu.

L'hypothèse d'un épanchement de sang dans la cavité utérine ou dans une poche accidentelle avait été émise durant la vie de la malade et rejetée pour la raison suivante : c'est que l'augmentation de volume était telle, qu'il eût fallu un litre au moins de sang pour la produire. Or si une telle hémorrhagie eût eu lieu, la malade, loin d'éprouver une amélioration notable à ce moment, eût présenté les signes ordinaires des hémorrhagies internes.

J'ajoute que si le phénomène a été obscur durant la vie, il ne l'est plus en présence de la pièce anatomique.

L'utérus, traversé en tous sens par de gros sinus veineux, ressemble à une véritable éponge. Il ne peut y avoir doute; pour ceux qui ont vu la pièce, les variations de volume étaient manifestement le résultat de la congestion utérine.

M. Desprès. Depuis la dernière séance, j'ai consulté les ouvrages des auteurs que j'avais cités. Dans le mémoire de M. Puech, j'ai lu l'observation d'une malade chez laquelle il existait une atrésie du col et un écoulement difficile des menstrues. L'incision du col fut pratiquée et la jeune fille se maria. Au bout de quelque temps, l'atrésie reparut, et avec elle les écoulements de sang plus ou moins incomplets. A la suite d'une troisième opération, la malade succomba, et M. Trumet de Fontarce pût pratiquer l'autopsie. Il existait un rétrécissement notable à l'union du corps avec le col de l'utérus. On pût constater l'existence de deux cavités, une grande au niveau du corps et une petite au niveau du col. Chez cette femme, l'utérus était notablement augmenté de volume.

Chez la malade dont je viens de retracer l'histoire, il existait un obstacle à la jonction du col avec le corps de l'utérus, et cette disposition s'observait aussi chez la malade de M. Tillaux; on comprend donc que chez cette dernière une hypertrophie se soit établie lentement, progressivement.

Je n'hésite pas à maintenir ma première opinion. Je voudrais savoir si la malade a présenté des règles douloureuses dès le jeune âge; s'il en avait été ainsi, on comprendrait facilement le développement lent et successif de l'hypertrophie.

M. Tillaux pense que le développement intermittent de l'utérus était dû à l'accumulation du sang dans les veines volumineuses qu'il nous a montrées; mais rien ne prouve ce qu'il avance.

Dans ce cas, l'hypertrophie a été due aux règles difficiles et à la présence du corps fibreux.

M. Chassaignac. Si j'avais eu l'honneur d'être consulté par M. Tillaux, pendant la vie de sa malade, j'aurais songé immédiatement à l'existence d'un corps fibreux. Dans le cas de corps fibreux, j'ai vu en effet quelques-uns de ces accidents de l'époque pré-menstruelle, et ces accidents embarrassent beaucoup les chirurgiens.

Une dame, qui était soumise à l'observation de notre regretté confrère le docteur Marcé, de Nantes, voyait survenir, dans la période qui précédait l'époque de ses règles, un développement considérable de l'utérus; puis, au bout de quelque temps, une perte abondante avait lieu et tout rentrait ensuite dans l'état normal.

Ces phénomènes s'étant renouvelés à plusieurs reprises, la malade allait de mal en pis. Elle me fut alors adressée, et je fus témoin de l'une de ses crises. L'utérus devint gros, un peu douloureux, puis survint une perte abondante.

MM. Cruveilhier et Velpeau furent appelés en consultation. Le diagnostic ne fut pas précisé, et on résolut d'attendre une nouvelle crise. A la première période menstruelle, je pus introduire mon doigt dans l'utérus et sentir un corps fibreux, dont l'existence n'avait pas été soupçonnée.

Plus tard, le corps fibreux tomba en gangrène, fut éliminé par lambeaux et la malade guérit.

Les cas qui se rapprochent de celui-là et de celui de M. Tillaux sont encore trop rares pour que l'on ait la prétention d'en donner une description dogmatique.

Je crois qu'entre le fait de M. Tillaux et le mien, il y avait analogie, sous ce rapport que dans les deux cas, il existait un corps fibreux de l'utérus; mais le siége de ce corps fibreux était différent.

Je pense que chez ma malade, il n'existait pas une hypertrophie pareille à celle que l'on a pu observer sur la pièce qui nous a été présentée par notre collègue.

Je ne puis me ranger à l'opinion défendue par M. Desprès. Pour expliquer le développement de l'hypertrophie, j'attache plus d'importance à la présence du corps fibreux qu'à la rétention des menstrues.

M. Guéniot. M. Desprès insiste tellement sur son opinion et je suis si peu disposé à l'admettre, que je veux encore vous soumettre quelques observations.

Je veux d'abord vous rappeler que l'hypertrophie que vous avez eue sous les yeux était en dehors de toute proportion avec ce que nous observons habituellement. Nous savons que l'utérus hypertrophié physiologiquement, au terme de la grossesse, pèse à peine 1,000 grammes, tandis que la matrice qui nous a été présentée pesait le double.

J'admets bien que s'il existait une hypertrophie légère, comme on le voit souvent à la suite du développement des corps fibreux, on pourrait accuser, pour l'expliquer, l'atrésie du canal cervical, la difficulté que le réservoir aurait à expulser son contenu; mais la disproportion qui existe entre l'hypertrophie et les causes invoquées pour son développement rendent cette manière de voir inadmissible.

M. Desprès paraît embarrassé pour expliquer l'augmentation considérable de la matrice qui précédait l'écoulement sanguin; il pense que la matrice diminuait parce que le sang s'écoulait au dehors. Il ne se passait là cependant qu'un phénomène physiologique, pour ainsi dire exagéré. A l'époque menstruelle, la congestion de la matrice et de ses annexes n'arrive pas en même temps que l'écoulement sanguin. Celui-ci est pour ainsi dire critique, il correspond à l'époque où la congestion tend à diminuer.

M. Desprès pense que les veines énormes que nous avons eues sous les yeux n'étaient pas capables, même lorsqu'elles étaient distendues, de produire l'augmentation de volume de la matrice qui a été observé. Eh bien! je pense qu'un utérus dans l'état où se trouvait celui mis sous nos yeux par M. Tillaux peut parfaitement être assimilé à un tissu érectile; or l'on sait quelle disproportion, quant au volume, existe dans ce tissu pendant l'état de congestion et hors de cet état.

M. Tillaux demande si l'on doit attacher de la valeur au signe tiré de l'augmentation et de la diminution du volume de l'utérus.

Oui, assurément, il faut attacher de l'importance à ce signe. On ne peut, en effet, le rencontrer que dans deux circonstances : dans le cas de rétention des règles ou dans celui de développement considérable du tissu veineux et, par suite, du tissu musculaire de l'utérus.

Ceci admis, ce signe acquiert une très-grande valeur diagnostique.

M. Tillaux. Si M. Desprès avait vu la malade, il croirait volontiers à la congestion, et il ne soutiendrait pas qu'il s'agit simplement là d'une réplétion de la cavité du corps de la matrice. D'ailleurs la capacité de cette cavité était très-peu considérable.

Je crois que le fait de M. Chassaignac présente avec le mien de grandes analogies; seulement, il a assisté à la période de début, tandis que j'ai vu la maladie à une période très-avancée.

M. Desprès. M. Tillaux m'a fourni un des meilleurs arguments qu'il me soit possible d'invoquer, en me disant que depuis dix ans la tumeur augmentait. La tumeur a pris naissance, parce que depuis longtemps les règles étaient difficiles.

M. Trélat. MM. Bernutz et Goupil ont consacré dans leur livre un long article à la rétention des règles. Ils n'indiquent pas l'opinion soutenue par notre collègue. A-t-il la démonstration que toutes les fois qu'il y a eu rétention des règles, il y ait eu hypertrophie consécutive?

M. Tarnier. M. Tillaux nous a fait voir une hypertrophie considérable de l'utérus. Voilà le fait incontestable, indéniable.

Il existe un second fait intéressant, c'est l'augmentation et la diminution alternative de l'utérus. Quelle valeur faut-il accorder à ce symptôme? voilà ce que nous a demandé notre collègue, et l'on a peu répondu à sa demande.

Pour M. Desprès, c'est un signe de la rétention des règles.

Quant à moi, je me rapproche de l'opinion de M. Guéniot, je crois qu'il s'agit surtout d'une congestion.

Mais il ne faut pas voir là un symptôme nouveau, inconnu; c'est un fait qui a été observé par tous ceux qui se sont occupés de maladies utérines.

On sait qu'à l'époque menstruelle, l'utérus se congestionne et quelquefois cette congestion détermine une notable augmentation de volume de l'organe qui peut doubler.

Une jeune fille vint me trouver, il y a quelques années, en me demandant si une jeune fille pouvait avoir une maladie de l'utérus. Je la touchai et trouvai le col ramolli. Le fond de l'utérus atteignait presque le niveau de l'ombilic. Je pensai à l'existence d'une grossesse. Mais des règles abondantes étant venues, la tuméfaction de l'utérus disparut; puis elle reparut de nouveau, pour cesser ensuite. Ces alternatives se reproduisirent un certain nombre de fois.

Depuis cette époque j'ai vu chez des jeunes filles ou des femmes mariées un grand nombre d'exemples analogues.

Ces jours derniers, j'ai observé un fait à peu près semblable à celui que je viens de rapporter.

Ces exemples démontrent d'une façon bien certaine que tous les mois, il y a congestion de l'utérus, et cette congestion est d'autant plus grande, que l'utérus est déjà plus volumineux.

Je suis convaincu que les phénomènes observés par M. Tillaux étaient dus à la congestion qui avait lieu tous les mois à l'époque des règles.

On doit noter, en outre, que l'utérus peut augmenter de volume sous l'influence des rapprochements sexuels, sous l'influence aussi de causes pathologiques, en un mot sous d'autres influences que les époques menstruelles.

Ces congestions intermittentes peuvent quelquefois devenir permanentes, et pour interpréter l'augmentation de volume de l'utérus, il faut tenir compte de la congestion.

L'utérus de la malade de M. Tillaux est comparable à l'utérus d'une femme qui viendrait d'accoucher; et le volume de l'utérus n'est pas très-éloigné de ce qu'il peut être après un accouchement, en effet, contre l'avis de M. Guéniot, je pense qu'après l'accouchement, on peut voir des utérus qui atteignent le poids de 1,4000, 1,500 grammes et plus.

Reste la question de la tumeur fibreuse et du rôle de celle-ci par rapport aux accidents observés.

Je crois qu'il n'y a là qu'un simple fait de coïncidence, et je ne puis pas admettre qu'il ait existé une gêne de la menstruation par obstacle.

M. Depaul. Je n'avais pas assisté au commencement de la communication de M. Tillaux, et je suis étonné que l'on discute autant sur ce fait qui d'ailleurs, je l'avoue, est intéressant.

Je suis étonné qu'on ait l'air de donner comme nouveau le fait de l'augmentation de la matrice aux époques menstruelles.

Mais dans le cas actuel, il ne s'agit pas de cette augmentation périodique, il s'agit d'une maladie rare, exceptionnelle, et qui n'a aucun rapport avec le fait que j'ai rapporté dans la dernière séance.

Il est en effet tout à fait exceptionnel de voir ce qui existe sur la pièce de M. Tillaux, des sinus tellement larges, qu'ils formaient de véritables lacs au milieu du tissu de la matrice. Il existait là un véritable état variqueux des veines de l'utérus.

Cette maladie n'a rien à faire avec le corps fibreux, sur lequel insiste tant M. Desprès. C'est là, je le répète, une observation tout à fait exceptionnelle; car nous n'avons vraiment pas affaire à une hypertrophie de la matrice; dans la véritable hypertrophie, en effet, les vaisseaux de l'utérus ne prennent pas ce développement.

M. Desprès. Je vois une cavité dans l'utérus et un corps fibreux à l'orifice du col; je constate une augmentation de volume de la tumeur, lorsqu'il ne coule rien; une diminution, quand il y a des pertes.

Depuis dix ans, la malade avait des règles pénibles, douloureuses. S'il n'y a pas de faits isolés, je ne puis m'empêcher de comparer cette hypertrophie utérine aux hypertrophies du réservoir urinaire, suite de dysurie.

S'il y a, au contraire, des faits isolés, on peut admettre que la pré-

sence d'un corps fibreux cause l'hypertrophie, sans qu'on puisse en expliquer le mécanisme.

Mais alors, l'explication est simplement la constatation du fait. Pour ma part, je ne saurais me contenter de cette raison. Si j'avais vu la malade de M. Tillaux, peut-être je trouverais des signes capables de confirmer mon opinion sur ce fait d'hypertrophie utérine.

M. Forget. M. Desprès ne tient pas compte d'un des éléments les plus importants du problème. Il admet l'existence d'une cavité où le sang se serait accumulé, et en réalité cette cavité n'existait pas.

LECTURE.

M. Laurent, interne des hôpitaux, donne lecture d'un travail intitulé :

Plaie de l'artère poplitée. Ligature des deux bouts. Phlegmon diffus. Mort.

Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Le Fort.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

262. Joly. Quelques expériences sur le péritoine des animaux.

263. Bruté (C.). Étude clinique sur les différentes formes et les complications de la phthisie pulmonaire au point de vue du traitement.

264. Danielopoulo. Quelques considérations sur le siége anatomique et sur la gravité de l'anthrax (anthrax des muqueuses et de la paume de la main).

265. Delfau (Prosper). De quelques phénomènes immédiats et consécutifs dans les lésions traumatiques du crâne et de l'encéphale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 12 décembre 1868, la chaire de physiologie générale à la Faculté des sciences de Paris est transférée au Muséum d'histoire naturelle.

M. Claude Bernard est nommé professeur de physiologie générale au Muséum.

La chaire de physiologie comparée du Muséum prend le titre de chaire de physiologie et est transférée à la Faculté des sciences de Paris.

— Par décret en date du 15 décembre 1868, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, M. Dolbeau (Ferdinand-Henry), docteur en médecine, a été nommé professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

— Par décret en date du 15 décembre 1868, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, M. Gubler, docteur en médecine, a été nommé professeur de thérapeutique et matière médicale à la Faculté de médecine de Paris.

— M. Barat, médecin principal de la marine, à l'île de la Réunion, a été promu au grade de médecin en chef, pour occuper l'emploi vacant dans cette colonie.

— L'Académie des sciences vient d'élire M. Jamin à la place vacante dans la section de physique, par suite du décès de M. Pouillet.

— Un des médecins les plus distingués de la Belgique, M. le docteur André Uytterhoeven, chirurgien-chef de l'hôpital Sainte-Élisabeth d'Anvers, vient de succomber à l'âge de 70 ans.

— M. le professeur Palmidessi, de Florence, vient de succomber à la suite d'une longue et douloureuse maladie. Professeur de chirurgie à l'hôpital Santa-Maria Nuova, M. Palmidessi était un opérateur brillant, très-populaire parmi les élèves de la ville.

— *Association des médecins de la Seine.* — La prochaine assemblée générale ordinaire, dans laquelle aura lieu le renouvellement partiel du bureau, est fixée au dimanche 31 janvier 1869.

Comme d'habitude, une convocation, portant l'indication détaillée de l'ordre du jour, sera adressée, en temps convenable, à chaque sociétaire; néanmoins, par suite d'une décision récente, « *la délibération relative aux candidats doit être publiée avant le mois de janvier.* »

Le résultat de cette délibération, pour les élections prochaines, est le suivant :

Candidats proposés par la Commission générale : — *Président* : M. Nélaton. — *Vice-présidents* : MM. Barth et Béclard. — *Secrétaire général* : M. Orfila.

— L'auteur du savant rapport sur le *Secret médical* est M. Hémar, substitut du procureur général près la cour impériale de Paris, et non substitut du procurer impérial.

AVIS

A l'occasion des Étrennes, nous avons été assez heureux pour traiter avec un éditeur qui, sur notre demande, a fait spécialement tirer pour nous une nouvelle édition du magnifique **Album des Batailles du Consulat et de l'Empire.** 60 planches, par Carle Vernet. Cet Album contient le portrait de Napoléon Ier, par Isabey, **400** médaillons de tous les maréchaux, généraux et grands dignitaires de l'Empire, toutes les batailles, l'entrée des Français dans les capitales de l'Europe, les grands événements du règne, et se termine par le départ de Napoléon sur le *Northumberland.*

Cet ouvrage est le *complément indispensable* de l'Histoire du Consulat et de l'Empire, de M. Thiers.

Par faveur exceptionnelle pour nos abonnés, relié et doré sur tranches, livré dans nos bureaux, au lieu de 300 francs, prix du premier tirage, 22 francs; expédié dans toute la France, franco de port et d'emballage, 25 francs.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 149. — MARDI 22 DECEMBRE 1868. 41e ANNÉE. MARDI 22 DÉCEMBRE 1868. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 21 décembre 1868.

DU TRAVAIL DES ENFANTS DANS LES MANUFACTURES

A côté des intérêts de la médecine pratique qui occupe le premier rang dans nos préoccupations habituelles, viennent se placer les questions d'hygiène qui n'ont pas moins de droit à notre sollicitude. Nous aurons prochainement à mettre sous les yeux de nos lecteurs une étude sur l'état actuel de l'hygiène en France, à l'occasion de la série des rapports sur les progrès des sciences médicales que nous avons entrepris de résumer dans nos colonnes. Notre but, en ce moment, est d'appeler l'attention de nos lecteurs sur une question d'hygiène et de réglementation qui intéresse à un très-haut point l'avenir d'une grande partie des populations ouvrières des grandes villes ; nous voulons parler du travail des enfants dans les manufactures et de la situation qui est faite, dans l'état actuel de l'industrie en France, aux apprentis et aux jeunes ouvriers. S'il appartient principalement aux pouvoirs publics et aux économistes de s'occuper de tout ce qui touche à la réglementation du travail des enfants, au double point de vue des intérêts de l'industrie et des besoins moraux et intellectuels des populations, c'est aux médecins spécialement que revient la tâche d'étudier et de signaler les effets dommageables pour l'économie d'un travail excessif ou prématuré. Ce sont eux surtout qui ont qualité pour établir, d'après les données de la physiologie et l'expérience pratique qu'ils possèdent, l'équation des forces que l'enfant peut développer et du travail qu'il peut accomplir sans préjudice pour sa santé.

Personne n'ignore jusqu'à quel point, à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, ont été poussés les abus de l'emploi des enfants dans les ateliers, à quel état de dégradation physique et morale étaient tombés la plupart de ces pauvres petits êtres, ainsi sacrifiés à la fois aux exigences impitoyables d'une activité industrielle sans frein, et à la cupidité de leurs parents, quand ce n'était pas à l'excès même de leur misère. Les statistiques du temps montrent que c'est sur eux surtout que les grands engins de l'industrie faisaient le plus de victimes. De grandes améliorations ont été effectuées depuis, sans doute, sous ce rapport. L'Angleterre où l'énorme développement industriel a entraîné le plus de méfaits de ce genre, est entrée la première dans la voie des réformes et des réparations à cet égard. Elle en est aujourd'hui à la dix-neuvième loi sur le travail des enfants, — preuve, pour le dire en passant, des difficultés d'une bonne réglementation en cette matière. La France ne l'a suivie dans cette voie que beaucoup plus tard. La première loi sur le travail des enfants en France est encore assez récente, elle ne date que de 1841. Elle a eu principalement pour but de préserver la vie et la santé des enfants, et d'empêcher qu'on n'épuisât prématurément leurs forces. Réglant désormais le régime des manufactures, usines, ateliers et fabriques, elle établit que les enfants ne peuvent y être admis au-dessous de l'âge de 8 ans, et n'y être employés plus de 8 heures par jour ; elle crée, en outre, l'obligation pour ces enfants de suivre une école jusqu'à 12 ans. Des règlements d'administration pouvaient étendre le bénéfice de la loi à d'autres industries que celles qui y sont spécifiées, élever le minimum d'âge, et réduire la durée du travail ; ils devaient, en outre, assurer l'instruction primaire et l'enseignement religieux, ainsi que les conditions de salubrité et de sûreté. Il est intervenu, depuis, une nouvelle loi, celle de 1844, qui réduit au demi-temps, c'est-à-dire à 6 heures par jour, le travail des enfants de 8 à 13 ans.

Ce sont là, sans aucun doute, des conditions de grande amélioration, relativement surtout à l'état d'abandon presque complet où étaient restés jusque-là les intérêts de l'enfance. Mais ce n'est pas encore assez. Soit que les règlements complémentaires de la loi n'aient pont été édictés, soit que, faute de moyens suffisants de sanction, la loi elle-même n'ait pas été exécutée dans toute sa rigueur, toujours est-il que, de l'aveu à peu près unanime, elle n'a pas produit, jusqu'à présent, tous les bons effets qu'on en attendait. L'expérience journalière démontre, d'ailleurs, que les limites assignées par la loi à l'aptitude des enfants au travail manuel, sont encore en deçà du but qu'elle s'est proposé d'atteindre. Enfin, un certain nombre d'ateliers, et ce ne sont pas toujours les moins insalubres, échappent à la surveillance et à l'action de la loi. M. Marjolin disait récemment, dans une réunion, avoir vu une fabrique d'allumettes chimiques, où les ouvriers et les enfants vivaient au milieu d'une atmosphère constante de phosphore. Il y avait là des femmes et des enfants de 7 ans. Ces enfants ont presque continuellement des fluxions dentaires. Une petite fille avait pour toujours perdu la santé. On vient de voir que la loi permet un travail de demi-temps aux enfants de 8 à 13 ans. Or il ressort des relevés statistiques que la plupart des accidents qui ont lieu dans les usines frappent surtout sur des enfants de cet âge, qui n'ont ni la force ni la prudence nécessaires pour s'y soustraire. Sur 100 enfants estropiés, dit le chirurgien que nous venons de citer, il y en a au moins 80 qui sont des enfants de 8 à 13 ans.

Comme on le voit, il y a eu de grandes améliorations réalisées, car avant la loi de 1841, on admettait dans les ateliers des enfants au-dessous de 7 ans ; mais il reste encore beaucoup à faire pour sauvegarder complétement les intérêts de cette partie intéressante de nos populations ouvrières. C'est dans le but d'accomplir ce bienfait, en assurant dans les limites possibles de son action et de son influence l'exécution des lois de 1841 et 1844, et en suppléant, au besoin, à ce qu'elles peuvent avoir encore d'insuffisant, par un appel direct au sentiment d'humanité des chefs d'industrie, qu'a été fondée, en 1866, la *Société protectrice des apprentis et des enfants des manufactures*. Agir par le progrès des mœurs et la puissance de l'opinion éclairée, telle est la mission qu'elle s'est imposée. « Libre et puisant sa force dans la vérité du principe social et chrétien qu'elle rappelle, dit un de ses présidents, ne réclamant d'autre sanction que les lois de la conscience et n'exerçant aucune contrainte, elle peut, sans faux ménagements, signaler le mal dans toute son étendue et indiquer le remède sans restrictions. »

A peine fondée, la Société s'est immédiatement mise à l'œuvre. Elle a groupé autour d'elle un grand nombre des chefs de nos grandes industries, des économistes, des jurisconsultes, des savants, des médecins. Et déjà, dans plusieurs séances consacrées à l'étude des améliorations à introduire dans le régime de l'apprentissage, elle a élucidé plusieurs points importants, formulé des propositions et émis des vœux, qui deviendront bientôt, sans doute, grâce à elle, des faits accomplis. C'est ainsi, qu'après une longue et intéressante discussion à laquelle ont pris part deux de nos honorables confrères, membres de la Société, MM. les docteurs Marjolin et Perrin, dont la parole a trouvé un sympathique accueil dans l'assemblée, celle-ci a émis le vœu et a obtenu déjà d'un grand nombre de chefs d'industries, que les enfants ne fussent point admis à l'apprentissage avant l'âge de 12 ans, ainsi que cela se pratique généralement en Suisse et dans d'autres pays.

Indépendamment de cette importante mesure qui n'a d'autre sanction que l'adhésion toute volontaire des industriels affiliés à la Société et les encouragements et récompenses décernés à ceux des manufacturiers qui lui étant restés étrangers consentiraient néanmoins à suivre ses bonnes inspirations, elle a ou suggéré ou même mis déjà en œuvre l'idée de plusieurs fondations utiles, destinées à coopérer au résultat général qu'elle poursuit, la protection et l'amélioration des enfants travailleurs. Telles sont les pensions d'apprentis, les sociétés d'assistance paternelle, l'annexion de crèches, d'asiles et d'écoles aux grandes manufactures, les logements spéciaux des enfants, la création de bureaux d'information et de placement, et d'un comité judiciaire destiné à assurer une protection efficace à l'enfant dans les contrats entre familles et patrons ; enfin la fondation d'une caisse des écoles, grâce à laquelle on espère pouvoir fonder là où le besoin s'en fera sentir, des écoles de demi-temps qui permettraient de recevoir, pendant la demi-journée, l'enfant qui passerait l'autre moitié de la journée à la manufacture, ainsi que cela se fait déjà dans quelques-uns de nos grands établissements industriels.

Nous ne pourrions nous étendre davantage sur ce sujet sans outrepasser les limites de notre compétence. Nous croyons en avoir dit assez, d'ailleurs, pour faire comprendre tout l'intérêt qui s'attache à l'institution nouvelle que nous avons voulu faire connaître de nos confrères : à ceux-ci à leur tour de porter toute leur attention sur cette intéressante question d'hygiène, et de signaler, soit directement, soit par notre intermédiaire que nous leur offrons avec empressement, à la Société de protection des apprentis et des enfants des manufactures, les faits qu'ils peuvent avoir l'occasion d'observer et qui pourraient contribuer à l'éclairer et à la guider dans l'accomplissement d'une œuvre aussi utile et aussi méritoire.

Dr Brochin.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PETER.

Pathologie générale des rétrécissements, à propos d'un cas de rétrécissement intestinal.

(Leçon recueillie et rédigée par le docteur XAVIER GOURAUD, chef de clinique adjoint de la Faculté.)

Au n° 22 de la salle Saint-Paul se trouve couché un vieillard, âgé de 56 ans, amaigri, offrant la teinte jaune-paille, caractéristique du cancer, et tous les signes extérieurs d'une véritable cachexie. La maladie date de deux mois environ ; elle était alors caractérisée par des coliques ombilicales, survenues sans prodrômes, lesquelles persistèrent pendant quelque temps et obligèrent cet homme à entrer à l'hôpital Cochin, où il resta huit jours. Plus tard, il demanda à être admis à l'hôpital de la Pitié : ses douleurs étaient toujours aussi aiguës, l'anorexie presque complète et la maigreur extrême. Peu de jours après son entrée, il eut des vomissements noirs qui furent suivis, à quelques jours d'intervalle, de vomissements dont les matières étaient manifestement stercoriformes.

Ainsi donc, cachexie très-avancée avec tous ses signes, douleurs ombilicales survenues sans prodrômes, vomissements noirs et vomissements de matières stercoriformes, à odeur et couleur caractéristiques, tel est l'enchaînement des faits cliniques qui vont nous aider à déterminer le siége et la nature de la maladie de ce vieillard.

Le vomissement noir, l'hématémèse peut être symptomatique d'un ulcère simple de l'estomac ou d'un cancer gastrique ; dans le cas qui nous occupe, le siége de la douleur, dont se plaint le malade, n'est pas celui qu'affecte la douleur de l'ulcère simple : d'ailleurs, la teinte cachectique de la peau est assez caractéristique ; il s'agit donc bien, chez ce vieillard, d'un cancer de l'estomac. Poursuivons notre diagnostic : on ne peut nier qu'il n'y ait eu oblitération, obstruction temporaire de l'intestin, le vomissement stercoriforme étant le signe certain d'une interruption dans la circulation des matières alvines ; mais comment cette oblitération passagère s'est-elle produite ? telle est la question qu'il nous reste maintenant à élucider. Très-probablement le carcinome siége au niveau de la grande courbure de l'estomac, ou dans une partie de la paroi antérieure, en rapport de contiguité avec le colon transverse : il a donc pu se propager vers le colon par l'intermédiaire du méso-colon transverse, également envahi par le produit néoplasique, et produire un rétrécissement intestinal ; puis, sous l'influence d'un processus que nous étudierons tout à l'heure, il s'est fait une oblitération temporaire du calibre de l'intestin, d'origine spasmodique, en vertu d'une loi qui n'est indiquée dans aucun ouvrage, bien qu'elle soit inscrite partout dans la nature, et que je formule ainsi : tout rétrécissement entraîne le spasme.

Permettez-moi, Messieurs, une digression nécessaire. Je vous ai déjà parlé des trois grands systèmes de canalisation qui traversent l'organisme des animaux supérieurs. Tous, ils servent à l'hématopoïèse, qui est au fond l'essence et le but de la vie. Nous ne vivons, en effet, que pour faire et défaire des globules : la vie est une toile de Pénélope qui malheureusement n'est pas une toile sans fin. Or, pour que les matières alimentaires pussent traverser le canal digestif, une force de locomotion leur était nécessaire : aussi existe-t-il une tunique musculeuse, contractile, au-dessous de cette tunique muqueuse, qui, elle, devait présenter, ainsi que je vous le disais l'autre jour, une richesse glandulaire et une vascularité exceptionnelles, destinées à liquéfier et à absorber les substances alimentaires. Des voies digestives, si justement nommées les premières voies par les anciens auteurs, les matières alimentaires, élaborées par la digestion gastro-intestinale, passent dans les deuxièmes voies ou voies circulatoires. Là encore, pour faire progresser les liquides, il fallait une force impulso-motrice, laquelle a pour organes un muscle puissant, le cœur, et des muscles accessoires, les muscles vasculaires. Enfin, le sang et les éléments qu'il contient avaient besoin, pour entretenir la vie des organes, du contact de l'air, d'où la nécessité d'un troisième système de canalisation, celui de la canalisation aérienne : là encore, l'élément musculaire est largement représenté. Vous voyez donc, Messieurs, que dans les trois grands systèmes de canalisation propres à la vie organique, il existe toujours une couche musculaire, éminemment contractile, qui constitue une des parties fondamentales de chacun des canaux. Eh bien ! cette couche musculaire peut devenir le siége de convulsions toniques ou cloniques ; le muscle intestinal, aussi bien que les autres plans musculaires des voies circulatoires et aériennes, peut avoir ses convulsions et ses contractures, telle est la conclusion fondamendale à laquelle je voulais arriver.

Mais revenons à la loi générale que je formulais tout à l'heure, en ces termes : « Tout rétrécissement entraîne le spasme. » Quelques exemples vont vous faire saisir ma pensée.

Il y a des pincements de l'intestin qui déterminent tous les phénomènes de la hernie étranglée. Etant interne de M. Cruveilhier à l'hôpital de la Charité, je trouvai un jour, dans nos

salles, une femme qui présentait tous les symptômes d'un étranglement, douleurs abdominales généralisées, météorisme, vomissements, etc. M. Cruveilhier, avec cette sûreté de diagnostic que j'ai rarement vue réalisée à un aussi haut degré, déclara qu'il s'agissait d'un pincement de l'intestin. La malade fut donc transportée dans le service de M. Velpeau, qui, croyant à une affection cholérique, la renvoya chez M. Cruveilhier. L'autopsie, qui put être pratiquée quelques jours plus tard, montra qu'il s'agissait bien d'un pincement de l'intestin. Évidemment, chez cette malade un spasme s'était produit qui avait donné lieu aux symptômes de l'étranglement. Quant au vieillard du n° 22 de la salle Saint-Paul, qui tout d'abord n'avait qu'un rétrécissement de l'intestin, et qui subitement eut des vomissements stercoriformes, la même explication est seule admissible, à savoir la production d'un spasme du plan musculaire de l'intestin, consécutif à l'irritation déterminée par le rétrécissement partiel du canal digestif.

Voulez-vous un autre exemple? Qu'est-ce que le croup? C'est une affection caractérisée par la présence d'une exsudation pseudo-membraneuse qui se dépose sur les lèvres de la glotte et la rétrécit. Si l'épaisseur des fausses membranes augmente, la glotte se rétrécira de plus en plus, mais sans jamais être oblitérée. Et lorsqu'on fait l'autopsie des petits malades morts du croup, en général on trouve, au niveau du rétrécissement glottique, une aire parfaitement libre, qui est au moins égale à celle de la canule qui a été placée dans l'ouverture de la trachée. Pourquoi donc l'enfant, qui respirait bien à travers la canule, ne pouvait-il plus respirer à travers la glotte rétrécie sans doute, mais ayant à peu près les mêmes dimensions que cette canule? C'est que dans le croup, le rétrécissement glottique produit un spasme tonique des muscles constricteurs du larynx, et par conséquent une oblitération temporaire des voies aériennes supérieures.

Mais, me direz-vous, pourquoi cette contraction, ce spasme tonique? Parce qu'il y a eu *irritation*. Mon excellent ami, M. Krishaber, a démontré que, si une goutte d'eau tombe sur les cordes vocales, il se produit brusquement une convulsion des muscles constricteurs du larynx, qui, par l'effort de la toux, chassent cette goutte d'eau comme la raquette chasse le volant. Dans ce cas, l'irritation causée par la présence de la goutte d'eau a déterminé une expiration rapide, une toux convulsive d'origine reflexe. Que si, au lieu d'un simple contact, il s'agit d'une irritation, d'une douleur vive, intense, comme celle de la cautérisation, vous verrez le malade pris, non pas d'une expiration brusque comme celle de la toux, mais bien d'une véritable contracture.

Je dois maintenant vous dire quel est le mode d'action de cette irritation des voies aériennes. Dans le croup, il y a nécessairement une perméabilité moindre et une oppression correspondant exactement à cette moindre perméabilité; puis tout à coup a lieu un accès de suffocation. Qu'est-ce donc que la suffocation? C'est le spasme tonique des muscles constricteurs du larynx. Au moment de la suffocation, la lésion matérielle, siégeant sur la muqueuse, réagit sur la moelle allongée, laquelle, par action reflexe, détermine une contracture du plan musculaire, situé au-dessous de la muqueuse. J'insiste sur ce fait, que l'irritation de cette muqueuse n'agit pas directement sur les muscles du larynx; il y a une véritable action réflexe.

A propos de la suffocation, je crois nécessaire, Messieurs, de réfuter devant vous une opinion professée par Niemeyer. Le célèbre professeur de Tubingue explique l'accès de suffocation par la paralysie des muscles constricteurs du larynx, infiltrés au voisinage des fausses membranes : suivant lui, il se passe alors quelque chose d'analogue à ce qui a lieu dans la pleurésie, où l'on voit la paralysie des muscles intercostaux déterminer la dilatation de l'espace intercostal, qui paraît bombé. Véritablement cette explication n'est pas heureuse : d'abord, en ce qui touche la pleurésie, rien n'est moins exact : c'est le liquide et non la paralysie qui dilate les espaces intercostaux, aussi Trousseau a-t-il remarqué et faisait-il remarquer à ses élèves que souvent on percevait la fluctuation au niveau de l'espace intercostal agrandi. Quant à la suffocation paroxystique éminemment intermittente du croup, comment pourrait-on l'attribuer à la paralysie qui constitue un état pathologique permanent? Qui a jamais vu, en effet, une paralysie intermittente? Tout le monde ne sait-il pas, au contraire, que la paralysie reconnaît pour cause une lésion matérielle des nerfs ou des centres nerveux, donnant lieu à des phénomènes symptomatiques qui persistent quelquefois fort longtemps? En vérité, on ne comprend pas comment Niemeyer a pu un seul instant avoir l'idée de rattacher à la paralysie la manifestation paroxystique de la suffocation croupale. Tandis que cette suffocation s'explique de la façon la plus simple par l'intervention du spasme, qui, lui, est toujours intermittent. Ainsi, Messieurs, c'est par le spasme et non par la paralysie que cette suffocation doit s'expliquer; de cette façon, vous comprendrez aussi ce paradoxe clinique que vous trouverez ainsi formulé dans beaucoup d'ouvrages même classiques : « Comment une suffocation intermittente peut-elle être produite par une lésion permanente? » En vérité, rien n'est plus simple : à la lésion permanente correspond la dyspnée continue, au spasme correspond la suffocation, intermittente comme lui. Une seule chose doit donc étonner, c'est l'étonnement même des auteurs, qui n'ont pas su voir la corrélation, évidente cependant, qui existe entre le spasme et tout rétrécissement.

Dans un cancer de l'intestin, dans un pincement de cet organe, on peut se demander comment l'irritation a lieu. Elle est déterminée par le carcinome, cela va de soi, et aussi par l'accumulation des matières. Celles-ci, en effet, distendent, en s'arrêtant, le canal intestinal, et exercent une action toute mécanique sur le bout supérieur de l'intestin qu'elles compriment; à ce niveau elles produisent par compression des hyperémies locales, voire même une véritable phlogose. De plus, ces matières peuvent subir une altération, une sorte de décomposition chimique, de telle sorte qu'elles deviennent irritantes non plus par leur quantité, mais bien par leur qualité. Vous voyez donc comment un rétrécissement peut être la source d'une irritation qui détermine des phénomènes réflexes; c'est ce qui est arrivé chez notre malade du n° 22 de la salle Saint-Paul, qui a eu d'abord un rétrécissement de l'intestin, puis une oblitération temporaire, il est vrai, mais qui n'en est pas moins certaine.

Cherchons maintenant à comprendre la *pathogénie* du phénomène. Voyez ce qui se passe dans une maladie légère en apparence, mais cependant bien cruelle, la fissure à l'anus. Ici se trouvent réunis deux éléments de maladie, la douleur et la contracture, contracture qui a été signalée par Boyer dans un chapitre dont je ne saurais trop vous recommander la lecture. Cette douleur, qu'on peut appeler exquise, est causée par la fissure de la membrane muqueuse, irritée au moment du passage des matières fécales, et cette douleur, à son tour, produit une contracture violente du sphincter de l'anus, qui se trouve momentanément oblitéré. Ainsi la *douleur* seule est une cause du spasme.

Soit maintenant un fait plus complexe, soit un rétrécissement de l'urèthre : interne laborieux, vous faites votre visite un quart d'heure avant l'arrivée du chef de service, et vous constatez un rétrécissement d'un certain calibre. Revenu au lit du malade avec le chef de service, vous essayez devant lui de pratiquer le cathétérisme avec la bougie dont vous vous êtes servi il n'y a qu'un instant, et le cathétérisme est impossible. Que s'est-il donc passé? La bougie a conservé son calibre, et à coup sûr le malade n'a pas changé d'urèthre. Eh bien! rappelez-vous qu'au moment où vous avez pratiqué le cathétérisme pour la première fois, le malade a accusé une sensation douloureuse produite par les tentatives de cathétérisme auxquelles vous avez dû vous livrer, et vous comprendrez comment cette douleur a pu, par action réflexe, causer un spasme de l'urèthre, spasme éminemment temporaire, car avec la même bougie vous pourrez probablement, à la fin de la visite, franchir ce même rétrécissement. Le contact de l'urine, qui souvent s'accumule en amont du rétrécissement, peut amener des accidents identiques à ceux que produit le contact d'une simple bougie : les malades ont alors une plus grande difficulté à expulser les urines, et d'ailleurs dans ces cas, l'urine altérée devient une nouvelle cause irritante, et par suite une nouvelle cause productrice du spasme. De sorte qu'ici nous avons un *rétrécissement* permanent, un *spasme* qui exagère le rétrécissement, et une *irritation* qui cause le spasme.

Et dans les voies biliaires, que se passe-t-il au moment de l'accès de la colique hépatique? Assurément, le calcul est pour quelque chose dans l'imperméabilité du conduit hépatique ou cholédoque; mais il n'est pas tout; la preuve en est dans ce fait que le plus petit calcul, par l'irritation qu'il produit, amène souvent un spasme et par suite une obstruction complète des conduits biliaires. Ainsi donc, tout rétrécissement d'un canal, quelque soit le système auquel il appartienne, peut être l'origine d'une contracture, et par suite d'une oblitération complète temporaire.

Voilà des preuves par analogie à l'appui de la loi générale que j'ai formulée au commencement de cette leçon; voici de la même loi, une preuve clinique, qui n'est pas moins probante : hier matin, au moment de la visite, le malade dont je vous parle se plaignait d'une douleur ayant son siége entre l'ombilic et les fausses côtes gauches; en cherchant à limiter cette douleur par la palpation, je la rendis plus vive; elle s'exaspéra encore par la percussion. Quelques instants après, vous avez pu constater des gargouillements, une sorte de météorisme temporaire et une contorsion des anses intestinales; c'était là un spasme réflexe, provoqué par l'irritation qu'avait causée mon examen.

Or, M. Longet nous a appris que les muscles de la vie organique ne se contractent que quelque temps après l'application de la cause irritante, et cela en raison de leur structure et de leur mode d'innervation. Deux fois, à quelques minutes d'intervalle, j'ai renouvelé l'expérience, et deux fois les mêmes phénomènes se sont reproduits sous vos yeux. Il est donc bien vrai que tout rétrécissement peut se compliquer d'un ensemble de phénomènes spasmodiques dont je vais essayer maintenant de vous faire voir l'enchaînement symptomatique.

Et d'abord, dans tout rétrécissement, il y a trouble fonctionnel du canal modifié dans ses dimensions : avez-vous affaire à un rétrécissement des voies aériennes? vous constaterez la dyspnée. S'agit-il d'un rétrécissement de l'intestin, comme notre malade vous en offre un exemple? vous observerez un arrêt plus ou moins complet des matières fécales. La notion du trouble fonctionnel propre à chaque canal doit être induite de la notion physiologique que vous avez de ce canal. Voilà un premier fait d'ordre physique.

En voici un deuxième d'ordre dynamique : c'est le spasme qui s'ajoute au rétrécissement et en aggrave plus ou moins les symptômes, selon son intensité.

En troisième lieu se manifestent les phénomènes d'un ordre plus général : c'est le trouble consécutif à la fonction troublée, lequel est proportionnel à l'importance physiologique de l'organe altéré. C'est ainsi que, dans le rétrécissement intestinal, l'appétit diminue, les digestions se font mal : tout l'être s'amoindrit. Dans le cas où le rétrécissement a pour siége quelques parties des voies aériennes, on voit survenir la dyspnée, l'orthopnée, et finalement l'asphyxie avec ses terribles conséquences. Enfin, si les voies circulatoires sont rétrécies en quelque point, on voit se produire les palpitations, qui ne sont après tout qu'un spasme temporaire du cœur. Les individus atteints de maladies cardiaques ne sont pas seulement exposés aux accidents qu'entraîne la gêne permanente de la circulation; ils sont de plus sujets à des troubles d'origine spasmodique, qui augmentent temporairement la gravité des symptômes.

On observe enfin un quatrième fait : c'est la dilatation en amont du canal rétréci. Aussi, voyez-vous chez le vieillard du n° 22 un ballonnement qui donne à son ventre un volume disproportionné avec l'apparence amaigrie des parties supérieures de son corps.

En résumé, Messieurs, il y a dans tout rétrécissement des phénomènes comparables, et qui ne diffèrent qu'en raison de l'importance physiologique du canal altéré. Vous pouvez donc toujours, et c'est à cette conclusion que je veux arriver, induire d'un rétrécissement quelconque tout l'ensemble des symptômes auxquels il peut donner naissance.

Un point reste encore à élucider : notre malade n'a plus de spasme, bien qu'il ait toujours un rétrécissement, et partant les vomissements stercoriformes ont également disparu. Comment peut-on comprendre cette disparition complète de la cause productrice du spasme? Ici nous sommes obligés de nous en tenir à des probabilités; et d'abord, je vous ai dit que nous nous trouvions en présence d'une affection cancéreuse de l'intestin. Eh bien, supposons que la maladie ait son siége en dehors de la paroi intestinale, que par exemple les ganglions mésentériques soient atteints. Or, ces ganglions peuvent avoir changé de place, et la paroi de l'intestin a pu ainsi échapper en partie à la compression. Faisons, si vous le voulez bien, une autre supposition : cette fois, admettons que c'est bien la paroi intestinale qui a été atteinte par le cancer; ne peut-il pas arriver que la masse morbide s'ulcère et subisse une notable diminution de volume? Alors, le spasme vînt-il à se produire, devient impuissant à empêcher la circulation des matières alvines dans un canal revenu à ses dimensions primitives. Enfin, il peut se faire une destruction de la paroi qui, intéressant à la fois la membrane muqueuse et la couche musculaire, supprime du même coup et la sensibilité, qui est le point de départ de toute contracture reflexe, et l'élément contractile sans lequel on ne peut comprendre la production de cette contracture. Voilà comment on peut se rendre compte de la disparition des phénomènes spasmodiques chez notre malade. Un fait me porte à croire que c'est à l'ulcération de la masse cancéreuse qu'il faut attribuer la diminution des accidents; il y a eu, en effet, plusieurs jours de suite une diarrhée extrêmement fétide et comme ichoreuse : toutefois, je me hâte d'ajouter que je n'ai trouvé dans les matières aucun lambeau de muqueuse ulcérée, ni aucun produit cancéreux.

J'ai donc été amené, Messieurs, à propos d'un cas particulier, à vous faire la pathogénie des accidents qui peuvent accompagner tout rétrécissement, et je vous ai fourni, à l'appui de la loi, que je pense vous avoir suffisamment démontrée, des preuves physiologiques, cliniques et pathologiques. Rappelez-vous donc que tout rétrécissement entraîne le spasme, et que l'irritation nécessaire à la manifestation du spasme local peut consister en une lésion matérielle, que l'irritation est assez souvent la conséquence de manœuvres chirurgicales, comme il arrive à la suite du cathétérisme, qu'enfin le contact de matières irritantes, telles qu'un calcul, telles que le séjour de l'urine ou des matières fécales est capable de la déterminer.

Vous pourrez ainsi, étant connu un rétrécissement, prévoir les phénomènes auxquels il donnera nécessairement lieu, et cela par analogie. J'ai voulu vous faire une leçon de pathologie générale, déduite de la clinique, afin de justifier ce que je vous disais dans une de mes premières leçons, à savoir que « la clinique n'est autre chose que la pathologie illustrée par le malade. » Je veux que vous sachiez bien que le cas du malade, couché au n° 22, n'est pas un fait propre à ce malade, mais un fait général.

En résumé, Messieurs, tous les conduits rétrécis peuvent présenter des phénomènes analogues, parce que leur structure est analogue. Les conduits biliaires ont leur spasme; le cœur a son spasme, qui se nomme palpitation; le larynx est souvent le siége de convulsions dans le croup, et, dans la bronchite capillaire, les petites bronches peuvent donner lieu à des phénomènes du même ordre; dans ce dernier cas, les petites bronches sont rétrécies par les produits inflammatoires, et de temps à autre l'irritation de la muqueuse aérienne amène une suffocation spasmodique, d'autant plus grave que le spasme s'est généralisé; la même pathogénie rend compte des accès d'asthme dont vous avez un exemple au n° 16 de la salle Saint-Charles : l'asthme, en effet, n'est que l'expression spasmodique d'un rétrécissement permanent des canaux bronchiques. Le processus est encore ici identique à celui que je vous exposais tout à l'heure; il y a toujours une irritation primitive, qui est le point de départ d'une dyspnée réflexe suffocante, due au spasme des

muscles de Reissesen. Dans la coqueluche, c'est encore le même mécanisme.

En fait, Messieurs, ce que j'ai voulu vous démontrer, c'est l'existence de cette loi générale, à savoir que « tout rétrécissement entraîne le spasme » et que « la cause prochaine de ce spasme est l'irritation ».

Le corollaire thérapeutique de cette loi, c'est l'invention des antispasmodiques dans le traitement des rétrécissements.

Rappelez-vous donc, à propos du fait isolé que je viens d'étudier avec vous, la loi générale que j'en ai déduite, et dont vous connaissez maintenant la formule. La méthode la plus féconde est celle qui consiste à remonter des faits particuliers aux lois qui les régissent. Et ici encore, j'ai voulu m'adresser, non à votre mémoire, mais à votre raison.

ACCOUCHEMENT TERMINÉ PAR LE LEVIER.

Présentation du sommet en position occipito-antérieure gauche. Bassin oblique-ovalaire,

Par M. le docteur Marchant (de Charenton),

Médecin de l'École Impériale vétérinaire d'Alfort.

Le sacrifice de l'enfant, pour conserver les jours de la mère, est une terrible nécessité à laquelle je me suis cependant soumis; mais je ne saurais exprimer l'horreur que cette opération m'inspire.

Dans le mois de novembre de l'an dernier, je fus appelé pour terminer un accouchement que des applications réitérées du forceps n'avaient pu mener à bonne fin; je me disposais à faire non pas la céphalotripsie, bien que j'eusse dans ma trousse tout ce qui était nécessaire, mais la céphalotomie à l'aide du forceps-scie de Van Huevel, qui n'expose pas la femme à tant de dangers que le céphalotribe. M. le docteur Verrier avait mis à ma disposition ce dernier instrument; il m'avait aussi offert sa coopération désintéressée. Avant de prendre une décision si grave, je voulus essayer le levier, et peu d'instants après, l'accouchement se terminait; l'enfant venait au monde vivant, mais il ne pouvait vivre en raison des lésions produites par les applications réitérées du forceps.

L'observation détaillée se trouve dans le journal *les Archives générales de médecine* (juillet 1868). On conçoit aisément qu'après un tel succès, je me livrai immédiatement à l'étude du levier; je ne pus me procurer en France aucun des mémoires qui en traitent, je m'adressai alors directement aux auteurs. M. Fabbri, de Bologne, m'envoya son mémoire et y joignit les trois remarquables mémoires de M. Boddaert (de Gand) sur l'usage rationnel du forceps et du levier; M. Coppée (de Gand), sa brochure intitulée: *Du Levier en obstétrique*; M. Fraeys, la relation d'un accouchement terminé par le levier, dans un cas de présentation de la face en position mento-iliaque gauche postérieure. M. H. Manceaux, éditeur des Mémoires de l'Académie royale de Belgique à Bruxelles, mit beaucoup de complaisance à répondre aux diverses lettres que je lui ai écrites, et m'envoya le 4e volume des mémoires de cette Académie, qui renferme plusieurs mémoires de M. le professeur Hubert (de Louvain).

Je remercie ces messieurs de ce qu'ils ont eu la bonté de faire pour moi; aujourd'hui, j'abandonne complétement les idées exagérées qu'avec mes maîtres je m'étais faites du forceps, et je romps avec un passé qui n'a plus de raison d'être pour moi, à cause des nouvelles convictions qui m'ont été suggérées par une étude plus approfondie du levier. Je n'emploierai ni le forceps ni le levier d'une manière exclusive, mais bien d'après les indications formulées par la science et la pratique, toutes deux sont dans un accord qui ne laisse rien à désirer. M. Boddaert a établi des règles sûres pour diriger les praticiens dans le choix des deux instruments.

Madame L..., âgée de 35 ans, rue de Châlons, à Paris, est accouchée naturellement d'une petite fille, il y a cinq ans; elle est devenue de nouveau enceinte pendant le courant de janvier 1868.

Au sixième mois de sa grossesse, le 30 juillet dernier, je fus mandé près d'elle; elle avait une perte assez abondante, qui cessa après avoir duré deux ou trois jours. Malgré les complications précitées, l'évolution de la grossesse, jusqu'au moment de l'accouchement, se passa sans accident. Cependant, madame Benazet, sage-femme fort expérimentée, craignait, comme moi, une insertion du placenta sur le col ou près du col de l'utérus. Il fut convenu qu'elle me ferait demander, si un pareil phénomène accident se présentait au moment du travail.

Dans la nuit du 25 au 26 septembre, à trois heures du matin, les douleurs de l'enfantement se firent sentir et, immédiatement, il y eut une perte de sang qui s'arrêta bientôt après. On crut qu'il était prudent de m'en avertir, et je me rendis près d'elle, dans la journée du 26. Je l'examinai avec soin, décidé à terminer immédiatement l'accouchement, s'il y avait urgence. Il n'y avait pas de douleurs; le col de l'utérus était mou et dilatable. Je reconnus une présentation de la tête. Je ne cherchai pas à diagnostiquer la position. La tête était très-mobile, au-dessus du détroit supérieur. Je cherchai à déterminer le diamètre sacro-pubien; mais l'angle sacro-vertébral était inaccessible. La malade n'avait pas de douleurs et était très-calme. J'ajournai toute détermination.

Madame Benazet passa, près de la malade, la nuit du 26 au 27, il y eut quelques douleurs, sans autre accident. La malade passa la nuit dans l'insomnie. Il y eut encore des douleurs pendant la journée du 26. La tête occupait toujours la même situation.

La nuit du 27 au 28 fut très-pénible. Les douleurs se succédaient avec fréquence. La malade étant très-fatiguée, on me fit demander. Je me rendis près d'elle à sept heures du matin. L'examen auquel je me livrai me prouva que la tête était exactement dans la même situation que lors de ma première visite. Elle était en position occipito-cotyloïdienne gauche, le col était mou et très-dilatable. Cependant la tête n'avait aucune tendance à s'engager; la fontanelle postérieure était complétement ossifiée, ce qui faisait prévoir que la tête serait peu réductible. La suture sagittale était dirigée vers le sacrum et à droite. Je me décidai à terminer l'accouchement artificiellement. Le choix des instruments était arrêté dès ma première visite. C'était le levier seul que je voulais employer, bien qu'il m'en coutât beaucoup de me mettre en opposition aussi formelle avec l'école française. Les raisons qui avaient décidé cette détermination étaient très-puissantes pour moi. Quatre accouchements successifs, terminés par des applications du forceps faites avec tout le soin dont j'étais capable, n'avaient abouti qu'à amener un enfant mort et trois enfants qui n'avaient vécu que quelques heures. D'un autre côté, les ouvrages des principaux accoucheurs de la Belgique, qui tous, au moins en théorie, reconnaissent l'avantage du levier au détroit supérieur; les brillants succès obtenus par les médecins de Gand, entraînèrent mes convictions. J'avais présentes à ma pensée, ces paroles de M. le professeur Coppée, qui se trouvent à la page 2 de son mémoire du *Levier en obstétrique* : « Si tous les accoucheurs connaissaient l'usage du levier, ils sauveraient indubitablement un plus grand nombre d'enfants et de femmes ». Ces considérations, toutes puissantes, me firent préférer le levier au forceps, en promettant toutefois de remplacer par la douceur dans les manœuvres et par la prudence l'habileté pratique qui me manquait. Avant de commencer je me livrai à un nouvel examen sur la présentation et la position; elles étaient telles que je viens de le dire. Le bassin me parut oblique, ovalaire, toute la partie droite était rétrécie. Je ne pus pas atteindre l'angle sacro-vertébral avec l'extrémité de l'index. La poche des eaux n'était pas percée et l'état du col de l'utérus ne s'opposant nullement au passage de la tête, j'en fis l'ouverture pendant une faible douleur, et j'attendis.

Pour l'intelligence de ce qui va suivre, il me sera permis d'exposer, sur le forceps et sur le levier, quelques courtes réflexions dont l'importance ne sera niée par personne.

1° Le forceps, après plus ou moins de difficultés, est placé plus ou moins convenablement: la méthode *allemande*, que madame Lachapelle appelle *russe*, permet de commencer la traction sans s'inquiéter d'autre chose, et, *mort ou vif*, il faut que l'enfant arrive. Tous les instruments dont les noms se terminent en *ceps* sont, sans exception, dans le même cas.

2° Dans tout accouchement fait au moyen du levier, la tête du fœtus est soumise à l'action de trois forces qui toutes concourent au même but: la première, qui agit toujours sur l'occiput ou les parties qui l'environnent, *potentia agit in os occipitis*, le dirige dans la route qu'il doit parcourir dans l'accouchement naturel; il le rapproche d'abord et le place ensuite au centre du détroit supérieur, puis, en élevant le manche du levier et faisant en même temps un mouvement de traction, abaisse l'occiput et produit ainsi la flexion de la tête, ce qui est une partie importante du mécanisme de l'accouchement physiologique; la seconde est la résistance des parois du bassin opposées à l'action du levier. Or, comme la force n'agit pas perpendiculairement, mais obliquement, il y a de toute nécessité une résultante; cette résultante existe aussi dans l'accouchement normal; elle n'empêche pas les mouvements de rotation qui s'exécutent par les seules forces de la nature (1). Mais le levier a cette propriété, qu'il possède seul, c'est qu'on peut diriger, le plus souvent avec peu d'efforts et quelquefois d'une manière très-rapide, le mouvement de rotation qui transforme une position occipito-postérieure en antérieure, et mento-postérieure en mento-antérieure. Cazeaux, dont le témoignage n'est pas suspect, en rapporte un exemple dans la dernière édition de son ouvrage, page 859. Dans les applications de forceps, ces faits s'observent quelquefois, mais le plus souvent ils sont spontanés et indépendants de l'accoucheur. La troisième et la plus efficace est la contraction utérine qui, agissant simultanément avec les deux autres sur toute la ligne, la force à pénétrer d'abord dans l'excavation et à être expulsé ensuite, parce que le levier l'avait placée dans la situation la plus favorable pour la terminaison de l'accouchement, voilà le secret de sa puissance que n'ont pas comprise les accoucheurs français qui s'obstinent à juger le levier d'après ce qu'ils observent sur le mannequin ou sur le cadavre, et qui supposent toujours que la tête est dans un espace sans limites ou suspendue à un fil.

Les trois forces dont je viens de parler me paraissent d'une telle évidence qu'il est difficile de les révoquer en doute. Ces explications données, je continue mon observation.

La malade fut placée horizontalement sur son lit (cette condition est de rigueur pour l'application du levier), le siége très-rapproché du bord, les jambes fléchies sur les cuisses et ces dernières sur l'abdomen, comme pour une application du forceps. La vessie était vide, je ne jugeai pas à propos de la sonder; le rectum ne contenait pas de matières. Tout, quant à la forme du bassin, à la présentation, à la position et à la mobilité de la tête, au-dessus du détroit supérieur, était exactement ainsi que je l'ai décrit plus haut.

J'introduisis la main droite dans le vagin dans une situation intermédiaire entre la pronation et la supination; l'indicateur et le médius placés entre la tête et l'utérus, le levier glissant sur la face palmaire, à la manière d'une branche de forceps, pénétra sans aucune difficulté (2); mais j'éprouvais une grande émotion et j'étais effrayé de ma témérité, oser employer le levier sans avoir préalablement essayé le forceps, c'était chose grave à Paris; j'assumais une bien grande responsabilité; mais l'opinion de Velpeau sur l'innocuité de cet instrument et les brillants succès obtenus par les accoucheurs de Gand, lorsque la tête est encore au-dessus du détroit supérieur et que le bassin est vicié, m'encouragèrent; je me serais cru coupable si j'avais agi autrement; le levier fut placé sur le côté gauche de la tête; je cherchai à le faire glisser vers l'occiput, je ne pus guère dépasser l'apophyse mastoïde ou la place qu'elle occupe chez l'adulte. La présence du levier réveillant quelques faibles douleurs, je fis quelques tractions qui eurent pour résultat de fixer la tête à l'entrée du bassin, mais dans une position inclinée; la bosse pariétale gauche en occupait le centre. Le levier n'avait plus un point d'appui solide et il avait abandonné la tête trois fois. Pendant toutes ces manœuvres, j'avais recouvré mon sang froid et je m'aperçus qu'au lieu d'abaisser directement l'occiput, j'avais en même temps porté la tête du fœtus vers le côté droit du bassin de la mère. Ce qu'il fallait faire était clairement indiqué; porter l'action du levier à droite et continuer par ce côté à abaisser l'occiput; la bosse pariétale droite qui occupait la partie supérieure offrait un point d'appui solide. J'acquis alors la certitude que le bassin était oblique ovalaire, et que la partie droite était très-rétrécie; le côté droit de la tête était en contact avec la paroi correspondante du bassin. Je portai donc le levier à droite, aussi près que je pus de l'occiput. Ce fut un peu plus difficile qu'à gauche, c'est aisé à comprendre; mais je remplissais par ce moyen une double indication : j'abaissais d'abord l'occiput et je le portais vers la partie la plus élargie du bassin bien plus sûrement qu'en faisant la version. Enfin, après quelques efforts de traction combinés avec des mouvements légers d'élévation du manche du levier, l'occiput glissa sous l'arcade pubienne et l'accouchement se termina. L'enfant se mit à vagir immédiatement après sa sortie et on n'avait pas appliqué de forceps!

En Belgique, on accuse le levier français de contondre le canal de l'urèthre en raison du peu de largeur de la tige qui supporte la fenêtre mais le levier flamand peut produire ce résultat s'il touche par un de ses bords ce même canal. Voilà pourquoi je n'avais fait aucun effort pour rapprocher l'instrument du centre du pubis, et la tête seule pressa assez fortement sur l'urèthre.

La pression du levier s'était exercée sur les côtés de la tête; il avait une contusion de ces parties assez violente et plus marquée à droite qu'à gauche; mais elles étaient extérieures seulement, aucun signe ne constatait que le cerveau eût été contus : car la tête était peu réductible et les sutures ne permettaient aucun chevauchement des os, qui étaient peu mobiles les uns sur les autres. La tumeur séro-sanguine que l'on remarque sur la tête des enfants après un accouchement long ou seulement pénible, dans lequel elle a subi une forte compression, occupait l'occiput et s'étendait à l'intervalle qui sépare les deux bosses pariétales. Les diamètres de la tête, mesurés en présence de madame Bénazet avec le compas de M. Depaul que j'avais envoyé chercher immédiatement chez M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, me donnèrent les mesures suivantes :

Diamètre occipito mentonnier	0,138	millim.
— occipito-frontal	0,110	—
— sous-occipito-bregmatique	0,102	—
— bi-pariétal	0,092	—
— bi-frontal	0,085	—
— trachelo-bregmatique	0,122	—
— fronto-mentonnier	0,100	—

Poids de l'enfant, 1,700 grammes; taille, 0,48 centimètres.

Ces mesures furent vérifiées par M. le docteur Verrier, le surlendemain de la naissance de l'enfant.

La nature des lésions que je viens d'indiquer me paraissait devoir se guérir toutes seules, et en prévoyance de ce qui pouvait arriver, j'avais prescrit de couvrir la tête de compresses résolutives. Cela fut mal compris peut-être et mal exécuté. On devait mettre des compresses enduites de cérat sur les excavations et recouvrir le tout de cataplasmes émollients. Deux jours après, à ma visite, je trouvai un cataplasme sec et adhérent sous la peau, et les petites plaies saupoudrées de lycopode. Il survint un phlegmon diffus, qui occupait la région mastoïdienne et parotidienne; il était à craindre qu'il n'envahît toute la tête : car la tumeur sero-sanguine n'avait subi aucune diminution. Quatre jours après, je pratiquai alors une ponction avec un bistouri à lame étroite; elle donna issue à quelques grammes de sérosité sanguinolente, et à compter de ce moment, la résation marcha rapidement. Quant au phlegmon, il se limita aux parties ci-dessus indiquées. Quelques injections d'eau phéniquée au centième modifièrent avantageusement la nature de la suppuration, et lors de l'apparition des bourgeons charnus, quelques instilations de solution de nitrate d'argent au trentième hâtèrent la cicatrisation, qui était complète un mois après. A la naissance, l'enfant avait une paralysie à la partie droite de la face, comme après une application du forceps. Cela s'observe quelquefois lorsqu'on emploie le levier pour terminer l'accouchement.

La femme, après l'accouchement, était très-fatiguée et se plaignait de la partie droite du bassin et de la cuisse du même côté, qui était très-douloureuse. Ces parties ne pouvaient pas supporter la moindre pression et la malade ne pouvait faire aucun mouvement. Le ventre ne présentait aucune sensibilité et était très-souple. La miction étant impossible (1), on fut obligé de la sonder pendant dix jours. La fièvre de lait apparut au temps voulu, et l'enfant prit le sein maternel quatre jours après. Dès le second jour de la naissance, une femme étrangère avait commencé à le faire téter, et même lorsque sa tête était la plus malade, il s'est toujours bien nourri. L'état de la malade s'améliora, et le quinzième jour, elle quittait son lit et s'occupait seule de son enfant.

L'observation qu'on vient de lire ne contient aucun fait nouveau, rien qui me soit propre; le levier est employé dans les Flandres, d'une manière non interrompue, depuis un siècle et plus. Il y a eu une période de temps pendant lequel il a été employé empiriquement. M. Boddaert père a eu l'honneur d'expliquer rationnellement et scientifiquement ses usages et

(1) J'écarte toute espèce de théorie pour parler du fait pratique seulement. (Note du rédacteur.)

(2) Dans le mémoire sur le forceps et le levier, publié par les *Archives générales de médecine*, je me suis trompé en indiquant la main gauche. *Arch. gén. de médecine*, juillet 1868.

(1) Dans une réclamation faite à l'occasion de mon mémoire intitulé : *Du forceps et du levier*, on m'a objecté que la paralysie de la vessie était très-rare après une application de forceps. Cela est vrai lorsqu'on a recours à ce moyen pour abréger de quelques heures les souffrances de la mère et de l'enfant. Mais lorsque l'accouchement naturel a été un peu long, on l'observe quelquefois, et lorsque, pour terminer un pénible accouchement, on a fait des efforts de traction un peu prolongés, la rétention de l'urine est on ne peut plus commune. Quant à la mort de l'enfant pendant le dégagement des épaules, je renvoie mon contradicteur à l'observation publiée, par M. le docteur Bailly, professeur agrégé, dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux*, du 17 novembre 1868.

son action. Il n'a (le levier) jamais eu besoin de réhabilitation, parce que aucun des médecins qui l'ont employé n'a eu de reproche à lui adresser; ils sont tous devenus ses partisans; il lui a manqué une chose essentielle, *c'est d'être connu avant d'être jugé.*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 16 octobre 1868. — Présidence de M. Chausit.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Duchenne (de Boulogne) fait à la Société une lecture de ses *Recherches sur l'iconographie du système nerveux* et présente diverses préparations microscopiques, ainsi que des dessins et des photographies.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Le Secrétaire annuel : Dr Aimé Martin.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

266. Gravilesco (Nicolas). Des diverses modes de pansements par occlusion.

267. Douillet (Désiré). Contributions à l'histoire des fractures et luxation du rachis.

268. Latteux (Paul). Étude clinique et physiologique sur le tremblement.

269. Mausnier (Auguste). De l'action de la digitale sur la fonction glycogénique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 15 décembre 1868, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique :

1° La chaire de chimie générale et toxicologie de la Faculté de médecine de Montpellier portera, à l'avenir, le titre de chaire de physique médicale;

2° La chaire de médecine légale de ladite Faculté portera, à l'avenir, le titre de chaire de médecine légale et de toxicologie.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Bert, chargé du cours de physiologie comparée au Muséum, est chargé du cours de physiologie à la Faculté des sciences.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gaillard, chirurgien en chef des hospices de Poitiers.

— A céder de suite, pour cause de santé, une bonne clientèle de médecin dans le département de la Marne.

S'adresser, pour les renseignements, au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Agenda-médical pour 1869

Contenant : 1° *Formulaire magistral*, par M. Cazenave; 2° *Mémorial thérapeutique du praticien*, par MM. Trousseau, Pajot et Diday; 3° *Code médical et professionnel*, par M. Legrand du Saulle; 4° *Premiers secours à donner en cas d'empoisonnement et d'asphxsie*, par M. Réveil; 5° *Résumé pratique des eaux minérales*, par M. Constantin James; 6° *Notice sur les stations hivernales*, par M. de Valcourt;

Plus un calendrier à deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins inspecteurs des eaux minérales; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France, les Écoles de médecine militaire et navale; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; des modèles de rapports et certificats; le tableau des rues de Paris, etc., format iin-18 de 450 parges.

PRIX

Broché	1 fr. 75
Cartoné à l'anglaise	2 »
Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille	3 »

RELIURES DIVERSES

N° 1.	Maroquin à coulisseau avec crayon, doublé en papier	3 fr.	»
N° 2.	— à patte	3	50
N° 3.	— — — l'agenda divisé en 5 cahiers.	3	75
N° 4.	— — — en un seul cahier, emboîté dans le portefeuille	4	50
N° 5.	— — — l'agenda divisé en 5 cahiers.	4	75
N° 6.	— — — et petite trousse	5	»
N° 7.	— — — —	7	»
N° 8.	— — — — avec fermoir maillechort.	9	»

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Les Bureaux et les Ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de Noël, le journal ne paraîtra pas samedi prochain.

Paris, le 23 décembre 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a procédé, dans cette séance, au renouvellement partiel du Bureau pour l'année 1869. M. Blache, vice-président, passant de droit à la présidence, pour l'année prochaine, l'Académie avait à élire un vice-président. La presque unanimité des suffrages de l'Académie s'est portée sur M. Denonvilliers. M. Béclard a été maintenu dans les fonctions de secrétaire annuel par acclamation et aux applaudissements de l'assemblée. MM. H. Bouley et Regnauld ont été nommés membres du conseil.

Les élections terminées, M. le professeur Filhol, de Toulouse, a occupé quelques minutes la tribune pour la lecture d'une note relative à l'action de l'iode sur les sulfures alcalins insolubles.

L'Académie s'est formée ensuite en comité secret, pour entendre la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique, à laquelle il doit être pourvu dans la séance prochaine. La liste de candidature est ainsi arrêtée :

En première ligne, ex æquo et par ordre alphabétique, MM. Marrotte, Moutard-Martin et Oulmont;

En deuxième ligne, M. Boinet;

En troisième ligne, M. Delioux de Savignac.

Dr Brochin.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

ABCÈS DU FOIE DANS LE COURS D'UNE DYSSENTERIE

Ouverture dans le péritoine. — Mort.

(Par M. BOURDILLAT, interne des hôpitaux.)

Un homme, âgé de cinquante-trois ans, entra le 21 septembre 1868 à la Maison de santé avec un rétrécissement de l'urèthre, pour lequel il avait été soigné dix ans avant par M. Demarquay. Depuis cette époque cet homme avait habité le royaume de Tunis et avait joui d'une santé assez satisfaisante, malgré un abus effréné et sans cesse croissant des liqueurs alcooliques. Depuis deux ans il avait bien eu parfois dés accidents de rétention et quelques abcès urineux; mais c'était là les seuls troubles notables qu'il eût éprouvés.

A l'entrée le malade présente tous les signes d'une vieillesse prématurée. Il est pâle, amaigri et il mange peu: cependant il se promène, et rien n'indique chez lui l'existence d'une maladie grave. Chaque jour on lui passe dans le canal de l'urèthre une sonde de moyen calibre, qu'il garde pendant plusieurs heures.

Le huitième jour de son arrivée (28 septembre) le malade est pris sans cause appréciable d'une diarrhée assez intense et qu'on ne parvient point à arrêter par les moyens ordinairement mis en usage.

Trois jours plus tard (1er octobre) les selles deviennent sanguinolentes, des vomissements apparaissent, puis bientôt un ténesme vésical des plus douloureux. Le malade s'agite; le pouls est rapide, la langue pâteuse, la soif vive, l'appétit nul, les garde-robes très-fréquentes. M. Meunier a recours avec énergie aux préparations de bismuth, de ratanhia et d'opium, et il parvient à modérer un peu les accidents. Mais bientôt ceux-ci reparaissent avec une nouvelle intensité et jettent rapidement le malade dans un abattement profond.

Le 4 octobre, M. Jaccoud, appelé en consultation, constate un état déjà fort grave: le malade est dans un état de demi-stupeur; son amaigrissement est extrême; il a le teint jaunâtre, le pouls petit, la langue rôtie et des vomissements fréquents. Les selles sont formées d'un liquide rosé, dans lequel nagent de nombreux filaments grisâtres. Le ténesme vésical persiste: l'urine est trouble, mais elle ne contient pas d'albumine ni de biliverdine. On prescrit du sulfate de quinine et de la teinture d'aconit que le malade, fidèle à ses habitudes d'insoumission, refuse de prendre.

Les jours suivants la maladie poursuit sa marche destructive, sans grande modification dans les symptômes. Seulement les selles deviennent noirâtres de rouges qu'elles étaient.

Le 11 octobre on remarque dans l'hypochondre droit, où le malade accusait depuis quelque temps de la douleur, une tuméfaction générale sans altération dans la couleur des téguments. Les caractères de cette tuméfaction, son siége et surtout les circonstances où elle s'est développée laissent peu de doute sur sa nature, et M. Meunier conclut sans hésiter à la présence d'un abcès du foie consécutif à la dyssenterie.

A partir de ce moment la voussure de la région hépatique augmente d'une manière constante ainsi que la somnolence et l'adynamie. A tous les symptômes observés vient se joindre un hoquet persistant, puis bientôt un délire calme. Le 14 octobre on constate l'apparition du muguet sur la langue et sur les parois de la bouche.

Le 18 octobre on s'aperçoit que la tuméfaction du côté droit a diminué et que le ventre offre une voussure plus égale. Les vomissements qui s'étaient un peu calmés les jours précédents augmentent d'intensité. Il survient des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Enfin le malade meurt le 19 octobre après une agonie prolongée.

Autopsie. — A l'autopsie que je pratiquai conjointement avec mon aimable et savant collègue M. Hallopeau, nous trouvâmes dans l'épaisseur du foie deux abcès énormes, situés: l'un près de la face convexe de l'organe et s'ouvrant dans le péritoine; l'autre placé à droite de la vésicule du fiel plus près de la face inférieure, ayant perforé, comme le premier, l'enveloppe propre du foie, mais arrêté dans sa marche par la membrane propre du rein droit.

Le premier de ces abcès, séparé du précédent par une assez mince couche de tissu hépatique, contenait un litre environ d'un pus verdâtre, crémeux, fort épais et difficilement miscible à l'eau. Les parois d'apparence tomenteuse étaient hérissées de petits filaments blancs qu'un examen ultérieur a fait reconnaître pour des vaisseaux des lobules hépatiques détruits par la fonte de l'organe. En se réunissant vers leur point d'implantation au tissu conjonctif du foie, ces filaments formaient à la collection purulente une sorte de membrane pyogénique, blanchâtre, d'un millimètre environ d'épaisseur. Enfin, au-dessous, on tombait directement sur les lobules hépatiques refoulés. Les parois formées d'une façon médiate par le tissu du foie présentaient d'ailleurs une épaisseur fort inégale. En effet, perforée en haut et réduite à trois ou quatre millimètres seulement près du bord antérieur, cette paroi s'épaississait à mesure qu'on se portait en arrière. Au voisinage de la membrane pyogénique, dans l'étendue de un à deux centimètres, le parenchyme offrait une coloration rouge brique, indice d'une congestion inflammatoire active. Le conduit qui faisait communiquer l'abcès avec la cavité du péritoine s'étendait du cartilage de la septième côte au bord libre de la cage thoracique, formant, par l'adhérence du feuillet viscéral au feuillet pariétal, un trajet de trois à quatre centimètres de longueur.

Le second abcès, un peu moins volumineux que le premier, ne différait point du précédent par les caractères du pus, ni par l'apparence de ses parois. Il avait perforé la membrane propre du foie à sa face inférieure, et le pus s'était dirigé vers la face externe du rein droit, où il avait été arrêté par l'enveloppe de cet organe.

M. Bouchard a fait un examen attentif de la membrane isolante de ces deux abcès, et voici le résultat de ses recherches : « Les filaments sont formés de vaisseaux dont l'adventice est épaissie et présente d'une façon très-nette une striation ondulée longitudinale. A ces vaisseaux s'ajoute, dans le feutrage qui constitue la membrane limitante, un tissu conjonctif fibrillaire dont on isole, par le grattage, des corpuscules fibro-plastiques assez nombreux, et quelques cellules hépatiques encore reconnaissables et contenant parfois des granulations de pigment biliaire. Enfin la masse villeuse, qui était en contact avec le foyer purulent, conserve au contact des filaments vasculaires de nombreux globules purulents. »

La forme générale du foie n'avait pas été modifiée. Il était seulement augmenté de volume, et son bord inférieur descendait à trois travers de doigt au-dessous du bord libre des cartilages costaux. Notons encore qu'à la face supérieure on voyait deux grandes plaques d'un blanc jaunâtre, indiquant un commencement d'hépatite en ces deux points. Enfin la vésicule du fiel très-volumineuse avait son canal cystique oblitéré.

Le péritoine était le siége d'un épanchement de pus très-abondant, et les intestins avaient contracté entre eux de nombreuses adhérences. Les vaisseaux mésentériques très-développés se dessinaient à leur surface. La muqueuse du gros intestin très-épaissie était parsemée d'ulcérations peu profondes, mais assez étendues. Ces ulcérations étaient surtout confluentes à l'S iliaque du colon et au voisinage du cæcum, où leur ensemble surpassait en étendue la muqueuse restée intacte. On en trouvait également un certain nombre dans le rectum. Elles faisaient complétement défaut dans l'intestin grêle, dont la muqueuse était très-simplement rouge, injectée par places.

La substance corticale du rein droit était atrophiée et présentait à la coupe une teinte jaunâtre, laissant présumer un commencement de dégérescence amyloïde. Le rein gauche, augmenté de volume, offrait la même altération à un degré moins avancé.

La vessie avait ses parois très-épaissies, comme dans la cystite chronique. La muqueuse à teinte ardoisée était parsemée de plaques pseudo-membraneuses grisâtres, épaisses de plusieurs millimètres.

Au niveau du bulbe on constatait un rétrécissement de l'urèthre, peu serré d'ailleurs. En arrière de ce rétrécissement, sur la paroi inférieure du conduit, on voyait une série de petits orifices, presque microscopiques, par lesquels, pendant la vie, l'urine transsudait en dehors du canal. Le tissu cellulaire des bourses, sillonné par des trajets fistuleux, était le siége d'une inflammation chronique, qui en avait amené l'induration. Les parois du canal étaient très-épaissies et offraient à la coupe une espèce de tissu blanchâtre très-dur et comme cartilagineux.

Enfin les deux feuillets de la plèvre du côté droit étaient soudés entre eux.

Les abcès du foie dans le cours de la dyssenterie sont assez rares dans notre pays pour que ce fait nous ait paru digne d'être signalé. On pourrait peut-être se demander, en tenant compte du séjour du malade dans un pays chaud, si l'abcès du foie n'était pas antérieur à la dyssenterie, et s'il n'a pas joué, par rapport à elle, le rôle de cause à effet. Les auteurs rapportent, en effet, un certain nombre d'observations où l'abcès du foie a précédé manifestement l'affection intestinale, et M. Rouis, en particulier, sur 128 cas d'abcès hépatiques coexistant avec la dyssenterie, en a trouvé 23 où cette dernière a été consécutive. Mais d'une part, l'état de santé antérieure de notre malade, quoique peu brillant, ne permet guère de croire à l'existence d'une affection aussi grave, n'exerçant pas sur l'économie un retentissement plus accusé; d'autre part, l'étude de la lésion locale, et notamment des parois du foyer purulent, s'oppose à l'idée d'une collection ancienne. Tout au plus le séjour dans les pays chauds pourrait-il être invoqué, avec les excès alcooliques, comme une cause prédisposante à l'hépatite suppurée.

Cette observation nous offre encore quelques particularités notables, telles que l'ouverture de l'un des deux abcès dans le péritoine et la marche de l'autre vers le rein droit. Le premier de ces deux accidents toujours mortels a eu lieu ici sans entraîner un ensemble de symptômes en rapport avec la gravité de la lésion. Puis il y a eu ceci de particulier, que le pus, après avoir perforé l'enveloppe du foie, a été arrêté dans sa progression vers l'extérieur par la paroi costale.

La propagation des abcès hépatiques vers le rein droit a déjà été nombre de fois signalée: Annesley et Naumann ont même cité des exemples de leur ouverture dans ces organes.

Quant à l'oblitération des canaux biliaires, on sait qu'elle est un fait très-ordinaire.

DEUX OBSERVATIONS D'ANÉVRYSME POPLITÉ SPONTANÉ

Par M. SISTACH

Membre correspondant de la Société de chirurgie.

La faveur toujours croissante qu'obtient la chirurgie non-opérante dans le traitement des anévrysmes, nous engage à communiquer, d'une manière sommaire, à la Société de chirurgie (1), les résultats divers que nous avons obtenus dans cette voie.

OBS. I. — Anévrysme artériel poplité gauche, datant de deux mois et demi, et guéri par la flexion forcée, au bout de trois jours.

B..., zouave, âgé de 31 ans, ayant douze ans de services militaires, passé onze ans en Afrique et un an au Mexique, exerce, depuis l'âge de 11 ans, la profession de tailleur d'habits, et spécialement celle de coupeur, depuis qu'il est sous les drapeaux.

En dehors de ces dernières fonctions, qui l'obligeaient à travailler constamment debout, B... était encore tenu à faire souvent en ville de nombreuses courses assez fatigantes. D'ailleurs, point d'habitudes alcooliques. En juin 1867, pour la première fois, la marche provoquait sur le mollet gauche une fatigue, suivie bientôt après de douleur très vive. Progressivement, la marche devint de plus en plus difficile, impossible même dès le 5 juillet; ce qui obligea le malade à entrer, le 24 juillet, dans notre service, à l'hôpital militaire de Constantine.

Tumeur du volume d'un œuf de poule, siégeant à la partie inférieure du creux poplité gauche, molle et compressible, offrant des battements isochrones au pouls et visibles à l'œil, donnant lieu à un bruit de souffle intermittent, qui se percevait à l'aide du stéthoscope, et, finalement, gêne dans les mouvements du genou, extension douloureuse de la jambe, au point de nécessiter sa légère flexion, accroissement d'un centimètre et demi de la circonférence du mollet gauche au niveau de la tumeur : tels sont les divers signes qui nous permirent de diagnostiquer un anévrysme poplité artériel. Telle fut aussi l'opinion de M. Vital, notre médecin en chef, et de M. Marvy, médecin aide-major.

Par suite d'une indisposition fébrile du malade, ce ne fut que le 21 août, à huit heures du matin, que nous appliquâmes le bandage suivant : après avoir enveloppé de ouate et d'une bande simplement contentive le membre inférieur, depuis les orteils jusqu'à mi-cuisse, nous assujettîmes la jambe, dans la flexion à angle aigu, à l'aide de quelques tours de bande, qui n'embrassaient que le tiers inférieur de la cuisse et le tiers supérieur de la jambe; puis, tout le membre fut placé dans l'abduction, et reposant sur sa face externe. Une demi-

(1) Lu à la société de chirurgie du 2 décembre 1868.

heure après, douleurs assez vives, siégeant sur le côté interne du genou, et persistant pendant deux heures. Pendant la nuit, sommeil interrompu par des douleurs passagères.

Le 22 août, même état de flexion ; douleurs faibles, revenant à rares intervalles, même pendant la nuit.

Le 23 août. Nous recommandons au malade de fléchir davantage et progressivement la jambe, sans toucher au bandage. Douleurs plus vives pendant la nuit et, simultanément, engourdissement du pied avec fourmillements.

Le 24 août, ablation du bandage à la visite du matin. Absence de battement et de bruit de souffle; solidification complète de la tumeur. Après avoir fait constater ce résultat par MM. Vidal et Marvy, nous maintenons la demi-flexion pendant six jours.

Dès le 1er septembre, tout bandage est supprimé et le malade s'applique à étendre progressivement sa jambe, résultat qu'il obtient d'une manière complète le 10.

A la date du 18 septembre, B... se lève et marche sans douleur ni difficulté. La tumeur diminue sensiblement de volume, et sa solidification est complète.

Obs. II. — Anévrysme artériel poplité droit; insuccès de la flexion forcée et de la compression digitale; ligature de l'artère fémorale dans le canal du troisième adducteur; chute du fil à ligature au dix-neuvième jour; hémorragies consécutives, deux et trois jours après; gangrène du pied et de la jambe, survenant vingt-six jours après la ligature. Mort.

Le sujet de cette observation est ce même B..., qui, après avoir repris toutes ses occupations pendant deux mois, a ressenti, dès les premiers jours de décembre 1867, une fatigue de la jambe droite, avec léger gonflement du mollet, survenant après quelques instants de marche; puis, aggravation de ces phénomènes et, successivement, difficulté et impossibilité d'étendre la jambe.

Le 12 décembre, constation d'un nouvel anévrysme artériel, siégeant à la partie moyenne du creux poplité droit, offrant le volume d'une grosse noix et caractérisé par une tumeur circonscrite, molle et compressible, animée de battements intermittents visibles à l'œil nu et donnant lieu à un bruit de souffle intermittent. Flexion de la jambe à angle aigu et sans nul bandage pendant cinq jours; puis, compression indirecte de l'artère fémorale, pendant quarante-huit heures, à l'aide de compresses graduées et d'un bandage qui maintenait, de plus, la jambe dans la flexion : tels furent les moyens employés avant l'entrée de ce malade à l'hôpital, qui eut lieu le 23 décembre. A cette époque, nous constatons les phénomènes morbides mentionnés plus haut, avec la seule différence que la tumeur nous paraît légèrement augmentée de volume.

Le 24 décembre, à huit heures et demie du matin, nous soumettons ce membre à la flexion forcée, à l'aide du même bandage que nous avions appliqué précédemment. Douleurs intermittentes le jour, plus intenses et persistantes la nuit, provoquant une insomnie presque complète, malgré une potion opiacée.

Le 4 janvier 1868, douleurs tellement vives pendant la nuit, que la flexion du membre a dû être ramenée à angle droit. Dans la nuit du 5, le malade souffre tellement, qu'il enlève complétement le bandage.

Le 15 janvier, persistance de douleurs excessives, malgré l'absence de tout bandage. Accroissement considérable de la tumeur anévrysmale qui, semblant bilobée, proémine à la fois et sur le côté interne et postérieur du genou, dans une étendue longitudinale de 12 centimètres sur 11 centimètres d'étendue transversale médiane, et sur le côté externe du creux poplité, sous la forme d'une tumeur offrant le volume d'un œuf de poule; ces deux poches anévrysmales offrent des battements isochrones aux pulsations artérielles et visibles à l'œil nu, ainsi qu'un bruit de souffle intermittent et très-intense. La partie médiane du creux poplité offre à peu près la dépression normale, et une pression digitale légère y perçoit un frémissement vibratoire, dans l'étendue de 6 centimètres. La circonférence médiane du genou droit est de 424 millimètres, et celle du genou gauche, de 366 millimètres. Absence d'œdème du pied et nul indice d'inflammation superficielle ou profonde de la région poplitée; impossibilité d'étendre complétement la jambe; mouvements du genou très-douloureux; pas de flexuosités des veines de la jambe et du pied, et, enfin, bruits du cœur normaux : tel est, à la date du 16 janvier, l'état du malade, à qui nous administrons 3 centigrammes de poudre de digitale.

Le 16; quatre séances de compression digitale, de deux heures chacune, et séparées chaque fois par un intervalle égal. La compression est alternativement pratiquée sur le pubis et vers la partie moyenne de la cuisse.

Le 17, 4 centigrammes de poudre de digitale. Trois séances de compression, de trois heures chacune. La compression est plus difficilement supportée que la veille.

Le 18, 5 centigrammes de poudre de digitale; compression digitale, alternative sur le trajet de la fémorale, commencée le matin, à huit heures, et continuée, sans nulle interruption, jusqu'au 22 janvier, à sept heures du matin.

Pendant les deux premiers jours, l'application permanente, sur le lobe interne de la tumeur, d'un cornet en diachylon, surmonté d'un filament de ouate, indiquait suffisamment, par ses oscillations, l'insuffisance de la compression.

Nous nous bornerons à ajouter que la compression, assez bien supportée le premier jour, provoqua, dès le lendemain, des douleurs très-intenses, siégeant sur la tumeur, la jambe et le pied, s'exaspérant chaque jour davantage, et donnant lieu, à plusieurs reprises, dès le cinquième jour, à une imminence de syncope. D'autre part, à la date du 22 janvier, la tumeur anévrysmale était très-dure dans ses parties latérale, externe et interne; mais elle avait sa mollesse habituelle dans la partie médiane du creux poplité. L'artère fémorale formait un cordon épaissi, roulant facilement sous les doigts et rendant la compression exacte très-difficile. La jambe droite était œdématiée, et le malade, tout à fait démoralisé, réclamait instamment la cessation de la compression, ce qui nous obligea d'accéder à ses désirs.

Du 23 au 29 janvier, exaspération des douleurs du membre inférieur; imminence fréquente de syncope; insomnie presque complète; accroissement de 4 centimètres de la circonférence médiane du genou droit. Sur le côté interne du genou, ecchymose jaunâtre, ayant 18 centimètres de longueur verticale sur 2 centimètres de largeur; nouvelle ecchymose jaunâtre sur la partie médiane du creux poplité; distension de l'articulation du genou, qui offre une fluctuation manifeste. Température du creux poplité droit, 36°,2, et du gauche, 35°,4. Circonférence du mollet droit, 365 millimètres, et du gauche, 326. Les mouvements volontaires de la jambe sont complétement impossibles. Rien d'anormal dans les bruits du cœur. Moral abattu et anxieux. Ce même jour, 29 janvier, nous pratiquons la ligature de la fémorale dans le canal du troisième adducteur; des veines flexueuses, largement dilatées et anastomosées entre elles, recouvraient complétement l'artère que nous parvenons à isoler minutieusement et à lier, sans nulle effusion sanguine. L'amaigrissement du membre n'avait point permis d'apprécier le relief du couturier pendant l'opération, ce qui nous obligea à ne prendre pour guides, dans la recherche du vaisseau, que sa direction et ses battements, qui, vers le tiers inférieur de la cuisse, étaient très-faibles et intermittents. Après la ligature, cessation des battements de la tumeur anévrysmale; réunion de la plaie extérieure à l'aide de cinq serre-fines; emmaillottement dans la ouate du membre, le long duquel cinq cruchons d'eau chaude sont placés en permanence.

Le 1er février, ablation des serre-fines; absence de réunion immédiate; plaie compliquée d'érysipèle.

Le 17 février, chute du fil à ligature; plaie vermeille; excellent appétit; disparition de l'érysipèle et diminution croissante de la tumeur anévrysmale.

Le 20, dans la nuit, hémorrhagie par la plaie, évaluée à 160 grammes.

Le 21, nouvelle hémorrhagie, à neuf heures du soir, évaluée à 300 grammes.

Le 24, diminution de la chaleur et de la sensibilité du pied et de la moitié inférieure de la jambe.

Le 25, la gangrène humide est confirmée et s'étend, le lendemain, jusqu'au tiers supérieur de la jambe.

Le 27 février, B... meurt à deux heures de l'après-midi.

L'autopsie, pratiquée le lendemain matin, à huit heures, nous révèle les particularités suivantes :

A. *Membre inférieur droit.* — Dans le cul-de-sac artériel, situé au-dessus de la ligature de la fémorale, existe un caillot de 5 centimètres, en grande partie décoloré et friable, qui n'adhère à la tunique interne que par son extrémité terminale.

L'extrémité inférieure du bout supérieur de l'artère offre, dans une étendue de 3 centimètres, un épaississement assez notable; les deux extrémités de l'artère fémorale, éloignées de 14 millimètres, sont réunies par un cordon fibreux très-mince. Absence de caillot à l'extrémité supérieure du bout inférieur de l'artère.

La dissection de la région poplitée donne lieu, immédiatement après l'ablation de la peau et de l'aponévrose, à un écoulement de sang noirâtre, évalué à 100 grammes. L'incision de la poche anévrysmale découvre une vaste cavité irrégulière et anfractueuse, s'étendant depuis le quart inférieur de la face postérieure de la cuisse jusqu'au cinquième supérieur de la jambe, comprenant toute la largeur de la surface osseuse fémoro-tibiale, et renfermant du sang liquide et des caillots noirâtres, mous et excessivement friables. L'intérieur de l'articulation du genou offre une imbibition sanguine très-prononcée. Le bord postérieur des surfaces articulaires tibiale et fémorale offre une érosion des cartilages dans l'étendue d'un centimètre; la face postérieure du fémur présente la même altération osseuse dans l'étendue de 3 centimètres. Un caillot volumineux et décoloré occupait toute l'étendue de l'artère iliaque interne et des veines fémorale, iliaques primitive, interne et externe. Les veines sont généralement vides de sang, à l'exception des veines axillaires qui en étaient gorgées. L'artère humérale gauche renfermait un petit caillot filiforme de 2 centimètres de longueur, qui commençait à se décolorer.

B. *Membre inférieur gauche.* — Caillot fibrineux et décoloré dans les veines iliaques primitive, interne et externe, ainsi que dans le tiers inférieur de la veine fémorale, dans une étendue de 18 centimètres. Caillot de même nature, ayant 4 centimètres de longueur, dans l'intérieur de l'artère iliaque externe.

L'artère poplitée, plus volumineuse qu'à l'état normal, offre un épaississement notable; dans sa moitié inférieure, elle diminue de calibre et se continue par une tumeur ayant 3 centimètres de longueur sur 18 millimètres de largeur. Cette tumeur est située immédiatement au-dessous du ligament transverse postérieur articulaire, entre les deux tubérosités postérieures du tibia et immédiatement au-dessus du bord supérieur du muscle poplité; elle a la forme d'une petite pyramide triangulaire, dont la base serait sa face antérieure, qui est plane, lisse et en rapport immédiat avec la surface tibiale.

L'oreillette droite du cœur renferme un caillot ambré, très-volumineux; tandis que dans l'oreillette gauche existe un caillot moins volumineux, semi-cruorique, semi-fibrineux.

L'examen micrographique de l'artère fémorale, fait par M. le docteur Arnould, sur les deux bouts résultant de la ligature, lui a révélé les détails suivants :

« Après quelques heures de macération dans l'eau, les tuniques peuvent être séparées par larges lambeaux, l'interne sans son épithélium et entraînant à sa face profonde des fibres de la moyenne. La tunique interne paraît un peu grenue au moment de l'examen. La tunique moyenne se montre avec ses fibres élastiques flexueuses, à contour net, ramifiées, et ses fibres musculaires lisses, de distance en distance parallèles; mais le fond de la préparation est finement granuleux et présente quelques globules graisseux, clair-semés. Ce détail, ajoute M. Arnould, ne suffit pas à faire naître l'idée d'athérome ou d'artérite chronique. »

M. le docteur Kelsch, qui a examiné un fragment d'artère enlevé à la hauteur du triangle de Scarpa du côté droit, conclut, au contraire, à une dégénérescence graisseuse, qui a envahi les éléments contractiles de l'artère. Voici, d'ailleurs, le résultat de son examen :

« Dans l'épaisseur de trois tuniques, dit-il, on trouve enchâssés de petits globules graisseux, brillants, transparents, qui mesurent en moyenne de 6 à 8 millimètres de diamètre. Ce processus morbide, peu marqué dans les tuniques interne et externe, est surtout concentré sur la moyenne ou musculaire. Toutefois, là encore, il n'est pas également réparti. Des coupes nombreuses, pratiquées sur les divers points de la circonférence de l'artère, m'ont fait voir des points où les globules gras étaient extrêmement confluents, sans jamais, cependant, se réunir sous forme de nids de graisse; d'autres où ils se trouvaient beaucoup plus clair-semés; d'autres, enfin, où l'on en voyait à peine des traces. Les noyaux des fibres-cellules étaient pâles, comme flétris, à contour vagues. Quant au contour de la fibre-lisse, il disparaissait entièrement sous l'action de l'acide acétique étendu. »

En résumé, ces deux observations nous ont paru intéressantes à des titres divers.

Le premier cas, nous offre un exemple de la prompte efficacité de la flexion forcée dans le traitement des anévrysmes poplités. C'est un fait à ajouter aux succès déjà obtenus, à l'aide du même moyen thérapeutique, par Maunoir, Hart et Shaw, dont les *Archives de médecine* ont rapporté les observations, en 1859, et par M. Verneuil, dans le fait qu'il a communiqué récemment à l'Académie de médecine.

Dans le second anévrysme, faut-il attribuer à la flexion forcée sa rupture dans l'articulation du genou, ainsi que pareille relation a été établie pour le malade de M. Moore, dont les *Archives de médecine* ont également mentionné le fait? Pour nous, nous serions d'autant moins disposé à reconnaître chez notre malade une telle influence, que cet anévrysme a présenté les particularités suivantes : 1° développement excessivement rapide dès le début; 2° rupture dans l'articulation, vingt-quatre jours après la flexion forcée; et 3° infiltration granulo-graisseuse des tuniques artérielles. Nous ne serions même pas éloigné de rapporter en grande partie à cette altération granulo-graisseuse, et l'insuccès des diverses méthodes thérapeutiques employées et les hémorrhagies consécutives à la ligature, puisque, d'après Follin (1), l'infiltration granulo-graisseuse est le premier degré des métamorphoses rétrogrades des tissus, métamorphoses qui peuvent dépendre, sous l'influence d'une nutrition insuffisante, de toutes les maladies qui nuisent à la plasticité du sang.

DE L'EMPLOI DU SOUS-NITRATE DE BISMUTH A HAUTE DOSE

dans le traitement des affections dysentériques en Algérie,

Par M. Maillot, *ancien président du Conseil de santé des armées.*

On se rappelle la faveur avec laquelle, il y a une vingtaine d'années, furent accueillies les premières communications de Monneret, sur l'administration du sous-nitrate de bismuth à haute dose, dans la curation des diarrhées et des dysentéries observées à Paris. Frappé des succès obtenus par ce praticien si distingué, je m'empressai de suivre ses préceptes, et je les appliquai largement au Val-de-Grâce, dont j'étais alors médecin en chef. En 1854, je publiai dans le *Moniteur des Hôpitaux* le résultat de mes tentatives, qui ne coûtèrent rien à l'État; car, pour m'éviter des ennuis de comptabilité, je me procurai à mes frais le bismuth, que j'employai à cet usage. Plus tard, Monneret, reprenant cette question, voulut bien, à son tour, s'appuyer sur les faits que j'avais fait connaître.

La médication nouvelle, due tout entière à ce savant professeur, était souveraine dans les maladies de nos pays tempérés; c'était incontestable. Mais transportée dans les pays chauds et à dysentérie endémique, aurait-elle le même succès? Telle était la question qui s'était présentée à mon esprit, lorsque, en 1853, je fus à même d'en demander la solution à l'expérimentation en Algérie. J'étais chargé de l'inspection médicale dans les provinces de Constantine et d'Oran; je priai le Ministre de la Guerre de me faire adresser dans les villes principales de mon parcours 3 kilogrammes de sous-nitrate de bismuth, dont l'emploi serait fait sous ma responsabilité. Il me les fit remettre directement à mon domicile, à Paris, et je les transporta dans mes bagages jusqu'à Alger, d'où, par les soins de M. le pharmacien-major Fournez, ils furent répartis entre les hôpitaux d'Oran, Bone, Constantine, etc. Ce fut là l'origine de la médication par le sous-nitrate de bismuth à haute dose des affections dysentériques en Algérie. Cette médication a-t-elle tenu les promesses que j'avais faites en son nom, lorsque je disais, en 1853, au Ministre, qu'elle aurait peut-être, dans le traitement des affections dysentériques, une application aussi heureuse que le sulfate de quinine dans les fièvres? Sa réponse est dans les accroissements successifs qu'a pris en Algérie la consommation du sous-nitrate de bismuth, qui, d'absolument nulle qu'elle était en 1852, est arrivée aujourd'hui à des proportions en dehors de toute prévision. Ainsi, le magasin de Marseille, chargé d'approvisionner les hôpitaux de l'Algérie, en a expédié en 1868 cette année même, 450 kilogrammes pour les besoins de ces établissements. Il serait superflu de rien ajouter à cette preuve arithmétique.

Je dirai cependant encore que, frappés des avantages obtenus par ce médicament, les médecins des corps de troupe ont demandé que désormais il entrât dans l'approvisionnement des infirmeries régimentaires : ce que le Ministre a accordé, après avoir pris l'avis du Conseil de santé des armées.

En publiant ces quelques lignes, j'ai désiré combler en partie une lacune qui me semble exister dans la science; car je ne me rappelle pas avoir rien lu sur l'emploi du sous-nitrate de bismuth à haute dose, dans la dysentérie des pays chauds. Dans le cas où je me tromperais, je pourrais toujours affirmer que l'expérimentation n'aurait été faite ni sur une aussi grande échelle, ni d'une façon aussi éclatante que dans nos hôpitaux de l'Algérie. Et maintenant que la retraite m'a classé parmi les hommes qui ne vivent plus que dans les souvenirs du passé, qu'il me soit permis de dire ceux qu'éveillent en moi ces deux mots : *quinine et bismuth*; ils me rappellent que, à vingt ans d'intervalle, il m'a été donné de rendre à mon pays et à l'armée deux services, dont je laisse l'appréciation au jugement de l'avenir : le premier, en déterminant la nature des fièvres continues de l'Algérie, et en fixant les bases sur lesquelles, aujourd'hui encore, repose le traitement de ces maladies si meurtrières au début de l'occupation; le second, en introduisant dans la même contrée la médication des affections dysentériques par le sous-nitrate de bismuth à haute dose, médication dont l'importance se traduit par les chiffres officiels que je viens de citer et qui me paraissent la démonstration la plus évidente des succès qui lui ont fait prendre un rang si élevé dans la thérapeutique algérienne.

OVARIOTOMIE

Obs. LXV. — Ovariotomie double pratiquée le 11 mai 1868. Guérison.

Par E. Kœberlé.

Madame R..., de Charleville (Ardennes), âgée de 46 ans, d'un constitution très-robuste, n'a eu qu'une seule grossesse en 1849 et a

(1) *Traité de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 284.

toujours joui d'une très-bonne santé jusqu'au mois de septembre 1867, où l'on s'est aperçu pour la première fois de l'existence d'une tumeur abdominale, située à droite, d'un diamètre de 10 à 12 centimètres, mobile, présentant à sa partie supérieure une sorte de pédicule, que M. le docteur Labouverie, de Charleville, crut devoir considérer comme une tumeur hydatique en rapport avec le bord postérieur du foie. Cette tumeur prit un accroissement très-rapide. Lorsque je vis la malade au mois de novembre elle avait déjà 20 centimètres de diamètre. Elle était dépourvue d'adhérences, assez dure, inégale, sans fluctuation distincte. L'utérus était normal, central, abaissé. On sentait une tumeur dure, de petit volume dans l'excavation pelvienne. Constipation. Miction fréquente. Douleurs de reins. Sensation de pesanteur, de pression dans le bassin. Les forces étaient bien conservées; la malade était extraordinairement vigoureuse; la menstruation était normale. En l'absence de tout signe positif, je conclus à l'existence probable d'une tumeur fibreuse pédiculée du fond de la matrice, et j'engageai la malade à revenir me voir au bout de quelques mois si la tumeur devenait beaucoup plus volumineuse. Madame R... revint à Strasbourg au mois de mai 1868. Dans l'intervalle s'était produit un amaigrissement considérable qui faisait ressortir d'autant plus la charpente osseuse vraiment athlétique de la malade. L'abdomen était énorme, très-sensible et était le siége de vives douleurs. Depuis plusieurs mois il y avait une insomnie complète. Des vomissements bilieux ne discontinuaient pas depuis trois jours. L'existence d'un kyste de l'ovaire était alors évidente. La tumeur ovarique était multiloculaire; elle ne paraissait pas être adhérente à la paroi abdominale; la fluctuation était manifeste; le liquide devait être hémorrhagique dans l'une ou l'autre de ses loges en raison du dépérissement rapide de la malade. Il y avait une ovarite avec une péritonite légère. La fièvre hectique qui minait la malade devait provenir de la décomposition du liquide renfermé dans le kyste. Une ponction était urgente. On évacue 6 litres de liquide verdâtre; mais le soulagement fut peu marqué. La malade devait évidemment succomber en peu de temps si on ne la débarrassait pas de sa tumeur. L'ovariotomie fut résolue trois jours après la ponction. Le pouls était alors très-faible, irrégulier, à 100 pulsations. La malade ressentait des douleurs très-vives sur toute l'étendue du ventre; la peau était sèche; les urines étaient chargées et rares. Il y avait un peu d'ascite.

L'ovariotomie eut lieu le 11 mai 1868 en présence de MM. Baudelot, Cochu, Kien et Grollemund.

Incision de 22 centimètres. Écoulement d'une assez grande quantité de sérosité péritonéale rougeâtre. Les parties de la tumeur situées au voisinage de l'incision étaient composées de loges très-petites qui renfermaient un liquide très-gluant et ne pouvaient être ponctionnées. Une incision pratiquée dans la tumeur permet de vider ainsi quelques loges profondes dont il s'écoula deux ou trois litres de liquide de couleur et de consistance variables, en partie brunâtre, en partie mêlé de caillots assez récents. Diverses adhérences à l'épiploon furent en partie liées, en partie comprimées par des pinces. L'ovaire droit, dont la masse pesait encore 5 kilogrammes, put alors être extrait et excisé après la ligature de son pédicule avec du fil de fer. L'ovaire gauche était également transformé en kyste multiloculaire de la grosseur d'une tête. En cherchant à reconnaître les connexions de la tumeur, sa loge principale, dont les parois étaient extrêmement amincies et qui renfermait deux litres environ de liquide brunâtre, épais, mêlé de caillots en partie décolorés, se rompit, et son contenu s'épancha de toutes parts entre les anses intestinales et dans le bassin. Le kyste fut rapidement extrait après que le pédicule en eut été étreint avec un fil de fer. La cavité péritonéale fut ensuite épongée et lavée à fond pendant près d'une demi-heure pour la débarrasser autant que possible de tout le liquide épanché. Les parties de l'épiploon qui avaient été adhérentes et qui contenaient de gros vaisseaux furent sectionnées au fer rouge. Comme les pédicules étaient très-courts de part et d'autre, surtout du côté gauche, ce dernier fut lié avec du fil de soie et sectionné au plus près de la ligature, dont les extrémités furent coupées au ras du nœud. La ligature fut ainsi retournée dans le bassin. Le pédicule du côté droit fut fixé au dehors. La plaie fut réunie par cinq points de suture profonde. L'opération a duré une heure et trois quarts. La quantité du sang perdu peut être évaluée à 200 grammes. Le poids des deux tumeurs ovariques était de 17 kilogrammes.

Pendant que l'on fermait la plaie, il se produisait, par la surface des intestins, une exsudation séreuse coagulable, rougeâtre, très-abondante, résultant de l'irritation péritonéale. Le pouls était imperceptible; la respiration était très-embarrassée; il y avait de l'oppression et 60 inspirations par minute. Les narines étaient pulvérulentes. Refroidissement. Soif très-vive. L'opérée resta pendant quelques heures dans un état alarmant, désespéré; mais peu à peu la respiration se rétablit et le pouls se releva. Six heures après l'opération le pouls marquait 92 pulsations, et il y avait 27 inspirations. On avait extrait du bassin, à l'aide d'une sonde, 120 grammes de sérosité d'abord sanguinolente, puis rosée, en trois fois, en quantité décroissante à chaque reprise. L'exsudation péritonéale ne fit plus aucun progrès. Il n'y eut aucun vomissement.

Le deuxième jour la peau était moite et les urines devinrent claires et abondantes. Le pouls, très-relevé, oscilla entre 90 et 100 pulsations. Respiration à 24 le soir.

Le troisième jour l'état de l'opérée était très-satisfaisant. Pouls de 105 à 110. Respiration à 19. Ventre encore assez sensible.

Le quatrième jour il y eut des évacuations alvines et l'on enleva les fils des points de suture profonde. Pouls à 96.

Le cinquième jour l'état de l'opérée était excellent. Pouls à 90.

Le sixième jour le pouls monta à 110 pulsations, puis retomba à 81 à la suite d'évacuations alvines copieuses et l'expulsion de 2 lombries.

Le septième jour l'opérée ressentit des coliques vives dans la nuite Le pouls à 120 devint irrégulier, petit. Soif. Langue sèche. La région hypogastrique était devenue très-sensible et il s'était développé une péritonite pelvienne; mais le lendemain ces symptômes alarmants se dissipèrent peu à peu; il y eut plusieurs selles avec un lombric; le pouls retomba à 100; la soif se calma et la langue redevint nette et humide.

Le pouls persista pendant quelques jours à 90 pulsations; il survint quelques abcès souscutanés le long des trajets des points de suture profonde. La malade, qui avait été d'une maigreur extrême, reprit assez rapidement des forces et elle s'en retourna chez elle un mois après l'opération bien portante et entièrement guérie.

Remarques. — Cette opération a été faite *in extremis*, malgré la péritonite, l'affaissement extrême et la fièvre hectique qui résulta de la résorption des liquides décomposés du kyste. La péritonite et la fièvre ont cédé presque aussitôt que la malade a été débarrassée de ces liquides irritants et septiques. Le lavage de la cavité péritonéale a été fait avec un soin extrême et très-longuement, afin de le nettoyer aussi bien que possible du sang décomposé qui s'était épanché de tous côtés. Le frottement longtemps répété des éponges a vivement irrité les intestins déjà enflammés, et l'on assista *de visu* à l'exsudation de la sérosité coagulable qui s'opérait par la surface intestinale. Cette exsudation a agi sur l'opérée à la manière d'une hémorrhagie aussi longtemps qu'elle a duré. Le pouls et la respiration se sont relevés dès que l'exsudation s'est arrêtée, ce que l'on a constaté au moyen de la sonde que l'on introduisait dans le bassin, le long du pédicule de l'ovaire droit, dans le but d'en extraire les liquides qui s'y étaient amassés.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 22 décembre 1868. — Présidence de M. Ricord.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le directeur des prisons sur une épidémie de dyssenterie, qui a régné dans la prison d'Épinal;

2° Un rapport de M. le docteur Labbey, sur une épidémie de variole, qui a régné dans la commune de Parfouru-l'Eclin (Calvados);

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Gironde, pendant l'année 1867;

4° Une notice de M. le docteur Picou, sur l'établissement thermal de Molitg-les-Bains (Pyrénées-Orientales);

5° Un rapport de M. le docteur Tellier, inspecteur des eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), sur le service médical de cet établissement, pendant l'année 1866.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Garrigou, relative au différend survenu entre M. Filhol et lui, au sujet des analyses des eaux minérales sulfureuses.

2° Une lettre de M. le docteur Lebert (de Nogent-le-Rotrou), qui se présente comme candidat au titre de membre correspondant;

3° Une lettre de M. Stramoni, qui transmet la relation d'un cas d'hydrocéphalie;

4° Des lettres de remerciements de MM. Charmasson (de Puy-Laval), Ancelet, de Fajole, Demouchaux, Larcher, Garnier, Besnier, Sayn, Duboué, Prévost et Cotard, pour les prix et récompenses qui leur ont été décernés par l'Académie.

M. le Président annonce la mort de M. Martius, de Munich, membre correspondant.

M. Cerise présente, de la part de M. le docteur Cazenave de Laroche, une brochure sur l'état sanitaire de la ville de Pau.

M. Larrey présente : 1° une notice biographique sur Valentine Mot, par M. le docteur Gross; 2° une brochure intitulée : le *Montenegro*, par M. le docteur Alfred Boulongne.

M. Gosselin présente un opuscule de M. le docteur Simon, d'Heidelberg, sur le traitement des fistules vésico-vaginales, par l'oblitération du vagin.

M. Gubler présente : 1° de la part de M. Bricheteau, une brochure sur la saignée, ses effets physiologiques et ses indications thérapeutiques;

2° Au nom de M. le docteur Casaubon, sa thèse inaugurale intitulée: *Étude de physiologie expérimentale de la conicine.*

M. Depaul dépose sur le bureau : 1° un *Traité de la lithothlibie*, par M. le docteur Denamiel ;

2° Une brochure intitulée : *De l'incubation de la variole*, par M. le docteur Laboulbène.

M. Husson offre à l'Académie : 1° le compte moral de l'administration de l'assistance publique, pour l'exercice 1866;

2° Un exposé des progrès réalisés dans les services dépendant de l'assistance publique, du 1er janvier 1852 au 31 décembre 1867;

3° Le tome III de la *Statistique médicale des hôpitaux de Paris.*

ÉLECTIONS.

L'Académie procède à l'élection d'un vice-président pour l'année 1869.

Sur 69 votants, la majorité étant 35, M. Denonvilliers obtient 50 suffrages; M. Danyau, 15; 3 voix perdues. En conséquence, M. Denonvilliers est élu vice-président pour l'année 1869.

M. Béclard est maintenu, par acclamation, secrétaire annuel.

L'Académie procède ensuite à l'élection de deux membres du bureau.

MM. Bouley (Henry) et Regnauld, ayant obtenu la majorité des suffrages, sont élus membres du bureau.

LECTURE.

M. le docteur Filhol lit une note relative à l'action de l'iode sur les sulfures alcalines insolubles. et dépose sur le bureau un échantillon de cristaux obtenus par l'action de l'iode sur un minerai de sulfure de plomb.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport sur les candidats à la section de thérapeutique et d'historie naturelle médicale.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 25 novembre 1868. — Présidence de M. Legouest (1).

—

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. Duplay présente un *speculum nasi*, construit sur ses indications, par MM. Robert et Collin, et appelle l'attention de la Société sur les services que cet instrument lui paraît destiné à rendre en pratique, soit pour le diagnostic, soit pour le traitement des maladies des fosses nasales.

Ce speculum est formé de deux valves, dont l'une, un peu aplatie et immobile à son extrémité, doit répondre à la cloison des fosses nasales, et dont l'autre, plus convexe et appropriée à la forme de la narine, peut s'écarter de la première, à l'aide d'un curseur mobile sur une vis.

L'instrument étant introduit jusqu'à l'ouverture postérieure de la narine, on dilate celle-ci au degré voulu, par l'écartement de la valve externe, et grâce au curseur, cet écartement reste permanent et l'instrument demeure fixe.

Pour explorer l'intérieur des fosses nasales, on peut placer la malade devant une fenêtre bien éclairée; mais l'examen pratiqué de cette manière est toujours incomplet. Il faut de toute nécessité avoir recours à la lumière réfléchie, soit à la lumière solaire, soit la lumière artificielle.

A cet effet, on peut faire usage du miroir laryngoscopique mobile, l'extrémité d'une tige métallique que l'on fixe sur une table, mais je conseille d'employer de préférence un miroir frontal, monté sur une paire de lunettes, et qui peut servir en même temps pour l'examen de oreilles, de la gorge, etc., avec cet avantage de laisser les mains libres et de permettre ainsi de faire certaines opérations.

A l'aide de ce mode d'éclairage et avec le *speculum nasi*, j'ai pu, chez un certain nombre d'individus, chez qui les fosses nasales étaient assez larges et normalement conformées, examiner ces cavités dans toute leur étendue, et même découvrir et faire voir à d'autres personnes une partie de la paroi postérieure du pharynx.

Cependant les anomalies si fréquentes dans la conformation des fosses nasales ne permettent pas toujours un examen aussi étendu; mais même dans les cas de déviation de la cloison ou de saillies considérables d'un ou de plusieurs cornets, on parvient à explorer les fosses nasales à une assez grande profondeur.

J'ai pu ainsi commencer une étude toute nouvelle des symptômes objectifs de quelques maladies des fosses nasales, étude que j'espère compléter par la suite. Je me borne à indiquer aujourd'hui l'existence assez fréquente d'ulcérations spécifiques ou autres, siégeant à la paroi supérieure et sur les cornets.

La thérapeutique des affections des fosses nasales me paraît devoir bénéficier de l'emploi du *speculum nasi*. C'est ainsi que j'ai pu traiter et guérir assez rapidement quelques cas d'ozène, à l'aide de topiques portés directement sur les parties malades et ulcérées.

Enfin, c'est surtout pour le traitement chirurgical des polypes muqueux que le *speculum nasi* me paraît devoir être utile. Cette opinion, que j'émettais déjà lors de la présentation de cet instrument à l'Académie de médecine (avril 1868), a été confirmée par l'étude des faits.

L'emploi du *speculum nasi* permet de substituer à la pratique, généralement aveugle et presque barbare, de l'arrachement, des opérations plus sûres et plus méthodiques, puisque le chirurgien pourra reconnaître, de *visu*, le siége exact des polypes et les saisir directement, sans intéresser les parties voisines.

Mais avec le speculum, les instruments en usage pour l'arrachement des polypes sont beaucoup trop volumineux et ne peuvent être d'aucune utilité. J'ai donc dû modifier les pinces à polypes ordinaires, et après de nombreux essais, je me suis arrêté aux deux modèles suivants, qui ont été construits par MM. Robert et Collin, et que j'ai l'honneur de vous présenter.

L'un de ces modèles ressemble beaucoup aux pinces ordinaires. Elles en diffèrent :

1° Par le petit volume des cuillers et des branches;

2° Par la courbure, qui est très-courte;

3° Par l'articulation des branches, qui est placée très-près des cuillers. Il est bon d'avoir à sa disposition deux ou trois pinces de ce modèle, dont les cuillers seront plus ou moins larges, suivant le volume des polypes.

Le second modèle ressemble à un forceps. Les branches, qui s'articulent comme celles de ce dernier, seterminent par des cuillers largement fenêtrées et qui s'appliquent exactement l'une contre l'autre par leur face interne. La courbure est beaucoup plus longue que dans le modèle précédent, et l'articulation des branches, qui ne doit pas entrer dans le speculum, est beaucoup plus éloignée des cuillers. Les deux branches s'introduisent isolément et s'articulent à l'aide d'une vis. Cette pince sert dans les cas de polypes très-volumineux.

Je fais en ce moment quelques essais pour mettre en usage la ligature extemporanée des polypes; mais je ne suis encore arrivé à aucun résultat satisfaisant.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

ADMINISTRATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Concours de 1868.

PRIX DE L'INTERNAT

Première division : Médaille d'or, M. Dieulafoy. — Médaille d'argent, M. Choyau. — Première mention honorable, MM. Prompt, Landrieux, Hénocque. — Deuxième mention honorable, MM. Chantreuil, Reverdin, Laugier.

Deuxième division : Médaille d'argent, M. Michaud. — Accessit (des livres), M. Curtis. — Première mention, M. Berger. — Deuxième mention, MM. Quinquaud et Monod.

PRIX DE L'EXTERNAT

Prix : M. Terrillon. — Accessit, M. Schumberger. — Première mention honorable, M. Rendu. — Deuxième mention honorable, M. Sevestre.

LISTE DES INTERNES TITULAIRES

1. MM. Terrillon, 2. Schumberger, 3. Rendu, 4. Sevestre, 5. Visca, 6. Bergeron, 7. Fouilloux, 8. Pozzi, 9. Moynac, 10. Renault (Alexandre),

11. MM. Rigaud, 12. Dumas, 13. Abadie, 14, Bourdon, 15. Thorens, 16. Hubert (Charles), 17. Malherbe, 18. Ceyne, 19. Chouppe, 20. Spilmann,

21. MM. Cazalis, 22. Barthélemy, 23. Debove, 24. Collette, 25. Peyrot, 26. Renaut (J.-Louis), 27. Charpentier, 28. Gschwender, 29. Veyssière, 30. Castiaux (J.),

(1) Fin. — Voir notre dernier numéro.

31. MM. Guignard, 32. Pruvost, 33, Taurin, 34. Leroy des Barres 35. Suchard, 36. Le Piez, 37, Defoix, 38. Gaillard-Lacombe, 39. Hervey, 40. Solmon,

41. M. Castelain.

LISTE DES INTERNES PROVISOIRES

1. MM. Lagrange, 2. Bellon, 3. Danlos, 4. Cauchois, 5. Filhol, 6. Lamblin, 7. Barety, 8. Challand, 9. Alison, 10. Naudier,

11. MM. Proust, 12. Dejeanne, 13. Deffaux, 14. Bez, 15. Lorne, 16. Cooke, 17. Longuet, 18. Bartharez, 19. Foix, 20. Hestrez,

21 MM. Chénieux, 22. Homolle, 23. Troisier, 24. Lachanaud, 25. Leblond, 26. Laurens. 27. Misset, 28. Mauquier, 29. Rubé, 30. Bouyer,

31. MM. Couyba, 32. Ferras.

LISTE DES EXTERNES

1. MM. Budin, Caubet-Cyrille, Cappé, Proust, Marchand, Rubé, Gombault, Reclus, Lagarde, Marcano,

11. MM. Chevalet, Leblond, Trauchaut, Leboucher (Fernand), Robert, Chénieux, Bellon, Laurens, Déchery, Urdy,

21. Charrin, Muselier, Voisin, Parrot, Chatin, Naret, Charrier, Pietkiewicz, Boéchat, Richard,

31. MM. Callandreau, Montfeuillard, Cooke, Naudier, Mora, Labrousse, Bourceret, Nau, Carré, Berruyer.

41. MM. Lemaistre, Lornes, Blanche, Medinsky, Bevierre, Bourgeot (Victor), Carel, Dupuy, Vialis, Guérin (Adolphe),

51. Martin (Pierre), Salès, Rontin, Meillet, Hirtzmann, Denis (Désiré), Pintaud-Desallées, Voury, Rodocalot, Lambotin,

61. MM. Marais, Festy, Stapfer, Mathieu, Catel, Crucis, Binet, Castiau (Abel), Luneau, Tessier,

71. MM. Joly, Petit (Jules), Peyromaure-Debord, Chossat, Laforest, Grand, Duboux, Brocard, Santos, Crouzet,

81. MM. Deshaies, Cazeaux, Piermé, Szerlecki, Pauchon, Borde Chaigneau, Pasturaud, Petit-Fils, Lagrange,

91. MM. Martin (Alphonse), Demartial (Hubert), Calary, Magne Nolle, Figerot, Bompard, Gruget, Schwartz, Dransart,

101. Deroux, Sirugue, Tremblez, Tizol, Petiteau, Guillemot, Leroy (Constant), Laloy, Bonneau, Denjoy-Lasalle,

110. MM. Masson, Faucher, Sostrat, Girard, Melisson, Piron, Poilièvre, Scaglia, Belliot, Goyenèche,

121. MM. Gorecki, Mousseaud, Parmentier, Lavallée, Dugué, Pein, Sabbadès, Tronche, Desmolins, Houdoux,

131. MM. Cadiat, Dubrac, Colier, Besson, Verneuil, Laffitte, Chaucuard, Coulombe, Lorin, Didion,

141. MM. Pinard, Miller, Cahon, Rey, Henszel, Dresch, Bourgeot (Denis), Ravy, Herz, Leclerc,

151. MM. Desvignes, Thobois, Defontaine, Fichot, Passaguay, Perriguet, Germain, Van-Gelder, Mignot, Blanchart,

161. MM. Masseron, Millet (Pierre), Bacarisse, Mopinot, Huc-Mazelet, Velasco-y-Gomez, Fleurot, d'Astre, Gille, Jougla,

171. MM. Fouris, Nys, Mauriac, Pillet, Michel, Baratier, Boichox, Loviot, Lothammer, Chauvin (Ovide).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans sa séance du 18 décembre, la Société médicale des hôpitaux de Paris a procédé au renouvellement de son bureau pour 1869 de la manière suivante :

Président : Moutard-Martin ; — vice-président : M. Bergeron ; — secrétaire-général, M. Lailler ; — secrétaires particuliers, MM. Ernest Besnier et Desnos ; — trésorier, M. Labric.

Conseil d'administration : MM. Boucher de la Ville-Jossy, Féréol, Isambert, Siredey, Woillez.

Conseil de famille : MM, H. Fournier, Gubler, Guérard, Marrotte, Parrot.

Comité de publication : MM. Ernest Besnier, Desnos, Labbé, Lailler, Potain.

— Nous apprenons — voie de Saint-Pétersbourg — que le choléra vient d'éclater à Astrabad, en Perse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. DECHAMBRE, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la Marine. — Le dix-huitième demi-volume (le 2e du tome dix-neuvième) vient de paraître. Il contient les principaux articles suivants : *Bilieux*, par M. Brochin ; *Biologie*, par M. Ch. Robin ; *Bismuth*, par M. Fonssagrives ; *Blastème*, par M. Ch. Robin ; *Blé*, par M. Coulier ; *Blennorrhagie*, par M. Rollet ; *Blépharite*, par M. Testelin ; *Blépharoplastie*, par M. F. Guyon, *Blessures*, par M. Tourdes. — Prix du demi-volume : 6 francs.

De la Contracture essentielle des extrémités et de ses rapports avec le rhumatisme, par le docteur ALBERT COLAS, interne en médecine des hôpitaux de Paris. Une brochure in-8°. Prix : 2 fr. 50.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : Concours de l'École de médecine de Marseille. — HOPITAL MILITAIRE DU CAMP DE CHALONS (M. Sonrier). Disjonction de l'os malaire avec demi-luxation en arrière, etc. — Instruments et appareils : Bandage herniaire à pression de bas en haut. — Ovariotomie, par E. Kœberlé. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — SOCIÉTÉ DE MÉCECINE DE PARIS. — Nouvelles. — Feuilleton : Les livres d'étrennes. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 23 décembre 1868.

L'importance du concours dans les écoles secondaires est trop grande, pour que nous ne donnions pas une place d'honneur à la lettre suivante.

Le concours, à Marseille, est un pas vers le concours pour les professeurs des Facultés, et nous fesons les vœux les plus ardents pour la restauration d'épreuves que regrettent tous les vrais amis de la science.

Dr E. Le Sourd.

Marseille, 25 décembre 1868.

« Monsieur le Rédacteur,

« Le concours ouvert le 7 décembre à l'École de médecine de Marseille, pour deux places de professeurs suppléants, s'est terminé le 18 par la désignation à M. le Ministre :

« De M. Villard, pour la suppléance des chaires de médecine proprement dite,

« Et de M. Seux fils, pour la suppléance de la chaire de thérapeutique et de matière médicale.

« L'institution du concours dans une Ecole de médecine est d'une importance capitale pour l'avenir de l'enseignement en France; les brillantes épreuves qui ont signalé ce premier concours sont, pour l'avenir de notre Ecole, la plus sûre de toutes les garanties. A ce double titre, nous avons présumé que vous inscririez volontiers dans vos colonnes le résultat de cette lutte si honorable pour tous ceux qui y ont pris part.

« Trois candidats ont concouru pour la suppléance de médecine, ce sont : M. Roux (de Brignoles), fils, médecin des hôpitaux; M. Villard, médecin des hôpitaux, et M. Chabrier, chirurgien de l'hôpital d'Aix.

« Ces candidats ont eu à traiter les questions suivantes : Du bulbe rachidien (anatomie et physiologie); — Des embolies; — De la diathèse scrofuleuse. — Le concours s'est terminé par l'examen de deux malades qui ont été les mêmes pour tous les concurrents.

« M. Roux a montré, dans toutes ses épreuves, un très-grand savoir; M. Chabrier, de belles aptitudes professorales; la réunion du savoir, du talent de parole et de l'expérience clinique a valu à M. Villard un succès chaudement disputé; ses deux compétiteurs ont été placés ex æquo au second rang.

« Dans la section de thérapeutique, trois candidats étaient également inscrits : M. Bouisson, médecin des hôpitaux, M. Seux et M. Maurin. M. Seux a déployé le talent d'élocution, la méthode et le savoir réel qui font le vrai professeur. Aussi instruit, mais moins méthodique et moins brillant, M. Bouisson a été classé le second. Un peu inégal dans ses épreuves, M. Maurin, classé le troisième, a cependant montré une incontestable érudition.

« Pour empêcher tout malentendu et toute erreur dans l'appréciation des candidats, le jury, à la fin de chaque séance, a fixé par des points, après discussion, la valeur de chaque épreuve, et c'est le total fourni par l'addition de ces points qui a donné le résultat définitif.

« Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur, avec nos remercîments, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

« *Le Président du jury, Directeur de l'École,*
« E. COSTE.

« *Le Secrétaire du jury, professeur adjoint de clinique médicale,*
« A. FABRE. »

HOPITAL MILITAIRE DU CAMP DE CHALONS. —

M. SONRIER, *médecin en chef.*

DISJONCTION DE L'OS MALAIRE AVEC SEMI-LUXATION EN ARRIÈRE.

Paralysie du nerf sous-orbitaire, exophthalmie, etc. — Guérison.

Si nous nous en rapportons au silence des livres et des auteurs, la lésion que nous allons décrire est peut-être signalée pour la première fois, ce qui ferait supposer qu'elle est extrêmement rare, ou bien que, dissimulée sous la tuméfaction immédiate des parties molles, sans déplacement appréciable, sans gêne dans les fonctions, elle est restée inaperçue.

Avant de nous prononcer d'une manière aussi explicite, nous avons cependant voulu consulter l'opinion de M. le baron Larrey, dont la vaste érudition n'est surpassée que par son extrême obligeance, à mettre ses riches matériaux à la disposition de ses confrères, et voici ce que nous écrit le Président du Conseil de santé : « Je ne connais point de fait semblable à celui-là, mais il en existe d'analogues dans la science ».

Consulter les Traités d'ophthalmologie de Mackensie, Desmarres, Wecker, etc.;

Traité des blessures par armes de guerre (Dupuytren);

Clinique chirurgicale et Mémoires de D. Larrey (passim);

Thèse sur les plaies pénétrantes de l'orbite, par H. Jacquemier. Paris, 1853;

Thèse sur les tumeurs intra-orbitaires, par Beylier. Strasbourg, 1853.

Thèse d'agrégation et livre *sur les tumeurs de l'orbite*, par Demarquay, qui a fait publier récemment, dans l'*Union médicale*, une observation d'ablation de l'os malaire;

Traité des fractures. Malgaigne.

En résumant tous ces travaux, on voit de suite que, sauf un ou deux cas analogues, il s'agit surtout de lésions consécutives à des tumeurs de l'orbite, fractures par armes à feu; mais de luxation par cause traumatique, point. Nous pensons donc que notre observation présente une lésion des plus curieuses, sous le triple rapport anatomique, physiologique et chirurgical. En effet, le déplacement de l'os, en gênant le jeu des fonctions d'organes voisins très-importants, a donné lieu à des symptômes tout à fait insolites qui ont révélé la nature même de la lésion.

C... André, 38 ans, caporal au 78e régiment, belle constitution, tempérament sanguin, pas d'antécédent morbide; après avoir passé une soirée, égayée par de copieuses libations, avec des sergents qui lui avaient fait l'honneur de l'inviter, à Mourmelon-le-Grand, tombe le 15 mars du haut d'un escalier de douze marches, sur l'os de la pommette du côté droit.

Pas de commotion cérébrale, phosphènes; s'est relevé seul pour rentrer, par une nuit ténébreuse, dans sa baraque qui se trouve à 500 mètres de là.

Dans la crainte de déranger la chambrée, il ne se plaint pas, ne dit rien, ne demande rien; mais le lendemain il s'aperçoit à son lit ensanglanté, que l'hémorrhagie nasale a été abondante. Insomnie, céphalalgie vive, n'a pas ressenti de douleurs ni au point lésé ni aux expansions périphériques du nerf sous orbitaire. Pas d'écoulement sanguin par l'oreille.

16 mars. Il est apporté à l'hôpital. Intelligence lucide, tuméfaction considérable de l'orbite, de la joue et de la tempe, caractérisée par de l'œdème, de l'exophthalmie et une ecchymose sous-conjonctivale très-accentuée. Abaisse difficilement la mâchoire inférieure, épistaxis : pouls à 75 modérément développé.

D. D. Infusion de thé. 8 sangsues à l'apophyse mastoïde. Compresses froides résolutives sur l'œil; aloës, 1 gramme, et pédiluve sinapisé.

Troisième jour. Cet état persiste avec insomnie opiniâtre ou somnolence troublée par des rêvasseries fatigantes. A travers la tuméfaction qui a encore augmenté, on ne sent rien d'anormal, mais la moindre pression, en déterminant une vive douleur, fait naître des doutes dans notre esprit.

D. D. Limonade. 8 sangsues. 1 gramme de calomel à doses fractionnées. Réfrigérants sur la tête. Pédiluve sinapisé.

Quatrième jour. Même état, insomnie, rêvasserie, pouls à 75 développé, céphalalgie obtuse, tuméfaction orbitaire, épitaxis, exophthalmie.

D. D. Limonade, 8 sangsues, le reste comme *ut suprà*.

Cinquième jour. Aucune amélioration. Même traitement.

Sixième jour. Un peu de sommeil, douleurs moins vives, tuméfaction moins rénitente et se nuançant de diverses couleurs. En déprimant cette infiltration, on rencontre, sur le bord orbitaire externe, des saillies et des dépressions anormales qui appellent l'attention. En effet, en suivant de dehors, vers la ligne médiane, la saillie de l'apophyse zygomatique, on s'aperçoit qu'arrivé à 4 centimètres du rebord orbitaire, c'est-à-dire au niveau même de son articulation avec l'os malaire, la substance manque, le pont osseux est interrompu, il y a là une dépression profonde d'un centimètre au fond de laquelle on trouve une résistance; puis en longeant le bord inférieur de l'orbite, on est arrêté vers son milieu par une saillie formée par le bord orbitaire externe du maxillaire supérieur. Le doigt reporté en haut de l'orbite constate une autre saillie qui n'est autre chose que l'apophyse orbitaire externe de l'os frontal.

Plus de doute, il y a là une semi-luxation, produite par disjonction de l'os malaire, déprimé vers la fosse ptérygoïdienne, ainsi qu'on peut s'en assurer par une crépitation sourde, déterminée par un léger mouvement d'avant en arrière, par l'ecchymose à la hauteur des sutures, enfin par un défaut d'harmonie dans les traits de la face. Pour

FEUILLETON

LES LIVRES D'ÉTRENNES

Chaque année, nous avons le soin, au moment du jour de l'an, de recommander à nos lecteurs un certain nombre de livres, d'agrément ou de luxe.

Aujourd'hui, nous avons eu le bonheur de pouvoir offrir directement à nos abonnés un de ces ouvrages qui datent, et comme production artistique et comme complément d'une de nos plus grandes publications historiques.

L'*Histoire du Consulat et de l'Empire* restera toujours une des plus grandes pages de notre pays.

Placer à côté du chef-d'œuvre de M. Thiers un splendide album reproduisant les batailles, les victoires décrites par le grand historien, tel est notre but.

Grâce aux progrès incessants de la science, il est possible de donner, en 1868, à un prix modeste, une œuvre qui, en 1815, représentait 3 millions de travail.

L'*Album du Consulat et de l'Empire*, de Carle Vernet, est une œuvre des plus remarquables. Il suit pas à pas notre grande épopée militaire; reproduit jour par jour nos immortelles victoires; représente l'entrée de nos armées victorieuses dans les grandes capitales, et après la lugubre journée de Waterloo se ferme sur l'Empereur, passant du *Bellérophon* sur le *Northumberland*.

Rien de plus curieux que ces dessins authentiques de costumes aujourd'hui étranges à nos yeux; rien de plus beau que ces études si vraies de cavaliers et de chevaux, qui ont fait de Carle Vernet un vrai peintre de batailles. Tous ceux qui ont ouvert cet album ont rendu hommage au talent de l'artiste et nous avons été assez heureux pour entendre louer par des généraux tout ce que cet album a de vrai et de grandiose dans l'exécution.

Les nombreuses lettres de remerciements qui nous sont adressées, prouvent que nos lecteurs ont été satisfaits de l'œuvre considérable que nous avons pu mettre à leur disposition.

Que ceux qui veulent encore profiter de cette occasion unique, nous adressent au plus vite leur souscription (22 francs pris dans nos bureaux et 25 francs, envoyé franco dans les départements), le nombre des exemplaires dont nous disposons est limité, et il ne nous serait plus possible d'en obtenir un tirage nouveau, dans ces conditions exceptionnelles.

Aucun cadeau ne peut être plus agréable à un homme jeune, qui possède l'histoire de Thiers.

Les *Topazes*, riche album de salon (25 francs broché); la *Grammaire des arts du dessin* (20 francs), par Charles Blanc; l'*Iconographie fourragère*, de MM. G... et Naudin, forment un bon choix de livres où l'art le dispute à la science et aux lettres.

L'*Histoire de France populaire*, de Henri Martin, se publie en trois volumes. Le premier volume est seulement en vente cette année (8 francs), et nous n'avons plus à faire l'éloge de cette œuvre.

M. Louis Figuier continue aussi ses *Merveilles de le science*. Le nouveau volume est consacré à la photographie, la stéréoscopie et l'art de la guerre (10 francs le volume broché).

Cette année, un de nos grands éditeurs de médecine aborde le genre étrennes, en publiant la *Vie des animaux illustrés*, de Brehm. Cette description populaire du règne animal forme un volume de 800 pages à deux colonnes. Elle est illustrée de 360 figures (types, physionomies d'animaux et de 19 planches hors texte. (Prix broché : 10 fr. 50.)

C'est un essai à encourager et que nous signalons à nos lecteurs.

Dr E. RENAUD.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Recherches sur la typhlite et la pérityphlite consécutive, par le docteur Antoine BLATIN, ancien élève des hôpitaux de Paris. — Grand in-8° de 106 pages. Prix : 2 fr. 50.

la première fois le blessé accuse une douleur obtuse dans l'oreille, d'où s'écoule un liquide séro-purulent. Rien d'anormal à l'inspection du conduit auditif externe. Continue à moucher des caillots sanguins.

Septième jour. Rien de nouveau à signaler, bon sommeil; le blessé ouvre la bouche avec difficulté, avec douleur même vers la région de la pommette, ce qui fait supposer que lors de l'abaissement de la mâchoire inférieure, les fibres du masseter qui s'attachent à l'os déplacé sont tiraillées, douloureuses; le doigt introduit dans la bouche, sous la joue, constate une sensibilité vive vers l'os malaire.

Une autre conséquence de cet enfoncement de l'os de la pommette, c'est que le nerf sous-orbitaire, dans son canal osseux, a dû être contus ou déchiré, et ses fonctions en partie abolies; en effet, en interrogeant, avec la pointe d'une épingle, la sensibilité qui est dans le département de ce nerf, on constate une analgésie à peu près complète, circonscrite par une ligne à convexité externe, qui s'étend de l'angle externe de l'œil jusqu'à la commissure buccale, comprenant la moitié de la lèvre supérieure, pour remonter, par le sillon naso-labial, à travers la narine, le dos du nez, jusqu'à l'angle interne de l'œil. L'odorat est obtus, les gencives sont insensibles, les dents sont comme vacillantes, agacées, le palais et son voile ont conservé leur sensibilité, ce qui prouve que la lésion a lieu dans le canal, et que le ganglion sphéno-palatin qui innerve ces parties n'a pas été atteint.

Par suite de cette chute, le sterno-mastoïdien du même côté a éprouvé un fort tiraillement, caractérisé par une ecchymose et une douleur vive au plus léger mouvement de rotation de la tête.

Le pouls est à 65. Mouche toujours du sang. Bouillon, panade. Liniment opiacé.

Avec ces éléments divers de signes et de symptômes d'organes lésés, indiquant un diagnostic évident, il nous est permis de dire qu'il n'y a pas eu fracture, par cette raison que les saillies et dépressions osseuses anormales correspondent aux sutures des os. Il y a donc eu luxation en arrière avec déchirure du nerf sous-orbitaire, d'où paralysie; mais l'os malaire déprimé a fait l'office de coin et a refoulé en dedans le maxillaire supérieur et en dehors l'apophyse zygomatique, d'où hémorrhagies nasales et auditives; enfin, par suite de cette luxation, les fibres du masséter ont été déchirées et sont devenues très-sensibles lorsque la mâchoire s'abaisse.

Huitième jour. Amélioration, très-bon sommeil, parle plus distinctement et commence à mieux entrouvrir la bouche. Alimentation plus substantielle.

Neuvième jour. A très-bien dormi, l'ecchymose sous-conjonctivale persiste, exophthalmie un peu moindre. Le globe oculaire s'avance et recule au clignotement des paupières, sérosité sanguinolente qui s'écoule toujours par le nez et par l'oreille.

Dixième jour. Très-bon sommeil. La sensibilité semble se réveiller sur les confins des extrémités nerveuses, le champ de l'analgésie se rétrécit; des pointes de compas implantées sur la joue doivent être écartées de 3 centimètres pour être perçues.

Du onzième au quinzième jour. Pas d'amélioration bien sensible; il se lève pour la première fois. On donne la strychnine intus et extra en frictions.

Du quinzième au vingtième jour. La sensibilité revient tous les jours un peu mieux; la tuméfaction et l'ecchymose ont presque complétement disparu. L'analgésie est circonscrite à une petite zone, à 3 centimètres en dehors de l'aile du nez. Même traitement.

Du vingtième au trentième jour. La sensibilité se réveille, excepté au rebord des lèvres et sur les gencives. Etat général très-satisfaisant. Frictions de strychnine sur les extrémités périphériques des nerfs.

Du trentième au quarantième jour. L'amélioration progresse, mais il existe toujours une sensibilité obtuse dans la région sous-orbitaire au point d'émergence du nerf ainsi que dans la moustache, dont on peut arracher les poils sans douleur autre qu'une douleur morale; les dents sont moins agacées; le malade perçoit à chaque instant comme des élancements dans la joue, des bouffées d'influx nerveux suivies de sensations de froid. La sensibilité tactile est plus nette.

Du quarantième au cinquantième jour. Les pointes de compas rapprochées à 2 centimètres sont perçues après un moment d'hésitation, on dirait que la sensation a besoin de réfléchir; tuméfaction douloureuse de la joue avec picotements alternés de démangeaisons. Les dents ne sont plus agacées. Peut ouvrir largement la bouche; l'exophthalmie a disparu avec l'ecchymose; mange trois portions. Enfin sort complétement guéri le 11 mai.

Nous croyons devoir appeler l'attention :

1° Sur le mécanisme de l'enfoncement de l'os malaire;
2° Sur l'exophthalmie consécutive;
3° La paralysie du nerf sous-orbitaire;
4° L'ecchymose sous-conjonctivale;
5° La douleur perçue à l'insertion supérieure du masséter;
6° L'écoulement de sang par le nez et par le conduit auditif externe;
7° Enfin sur la sensibilité conservée au voile du palais.

Quand on examine les articulations de l'os malaire avec l'apophyse zygomatique, maxillaire supérieur et frontal, on s'aperçoit de suite qu'il forme avec ces os une voûte, à concavité interne, dont il occupe le sommet et sur lesquels il s'appuie.

La nature, en multipliant ces voûtes dans la charpente humaine, a eu un double but : 1° d'offrir plus de résistance aux chocs extérieurs; 2° d'atténuer leur violence en la disséminant sur plusieurs points. Voici donc ce qui est arrivé : l'énorme pression exercée sur l'os malaire, os compact et résistant, aurait certainement donné lieu à une commotion cérébrale, s'il n'avait pas cédé, mais cette luxation ne s'est pas faite sans danger pour les organes voisins; en effet, il a transmis à ses deux arcs-boutants, apophyse zygomatique d'un côté, maxillaire supérieur de l'autre, une partie de l'énorme pression qui s'est propagée au conduit auditif, d'où écoulement séro-sanguinolent, et aux fosses nasales, fracture de la paroi de l'antre d'Hygmore avec hémorrhagie nasale opiniâtre pendant plusieurs jours.

Une autre conséquence de cette dépression de l'os jugal, vers la ligne médiane, c'est d'exercer une pression latérale sur le globe oculaire et de le refouler en avant, d'où exophtalmie; cependant hâtons-nous d'ajouter que la déchirure des artérioles fournies par l'ophthalmique, l'infiltration sanguine dans le tissu cellulaire qui sert de coussinet graisseux à l'œil, ont fortement contribué à le projeter au dehors. L'ecchymose sous-conjonctivale ne s'explique pas autrement.

Enfin, cette luxation en arrière ne se fait pas sans disjoindre la suture de l'os malaire avec le maxillaire supérieur; or, comme le canal osseux qui donne passage au nerf sous-orbitaire est creusé dans le voisinage même de cette suture, il s'ensuit que ce nerf a été contus, déchiré, d'où paralysie, analgésie. Nous dirons plus, nous pouvons même préciser le point lésé, car c'est bien dans le canal et non en arrière, par cette raison que si la lésion eût été en arrière du ganglion sphéno-palatin, par exemple, la paralysie du voile du palais aurait eu lieu, accident qui n'a pas été observé. La physiologie nous a donc indiqué le point intéressé.

Inutile d'expliquer la douleur ressentie à l'os malaire, lors de l'abaissement de la machoire; chacun a compris que les fibres du masséter déchirées à leur insertion supérieure deviennent douloureuses lorsqu'elles sont distendues.

On a bien pensé à ramener l'os en avant et à tenter une coaptation quelconque : mais que de difficultés à vaincre; il est fortement engréné, comme au coin, entre ses voisins, on le maintiendra avec peine en place; et puis, pour obtenir quel résultat en définitive? La sensibilité ne tardera pas à revenir, même dans ces conditions; et puis, il faut tout dire, notre brave militaire repousse toute tentative d'embellissement. Au surplus, son physique n'a rien à y perdre : ce n'est pas dans une dépression plus ou moins profonde qu'il place sa coquetterie.

Comment expliquer ce retour de la sensibilité après six semaines d'anesthésie? Rien de plus facile. Les nerfs sont doués d'une propriété de *neurilité* d'un pouvoir autogénique qui permet leur régénération, bien que séparés de leur centre trophique. Ne sait-on pas, du reste, avec quelle facilité reparaissent les névralgies, alors même qu'on a pratiqué largement la névrotomie? Que s'est-il alors passé? Les bouts du nerf s'enflamment, une lymphe plastique s'épanche entre les surfaces de section, et constitue une cicatrice où l'on retrouve des tubes nerveux qui rétablissent le courant de la sensibilité. Mais il faut ordinairement près de deux mois pour ramener la vie dans ces parties frappées de mort, et encore la sensation n'est-elle jamais aussi nette qu'avant la lésion.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Bandage herniaire à pression de bas en haut, de M. Gontard.

La contention exacte des hernies est souvent chose très-difficile, et les bandagistes les plus habiles, comme les chirurgiens les plus éminents ont, de tout temps, porté leur attention sur ce point aussi important que délicat. De là, des modifications nombreuses, souvent utiles, quelquefois plutôt nuisibles, apportées au bandage herniaire type. Une de ces modifications est celle connue sous le nom de *bandage à cric*, laquelle, toutefois, n'avait pas jusqu'ici rendu tous les services qu'on était en droit d'en attendre.

Par une ingénieuse modification apportée à cet ancien bandage, M. Gontard est parvenu à en construire un qui présente tous les avantages de ce système, sans aucun des inconvénients qui l'ont fait délaisser d'une manière à peu près absolue.

Ce nouveau brayer consiste :

1° En un ressort flexible, en acier, de force variable, suivant la gravité de l'affection, et assez long pour faire le tour du corps;

2° En une pelote brisée, en deux parties inégales et mobiles à l'aide d'une charnière qui la traverse.

On va comprendre très-facilement les avantages de ce nouveau système. Le ressort entourant complétement le corps exerce une pression modérée sur chaque point, et cependant il offre assez de résistance pour que l'on ait pu supprimer le sous-cuisse, toujours gênant pour le malade.

La pelote est fixée au ressort à l'aide de deux petites vis en cuivre. Ces vis s'enlèvent facilement et permettent de changer, au besoin, la pelote ou le ressort. Un petit arbre en fer doux traverse, en s'y fixant, une petite noix à dents très-rapprochées, formant cric. La pelote peut évoluer autour de ce cric, et à chaque dent qu'elle franchit, elle rencontre un point d'arrêt qui rend la pression fixe. Celle-ci augmente d'autant plus, que l'on fait franchir à la pelote un plus grand nombre de dents. Tel est l'ancien bandage à cric. Il présente un très-grave inconvénient. En effet, la pression se circonscrit en un point dautant plus limité de la pelote, que celle-ci a franchi un plus grand nombre de dents. Bientôt, cette pelote n'appuie plus que par un point qui n'est pas suffisant pour maintenir la hernie; alors la douleur occasionnée par cette pression d'une surface trop limitée devient intolérable pour le malade.

Avec la pelote brisée du bandage de M. Gontard, on évite tout à fait cet inconvénient. La partie inférieure de la pelote, qui est munie du cric, étant amenée au point de pression voulu, il suffit d'appuyer sur la partie supérieure pour que toute la pelote s'applique exactement sur la peau. Aucun vide n'existe; la surface entière de la pelote peut être graduée à volonté et de plus, une fois réglée, elle est constamment égale.

Comme on le voit, les avantages qu'offre ce nouveau bandage sont les suivants : suppression du sous-cuisse, pression graduée à volonté et toujours constante.

Il est à notre connaissance que plusieurs chirurgiens se sont très-avantageusement servis de ce nouveau bandage, dans des cas de hernies impossibles à maintenir à l'aide des pelotes ordinaires, même les mieux établies. Quant à nous, personnellement, voici ce que nous avons observé, lorsque nous avons fait usage du bandage de M. Gontard.

Pour les hernies ordinaires et faciles à maintenir, il agit comme tous les autres brayers; mais les malades le préfèrent, parce qu'il est plus léger, et sutout parce qu'il n'est pas nécessaire d'employer le sous-cuisse. Dans plusieurs cas, où il était absolument impossible de maintenir certaines hernies, soit à cause de leur volume, soit à cause de leur nature, soit à cause de l'état du canal herniaire, la contention a été non pas seulement possible, mais quelquefois même facile et suffisante pour que les malades pussent, sans danger et sans crainte, se livrer à de très-longs et de très-violents exercices. Aussi ne saurions-nous trop engager nos confrères à faire usage de ce bandage, dont les malades retireront assurément le plus grand profit.

Dr H. Montanier.

OVARIOTOMIE

Obs. LXVI. — Ovariotomie pratiquée le 18 mai 1868. Mort.

Par E. Kœberlé.

Mademoiselle D..., de Marseille, âgée de 35 ans, d'une bonne santé, très-nerveuse, d'un embonpoint prononcé, s'était aperçue, en 1865, du développement de son ventre. Au mois d'oût 1867, elle ressentait dans tout l'abdomen des douleurs très-vives provenant d'une ovarite qui l'obligea à garder le lit pendant nn mois et dont elle se remit très-lentement. Depuis, elle éprouva fréquemment des douleurs passagères dans différentes parties de la tumeur ovarique dont elle était affectée. Cette tumeur avait un volume peu considérable, quoique la circonférence du ventre mesurât 1 m. 12, en raison de l'embonpoint de la malade. Elle était formée par un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche qui devait présenter des adhérences probablement assez étendues, par suite des accidents éprouvés au mois d'août 1867, mais que l'épaisseur du tissu adipeux ne permettait pas de déterminer avec quelque précision. Rien d'anormal du côté de l'excavation pelvienne. État général excellent.

L'ovariotomie eut lieu le 18 mai 1868.

La peau fut incisée dans une étendue de 20 centimètres; mais la ligne blanche ne fut entamée que sur une longueur de 13 centimètres. La cavité péritonéale contenait un peu de sérosité rougeâtre. Des adhérences lâches, formées de brides fibreuses très-multipliées, s'étendaient sur toute la surface du kyste, qui était en rapport avec la paroi abdominale. Il y avait aussi quelques adhérences à l'épiploon. Les tissus adhérents étaient très-vasculaires; mais ne renfermaient toutefois aucun vaisseau important. Le sang suintait très-abondamment. La ponction de la plus grande loge du kyste fournit 6 litres de liquide de couleur chocolat, mêlé d'une grande masse de caillots qu'il fallut extraire avec la main, après avoir fendu la paroi de cette loge. Une autre loge contenait 2 litres d'un liquide épais, brun, presque entièrement formé de grumeaux de sang, plus ou moins décolorés. Le reste du kyste, constitué par une grande quantité de petites loges, dont plusieurs renfermaient également un liquide hémorrhagique, put être extrait sans difficulté. La tumeur ovarique provenait de l'ovaire gauche. Le pavillon de l'oviducte était œdémateux, énorme. Les vaisseaux étaient variqueux et le pédicule était tordu de deux circonférences entières. Il y avait un suintement de sang en nappe sur la majeure partie de l'étendue de la paroi abdominale, qui était couverte de débris filamenteux des adhérences. L'hémorrhagie ne put être arrêtée d'une manière complète. Au moment de fermer la plaie, le sang suintait encore un peu. L'ovaire droit était sain. La matrice présentait à sa partie postérieure deux petits fibroïdes pédiculés de la grosseur d'une noisette. Réunion par trois points de suture profonde, après que la cavité péritonéale eut été convenablement nettoyée. La perte de sang a été de 300 grammes. L'opération a duré une heure et trois quarts. La tumeur pesait 10 kilogrammes.

Il ne survint pas de vomissements chloroformiques. Une sonde, introduite dans le bassin six heures après l'opération, ne ramena aucun liquide. L'opérée ne présenta aucun symptôme d'hémorrhagie interne. Pouls à 84. Les gaz de l'estomac ne peuvent guère être rendus par la bouche, d'autant plus que la position demi-assise ne peut être supportée.

Le deuxième jour, l'état est très-satisfaisant. Pouls à 66 le matin et à 75 le soir. Estomac distendu par des gaz qui franchissent par intervalles le pylore et distendent peu à peu l'intestin.

Le troisième jour, le pouls, qui marquait 100 pulsations le matin, s'éleva à 105 pulsations le soir, où il devint petit et irrégulier. Ventre un peu sensible. Urines abondantes, mais plus colorées le soir. Soif peu prononcée. Langue nette. Peau un peu sèche.

Le quatrième jour, le matin, le pouls s'était élevé à 120 pulsations. Il y avait des symptômes de péritonite pelvienne et d'un commencement de septicémie. Narines pulvérulentes. Urines colorées, mais abondantes. En entr'ouvrant l'angle inférieur de la plaie, on donna issue à environ 50 grammes de liquide brunâtre. On ne put extraire que 5 grammes à peu près de liquide trouble blanchâtre, à l'aide d'une sonde introduite au fond du bassin. Nonobstant, la respiration devint plus accélérée; le refroidissement fit des progrès; la peau devint livide, marbrée. Il survint un peu d'agitation, et la malade succomba après une très-courte période de coma.

Remarques. — Il s'était formé un petit foyer hémorrhagique à gauche, au voisinage de la plaie. Le sang décomposé et liquéfié est devenu le point de départ de la péritonite et de la septicémie. Si la malade avait pu être opérée six à huit mois plus tôt, peu de temps après les accidents survenus au mois d'août 1867, avant que les adhérences fussent devenues aussi vasculaires, elle aurait probablement guéri.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 2 décembre 1868. — Présidence de M. Legouest

—

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Léon Labbé présente, de la part de M. Oré (de Bordeaux), les deux ouvrages suivants :

1° Le premier fascicule du compte-rendu du service chirurgical de

à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Ce fascicule renferme rs faits d'une haute importance. M. Labbé appelle l'attention ociété sur les appareils ingénieux que M. Oré a fait construire lacer les membres sur lesquels on a pratiqué des résections, nent la résection du genou et celle du coude.

ı ouvrage important sur la *Transfusion du sang*. Dans ce travail latés les travaux originaux que M. Oré a fait connaître à plu- ·eprises à la Société de chirurgie, et sur lesquels vous avez ı les rapports de MM. Broca et Labbé. En outre, l'historique ıestion est présenté dans ses plus grands détails.

Hypertrophie de l'utérus.

opos du procès-verbal :

ESPRÉS. Messieurs, je n'ai pas voulu prolonger la discussion dernière séance, je désire répondre aujourd'hui quelques mots. ɜet disait que pour qu'il y eût rétention dans l'utérus, il fallait eut une cavité. J'ai relu l'observation de M. Tillaux et j'ai ɜ que la cavité utérine avait 8 centimètres de largeur. M. Trélat e MM. Bernutz et Goupil n'avaient point vu d'hypertrophie à de la rétention des règles, cela devait être, car ces médecins de cas de rétention complète des règles alors qu'il y avait une dilatation de l'utérus. M. Tillaux tire un de ses arguments la supposition d'une rétention des règles, de la vacuité de la ıtérine. Je le prierai de songer à la dilatation du col qu'il a ɜée, il en concluera que c'est à ce moment que l'utérus s'est

RÉLAT. Dans le cours de la discussion, j'ai énoncé cette opinion corps fibreux de l'utérus et les hypertrophies musculaires par- sans être semblables de tout point, procèdent néanmoins d'un node de déviation organique et se rapprochent au point de vue le de formation.

proposition me paraît confirmée à nouveau par un fait que ervé ces jours derniers et qui a eu sa conclusion ce matin J'avais reçu dans mon service une femme atteinte d'un polype ıui me parut devoir être considéré comme un corps fibreux. pe, allongé, volumineux, s'insérait juste au-dessus et en avant fice supérieur du col et faisait saillie dans le vagin sur une ır de 10 centimètres. Je l'enlevai avec l'écraseur linéaire. Aus- rès son ablation, je l'examinai et il me sembla reconnaître les s du tissu musculaire utérin. Je priai donc M. Muron, l'un internes fort au courant des recherches histologiques, de faire n complet de la tumeur. Il importait en effet d'établir nette- elle n'était pas constituée par du tissu glandulaire ou par une ophie des glandules muqueuses du col. Voici la note qui m'a ise par M. Muron :

polype offre sur la coupe une coloration grisâtre, semi-trans- On trouve quelques cavités à parois paraissant au premier ssez régulières, mais parcourues par des brides fibreuses.

le râclage on amène sur le rasoir un liquide grisâtre, trouble, oagule sous l'influence de l'acide acétique et de l'alcool. Ce réactif lui donne en outre une teinte blanche.

liquide, examiné au microscope, contient des noyaux libres et aux entourés d'une masse de protoplasma. Les noyaux libres forme ovoïde et offrent dans leurs plus grandes dimensions 3 à 0,015.

ıx qui sont entourés d'une masse de protoplasma sont pour la des éléments embryonnaires de 0,010 à 0,012.

râclage des parois de la cavité ne montre aucune cellule épi- , mais bien les mêmes éléments déjà indiqués.

ın prend les brides fibreuses qui traversent la cavité, on trouve sont constituées uniquement par des cellules musculaires de ·ganique. Leurs noyaux caractéristiques sont facilement décolés tion de l'acide acétique qui leur donne la forme d'une S

oupe pratiquée sur la tumeur montre que cette tumeur est ɜ d'un très-grand nombre de faisceaux de forme et de dimen- riables. Parmi ces faisceaux, les uns sont uniquement formés cellules embryonnaires, les autres par des cellules muscu- ɜ la vie organique.

vaisseaux en grand nombre parcourent la tumeur en divers sont entourés d'une paroi propre.

somme, ce polype doit être rangé dans les lebdomyomes ou constituées par du tissu musculaire lisse. Mais ici c'est un ısculaire en voie de développement, ce qu'attestent les nom- isceaux de cellules embryonnaires. De plus, tous ces faisceaux ɔrégnés d'une substance muqueuse qui a déterminé la forma- cavités spontanées dans son intérieur, ce que démontrent les s du liquide obtenu par le râclage. »

ıamen histologique démontre donc une fois de plus qu'il existe ables tumeurs hypertrophiques musculaires de l'utérus. Les phies localisées, limitées, semblent beaucoup plus fréquentes hypertrophies étendues ou totales. Cette pièce et son étude pique n'ont pas d'autre objet que de fixer l'attention sur ce

:ès dans l'épaisseur du fond de la matrice, avec développement énorme des fibres charnues.

ɪAVEZ DE CHÉGOIN. Une femme de 46 ans entra à la Charité mois de juin 1827, salle Saint-Joseph, pour une tumeur du ont le commencement datait de huit mois. Cette femme était ɜ sept ou huit ans auparavant.

meur était placée immédiatement au milieu et au-dessus du s'étendait jusqu'à l'ombilic. Elle était du volume d'une gros- six mois, mobile, élastique et assez ferme pour laisser incer- la présence d'un liquide. M. Roux avait cru à une hydropisie re. Le toucher par le vagin faisait trouver le col utérin dans ırel.

topsie on constata ce qui suit : Quand les parois de l'abdo- ıt incisées, on découvrit une tumeur isolée de forme oblongue; ɜ était lisse, d'apparence charnue, parsemée sur le côté et en ɔorisations qui partaient d'un tronc commun inférieur.

une incision verticale et on arriva dans une cavité aussi ıue la matrice au cinquième mois de la grossesse, contenant ien lié, légèrement verdâtre, fade et sans odeur putride. Il y ıs le fond des flocons nombreux, un, entre autres, gros comme et ferme. La paroi interne de cette cavité était tapissée par ıbrane d'un jaune sale, tomenteuse, épaisse d'une demi-ligne; le fond de la cavité avait un pouce et demi d'épaisseur, un pouce au milieu et un demi-pouce en bas. Les fibres, quoique infiltrées, étaient évidemment charnues. Quand on eut incisé la tumeur jusqu'au vagin, on vit que le col utérin était très-allongé et que la cavité de la matrice existait. Sa face interne était rouge et son cul-de-sac bien visible. Les trompes de Falloppe naissaient sur les côtés et enfin on voyait la moitié de l'épaisseur des fibres de la matrice se continuer avec son fond, de manière que l'abcès s'était développé au milieu des fibres de cet organe. Les ovaires étaient petits, granulés; les vaisseaux des ligaments larges étaient très-nombreux et remplis de sang noir.

M. CHASSAIGNAC. Je désire présenter quelques observations relativement à la vascularité des corps fibreux. Dans une opération pendant laquelle je divisais par tranches un corps fibreux de l'utérus, je vis survenir une hémorrhagie très-considérable. Lorsque l'opération fut terminée, je pus constater qu'il s'agissait bien d'un véritable corps fibreux.

M. BOINET. En 1851, j'ai enlevé une tumeur qui avait été prise pour un kyste de l'ovaire. Lorsque la tumeur fut mise à découvert, un trocart fut enfoncé dans son épaisseur, et la ponction donna issue à une quantité énorme de sang. Je fus obligé de recourir à quelques moyens hémostatiques inusités pour arrêter le sang, puis je fis une seconde ponction qui fut également suivie d'hémorrhagie.

L'opération étant très-avancée, mes collègues, parmi lesquels se trouvait Cazeaux, m'engagèrent à la terminer. Je pratiquai la section du pédicule. La plaie donna une telle quantité de sang, malgré une forte ligature qui avait été mise sur le pédicule, que la malade mourut au bout de dix heures. Cette observation a été publiée dans mon *Traité des maladies de l'ovaire*.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. Je ne pense pas que les tumeurs dont parlent ces messieurs fussent des tumeurs fibreuses. Je pense que la source de l'hémorrhagie était dans l'enveloppe charnue qui entoure constamment les corps fibreux.

M. CHASSAIGNAC. L'autorité de M. Hervez de Chégoin est d'une grande valeur en pareil cas, mais dans le fait que j'ai observé je suis bien convaincu que c'était du corps fibreux lui-même que le sang venait.

M. BROCA. La question que l'on discute en ce moment peut être examinée sous deux points de vue : 1° sous le point de vue de la pratique; 2° sous le point de vue de l'anatomie pathologique pure.

Au point de vue pratique, il importe peu de préciser d'où vient l'hémorrhagie. J'ai souvenir d'avoir vu dans la pratique particulière de Thierry une malade qui avait d'abord reçu les soins du docteur Recurt. Cette femme avait été considérée comme étant en couches depuis plusieurs jours. Recurt reconnut qu'il s'agissait, non d'une grossesse, mais d'une tumeur fibreuse pédiculée en voie d'expulsion. J'assistai M. Thierry qui avait été appelé pour l'opération, et nous constatâmes qu'il existait des battements au niveau du pédicule. Nous nous demandâmes si c'était bien sous le pédicule ou dans les parties voisines qu'était le siége de ces battements. Mais en tous cas, au point de vue de la pratique, il nous importait peu de savoir si les vaisseaux étaient développés dans la substance même du corps fibreux ou dans la substance qui l'entoure.

Thierry imagina un procédé nouveau pour enlever cette tumeur très-volumineuse. Ce procédé a été peu mis en lumière. Il fit construire en quelques heures, chez Charrière, une pince articulée à une de ses extrémités comme la pince à disséquer. A l'autre extrémité se trouvait une vis qui permettait de rapprocher à volonté les deux branches. On fit entrer la tumeur entre les deux branches fortement écartées et lorsqu'on eut franchi son équateur, on fit remonter la pince jusqu'au pédicule. Cette pince n'avait pu serrer qu'en produisant un abaissement assez notable de la matrice; aussi, lorsque le pédicule fut étreint dans la pince, nous pûmes constater qu'il était beaucoup plus facile de l'atteindre qu'auparavant. On saisit alors la tumeur avec des pinces à griffes et on pratiqua l'excision à l'aide de ciseaux courbes. La pince fut laissée en place pendant environ 36 heures et il ne survint pas d'hémorrhagie.

Lorsque je pratiquai l'autopsie de la tumeur, je pus constater très-nettement l'existence de vaisseaux dans la tumeur fibreuse, mais ils n'étaient pas assez volumineux pour donner naissance aux battements que nous avions perçus. Ces battements devaient avoir pour siége des vaisseaux développés dans l'épaisseur de l'enveloppe utérine hypertrophiée.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, il est incontestable que les tumeurs fibreuses de l'utérus (ces tumeurs que j'ai désignées sous le nom d'hystérômes et qui n'ont aucune analogie avec les véritables tumeurs fibreuses), n'ont pas une vascularisation proportionnelle à leur volume. J'ai fait plusieurs fois avec M. Lebert l'injection d'utérus qui renfermaient des corps fibreux, et l'injection s'arrêtait toujours sur la limite des corps fibreux.

Je ne connais pas d'exemple d'injection réussie dans un corps fibreux de la matrice.

Je dois dire que sur une femme morte du choléra, et dont l'utérus renfermait des corps fibreux, j'ai pu constater que des vaisseaux disposés en arcade se prolongeaient à plusieurs millimètres dans l'épaisseur de ces corps. Il est donc impossible de nier la vascularisation de ces corps; mais on doit remarquer qu'il existe une disproportion très-grande entre leur volume et le degré de leur vascularisation.

M. GUÉNIOT. Il suffit de lire le livre de M. Cruveilhier pour trouver une description complète de la disposition des vaisseaux dans les corps fibreux. Il y a deux espèces de vaisseaux, les uns superficiels et les autres profonds. Les deux réseaux communiquent ensemble. Ces vaisseaux sont tous veineux. C'est là un fait assurément très-singulier que cette absence d'artères dans un tissu parfois très-vasculaires; mais quelque inexplicable qu'il paraisse, il me semble être incontestable au moins d'après l'examen des tumeurs à l'œil nu. Quoi qu'il en soit, les corps fibreux sont susceptibles d'arriver à un grand degré de vascularisation.

M. HOUEL. Je ne crois pas que jusqu'ici M. Cruveilhier ait jamais fait d'injection dans des tumeurs fibreuses. Je crois que ce qui a été décrit sous le nom de vaisseaux sont en réalité des lacunes.

J'ai moi-même essayé de faire des injections et j'ai réussi quand j'ai voulu injecter les petits vaisseaux, mais jamais quand j'ai tenté de faire pénétrer l'injection dans les lacunes. Dans un cas que M. Robin a étudié, j'avais cru avoir réussi, mais mon erreur tenait à ce que l'injection avait été poussée dans le tissu interposé à deux tumeurs fibreuses étroitement accolées. Dans les cas où l'on a observé de graves hémorrhagies, semblant prendre leur source à la surface même du corps fibreux, peut-être avait-on eu affaire à des corps fibreux accolés, comme dans le fait que je viens de rappeler. Or, la constatation de cette disposition anatomique présente de véritables difficultés.

Je suis disposé à croire que les véritables tumeurs fibreuses sont très-peu vasculaires.

M. GUÉNIOT. Mais quelle différence établit-on entre les lacunes et les veines?

M. MARC SÉE. Je crois qu'on se fait très-souvent illusion lorsqu'on cherche à faire une distinction entre les artères et les veines sur la coupe d'une tumeur. Souvent on aperçoit un vaisseau dilaté et l'on pense qu'il s'agit d'une veine, tandis que, en réalité, il s'agit souvent d'un capillaire dilaté. Il existe évidemment des artères qui amènent le sang dans ces capillaires et des veines qui le reprennent.

M. BROCA. Je suis très-heureux que M. Marc Sée ait dit que le mot de capillaire n'est pas applicable seulement à un vaisseau normal; on peut en effet rencontrer des vaisseaux très-volumineux, dilatés, et qui cependant présentent la structure des vaisseaux capillaires. J'avais signalé cette disposition il y a longtemps, dans mon mémoire sur le cancer.

Quant aux véritables lacunes, elles peuvent reconnaître plusieurs modes d'origine. Elles sont assez souvent constituées par de véritables bourses muqueuses; mais indépendamment de ces lacunes, il s'en produit d'autres dans le parenchyme même du corps fibreux par la suite de l'absorption qui résulte de la nutrition peu active qui a lieu dans ce néoplasme. Les parties centrales du corps fibreux se nourrissent mal, les fibres passent à l'état granuleux, et elles finissent par disparaître. Je crois que les cavités qui, dans les corps fibreux, affectent la forme de vaisseaux, se développent principalement par ce mécanisme.

M. TRÉLAT. Dans la pièce que j'ai mise sous les yeux de la Société, l'examen microscopique a démontré qu'il y avait de véritables lacunes et non des glandules anormalement développées.

LECTURE.

M. SISTACH, membre correspondant, fait une lecture sur deux observations d'anévrysme poplité spontané. (*Voir notre numéro du 24 décembre dernier.*)

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 20 novembre 1868. — Présidence de M. CHAUSIT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. ANTONIN MARTIN, à propos du procès-verbal, prend la parole. M. Salleron, dit-il, dont je viens d'offrir deux opuscules à la Société, a, dans un de ces mémoires, développé des idées complétement contraires à celles de M. Giraldès. M. Giraldès s'élève contre l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des plaies et de la pourriture d'hôpital, tandis que M. Salleron le préconise, et publie seize observations à l'appui de l'opinion qu'il défend.

C'est en 1855 que M. Salleron a fait usage du perchlorure de fer sur les plaies vives, et s'il y a un désaccord aussi complet entre deux chirurgiens aussi éminents, c'est évidemment que les milieux n'étaient pas les mêmes, et les cas dissemblables.

M. GIRALDÈS. Si je prends encore la parole contre le perchlorure employé dans les pansements des plaies, c'est pour ne pas laisser passer sans protestation les opinions de M. Salleron, renouvelées par M. Antonin Martin, notre collègue. Au reste, je ne suis pas le seul à m'élever contre le pansement des plaies par le perchlorure de fer. M. Adolphe Richard, à la Société de chirurgie, a démontré que cette préparation ferrique causait quelquefois des phlegmons diffus.

Lorsque l'on applique une solution de ce sel sur un moignon dans lequel l'os est scié, le canal médullaire ouvert, le périoste à nu, les vaisseaux se coagulent exactement comme lorsque l'on injecte du perchlorure dans des tumeurs érectiles, et alors il se produit forcément un sphacèle, une nécrose, puisque la circulation est interrompue.

Puis, je répondrai encore à M. Antonin Martin ceci, c'est qu'en Crimée ce n'était du perchlorure de fer dont faisait usage M. Monsel, mais du persulfate de fer. M. Scrive ne l'employait, le perchlorure de fer, que dilué, en lavage. Maintenant, vous dites que le perchlorure de fer, dans le traitement de la pourriture d'hôpital, est utile, je ne l'ai jamais contesté. La seule chose que j'ai voulu prouver et sur laquelle j'appelle l'attention des chirurgiens, c'est que le perchlorure de fer est mauvais dans le traitement des plaies vives, et que rien n'est moins prouvé que son efficacité pour la prophylaxie de l'infection purulente.

En 1852, en 1853, à la Charité, j'ai expérimenté le perchlorure dans bien des cas différents, et je l'ai trouvé dangereux, nuisible, causant des nécroses, des phlegmons diffus.

Dans le traitement des varices, quand la veine est transpercée par la canule à injections et qu'il s'écoule du perchlorure dans le tissu cellulaire, le tissu cellulaire est sphacelé, gangrené, et il y a des phlegmons diffus.

Voilà ce que j'ai voulu dire, voilà ce que j'ai vu, et quand bien même M. Salleron ou Hippocrate lui-même dirait le contraire, je ne changerais pas d'avis, parce que les faits cliniques sont là pour me donner raison.

M. ANTONIN MARTIN. En Crimée, le perchlorure était employé de préférence au persulfate de fer, et d'après M. Salleron les faits ne se passeraient pas comme le dit M. Giraldès.

M. BRIQUET. J'ai été interne en 1813, 14 et 15 dans un hôpital où nous recevions beaucoup de blessés. Par conséquent, il y avait de la pourriture d'hôpital, fléau terrible, qui envahit, qui détruit, qui tue tout. Nous coupions jusqu'au vif, nous employions tous les astringents possibles, l'acide citrique; le camphre en poudre parut nous être de quelque utilité, et je suis persuadé que le perchlorure de fer est très-bon dans des cas semblables; mais dans les plaies vives, dépourvues de toute pourriture d'hôpital, c'est tout autre, et je m'étonne que M. Salleron ait associé des choses si discordantes et si dissemblables.

M. GIRALDÈS. Je tiens à établir qu'il n'a été jamais question, dans

tout ce qui a été dit dans les séances précédentes, du traitement par le perchlorure de fer de la pourriture d'hôpital. C'est tout à fait un élément nouveau que M. Antonin Martin a introduit dans la discussion et auquel a répondu M. Briquet; mais moi, je n'en ai jamais parlé.

M. ANTONIN MARTIN. M. Salleron l'employait comme préventif.

M. DUCHENNE (de Boulogne) montre à la Société une femme atteinte de paralysie *glosso-labio-laryngée*. C'est un type des plus intéressants; les lèvres sont immobiles, l'écoulement de la salive involontaire et continuel, l'aphasie est complète, et le sujet ne fait plus entendre que des sons gutturaux semblables à des grognements. Le voile du palais est paralysé et tombe, la déglutition est difficile.

Maintenant le nerf vague est pris, les syncopes surviennent et le pronostic est fatal. Cette malade mourra sans douleurs, au milieu d'une syncope. Sur trente-six cas qu'a déjà recueillis M. Duchenne, la terminaison a toujours été rapidement mortelle. Ce cas, type des plus intéressants, exige une discussion plus longue, plus approfondie; aussi la Société décide-t-elle que cette question, c'est-à-dire *la paralysie glosso-labio-laryngée*, sera mise à l'ordre du jour.

M. VOISIN lit un mémoire *sur les éruptions cutanées causées par l'usage interne du bromure de potassium.*

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, A. CHARRIER.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

NATURE DU PRIX FONDÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PAR M. DE MONTYON

Le Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique,

Vu l'ordonnance royale du 18 février 1818;

Vu le rapport du doyen de la Faculté de médecine de Paris, en date du 24 novembre 1868,

Arrête :

Le prix annuel fondé à la Faculté de médecine de Paris par M. de Montyon en faveur de l'étudiant qui aura présenté le meilleur mémoire sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de guérison, etc., consistera désormais en une médaille de vermeil et une somme de 300 francs en espèces.

Fait à Paris, le 9 décembre 1868.

V. DURUY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 26 décembre 1868, ont été nommés dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin inspecteur (choix) : MM. Colmant et Périer, médecins principaux de 1re classe.

Faculté de médecine de Paris. — M. Bouillaud, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant l'année classique 1868-1869, par M. Paul (Constantin), agrégé près ladite Faculté.

Faculté de médecine de Montpellier. — Il y a lieu de pourvoir d'une manière définitive à la chaire de physique médicale vacante à la Faculté de médecine de Montpellier.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Gréhant (Louis-François-Nestor), docteur en médecine, licencié ès-sciences physiques et naturelles, préparateur à la Faculté des sciences de Paris, est nommé aide-naturaliste à la chaire de physiologie générale du Muséum d'histoire naturelle.

Faculté des sciences de Paris. — M. Bert (Paul), docteur ès-sciences naturelles et en médecine, chargé du cours de physiologie comparée au Muséum d'histoire naturelle, est chargé du cours de physiologie à la Faculté des sciences de Paris.

M. Jolyet (Jean-Baptiste-Henri-Félix), docteur en médecine, [pré]parateur au Muséum d'histoire naturelle (chaire de physiologie [com]parée), est nommé, en la même qualité, à la Faculté des scien[ces de] Paris (chaire de physiologie).

Faculté des sciences de Marseille. — M. Favre, professeur de c[himie] à la Faculté des sciences de Marseille, est autorisé à se faire su[ppléer] dans son cours, pendant le premier semestre de l'année cl[assique] 1868-1869, par M. Rousset, professeur de pharmacie et de to[xicologie] à ladite école.

Faculté des sciences de Lille. — M. Violette (Charles-Théo[dore]), docteur ès-sciences, a été nommé professeur de chimie géné[rale] appliquée à la Faculté des sciences de Lille.

Faculté des sciences de Strasbourg. — M. Dupré, bache[lier ès-]sciences, est nommé préparateur de physique à la Faculté des sc[iences] de Strasbourg (emploi vacant).

— Depuis que nous avons écrit l'article sur le *travail des [enfants] dans les manufactures*, inséré dans le numéro de mardi [...] 22 décembre, nous avons appris que la question venait de f[aire un] pas important. Un décret impérial, récemment rendu, charge les [ingé]nieurs des mines de l'inspection des établissement industriels, [...] de s'assurer de la complète exécution de la loi du 22 mars 18[..]. [Un] deuxième décret institue une commission supérieure, qui a po[ur mis]sion de veiller à tout ce qui est relatif à l'application de la lo[i. Nous] ne pouvons qu'applaudir à ces nouvelles mesures, destinées à d[onner] satisfaction aux vœux que nous exprimions dans cet article.

Recherches sur la loi d'accroissement des nouveau[-nés] constaté par le système des pesées régulières et les conditions d[e l']allaitement, par le docteur L. ODIER (de Genève). — Gr. in-8° de [...] avec 7 planches. Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur, Dr E. LE SOUE[F].

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

41e ANNÉE. JEUDI 31 DÉCEMBRE 1868. — N° 152.

La Lancette Française

[illegible]E DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

...ou ...n... traites sur Paris
... de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

...AL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs ...gements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs ...om... le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an.	30	—

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

...s Bureaux et les Ateliers étant fermés à l'occasion ...our de l'An, le journal ne paraîtra pas samedi ...hain.

...AIRE : SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL DES ...ANTS (M. Bouchut). Des tubercules de la choroïde et de la rétine ...ant servir au diagnostic de la tuberculose cérébrale. — ACADÉMIE ...ÉRIALE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — ...IÉTÉ DE MÉDECINE. — Thèses. — Nouvelles.

Paris, le 30 décembre 1868.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

...a séance d'hier a été occupée tout entière par des élections : ...ion d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique ...'histoire naturelle médicale; élections des membres des ...nissions permanentes pour l'année 1869.

...section de thérapeutique avait classé les cinq candidats ...its, dans l'ordre suivant : en première ligne, ex æquo et ...ordre alphabétique, MM. Marotte, Moutard-Martin et ...ont; en deuxième ligne, M. Boinet; en troisième ligne, ...Delioux de Savignac. Au premier tour de scrutin, sur ...otants, majorité 40, M. Marotte a obtenu 35 suffrages, ...Moutard-Martin 24, M. Oulmont, 17, M. Boinet 2. Aucun ...candidats n'ayant réuni la majorité absolue des suffrages, ...adémie a dû procéder à un deuxième tour de scrutin qui, ...9 votants, a donné : à M. Marotte, 46 voix; à M. Moutard-...in, 30, et à M. Oulmont, 2, plus un bulletin blanc. En ...équence, M. Marotte a été proclamé élu.

...près les opérations de scrutin qui ont suivi cette élection, ... la nomination des membres des commissions perma...es, M. Ricord a adressé à ses collègues une allocution ...ieux qui a été couverte d'applaudissements.

...la première séance de l'année prochaine, la petite céré...ie d'installation du nouveau Bureau et la reprise des tra... scientifiques courants.

Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. BOUCHUT.

DES TUBERCULES DE LA CHOROIDE ET DE LA RÉTINE
...ant servir au diagnostic de la tuberculose cérébrale.

...n peut chaque jour apprécier, sur de nouveaux malades, ...bien est importante et vraie la loi de coïncidence que j'ai ...connaître relativement au rapport à établir *entre les mala-...aigues du cerveau et certaines lésions du nerf optique, de ...étine et de la choroïde.*

...est là un de ces principes qui ouvrent à la science de nou-...x horizons, et il ne s'écoule pas de jour, dans ma clinique, ...e ne puisse avec avantage constater dans l'œil les signes ...omiques de ce qui passe dans le cerveau.

...y a dans cette étude le point de départ d'une importante ...éiologie du cerveau et de la moelle, dont les signes viennent ...uter aux autres symptômes des maladies cérébro-spinales. ...a *Gazette des Hôpitaux* du 15 mai 1862 a publié mes pre-...res recherches destinées surtout à prendre date, précaution ...n'était pas inutile, et depuis lors elles ont fait la base d'un ...*ité d'ophthalmoscopie cérébro-spinale*, où je trouve le déve-...ement de mon idée générale sur la cérébroscopie Là on voit ... les signes anatomiques de la rétine du nerf optique et de ...horoïde fournis par l'ophthalmoscope au diagnostic de la ...*ingite simple et tuberculeuse*, de l'*hydrocéphalie chronique*, ...*hémorrhagie cérébrale et du ramollissement*, des *tubercules ...es tumeurs du cerveau*, de l'*encéphalite aiguë et chronique*, ...a *cérébellite albumineuse et diabétique*, de l'*encéphalopathie ...rnine*, de la *myélite*, etc. On y trouve, en plus, les lois du ...nomène de cette coïncidence, c'est-à-dire la physiologie pa-...ogique de la lésion rétino-choroïdienne, car il ne suffit pas ...constater des faits, il faut en comprendre la portée et savoir ...découvrir la signification. Des faits! mais c'est ce qu'il y a ...lus commun. Tout le monde croit en amasser, et parmi ces ..., combien s'en trouve-t-il qui méritent ce nom?

...our aujourd'hui, laissant de côté l'ensemble de cette sé-...iologie nouvelle fondée sur l'opthalmoscopie, je veux seule-...ot attirer l'attention sur un point de ces recherches. Il est ...tif aux *tubercules de la rétine et de la choroïde*, c'est-à-dire ...*névro-choroïdite tuberculeuse*, dont j'ai eu un exemple sous les yeux, dans la personne de l'enfant couchée au n° 39 de la salle Sainte-Catherine.

C'est le septième fait du même genre que j'observe à l'hôpital, et j'en ai vu bien d'autres dans la ville. Il montre que lorsqu'on voit des granulations tuberculeuses au fond de l'œil, c'est qu'il y en a dans les méninges, dans le cerveau et dans les viscères. Il mérite donc d'être étudié avec soin.

Ces faits-là sont très-rares, et l'histologie nécessaire à leur étude n'a été faite pour la première fois que par moi avec M. Ordonez, sur des pièces recueillies dans mon service. Depuis lors, en 1867, des faits semblables ont été publiés en Allemagne par Manz (de Fribourg), par Bush et surtout par Conheim qui, s'inspirant de mes travaux, a reproduit toutes mes conclusions, sans prendre la peine de citer mes recherches antérieures aux siennes. Quant aux cas publiés en France et dans lesquels on a cru reconnaître des tubercules de la choroïde, le diagnostic n'ayant pas été vérifié par l'examen au microscope, ce qu'on a pris pour des tubercules de la choroïde peut très-bien n'être qu'une tuberculose de la rétine, ou seulement une forme particulière d'atrophie choroïdienne pointillée spéciale à quelques maladies du cerveau. Dans un sujet aussi nouveau et aussi difficile, tout diagnostic qui n'est pas confirmé par l'histologie ne doit être accepté qu'avec réserve.

Dans le fait récent soumis à mon observation, on a pu voir qu'avec des symptômes douteux de méningo-encéphalite, l'ophthalmoscope a permis de faire un diagnostic exact et précis qui, sans lui, restait problématique. En effet, cette petite-fille, âgée de quatre ans, avait depuis l'âge de treize mois un écoulement d'oreille sans surdité qui n'avait jamais pour elle de fâcheuses conséquences. Elle était un peu sujette à s'enrhumer et à avoir de la diarrhée, mais sans être sérieusement malade. Le 29 novembre, elle a eu trois convulsions suivies de fièvre et de bronco-pneumonie avec somnolence et céphalalgie, puis ces phénomènes sont restés les mêmes et elle n'a eu ni vomissements, ni constipation, ni paralysie, ni aucune nouvelle convulsion. Tous les phénomènes cérébraux consistaient dans un peu de céphalalgie, de tristesse, de cris aigus assez rares, de somnolence et de fièvre sans irrégularité du pouls. C'est dans cet état que l'ophthalmoscope ayant fait découvrir une névro-rétinite simple, j'ai porté le diagnostic de méningo-encéphalite, et lorsque, au bout de quelques jours, ont paru les granulations blanches tuberculeuses de la choroïde, j'ai dû, à cause de cette lésion, croire à une méningo-encéphalite tuberculeuse, fait confirmé par l'autopsie. Dans ce cas donc, l'ophthalmoscope a été presque le seul moyen de diagnostic, et il n'y a aucune exagération à dire qu'il lui a au moins donné une certitude absolue.

Voilà pour le diagnostic de la maladie du cerveau, mais il n'y a pas que cela d'intéressant dans cette observation. Les causes et la marche des phénomènes ne sont pas moins curieuses à étudier, car on trouve chez cette enfant des phénomènes qui appartiennent à des maladies différentes entre lesquelles il faut choisir.

Soit une bronco-pneumonie ou pneumonie catarrhale aiguë, précédée de convulsions initiales, suivie de tuberculose miliaire aiguë gagnant les intestins, le foie, les reins, la rate, le cerveau et la choroïde, car ces granulations choroïdiennes se sont développées dans l'espace de quelques jours;

Soit une fièvre typhoïde caractérisée par les ulcérations des plaques et des follicules avec bronco-pneumonie terminée par tuberculose miliaire aiguë généralisée;

Soit une tuberculose miliaire primitive ou granulée générale, donnant lieu à des phlegmasies du cerveau, des poumons, de la rate, du foie, de l'intestin et des ganglions mésentériques;

Soit une phthisie granuleuse comme celle que j'ai décrite dans mon *Traité des maladies de l'enfance*, page 279, donnant lieu à une diathèse tuberculeuse aiguë;

Soit enfin une carie du rocher ayant produit la pachy-méningite et peut-être quelque suppuration du cerveau.

J'ai eu longtemps la pensée que l'affection du rocher était la cause première des accidents, fait très-commun chez les enfants; mais ici, l'ouverture du crâne a montré que la dure-mère était intacte et que le rocher, dur, blanc nacré, n'avait aucune apparence de carie pouvant produire des symptômes d'encéphalite.

L'idée d'une fièvre typhoïde ne se présente à l'esprit qu'en raison des nombreuses ulcérations des plaques et follicules de l'intestin compliquées de bronco-pneumonie; mais la tuberculose des ganglions mésentériques, et les granulations de l'intestin ou des autres viscères et la durée des 22 jours de maladie, prouvent qu'il n'y a point là d'affection typhoïde primitive, et que c'est la tuberculose miliaire qui est le point de départ des accidents morbides aussi bien que de l'ulcération des plaques de Peyer.

On pourrait plutôt croire que cette enfant a été prise de pneumonie catarrhale précédée de convulsions, et que la pneumonie a produit les granulations tuberculeuses, mais cette opinion ne serait soutenable que dans le cas où les granulations eussent été exclusivement renfermées dans les poumons. Comme il y en avait partout et qu'elles n'ont pu se faire en 22 jours, je crois qu'il n'y a pas eu ici de pneumonie primitive donnant lieu à la tuberculose aiguë généralisée.

La seule interprétation qui me paraisse mériter l'assentiment des cliniciens, c'est qu'il s'agit là d'une tuberculose miliaire générale, ayant donné lieu à des phlegmosies de même nature dans tous les tissus : 1° à une méningo-encéphalite tuberculeuse, révélée par la névro-choroïdite; 2° à une bronco-pneumonie granuleuse, compliquée de tuberculose médiastine; 3° à une entérite tuberculeuse jointe au carreau; 4° à une tuberculose du foie, des reins, de la rate; 5° même à un état granuleux de la fibre musculaire.

C'est là un cas de tuberculose miliaire formé par la production en quantité innombrable de granulations tuberculeuses à tous leurs degrés de développement, et avec tous les caractères histologiques que les premiers, M. Ch. Robin et moi, nous avons fait connaître en 1851. On y trouve : des granulations grises fibro-plastiques dans les méninges; des granulations grises épithéliales et fibro-plastiques dans les poumons; des granulations fibro-plastiques des ganglions, et au milieu de cela des granulations grises avec un point jaunâtre au centre indiquant le tubercule cru ou un commencement de régression granulo-graisseuse des éléments cellulaires; des tubercules crus, plus ou moins gros, c'est-à-dire des tubercules gris à l'état embryonnaire, jaunes à l'état parfait de crudité, et mous à l'état de régression.

Au reste, si l'on veut analyser avec soin l'observation, on verra qu'il n'y a, dans ce que je viens de dire, absolument rien qui ne soit l'expression exacte de l'appréciation des causes, des symptômes et des lésions observées chez l'enfant.

OBSERVATION. — *Encéphalite tuberculeuse. Tuberculose générale. Carie du rocher. Otite. Convulsions. Ophthalmoscopie. Mort. Autopsie. Tubercules de la choroïde.*

Augustine D..., âgée de 4 ans, entrée, le 2 décembre 1867, au n° 39 de la salle Sainte-Catherine, à l'hôpital des Enfants-Malades, service de M. Bouchut.

Cette enfant, qui a eu la rougeole, est sujette à s'enrhumer et à avoir de la diarrhée, elle a un écoulement d'oreille depuis l'âge de 3 mois, et, il y a quelques jours, le 29 novembre, elle a eu trois fortes convulsions dans la même journée, qui ont duré cinq à six minutes. Depuis lors, elle a eu de l'abattement, quelquefois du coma et, par hasard, des douleurs de tête. Elle tousse et a la respiration gênée. Il y a des râles sous-crépitants dans les deux poumons, et ces râles sont plus marqués à gauche qu'à droite. La résonnance est à peu près la même des deux côtés.

Pas de vomissements, pas de diarrhée, fièvre, pouls régulier : 132. Pas de nouvelles convulsions ni de paralysie.

10 décembre, abattement, somnolence assez prononcée; de temps à autre, cris aigus, plaintes, soupirs, pas de convulsions ni de paralysie, pas de vomissements, diarrhée assez abondante. L'enfant tousse beaucoup, présente des râles sous-crépitants assez nombreux dans les deux côtés de la poitrine, surtout à gauche.

Peau chaude, pouls fréquent, régulier.

La vision paraît assez distincte; cependant, à l'*ophthalmoscope*, on constate la présence d'une forte injection sanguine du milieu de la papille, avec infiltration grisâtre de la circonférence, qui se trouve ainsi voilée et peu distincte. Les veines sont beaucoup plus apparentes que de coutume; quelques-unes sont énormément dilatées, flexueuses, et, dans leur intervalle, il y en a un très-grand nombre qui sont beaucoup plus petites.

20 décembre, l'état de l'enfant est le même, sauf l'abattement qui est plus considérable et la fièvre qui est très-vive. Même état de la toux et de la diarrhée. Les lésions de la rétine sont les mêmes, seulement on découvre dans le côté externe *quatre granulations brillantes, larges de 1 à 4 millimètres*; l'une d'elles est traversée par un vaisseau, ce qui montre qu'elle est placée au-dessous de la rétine. Elles sont parfaitement nettes à leur circonférence et n'offrent aucune trace de pigment. Elles sont éloignées d'environ 1 centimètre de la pupille.

L'enfant meurt le 22 et l'autopsie est faite le 23.

Le cerveau paraît un peu ramolli. La substance blanche a la consistance normale, et le ramollissement porte surtout sur la substance grise, qui est adhérente à la pie-mère et se déchire avec la plus grande facilité. Il y a un point noir dans l'hémisphère droit où près de la corne postérieure; le ramollissement dépasse la couche corticale et forme dans la substance blanche un petit noyau gros comme le bout du doigt de substance cérébrale déchiquetée. Les ventricules ne sont

pas dilatés et leur membrane pariétale couverte d'un grand nombre de capillaires dilatés. Nulle part, il n'y a de tubercules.

La pie-mère est rougie, injectée, très-adhérente à la substance corticale, ne renferme pas de pus, ni à la convexité ni à la base, et du côté, elle renferme deux à trois granulations tuberculeuses, de 2 à 3 millimètres.

Le poumon droit est mou, crépitant, pâle, renferme une innombrable quantité de granulations grises, à demi-transparentes, ayant autour d'elles une petite zone d'injection capillaire. Dans le lobe inférieur et postérieur, se trouvent quelques noyaux de pneumonie lobulaire.

Le poumon gauche présente les mêmes altérations, et les ganglions bronchiques sont gonflés, hypérémiés, avec de la granulation grise et jaune. Adhérences assez fortes de la plèvre à la paroi costale.

Le foie est très-volumineux, en partie jaunâtre, décoloré, gros et renferme quelques granulations tuberculeuses.

La rate est criblée de granulations; les reins sont peu volumineux et présentent des granulations grises et quelques tubercules crus.

Dans le péritoine, pas d'adhérences. Mais les ganglions du mésentère sont tous hypertrophiés, atteints de dégénérescence grise, à demi-transparente, et de matière grisâtre, d'apparence tuberculeuse crue; mais l'examen histologique a montré qu'il ne s'agissait là que d'une prolifération de cellules épithéliales et de noyaux embryo-plastiques.

Dans l'intestin, il y a sur la muqueuse de l'iléon un grand nombre de petites granulations tuberculeuses miliaires et une foule d'ulcérations occupant les follicules isolés et les plaques. Sur les follicules isolés, elles sont arrondies, irrégulières ou fractueuses, avec un fond rosé et des bords assez saillants. Sur les plaques de Peyer, l'ulcération semble formée par la réunion de plusieurs ulcérations voisines, et elles offrent les mêmes caractères.

Les muscles sont légèrement décolorés et granuleux.

Les yeux présentent l'un et l'autre, dans la choroïde, des granulations blanchâtres, composées de noyaux et de cellules fibro-plastiques, de noyaux granuleux et de quelques cellules épithéliales.

Histologie des rétines et des tubercules de la choroïde, par M. le docteur ORDONEZ. — J'ai trouvé un groupe de sept granulations tuberculeuses, comprenant toute l'épaisseur de la choroïde et adhérant à la rétine.

De ces granulations, la plus volumineuse mesurait 1 millimètre et demi; les autres variaient à peu près entre 1 millimètre et un demi millimètre.

Examinées au microscope, ces granulations tuberculeuses étaient constituées par une grande quantité de granulations moléculaires graisseuses, parmi lesquelles flottaient des corpuscules à forme irrégulière, anguleuse en général, de volume variable, réfractant la lumière à la manière des corps gras regardés au microscope.

Il y avait en outre des granulations moléculaires grises, très-petites, solubles dans l'acide ascétique, et enfin quelques petits cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

A mesure qu'on examinait les parties périphériques de ces granulations tuberculeuses, il était facile de s'assurer que les corpuscules anguleux et irréguliers, dont je viens de parler, n'étaient autre chose que les cellules polygonales de la couche interne de la choroïde à l'état de dégénérescence graisseuse, comme on l'appelle aujourd'hui, quoique l'expression soit mauvaise.

En effet, vers la partie périphérique des granulations, on trouvait les cellules pigmentaires à tous les degrés possibles d'altération ou dégénérescence graisseuse, et on pouvait suivre pas à pas les différentes transformations subies par ces éléments anatomiques, jusqu'à constituer ce qu'on appelle le corpuscule tuberculeux.

L'étude de cette pièce confirme, une fois de plus, l'opinion que nous avons depuis plusieurs années, à savoir : que le tubercule, partout où il se trouve, chez l'homme ou les animaux, est un produit de dégénérescence graisseuse.

(*La suite au prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 29 décembre 1868. — Présidence de M. RICORD.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet:

1° Une proposition de récompense honorifique adressée par M. le Préfet de la Somme, concernant M. Vilin, médecin à Quevauvillers, en raison des services qu'il aurait rendus lors d'une épidémie de dyssenterie qui a sévi pendant trois mois à Revelles.

2° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1867 dans le département de la Marne. (Commission des épidémies.)

3° Une note de M. le docteur Savidan (de Lannion), sur l'inaptitude de certains sujets à transmettre le vaccin. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. le docteur H. Bertrand, lauréat de l'Académie.

3° Une note pour servir à l'*Histoire du sesquioxyde de fer et du chloroxyde ferrique*, par M. le docteur Jeannel (de Bordeaux). Commissaire, M. Boudet.)

3° Une lettre de M. le docteur F. Garrigou, en réponse à la note lue par M. Filhol dans la dernièce séance.

Les ouvrages suivants ont été présentés à l'Académie :

1° Par M. Cloquet, au nom de M. Scoutetten, une « Notice biographique et scientifique sur le professeur Schaubein. »

2° Par M. Boudet, le « Compte-rendu de la onzième séance publique annuelle de la Société de secours des Amis des sciences. »

3° Par M. Robin, en son propre nom, une brochure intitulée : « Anatomie microscopique des tissus et des sécrétions. »

4° Au nom de M. le docteur Hamy, sa thèse inaugurale intitulée : « l'Os intermaxillaire de l'homme. »

5° Au nom de M. le professeur de Luca (de Naples), une série de brochures sur des sujets de pathologie.

6° Par M. Barthez, au nom de M. Castan, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, une brochure intitulée : « De la commotion cérébelleuse. »

7° Par M. Bouillaud, au nom de M. le docteur Warin, médecin hôpitaux civils de Metz, un « Mémoire sur les accidents résultan l'explosion de l'arsenal d'artillerie de Metz, le 17 septembre dern

8° Par M. Richet, au nom de M. le docteur d'Arbez, une note i tulée : « Des lipomes et de la diathèse lipomateuse. »

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. Gaillard Poitiers), membre correspondant.

ÉLECTIONS.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un me bre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire natur médicale.

La section présentait en première ligne *ex æquo* :

MM. Marotte, Moutard-Martin et Oulmont; en deuxième ligne, M. Boinet; en troisième ligne, M. Delioux de Savignac.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 78 et la majorité 40, M. Marotte obtient 35 suffrages; M. Moutard-Martin, 24; M. Oulmont, 17; et M. Boinet, 2.

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité absolue des suffrages, l'Académie procède à un second tour de scrutin.

Le nombre des votants étant de 79, la majorité 40, M. Marotte obtient 46 suffrages; M. Moutard-Martin, 30; M. Oulmont, 2, et un bulletin blanc.

En conséquence, M. Marotte est élu membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle.

L'Académie procède ensuite à l'élection des membres qui devront faire partie des commissions permanentes. Sur la proposition de M. Bouley, le nom de M. Leblanc, membre de la section de médecine vétérinaire, est ajouté à la liste des membres proposés par le Conseil pour la Commission des épidémies.

Sont élus, dans la Commission des épidémies : MM. Louis, Vernois et Leblanc.

Commission des eaux minérales : MM. Hérard et Mialhe.

Commission des remèdes secrets : MM. Hardy et Buignet.

Commission de vaccine : MM. Bousquet et Reynal.

Comité de publication : MM. Michel-Lévy, Guérard, Broca, Chassaignac et Chatin.

M. RICORD, avant de quitter le fauteuil de la présidence, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et très-chers collègues,

Avant de descendre de ce petit trône, de ce grand fauteuil, pour me placer désormais plus près de vous, permettez-moi de vous remercier de nouveau de l'insigne honneur que vous m'avez fait en m'appelant à la présidence. L'année qui vient de s'écouler sera certainement une des plus heureuses de ma vie et me laissera les souvenirs les plus agréables et les plus utiles. Cette année a été parmi toutes une des plus fécondes en grands travaux qui marqueront une époque dans la science et dans les annales de notre Académie où ils ont pris naissance et se sont développés. Ces remarquables travaux ont donné lieu à de brillantes discussions que votre extrême bienveillance m'a permis de conduire avec facilité. En effet, les orateurs qui ont successivement pris la parole et défendu les opinions avec la verve que nous leur connaissons et leur profonde conviction, sont toujours restés dans la juste limite des plus parfaites convenances.

Le pouvoir présidentiel a eu, autant qu'il m'en souvienne, rarement à intervenir, de telle façon que sans encourir le reproche de faiblesse, je crois pouvoir aspirer au titre modeste de président débonnaire; je devrais donc être satisfait; mais la satisfaction de soi-même ne suffit pas; je voudrais encore, en remettant mes pouvoirs entre les mains de votre futur bien-aimé président, être convaincu d'avoir rempli tous mes devoirs et qu'il me fût permis de vous dire en vous faisant mes adieux : J'ai gouverné sans peur et j'abdique sans crainte. (Cette allocution est accueillie par les applaudissements de l'assistance.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 9 décembre 1868. — Présidence de M. LEGOUEST

—

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

RAPPORT VERBAL.

M. GUÉNIOT fait un rapport verbal sur l'observation suivante, adressée par M. Castex, médecin-major de l'armée d'Afrique.

Dans ce fait, il s'agit d'un cavalier en état d'ivresse, qui, voulant franchir le mur de sa caserne, fit une chute de trois mètres de haut sur la face dorsale du tronc. Il en résulta : 1° une fracture de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre dorsale; 2° une fracture oblique du corps de cette même vertèbre; et d'après les résultats de l'autopsie, 3° une luxation en arrière, qui rétrécit considérablement le canal vertébral.

De là, paralysie du membre inférieur gauche d'abord; puis, quelques jours plus tard, du membre inférieur droit; rétention d'urine et incontinence des matières fécales. Comme traitement : émissions sanguines, purgatif, frictions stimulantes sur les membres inférieurs et repos horizontal sur la face dorsale du tronc. Des phlyctènes se produisirent bientôt sur le membre gauche œdématié, puis des escharres dans les régions sacrées et trochantériennes, un phlegmon gangréneux dans la cuisse droite, etc., et le malade succomba le cinquante-quatrième jour après l'accident.

Les deux particularités sur lesquelles M. Castex appelle spécialement l'attention sont : 1° la production des accidents gangréneux et 2° la multiplicité des lésions osseuses (fracture complexe et luxation) au niveau du point traumatisé.

Pour M. Guéniot, les accidents gangréneux reconnurent vraisemblablement pour causes, dans ce cas, l'*œdème* des tissus, si commun dans les membres paralysés, et l'*irritation* produite sur la peau par les excrétions involontaires. Les émissions sanguines, pratiquées au début, et les frictions stimulantes, employées plus tard, ont peut-être concouru aussi, d'une façon indirecte, à la manifestation de cette complication. Quant à la luxation de la vertèbre, il est difficile de s'en expliquer le mécanisme.

Commission ...

Sont élus : MM. Chassaignac.
Tillaux.
Broca.
Verneuil.
Trélat.

Commission des *Membres correspondants étrangers* :

Sont élus : MM. Giraldès.
Lefort.
Panas.
Duplay.
Trélat.

COMMUNICATION.

Résection du coude.

M. VERNEUIL. Il y a quelques mois, j'ai communiqué une obse tion de résection du coude, pratiquée presque immédiatement a l'accident qui avait déterminé une plaie pénétrante de l'articulat J'avais obtenu une guérison complète. Ma conduite a cependant l'objet des critiques de quelques-uns de nos collègues, j'ai été s sible à ces critiques, et un nouvel exemple de plaie pénétrante s'ét présenté à mon observation, j'ai voulu faire de la chirurgie ex tante, mais malheureusement j'ai perdu mon malade.

Le blessé dont il s'agit était un employé au chemin de fer, il e coude pris entre deux tampons.

Lorsque je le vis, le coude était très-gros et il existait une p plaie qui donnait issue à une grande quantité de sang veineu crus d'abord à une luxation du coude, puis je rejetai ce diagnosti

Je fis établir une irrigation continue. Il y eut d'abord du soul ment, mais le troisième jour, je vis qu'une partie de la peau était tinée à tomber en sphacèle. Je profitai de l'existence de cette l escharre pour faire un débridement de 10 centimètres. Par cette ou ture, je ramenai un fragment osseux gros comme une noisette, e pus m'assurer qu'il existait une fracture du coude, pénétrant dans ticulation.

Le malade était alors dans un état général des plus satisfaisant fus tenté de faire la résection séance tenante; mais je pensai q pourrait m'accuser d'avoir agi trop vite, et je différai, puis je chan mon système de pansement.

J'avais gardé le souvenir d'un blessé qui, dans un cas très-gr avait été guéri par l'usage du bain continu avec un mélange désir tant.

Je mis le bras de mon malade dans un bain préparé de cette fa je l'y ai laissé pendant vingt-huit jours. Son état a été très-sati sant et j'ai cru un moment qu'il allait guérir. Cependant, il so quelques petites esquilles et il se forma une collection purulente fut ouverte.

La température, qui avait été notée très-exactement, montait jours. On y avait noté 39°,2, puis 39°,3 et, dans les derniers jo 40° le soir. Chose très-importante à signaler au point de vue du nostic, la fièvre apparente ne se montra que lorsque, depuis jours déjà, la température avait atteint 39°,5.

Vendredi dernier, on m'annonça que le malade avait eu un g malaise et un vomissement. A ce moment, il existait un gonflemen bras et une rougeur diffuse mal caractérisée. Le thermomètre a gnait 40°.

Je me suis alors décidé à pratiquer la résection. J'ai enlevé la cu du radius et abattu l'olécrâne et environ 3 centimètres de l'humé J'avais utilisé, pour aller à la recherche des surfaces osseuses, l verture résultant de la chute de l'escharre. Le malade a perdu pe sang et s'est bien remis de l'opération.

Je dois noter un phénomène fort important quoique léger en a rence. La veille du jour où le malade avait eu un vomissemen avait eu un petit crachement de sang, et cependant l'examen d poitrine n'avait rien révélé de suspect.

Je donnai une potion à l'aconit et à la teinture de digitale. Ell put être supportée; mais cependant la soirée se passa très-bien.

Vingt et une heures après l'opération, le malade était malais était couvert de sueur.

Le pansement était fait avec de la charpie imbibée d'alcool e liqueur de Labarraque, et un drain avait été placé pour faciliter l'éc lement des liquides.

Dans la journée du samedi, le malade eut des étouffements l'anxiété, du délire, et à neuf heures du soir, il était mort.

Autopsie. — Il n'existait aucunes traces de phlébite, ni d'angi mite, ni de phlegmon diffus. La rougeur diffuse, que j'avais obser était due à un érysipèle.

Les viscères étaient en assez mauvais état. La rate était volu neuse, friable; le foie en voie de régression graisseuse; les r étaient rouges et congestionnés, les poumons, tellement congestion que l'on aurait cru à un commencement d'hépatisation. La conges occupait toute l'étendue des deux poumons, et c'est à cette lésion le malade a succombé.

La résection ne me paraît pas avoir déterminé la mort, et je regr de ne l'avoir pas pratiquée beaucoup plus tôt, soit le quatrième j après l'accident, soit au moment où j'ai retiré un séquestre.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. TILLAUX présente, au nom de M. Nicaise, prosecteur de l'a phithéâtre des hôpitaux, une *aiguille élastique*, *destinée à passe scie à chaîne dans les résections.*

... scié à chaîne ... la préférence à l'em-

... des obstacles qui ont fait échouer M. Depaul ... spéciaux au cou de l'enfant sur lequel il portait l'instru-

... se présenteront pas dans les résections, parce qu'il y a une ... dure que suivra l'instrument.

...ILLAUX. Cette aiguille a la même courbure que la sonde d'As-...oper, et, de plus, cette courbure peut devenir plus grande et la ... de l'instrument n'abandonne jamais l'os. Pour se servir de cet ...nent, il faut d'abord bien dénuder ...

PRÉSENT...ION ... PIÈCES.

...ntation d'... pied atteint d'éléphantiasis des Grecs,

...ISTAC... J'ai l'honneur d'offrir à la Société de chirurgie le pied ... abe, qui est atte... d'éléphantiasis des Grecs, maladie exces-...ment rare en France ... même en Algérie. Voici les quelques ren-...ements que j'ai pu recueillir, dans ce cas, sur l'origine et la ...che de cette a... ...ection.

... K.-G., ...gé de 45 ans, né à Constantine, a été atteint, vers l'âge ... ulcères au cou, qu'indiquent encore des cicatrices régu-... Nul indice, d'ailleurs, d'affection syphilitique ancienne ou ré-...et aveux négatifs du malade à ce sujet. Les parents de cet Arabe ...amais été atteints d'éléphantiasis.

...1857, H... part pour l'Égypte et habite, pendant quatre ans, suc-...ment la Mecque et le Caire, où il exerce le métier de cordon-...ans avoir jamais été malade.

...etour en Algérie, en 1861, H... fait, pendant la traversée de la ...ranée, une chute, qui produit sur le cou-de-pied gauche une ...ontuse, dont la guérison ne survient qu'au bout de trois mois. ...iron deux mois après, apparition sur la cicatrice d'un ulcère, ...étend progressivement en largeur et en profondeur, et déter-...e sur les os du tarse des lésions osseuses multiples, malgré les ...s médications générales et locales (huile de foie de morue, iodure ...assium, préparations mercurielles, injections et topiques variés) ...t été employées pendant un séjour de trois années consécutives ... passées presque complétement dans un hôpital. Un séjour d'un ...t demi à l'établissement thermal d'Hammam-Meskoutin ne pro-...également nulle amélioration. Et, de temps en temps, il y avait ...ar l'ulcère de lamelles osseuses nécrosées.

...ais deux ans, H... n'était plus entré dans les hôpitaux, lors-...int réclamer mes conseils en juillet 1867. Le 20 du même mois, ...it dans mon service, à l'hôpital militaire de Constantine. Après ... soumis ce malade, sans résultat, à l'iodure de potassium, à ... progressivement croissantes, ainsi qu'à l'huile de foie de morue ...s injections variées de teinture d'iode, je me décidai d'autant ... au sacrifice du membre, que le mal prenait toujours de l'exten-...t que les ulcérations et les tubercules remontaient jusque vers ...tie moyenne de la jambe, où la peau offrait déjà une dureté ...e.

...30 août 1867, je pratiquai l'amputation de la jambe au lieu ...ion, par la méthode ovalaire, et, deux mois après, le malade ... de l'hôpital complétement guéri et sans que nulle complication ...travé la marche naturelle de la cicatrisation du moignon.

...'on tient compte, et des lésions osseuses qui existent principale-...ur le tarse, de la déformation et des distorsions des orteils et du ...ainsi que de la présence de quelques tubercules aux environs de ...e, nous avons ici, d'après MM. Danielsen et Boeck (1), un ...le de l'association des formes tuberculeuse et anesthésique de ...antiasis. Mais nous devons ajouter que nous avons vainement ...rché, chez notre malade, l'insensibilité des membres, du tronc et ...sage, qu'un de nos collègues de l'armée, M. Poncet a, de son ... constatée au Mexique (2) dans la forme anesthésique de cette ...ion.

... séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

...le la Séance du 20 novembre 1868. — Présidence de M. CHAUSIT.

... VOISIN lit le mémoire suivant sur les *Éruptions cutanées causées ... l'usage interne du bromure de potassium* :

...epuis que je fais usage du bromure de potassium (3) dans le trai-...ent de l'épilepsie, il m'a été donné d'observer chez la totalité de ... malades des éruptions cutanées de différente forme que je crois ...ressant de vous faire connaître.

...es éruptions sont au nombre de cinq :

... La première par ordre de fréquence et d'apparition, et une érup-... *acnéiforme* que l'on peut comparer à l'acné simple et à l'acné ...rée.

...lle se produit peu de temps après le début du traitement lorsque ... doses du médicament sont de trois à quatre grammes.

...'éruption est précédée de démangeaisons assez incommodes; elle ...duit surtout sur la poitrine et la face. Dans le premier cas, elle ...duit plus spécialement sur les épaules, et dans le second, sur le ... le nez et les ailes du nez. Une fois, chez un enfant de 7 ans, ...uption acnéique généralisée a été accompagnée de fièvre.

...orme des boutons, est celle de l'acné simple et de l'acné indurée; ...nsi que l'on voit d'abord apparaître de petites pustules d'un ...iolacé ayant à peine le volume d'une tête d'épingle, entourées ...uréole rouge et dont le sommet présente rapidement une teinte ...unâtre. Plus tard la pustule s'élargit et prend même rarement ...nce ecthymateuse. La pustule est très-dure à la base et reste ... même état pendant un certain nombre de jours, *un mois par-*...s la pustule se vide de son contenu et laisse à la place un noyau ferme et une teinte rouge intense qui persistent très-longtemps et sont accompagnés d'une légère tuméfaction.

Les pustules apparaissent en quantité très-variable, mais ce nombre est surtout plus grand lorsque les doses du médicament sont augmentées brusquement.

On ne peut pas dire pourtant que ce nombre soit toujours en raison directe des doses de médicament, rien n'est moins régulier sous ce rapport; ainsi certains états de la peau paraissent favoriser la multiplicité de ces boutons; par exemple, lorsque les orifices folliculaires sont larges, lorsque la peau est épaisse et lubrifiée par une sécrétion grasse. Les individus lymphatiques et sanguins y sont plus spécialement prédisposés.

Cette acné est aussi plus abondante dans la jeunesse et l'âge adulte. Le nombre des pustules est alors parfois si considérable, que la face en est toute couverte et notablement défigurée.

Les saisons chaudes et froides n'ont aucune influence sur leur production.

La durée de ces pustules est très-variable; de huit jours au moins à un mois et même plus. Du reste, cette durée est complétement en rapport avec la persistance des fortes doses de bromure de potassium; c'est ainsi qu'un malade qui présente une forte éruption acnéiforme avec des doses de cinq grammes et au dessus, voit diminuer le nombre des pustules lorsqu'il n'en prend plus que trois grammes et moins encore.

Les pustules laissent le plus souvent à leur suite, pendant quelque temps, une tache d'un rouge plus ou moins vif, sous laquelle persiste un noyau induré.

Le traitement qui m'a assez bien réussi consiste dans des lotions d'eau de gomme, de lin, et dans l'usage des boissons diurétiques, dans le but d'augmenter la sécrétion urinaire, et de diminuer la quantité de bromure qui pourrait s'éliminer par la peau.

2° La seconde éruption que j'ai observée n'a son analogue, au moins à ma connaissance, dans aucune des affections connues de la peau.

Je l'ai observée six fois parmi les 96 épileptiques que j'ai déjà traités par le bromure de potassium.

Elle consiste dans l'existence, aux membres inférieurs, rarement ailleurs, de tumeurs ou saillies allongées ou assez exactement arrondies de 2 à 5 centimètres de diamètre, d'une teinte rosée ou rouge cerise qui est remplacé en plusieurs points par une teinte jaunâtre, comme si du pus était infiltré sous l'épiderme; cette teinte est produite parfois par de petites saillies d'un blanc-jaunâtre du diamètre de grains de millet; ces saillies sont mamelonnées, et ces mamelons sont constitués par des pustules acnéiformes qui se sont agminées. Lorsque les saillies sont arrondies, leur centre est déprimé, comme ombiliqué; plusieurs faisaient à la surface de la peau, une saillie de 3 à 4 millimètres. Leur base est excessivement dure; jamais je n'ai observé de tuméfaction ganglionnaire concomitante, ni de fièvre. Il est rare que le même malade ait plus de 2 à 3 de ces tumeurs à la fois.

Ces saillies sont très-douloureuses au moindre toucher, tandis que le centre, en forme d'ombilic est insensible aux piqûres, au toucher, au froid. Les douleurs sont tellement vives parfois, que tout mouvement est impossible. Deux dames, sont restées plusieurs mois sans pouvoir sortir de leurs chambres.

De ces saillies s'échappe quelquefois spontanément, ou lorsqu'on les pique, un liquide crémeux comparable au liquide des clous; mais ce liquide ne se forme que dans les saillies dont l'évolution est complète.

Ces tumeurs sont entourées d'une auréole rougeâtre et la peau qui es recouvre est un peu œdémateuse.

Ces saillies s'affaissent lorsque le liquide qu'elles renferment s'en échappe, mais cet affaissement est très-lent, et le suintement qui s'y produit est d'une durée très-variable, de un mois au moins, et de plusieurs mois à un an au plus. Lorsque ce suintement a lieu, les plaques se recouvrent de croûtes épaisses qui persistent longtemps après que la tumeur n'existe plus.

Chez deux malades, les tumeurs des jambes avaient été remplacées par des ulcères atoniques dont le fond rosé présentait un peu l'apparence de végétations et exhalait une odeur fétide. La pression sur ces ulcères déterminait une douleur analogue à celle de coupures légères des doigts.

Ces ulcères s'étaient recouverts de croûtes épaisses d'une couleur jaunâtre sale, et d'une odeur fétide.

Chez un de ces malades, la durée de ces ulcères a été de trois mois, et chez le second de sept mois.

Lorsque ces tumeurs et ces ulcères guérissent, ils laissent à leur suite des traces indélébiles consistant en tâches jaunâtres, couvertes de squames; pendant les premiers temps, on sent dans le tissu cellulaire sous cutané des noyaux, au niveau desquels, les malades accusent des démangeaisons et même des douleurs, des crampes lorsqu'ils marchent trop. Chez une malade même, le tissu cellulaire sous-jacent était induré dans une certaine étendue.

Lorsque les tumeurs se sont produites au voisinage des os des jambes et surtout des tibias, les malades y éprouvent, longtemps après leur disparition des douleurs, lorsqu'on appuie sur les faces externes et les bords antérieurs de ces os, comme s'il y avait eu un peu de périostite.

La présence de ces tumeurs a embarrassé plusieurs médecins qui ont été appelés à donner des soins à de mes malades qui n'habitent pas Paris; c'est ainsi qu'un habile chirurgien de Bruxelles les a regardées comme des sphacèles, et qu'un médecin des environs de Paris, a déclaré ne pas savoir ce que ce pouvait être.

Pour moi, le diagnostic doit emprunter ses éléments à la connaissance de la médication bromurée, à l'existence simultanée de pustules, d'acné sur d'autres points du corps et aux caractères propres de la tumeur qui est évidemment formée par la réunion de plusieurs pustules d'acné groupées dans un petit espace. L'apparence ombiliquée, l'insensibilité centrale, m'ont paru aussi des signes spéciaux.

Le développement complet de ces tumeurs se fait parfois d'une façon très-rapide, en trois à quatre jours. C'est ainsi que cela se passa chez un enfant de onze ans qui avait commencé par présenter à la jambe une seule pustule, et qui, trois jours après, portait une de ces éruptions du diamètre de 7 millimètres.

La durée de ces saillies varie nécessairement suivant que les doses sont fortes ou faibles, mais il m'a paru aussi ressortir de l'observation de mes malades, que cette durée est bien plus longue chez ceux qui sont sujets aux affections cutanées, et en particulier aux éruptions de nature dartreuse. Une malade en particulier, placée dans cette dernière condition, a continué à présenter plusieurs de ces tumeurs aux jambes, malgré que la dose du bromure de potassium ait été abaissée à deux grammes.

J'ai remarqué aussi que ces tumeurs se formaient plus souvent l'hiver.

Le traitement que j'ai suivi dans ces cas, a consisté à faire usage de cataplasmes de farine de fécule, lorsque la rougeur et l'érythème périphérique étaient intenses; à éviter des marches fatigantes, à tenir le membre malade dans une position horizontale. Des applications continues de cérat opiacé m'ont donné les meilleurs résultats.

L'ouverture prématurée des pustules ne m'a pas paru favorable.

Dans ces cas, je recommande beaucoup aux malades de boire des boissons diurétiques simples et nitrées.

3° Le troisième genre d'éruptions que j'ai observé est plus rare que les autres; je ne l'ai vu que deux fois; il consiste dans des plaques rouges légèrement saillantes à la surface de la peau; elles sont plates et unies, de forme très-variable, longues, oblongues, à bords nets ou irréguliers, d'une largeur de 4 millimètres à 2 centimètres, d'une longueur également variable, qui a été, dans un cas de 6 centimètres.

La couleur en est celle dite pelure d'oignon, dans le centre, et d'un rouge cerise à la circonférence; ces deux teintes existent sur une grande largeur.

La saillie qu'elles forment est très-légère et comparable à celle des plaques d'urticaire. Elles sont supportées sur un fond ferme, mais élastique au toucher, comme dans l'érythème noueux qu'elles rappelleat de la façon la plus exacte par la forme des élevures, la nodosité qui supporte chacune des taches, et la réapparition de certaines taches par le frottement. Leur rougeur disparaît momentanément à la pression.

Les plaques blanchissent lorsque les malades font un effort dans les muscles sous-jacents ou compriment les parties environnantes. Les malades y ressentent des démangeaisons, le soir en se couchant, la nuit et lorsque la température est très-élevée; la pression à leur niveau est peu ou pas douloureuse. Leur venue est annoncée par des démangeaisons et par des douleurs dans les membres, une sorte de raideur. Les douleurs préliminaires ont été dans un cas, tellement intenses que la malade a dû prendre le lit quatre jours avant l'apparition des taches.

Les mouvements de la totalité des membres ont été dans un cas très-douloureux.

Les élevures se montrent sur les membres inférieurs et supérieurs, le tronc et épargnent la face; leur nombre est au moins de 4 à 5 dans chaque membre et de 12 à 15 au plus. Elles paraissent et disparaissent avec la même rapidité, mais laissent toujours après elles la nodosité sous-dermique.

Dans un cas, les moitiés inférieures des deux membres inférieurs se sont tuméfiées et ont été le siége pendant quatre jours d'un œdème bien caractérisé.

Je n'ai vu qu'une fois une véritable réaction fébrile générale, caractérisée par une élévation de température axillaire (38° 2') de la sécheresse de la peau, l'accroissement du nombre des pulsations (92 à 104) pendant cinq jours, puis par une sueur abondante.

Les voies digestives ne m'ont présenté dans un cas, que l'aspect saburral de la langue, la diminution de l'appétit. Dans le second cas, elles étaient à l'état normal.

J'ai observé cette éruption pendant l'hiver seulement.

La durée de cette éruption a été de 12 jours chez le malade qui a eu la fièvre, et de 6 mois chez celui qui n'a pas eu de fièvre; chez ce dernier l'éruption ne s'est pas présentée tout ce temps, avec la même intensité qu'au début, mais elle n'a réellement cessé qu'avec la venue de la saison chaude.

Quelques jours et même quelques semaines après la disparition des élevures et de toute espèce de rougeur, on sent encore dans les parties correspondantes du tissu sous cutané, des nodosités élastiques légèrement douloureuses à la pression.

J'ai constaté une fois une teinte jaunâtre ecchymotique de la peau, là où avait existé une de ces élevures.

L'apparition de ces élevures a coïncidé avec des doses assez élevées et en tous cas prolongées de bromure de potassium; c'est ainsi que les deux malades prenaient depuis trois ans de 4 à 5 grammes de médicament.

La première fois que je vis cette éruption, je pensai avoir affaire à un érythème noueux, en raison des douleurs des membres, de la forme de ces élevures, de leur couleur, de l'induration de leur base, mais elle présentait aussi avec l'urticaire, un caractère commun, la disparition et la réapparition des plaques sous l'influence de la chaleur et des frictions.

La marche de l'éruption, sa durée et certains de ses caractères, m'ont fait penser que c'était une affection entièrement artificielle.

Ainsi, elle a persisté 6 mois, chez un des malades; tandis que, la durée maximum de l'hérythème noueux et de l'urticaire est de trois semaines; si, dans l'érythème noueux, la durée est plus longue, on voit les tumeurs s'ulcérer. Tandis que dans l'érythème noueux, le diamètre maximum des taches est de 2 à 3 centimètres, il a été chez mes malades de 6 centimètres.

L'érythème noueux s'accompagne toujours de fièvre, ce qui n'a pas eu lieu chez un de mes malades.

Ce n'était pas de l'urticaire, parce qu'on ne trouve jamais l'éruption ortiée accompagnée de nodosité sous cutanée; et pourtant, cette affection artificielle se rapproche considérablement de l'urticaire par la

---

(1) *Traité de la spédalskhed*. Paris, 1848.
(2) *Rec. de mém. de méd., chir., militaires*, 1864, t. 12, p. 307.
(3) Le bromure a toujours été pur, exempt de chlorure et d'iodure de potassium.

couleur centrale et la teinte périphérique de ses élevures, par leur disparition et leur réapparition rapide et par la facilité de leur production sous l'influence des frictions, par l'existence d'un œdème dans les membres atteints.

Cette éruption artificielle m'a paru tenir à la fois de l'érythème noueux et de l'urticaire. Un de mes malades que j'avais envoyé à un célèbre spécialtste en maladies de la peau, sans lui dire le traitement qu'il suivait, m'a apporté son ordonnance avec la mention : érythème ortié.

Le traitement qui a le mieux réussi, a consisté en bains alcalins, en boissons sudorifiques et diurétiques, en purgatifs, en applications émollientes locales.

Chaque fois, j'ai diminué pendant un certain temps la dose de bromure de potassium et je l'ai ramenée à 2 grammes.

4° Plusieurs malades ont été atteints pendant la médication bromurée, d'éruption furonculeuse très-gênante, et deux ont été pris d'anthrax considérable à la nuque. Chez un malade qui avait été pris de pneumonie lobaire, et qui en est mort, l'anthrax m'a paru être pour quelque chose dans cette terminaison funeste.

5° Un malade a présenté pendant plus d'un an une sorte d'eczéma fortement sécrétant des jambes, et une sorte de pityriasis très-étendu du cuir chevelu.

Telles sont, messieurs, les différentes espèces d'éruptions que j'ai observées chez mes malades soumis au bromure de potassium; j'ai pensé utile de les signaler, afin de mettre en garde les praticiens contre les erreurs possibles de diagnostic.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

270. Réau (Gustave). Des amauroses en général et de quelques amblyopies toxiques en particulier.

271. Grill t (L.-J.). De l'uréthrotomie externe sans conducteur.

272. Maillard (A.). Parallèle entre le forceps et la version dans le rétrécissements du bassin.

273. Craciuneanu (Panteli). Du chancre induré.

274. Montaignac (Albert). De l'ulcère artério-athéromateux du pied (autrement dit mal perforant).

275. Gayat (Joseph). Des indications de l'amygdalotomie.

276. Dianu (Georges). De la syphilis chez les femmes enceintes.

277. Andritiano (Nichita). Étude sur le typhus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 décembre 1868, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Au grade d'officier : MM. Morgon et Jacquin, médecins-majors de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Fristo. Massola et Bézard, médecins-majors de 2e classe; Vincent-Génot et Fornier, médecins aide-majors de 1re classe; Roussin, pharmacien-major de 1re classe; Roger, Hédieux et Broy, vétérinaires en 1er.

— Par arrêté ministériel en date du 24 décembre 1868, M. Millard (Eugène), ancien sous-préfet, ancien chef du secrétariat particulier du ministre de l'intérieur, a été nommé directeur de l'asile impérial du Vésinet, en remplacement de M. le vicomte de Lastic, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur François Barthez, commandeur de la Légion d'honneur, médecin principal d'armée en retraite, qui vient de décéder à l'âge de 67 ans, à la suite d'une cystite goutteuse plusieurs fois récidivée.

— La Société médico-psychologique, dans sa dernière séance, a pro-

— M. le docteu... cera le mardi 5 janvier, ... logie générale, et les continuera ... l'amphithéâtre n° 2, à l'École pratique.

Préparation au 2e de doctorat (3e de fin d'an... veaux cours recommenceront le lundi 11 janvier. ... des Écoles.

— A céder de suite, pour cause de santé, une bonne clientè... médecin dans le département de la Marne.

S'adresser, pour les renseignements, au bureau du Journal.

— Un médecin désirerait traiter d'une position médicale dans... grande ville, ou dans un rayon de vingt lieues de la capitale.

S'adresser, par lettre affranchie, pour donner des renseignem... jusqu'au 1er mars, à M. Marquis, libraire, rue Monsieur-le-P... n° 14, et rue Casimir-Delavigne, n° 1.

— *Erratum*. Page 591, ... ligne 54, au lieu de *poids de l'en...* 1,700 *grammes*, lisez : poids de l'enfant, 3,700 grammes.

Recherches sur la typhlite et la pérityphlite co... par le docteur Antoine Blatin, ancien é... ve des hôpitaux de ... Pa... Grand in-8° de 106 pages. Prix : 2 fr. 50.

Dr E. Le Sourd.

Le Directeur, ...

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30

TABLE DES MATIÈRES

E LA GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES — 1868

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Z

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1868

PARIS. — IMPRIMERIE L. POUPART-DAVYL, RUE DU BAC, 30.